

Article 3 :

**LA PROBLEMATIQUE DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA EN
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE DE 1984 A 2006**

Dr Marcel OUNDA
Enseignant Chercheur
Département d'Histoire et des civilisations
Université de Bangui
[marcelounda2@gmail.com/](mailto:marcelounda2@gmail.com)

RÉSUMÉ

Le SIDA (Syndrome Immunodéficience Acquise) est une maladie causée par le virus du VIH qui, une fois dans l'organisme humain, affaiblit tout le système de défense. Le nombre de cas de SIDA préfigure la crise sanitaire à laquelle le pays doit faire face, car le SIDA est la dernière phase de l'infection par un virus qui peut mettre de nombreuses années à provoquer la maladie.

La propagation rapide de l'épidémie à VIH a mené le gouvernement à réagir de manière stratégique à chaque dimension de la maladie, en reconnaissant la gravité de la situation, en développant des politiques et programmes pertinents et en mobilisant les ressources nécessaires pour une lutte efficace. Trois ans après la découverte des premiers cas de séropositifs, 1984, le SIDA a été déclaré « problème prioritaire de santé publique en Centrafrique » par le gouvernement. A cet effet, un chef de projet de lutte contre le SIDA a été nommé afin de mettre en place un programme national de lutte contre ce fléau.

Mots clés : Problématique, Lutte, VIH/SIDA

ABSTRACT

AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) is a disease caused by the HIV virus that, once in the human body, weakens the entire defense system. The number of AIDS cases prefigures the health crisis that the country faces, because AIDS is the last phase of infection with a virus that can take many years to cause the disease.

The rapid spread of the HIV epidemic has led the government to respond strategically to every dimension of the disease, recognizing the seriousness of the situation, developing relevant policies and programs, and mobilizing the resources needed for effective control. Three years after the discovery of the first cases of HIV-positive people in 1984, AIDS has been declared by the government to be a "priority public health problem in the Central African Republic". To this end, an AIDS project leader has been appointed to set up a national program to combat this scourge.

Keywords: *Problem, Fight, HIV/AIDS*

Si cet article vous intéresse, vous pouvez [télécharger gratuitement ici](#).

INTRODUCTION

Le SIDA maladie incurable, continue sa propagation spectaculaire en épargnant aucun continent, sans distinction de race, de sexe, de classe sociale, ni même d'âge.

Depuis la découverte des premiers cas aux Etats Unis, le nombre de sujets atteints ne cesse de croître. L'épidémie du VIH/SIDA réduit de plus en plus et de manière souvent discrète les capacités des pays à gérer efficacement leur développement socio-économique. Il a fallu presque deux décennies pour qu'on commence à appréhender la complexité de ses incidences.

Malgré tout, son impact sur tous les aspects du Développement Humain Durable (DHD) reste violent et se fera sentir à court, moyen et long terme sur les individus, les familles, les nations, bref sur toutes les sociétés du monde, à tel point que l'épidémie du VIH/SIDA est désormais devenue un problème de sous-développement de par ses conséquences psychologiques, sociales, économiques, politiques, ethniques et spirituelles.

L'origine du virus du VIH est très controversée. Pour certains chercheurs, ce virus provient de l'Afrique passant de singe à l'homme ; pour d'autres, c'est une maladie provenant des homosexuels Blancs. Cependant, le virus a été isolé dans le sérum d'un Congolais de la République Démocratique du Congo en 1959, en Ouganda en 1963, au Venezuela en 1968 et aux USA en 1970¹.

Le nombre de cas de SIDA préfigure la crise sanitaire à laquelle le monde va faire face, car le SIDA est la dernière phase de l'infection par un virus qui peut mettre de nombreuses années à provoquer la maladie. La véritable dimension de l'épidémie est donnée par le nombre de séropositifs.

La République Centrafricaine figure parmi les pays les plus touchés en Afrique Centrale avec une séroprévalence du VIH comprise entre 10 à 15%². L'infection à VIH/SIDA figure parmi les graves problèmes socio-économiques évoluant sur un fond de chronicité et auxquels le pays doit faire face. Ces problèmes préoccupant parmi lesquels on notera la pauvreté, les conflits sociaux, l'inégalité entre les sexes, les problèmes liés à la gouvernance, font, non seulement obstacle à la vision du Développement Humain Durable, mais constituent des facteurs qui renflouent les forces de propagation du virus et renforcent ses effets.

¹ Jeune Afrique n° 1988, du 16 au 22 février 1999, p.35

² PNLS, Guide de mobilisation multisectorielle sur les MST/SIDA, novembre 1993, Bangui, p.31

Face à cette propagation rapide de l'épidémie à VIH, il y a donc urgence à réagir de manière stratégique à chaque dimension de la maladie, en reconnaissant la gravité de la situation, en développant des politiques et programmes pertinents et en mobilisant les ressources adéquates pour une lutte effective.

C'est dans ce contexte qu'en 1987, c'est-à-dire trois ans après la découverte des premiers cas de séropositifs, le SIDA a été déclaré « problème prioritaire de santé publique en Centrafrique » A cet effet un chef de projet de lutte contre le SIDA a été nommé afin de mettre en place un programme national de lutte contre ce fléau.

Le but recherché par ce travail est de suivre l'évolution du VIH/SIDA depuis la déclaration des premiers cas en République Centrafricaine en 1984 jusqu'en 1999, d'étudier l'impact de cette maladie sur la société ainsi que tous ses corollaires ?

1. Contexte économique et sociopolitique de la République Centrafricaine

La République Centrafricaine compte parmi les pays les plus touchés par le problème d'enclavement en Afrique. Ceci complique donc son accès direct à la mer entraînant des conséquences lourdes sur les exportations et importations de ses produits.

L'observation des premiers cas de SIDA vient une fois de plus rendre plus difficile le processus de développement déjà affaibli par des crises sociopolitiques.

1.1.Aspect politico-économique

La République Centrafricaine est un pays dont l'économie repose essentiellement sur le secteur primaire qui représente en 1991 environ 4,2% du PIBN réel et le secteur tertiaire avec une valeur ajoutée réelle en 1991 de 43,6%. Le secteur secondaire quant à lui n'a contribué en 1991 que pour 14,4% dans la formation du PIB³.

Le pays est confronté à une situation économique difficile dont les principales causes sont : l'effondrement du cours des produits d'exportation que sont : le café et le coton, ce qui a entraîné la détérioration des termes de l'échange, l'endettement important du pays vis-à-vis de l'extérieur, le désinvestissement dans le secteur public sans oublier la grave crise de trésorerie de l'État.

De 1990 à 1992, le gouvernement avait éprouvé d'énormes difficultés à payer les agents de l'État et les retraités, des retards de plusieurs mois s'étaient accumulés dans la rémunération de son personnel. Cette situation avait pour conséquence une démotivation générale des travailleurs, entraînant des grèves répétitives et prolongées qui affectèrent le système éducatif en général, deux années blanches déclarées en 1990-1991 puis 1992-1993, et la disponibilité des services de soins à s'occuper des malades.

³ PNLS, Rapport de l'évaluation internationale du Programme National de Lutte contre le SIDA en RCA, 1993, Bangui

Pour citer cet article : OUNDA M., « Problématique de la lutte contre le VIH/SIDA en République Centrafricaine de 1984 à 2006 », *Annales de l'Université de Bangui*, série A, n° 9, juin 2019, www.credef-ub.org/

C'est dans ce contexte que le pays s'était engagé dans un processus de démocratisation, se traduisant par la mise en place du multipartisme. Les élections présidentielles et législatives organisées en octobre 1992 étaient annulées pour être réorganisées en octobre 1993.

Ce processus de démocratisation engagé était émaillé de remous sociopolitiques dus, entre autres, aux réalités économiques ci-dessus mentionnées mais également aux conflits partisans persistants. Ajoutant à cela la crise militaro-politique de 1996 à 1997 qui avait ébranlé durement le pays mettant ainsi à mal le faible tissu économique.

1.2.Aspect social

Toute cette situation avait freiné le bon déroulement de campagnes de sensibilisation de la population sur les différentes mesures de précaution à prendre, afin de prévenir toute infection à VIH, surtout à la radio qui touche chaque centrafricain là où il se trouve. Les agents de santé formés pour la lutte contre le SIDA ne pouvaient pas appliquer le programme de sensibilisation élaboré. Les personnes infectées par le VIH ainsi que les malades du SIDA étaient donc abandonnés à eux-mêmes. Les premiers n'avaient pas de médicaments pour traiter les maladies opportunistes et les seconds n'attendaient que la mort, car personne ne pouvait venir leur apporter des soins nécessaires pouvant les aider à surmonter leur souffrance.

Cette crise économique a également amené la population à faire n'importe quoi pour survivre, car celle-ci vit déjà dans la misère la plus totale. Les femmes, bien que mariées, sont obligées d'aller se prostituer afin de nourrir leur famille. Les filles ne pouvant plus compter sur le soutien financier des parents, se lancèrent aussi dans la prostitution pour avoir les moyens de se payer de nouvelles robes et satisfaire ainsi leurs besoins. Les garçons de leur côté, allaient avec les grandes dames dans le but d'avoir de l'argent et manger à leur faim.

Ce phénomène avait favorisé la propagation rapide du VIH au sein de la population pour la simple raison qu'on ne connaissait pas son partenaire sexuel avant le rapport, mais on prenait le risque seulement parce qu'on était dans le besoin d'argent. Encore qu'il était impossible connaître le statut d'une personne infectée par le VIH, en dehors d'un test sérologique.

1.3.Indicateur sanitaire et cadre institutionnel

En 1994, l'indicateur sanitaire et démographique de la RCA présentait que les 3027000 habitants se répartissaient à raison de 39,4% dans les zones urbaines et 60,6% dans les zones rurales. Le taux d'accroissement naturel était de 2,5% tandis que le pourcentage de la population de moins de 15 ans était de 43%. On notait que le taux brut de natalité était de 41,6% tandis que le taux brut de mortalité était de 16,7%. Mais il est important de souligner que les taux brut de mortalité infantile et infanto-juvénile (0-5 ans) sont élevés, 132/1000 (132 pour mille) pour le premier et 212/1000 (212 pour mille) pour le second. Ce pendant le taux de mortalité maternelle était de 683/100.000 et le taux de stérilité était de 26%. L'espérance de vie à la naissance était

de 49,9 ans pour l'homme et 50,6 ans pour la femme. Il faut souligner qu'il y avait un médecin pour 16.600 habitants et un infirmier pour 7000⁴.

La RCA est donc un pays jeune du fait que les moins de 15 ans forment 45% de la population, tandis que ceux qui ont plus 60 ans ne représentent que 6%.

Sur le plan institutionnel, le pays était divisé en cinq régions sanitaires relevant des directions régionales dont dépendaient chacune 2 à 4 préfectures. La RCA disposait de 18 hôpitaux publics, 66 centres de santé et 27 formations privées totalisant ainsi 4206 lits, c'est-à-dire 1 lit pour 685 habitants. Bangui, la capitale, comptait 3 hôpitaux dont un centre hospitalier universitaire en mauvais état⁵.

Les ressources humaines du Ministère de la Santé Publique et de la Population étaient insuffisantes et semblaient manquer de capacité de conception, de planification et de gestion en matière de programme de santé. Les efforts accomplis pour former les cadres de santé étaient à encourager.

Le Programme National de Lutte contre le SIDA s'inscrivait dans ce contexte et souffrait également de carences socioéconomiques du système sanitaire auquel il appartient. Cela avait réduit l'efficacité des actions de lutte contre le SIDA alors que la situation sociale et économique favorisait l'expansion du fléau.

2. Méthode d'observation des premiers cas du VIH/SIDA en Centrafrique

Les premiers cas de SIDA en République Centrafricaine ont été observés en 1984 et c'est plus tard en 1987 que le SIDA a été déclaré problème prioritaire de santé publique. Toutes ces difficultés d'organisation rapide avaient fait que la propagation du VIH avait gagné du terrain dans le pays.

La méthode d'observation était une enquête basée sur un réseau de laboratoire situé à Bangui et à Bossangoa qui étaient les seuls à disposer d'une chaîne Elisa⁶ pour le test sérologique. Pour les autres structures sanitaires, la confirmation biologique des cas de SIDA nécessitait l'envoi d'un prélèvement sanguin au Laboratoire National⁷.

Des meilleurs résultats avaient commencé à être obtenus grâce à la décentralisation au niveau régional et préfectoral des structures de surveillance, après avoir défini de nouveaux critères de diagnostics, test rapide par exemple et après avoir mis en place des moyens de collectes et d'analyse.

2.1. Surveillance du VIH/SIDA

⁴ PNLS, Plan à moyen terme de lutte contre le SIDA et les MST, 1995-1999, Bangui, p.1

⁵ PNLS, Programme National de Lutte contre le SIDA, 1990, p.2

⁶ PNLS, Plan à moyen terme de lutte, op cit, p, 4

⁷ PNLS, Programme National de Lutte, op cit, p 4

De 1984 au troisième trimestre de 1989, les données sur les cas de SIDA provenaient exclusivement du Centre National Hospitalier Universitaire de Bangui qui était le centre de référence pour les autres formations sanitaires du pays. Mais, de la découverte des premiers cas en 1984 jusqu'à la fin de 1987, le diagnostic sérologique était presque totalement assuré par l'Institut Pasteur de Bangui.

Dès 1986, se mettait progressivement en place, au Laboratoire National, une unité de dépistage du VIH. En 1988, le Programme National de lutte contre le SIDA avait mis en place un système de collecte de données sur les cas de SIDA grâce à une fiche navette conçue avec la collaboration des cliniciens du Centre National Hospitalier Universitaire de Bangui. Un formulaire de notification avait également été mis au point. À partir de 1990, une amélioration du système commençait à s'observer, permettant ainsi une extension de la collecte de l'information et assurant un suivi des tendances.

Il faut dire qu'au départ, des techniciens supérieurs ont été identifiés et formés pour remplir ces fiches dans chaque service du Centre National Hospitalier Universitaire de Bangui. Ce système était informatisé depuis l'arrivée de l'expert de l'OMS en épidémiologie détaché au Programme National de Lutte contre le SIDA. À partir de ce moment, toute demande de test sérologique accompagnée d'une fiche clinique et remplie par le prescripteur était exécutée par le Laboratoire National.

La surveillance des donneurs de sang avait commencé en octobre 1989 et celle des patients atteints de Maladie Sexuellement Transmissible (MST), qui sont amplificateurs de l'évolution des mouvements de l'épidémie avait commencé en janvier 1990. Ainsi, les premiers résultats étaient connus fin mars 1990. L'avantage du suivi de la séroprévalence était de traduire l'évolution de l'épidémie de manière beaucoup plus fidèle que le dénombrement des cas de SIDA, puisqu'elle reflète des transmissions plus récentes et qu'elle porte sur des sujets, en apparence, bien portants et sexuellement actifs.

Entre janvier 1990 et fin mars 1991, il y a eu un accroissement de 32% du nombre de formations sanitaires ayant participé au diagnostic du SIDA. Avec l'extension du réseau de dépistage du VIH dans les hôpitaux préfectoraux, cette participation des centres sanitaires allait toujours croissant.

Seul le Centre National Hospitalier Universitaire de Bangui avait enregistré un total de 1312 cas de SIDA déclarés en 1990 et 840 cas en 1991 soit environ 70% de cas diagnostiqués dans le pays.

Le nombre cumulé de cas de SIDA était donc passé de 662 en 1988 à 3312 au 31 décembre 1991, soit un accroissement de 80%.⁸ Cette augmentation était essentiellement due à l'amélioration des capacités de diagnostic du VIH au niveau du Laboratoire National et l'extension des possibilités à d'autres formations sanitaires du pays.

⁸ OMS, Rapport de l'évaluation internationale, op cit, p. 5

Pour citer cet article : OUNDA M., « Problématique de la lutte contre le VIH/SIDA en République Centrafricaine de 1984 à 2006 », *Annales de l'Université de Bangui*, série A, n° 9, juin 2019, www.credef-ub.org/

La maladie était présente aussi bien en milieu urbain que rural. L'incidence en 1990 était de 197 cas pour 1000 habitants à Bangui et plusieurs quartiers étaient significativement atteints. En province, la prévalence la plus élevée était enregistrée dans la préfecture de la Ouaka.

2.2.La conception du SIDA

La RCA a connu par le passé des pandémies qui ont décimé une bonne partie de la population. C'est le cas de la trypanosomiase humaine ou maladie de sommeil, la variole, la lèpre le pian. Le SIDA apparaît donc comme une nouvelle maladie pour la population centrafricaine pour la simple raison que le premier cas a été notifié seulement en 1984. À cette époque, la population se comportait comme s'il n'y avait pas ce danger, faute d'informations suffisantes. Le SIDA n'était pas bien connu des Centrafricains. C'est en 1985 qu'on avait commencé à parler du SIDA dans tout le pays.

Il est important de dire ici que la population n'avait pas très vite cru à l'existence du SIDA, comme étant une maladie qui pouvait tuer et qu'il n'y avait pas de médicament pour le guérir. C'est dans cet esprit que les jeunes et les obsédés sexuels, comme pour narguer la Médecine, donnèrent une autre signification de l'Acronyme en disant que le SIDA était un Syndrome Imaginé pour Décourager les Amoureux. Cette nouvelle conception du SIDA avait gagné du terrain à Bangui comme en province, si bien que la population ne pouvait pas bien observer les conseils du personnel de santé pour se protéger. Le taux d'infection commençait à devenir important⁹.

Jusqu'à la fin de 1999, le SIDA était encore considéré par plusieurs familles comme étant une maladie causée par les sorciers qui mettaient dans le ventre du malade les résidus de maïs ou du manioc utilisés pour la distillation de l'alcool de traite. Cette idée faisait que le plus souvent le malade et ses parents refusaient de prendre en compte le résultat du test sérologique et consultaient plutôt les guérisseurs traditionnels pour des soins contre l'envoûtement.

Certains Centrafricains pensaient que le SIDA était un mauvais sort jeté sur les autres pour nuire à leur santé et sur ceux qui avaient désobéi à Dieu. Par conséquent seule la foi dans la prière pouvait les guérir du SIDA¹⁰.

3. La diffusion de la maladie

Comme la plupart des pays d'Afrique au Sud du Sahara, la RCA paie un lourd tribut à l'infection à VIH/SIDA. Depuis l'annonce officielle des premiers cas en 1984, l'épidémie du VIH n'a fait que croître.

3.1.Situation épidémiologique

Des enquêtes spontanées avaient été effectuées de 1984 à 1988 par l'Institut Pasteur de Bangui et l'Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale

⁹ D. Biadé, chef de section de mobilisation sociale au Programme National de Lutte contre le SIDA, entretien du 31 mars 2000 à 11h 30, Bangui

¹⁰ Idem

(OCEAC). Celles-ci révélaient qu'en 1984, l'épidémie de l'infection à VIH était de 2% et de 4% en 1986, la prévalence était passée progressivement de 7,8% en 1987 à 8% en 1988¹¹. Ces chiffres mettaient en évidence un taux d'attaque de l'infection par le VIH particulièrement élevé témoignaient de l'introduction récente de cette pandémie dans la population.

D'autres enquêtes avaient été réalisées parmi des groupes à haut risque à Bambari en 1987 et on notait 3,7% de cas entre la tranche d'âge 15-45 ans¹². Il convient de signaler qu'aucune enquête à l'échelle nationale n'avait été menée en 1987.

L'analyse des données avait démarré avec un grand retard faute de personnel qualifié en son temps. Ce n'était qu'en 1989 que quatre groupes cibles avaient été identifiés dans la population. Il s'agissait de femmes enceintes fréquentant le Service Maternel et Infantile/Planification Familiale (SMI/PF), des patients atteints de Maladies Sexuellement Transmissibles (MST), des Donneurs de sang et des Tuberculeux.

Le taux de prévalence observé chez les femmes enceintes de 1994 à 1997 variait de 5% à 15% dans les centres de Bangui et de 1% à 22% en provinces¹³. Chez les patients porteurs des maladies sexuellement transmissibles, le taux de prévalence observé était plus élevé. Il était de l'ordre de 20% à 40% pour tout le pays.

Cependant, chez les tuberculeux la prévalence de l'infection à VIH observée au service de pneumologie du Centre National Hospitalier et Universitaire de Bangui passait de 37,7% en 1990 à 46% en 1991, tandis que les chiffres rapportés par l'Institut Pasteur de Bangui montraient une prévalence de 55,7% en 1992¹⁴.

Depuis 1994, la méthodologie de collecte des données sur le SIDA était basée sur la technique de surveillance par site sentinelle. Quatorze formations sanitaires étaient identifiées et impliquées dans la collecte des données tant à Bangui qu'à la périphérie.

Des études avaient montré que l'épidémie touchait les tranches d'âge des deux sexes, mais surtout les personnes de 15 à 49 ans, c'est-à-dire la tranche d'âge la plus active, susceptible de conduire les actions de développement économique et social. On notait également une grande vulnérabilité de la population jeune face au SIDA, notamment chez les adolescentes et les jeunes femmes (10-19 ans et 20-29 ans) qui étaient beaucoup plus souvent infectées que les hommes de la même tranche d'âge.

Au sein de l'armée nationale une étude était menée de 1990 à 1996 et avait révélé une incidence annuelle de 2,5%, témoignant ainsi de l'ampleur de l'épidémie dans ce milieu. Par ailleurs, il était ressorti d'une enquête menée par l'Institut Pasteur que la prévalence en milieu de travail, à Bangui, était de 14,9%.

¹¹ PNLS, Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA, 2006-2010, Bangui, p6

¹² UNICEF, Plan à moyen terme 1987-1992, Bangui, p. 3

¹³ PNLS, Conclave avec les décideurs sur le SIDA et les MST, Bangui, 1999, p 2

¹⁴ PNLS, Conclave avec les décideurs, op cit, p35

La RCA est un pays à épidémiologie généralisée car, non seulement toutes les couches sociales sont touchées, mais le milieu rural est aussi touché avec une prévalence dépassant les 20% dans certaines zones chez les femmes enceintes¹⁵.

Le nombre cumulé de cas de SIDA notifiés en 1993 était de 4240, celui-ci était passé à 10208 cas au mois de décembre 1997. Il était important de mentionner que le taux de déclaration était d'1 cas sur 3¹⁶.

Une cartographie de l'infection à VIH, réalisée par le Secrétariat Technique du Centre National de Lutte contre le SIDA (ST/CNLS) avec l'appui technique de l'Institut Pasteur en 2002 sur un financement de la Banque Mondiale, avait mis en évidence l'ampleur de l'épidémie sur le territoire centrafricain. Selon cette étude, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes à Bangui, varie de 7% à 21% d'un arrondissement à un autre avec une prévalence médiane de 15%. Les provinces étaient autant sinon plus touchées que Bangui, avec des prévalences chez les femmes enceintes s'étendant de 4% à 8% d'un site à un autre avec des prévalences médianes de 13% dans les villes et de 17% dans les zones rurales.

Le rapport de l'ONUSIDA sur l'épidémie mondiale en 2006, et à propos de la RCA indique que le nombre de personnes vivant avec le VIH était estimé à 250.000 personnes, le nombre de décès chez les enfants et adultes était estimé à 24.000 et le nombre d'orphelins de 0 à 17 ans à 140.000¹⁷. Le SIDA est donc considéré aujourd'hui comme l'une des principales causes de mortalité et de morbidité chez l'adulte centrafricain.

3.2.L'impact du VIH/SIDA sur la société

Le VIH/SIDA a un impact à court, moyen et long terme sur toute la population et tous les secteurs de l'économie. Il touche en premier lieu le capital humain des ménages, des entreprises et du pays.

L'impact du SIDA se traduit par un arrêt complet des activités (54,3%) ou une diminution (32,8%), une diminution du temps de travail (55,7%), une baisse du revenu (77,2%) et la vente des biens (60%) pour faire face à la maladie. Cet impact se traduit également au niveau des ménages par une augmentation des dépenses affectées à la santé (53 %) au détriment des autres chapitres de dépenses, par exemple l'éducation (34,3% des ménages avec des revenus de moins en moins consacrés à l'éducation)¹⁸.

L'épidémie de VIH/SIDA touche davantage la population économiquement active et aucun groupe socioprofessionnel ni secteur de l'économie n'échappe à son impact. La hausse de l'absentéisme et la baisse de la productivité des salariés, l'augmentation des coûts des heures supplémentaires payés aux travailleurs qui doivent remplacer leurs collègues malades, la hausse du coût des aides sociales due aux enterrements et aux frais médicaux ainsi que la hausse du

¹⁵ PNLS, Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA, p6

¹⁶ PNLS, Conclave avec les décideurs, op cit

¹⁷ PNLS, Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA, p6

¹⁸ Idem

coût de recrutement et la formation des employés devant remplacer ceux décédés affectent le budget de l'Etat et les résultats financiers des entreprises.

Au niveau du fonctionnement des structures sociales telles que les hôpitaux et les écoles, l'impact le plus direct du VIH/SIDA affecte les ressources humaines en terme de diminution de capital humain en qualité et en quantité. L'augmentation de cas de SIDA fait accroître la demande de soins médicaux auprès des structures de santé ; il en découle une surcharge de travail pour un personnel réduit. Le système éducatif centrafricain paie également un tribut particulièrement élevé à l'épidémie du VIH avec un taux de mortalité spécifique de 86% parmi les enseignants au cours de l'année scolaire 1996-1997. Cela affecte l'effectif des enseignants et par voie de fait contribue à la réduction du nombre d'enfants scolarisés¹⁹.

3.3. La prise en charge des personnes infectées

La prise en charge d'une personne atteinte du SIDA dépend d'un diagnostic précoce de l'infection à VIH, ce qui permet de mettre en œuvre un conseil et une thérapie appropriés pour la personne dépistée. Il est important de noter ici que, malgré l'ampleur de l'infection à VIH en 1998, la pratique de la sérologie était très faible. L'exemple du service de médecine de l'hôpital communautaire avait démontré que 97% des personnes atteintes découvraient leur sérologie qu'au stade de SIDA. Seulement 3% connaissaient leur statut avant leur hospitalisation²⁰.

Elle se résumait au début au traitement des infections opportunistes. L'accès à ces soins restait difficile à cause du diagnostic tardif, de l'inaccessibilité à certains médicaments et de l'arrivée tardive des malades à l'hôpital.

Par ailleurs, les séropositifs chez qui plus de 75% des pathologies avaient été diagnostiquées disposaient d'un traitement curatif. Ce pendant les rechutes de ces infections sur un terrain immunitaire très affaibli rendait ainsi les traitements de moins en moins efficaces et de plus en plus onéreux.

Le traitement par les ARV a fait l'objet d'un consensus quant à ses conditions de mise en œuvre et au cadre organisationnel et technique devant assurer les bonnes pratiques dans ce domaine. La mise en place du Fonds Mondial, la contribution de l'Etat centrafricain et de certaines entreprises privées ont permis de mettre à la disposition des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) de Bangui des ARV²¹.

Aujourd'hui la prophylaxie et la mise en œuvre du traitement des infections opportunistes et par les Antirétroviraux (ARV) permettent de désengorger les services de santé en ce sens que la prise en charge des malades du SIDA ne se limite pas seulement aux formations sanitaires.

¹⁹ Ibid, p 7

²⁰ L. Baté, Prise en charge hospitalière des personnes infectées par le VIH/SIDA en République Centrafricaine, thèse de Doctorat en médecine, Université de Bangui, 1998

²¹ PNLS, Cadre stratégique national de lutte, p23

En effet, la prise en charge à domicile des Personnes Vivant avec le VIH est encouragée à travers la promotion de l'hygiène, d'une bonne nutrition et le suivi des prescriptions médicales.

CONCLUSION

Le SIDA est une maladie causée par le virus du VIH qui, une fois dans l'organisme humain, affaiblit tout le système de défense. L'organisme est ainsi exposé à une multitude de maladies opportunistes.

Le SIDA continue de faire des victimes au sein de la population centrafricaine. Le taux d'infection a été toujours croissant. Au début de cette maladie, le gouvernement n'avait pas réagi automatiquement en prenant des mesures afin de contenir sa propagation dans le pays. Seul le Centre National Hospitalier et Universitaire était le centre de référence pour les autres formations sanitaires de la RCA. De 1984 jusqu'à la fin de 1987, c'était l'Institut Pasteur de Bangui qui assurait totalement le diagnostic sérologique. En 1986 une unité dépistage de VIH avait été mise en place au Laboratoire National.

Face à tous ces problèmes, le gouvernement, trois ans après la déclaration du premier cas du VIH/SIDA en République Centrafricaine, a mis en place un projet de lutte contre le VIH/SIDA dans le but de coordonner la lutte contre cette pandémie. Ainsi le SIDA avait été déclaré problème prioritaire de santé publique.

Aujourd'hui, pour améliorer la qualité de la prise en charge, le gouvernement centrafricain, le Fonds Mondial ainsi que les partenaires sociaux encourage le dépistage volontaire. Il faut aussi dire qu'avec l'introduction des Antirétroviraux dans cette lutte contre le VIH/SIDA, les personnes infectées viennent seulement chercher leur médicament chaque mois et repartent chez elles pour suivre le traitement.

Bibliographie

- Jeune Afrique n°1988 du 16 au 22 février 1999

Archives PNLS

- OMS, Rapport de l'évaluation internationale du PNLS en RCA, Bangui, 1993
- PNLS, Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA, Bangui, 2006-2010,
- PNLS, Conclave avec les décideurs sur le SIDA et les MST, Bangui, janvier 1999
- PNLS, Guide de mobilisation multisectorielle sur les MST/SIDA, novembre 1993
- PNLS, Info SIDA, Bulletin trimestriel, RCA, n°005, avril 1999
- PNLS, 1^{ère} revue du Plan à Moyen Terme, Bangui, avril 1990
- PNLS, Plan à moyen terme de lutte contre les MST et le SIDA 1995-1999, Bangui
- PNUD, II^e réunion de mobilisation des ressources pour la lutte contre le SIDA en RCA, Bangui du 9 au 10 avril 1990
- PNUD, Guide pour la prise en charge par les services infirmiers des porteurs du virus de l'immunodéficience humaine acquis, OMS Genève, 1993

- UNICEF, Projet SIDA, plan à moyen terme 1987-1992, Bangui

Thèse de Doctorat

- Baté Lucien, ‘Prise en charge hospitalière des personnes infectées par le VIH/SIDA en RCA’, Thèse de Doctorat en médecine, Université de Bangui, 1998

Sources orales

- Biadé Dominique, chef de section de mobilisation sociale au PNLS, le 31/03/2000 à Bangui
- Nambéti David, major de la médecine RC2 à l'Hôpital de l'Amitié, 20/04/2000 à Bangui
- Yandjiké Antoine, responsable de l'IEC pour la région sanitaire n°4, 03/05/2000 à Bambari