

**Prise en charge psychosociale des patients vivant avec le VIH/SIDA au
Complexe Hospitalier Universitaire de l'Hôpital Communautaire/Bangui**
GODOMBOLA Jean-Nestor
godombola2@gmail.com
Université de Bangui

Submitted: 2024-04-03

valued: 2024-11-20

validated: 2024-12-03

Résumé: Cette étude examine la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA au Complexe Hospitalier Universitaire de l'Hôpital Communautaire de Bangui, en République Centrafricaine. L'hypothèse principale est que la qualité des soins dans cet établissement est influencée par des infrastructures insuffisantes et un manque de personnel formé. Pour mener cette analyse, trois théories ont été utilisées : le modèle de la croyance en la santé, la théorie de l'action raisonnée et la théorie du comportement planifié. La méthodologie repose sur des techniques d'observation, d'entretiens et de recherche documentaire. L'échantillon de l'enquête est composé de 86 individus, et l'analyse des données a été réalisée à travers une méthode qualitative. Les résultats de l'étude sont présentés sous trois dimensions principales :

Les types de prise en charge financière ; 70 % des patients vivant avec le VIH/SIDA bénéficient de certaines formes de prise en charge financière dans ce complexe hospitalier. Les difficultés liées à l'analphabétisme des patients ; ce facteur constitue un obstacle majeur à une prise en charge efficace, rendant difficile la compréhension des informations médicales et des traitements. Les défis rencontrés par les structures et le personnel impliqués dans la prise en charge ; les structures de santé et le personnel font face à des limitations en termes de ressources humaines et matérielles, entravant ainsi la qualité des soins offerts aux patients.

Mots-clés: Prise en charge, Personne vivant, VIH/SIDA

ABSTRACT: This study examines the care of people living with HIV/AIDS at the University Hospital Complex of the Communal Hospital in Bangui, Central African Republic. The main hypothesis is that the quality of care at this facility is influenced by insufficient infrastructure and a lack of trained personnel. To conduct this analysis, three theories were used: the Health Belief Model, the Theory of Reasoned Action, and the Theory of Planned Behavior. The methodology is based on observation, interviews, and documentary research techniques. The survey sample consists of 86 individuals, and data analysis was carried out using a qualitative approach. The results of the study are presented under three main:

Types of financial support ; 70% of people living with HIV/AIDS benefit from some form of financial assistance at this hospital complex. Difficulties related to patients' illiteracy; this factor presents a major barrier to effective care, making it difficult for patients to understand medical information and treatments. Challenges faced by the structures and personnel involved in care ; healthcare facilities and staff face limitations in terms of human and material resources, thereby hindering the quality of care provided to patients.

Keywords: Care, Person living, HIV/AIDS.

Introduction

Le SIDA est le nom donné aux conséquences cliniques fatales d'une infection de longue durée causée par le VIH, un virus qui détériore le système immunitaire. La présence du VIH favorise le développement d'autres maladies, dites opportunistes. C'est en 1981[Médecins Sans Frontières (MSF) (201)] que le SIDA a été identifié pour la première fois et deux ans plus tard que le VIH, l'agent causal du SIDA, a pu être isolé. Le VIH s'est largement répandu vers la fin des années 70 ou au début des années 80 [Gallo, R. C., & Montagnier, L. (1984)], parmi les hommes et les femmes ayant des partenaires multiples, en Afrique orientale et centrale, ainsi que dans la population masculine homosexuelle et bisexuelle ainsi que chez les drogués de certaines zones urbaines des Amériques, d'Europe occidentale, d'Australie et de Nouvelle-Zélande. Aujourd'hui, le virus se propage dans tous les pays et la majorité des cas concerne des individus hétérosexuels.

Que ce soit en termes relatifs ou absolus, l'Afrique subsaharienne représente la région du monde la plus lourdement touchée par l'épidémie. Sur les 22 millions d'adultes affectés par le VIH à la fin de 1996, 14 millions y provenaient, soit plus de 60 pour cent du total mondial. Les pays de l'Afrique de l'Ouest, dont le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Ghana et le Nigeria contribuent pour environ 15 pour cent du nombre total d'adultes et d'adolescents porteurs du VIH en Afrique [ONUSIDA (2022)].

Le caractère récent du phénomène de prise en charge pose la question du « comment faire » à l'hôpital, dans la formation professionnelle, dans les textes législatifs, au domicile avec les proches. Cette problématique englobe la façon dont se construit l'interaction entre le patient et l'équipe de prise en charge, la manière dont chaque acteur apprend à gérer les ruptures entre le

séropositif et son entourage, le processus par lequel le traitement peut aider chacun à renouer des relations avec sa famille. Le programme pilote de prise en charge a en effet constitué une étape cruciale dans le processus complexe de réalisation d'une prise en charge globale. Il s'est développé dans un contexte d'évolutions profondes du paysage épidémiologique et institutionnel. Son étude offre un mode d'appréhension d'un programme de santé publique à travers le point de vue de ses utilisateurs.

Le choix de cette étude se justifie par le fait que le nombre de personnes vivant avec le virus poursuit sa progression et la pandémie de SIDA les frappe de plein fouet sous diverses formes en les rendant vulnérables. En plus, il se justifie aussi par le fait que cette infection peut directement continuer à se généraliser à toute la population si aucune action efficace n'est mise en place. Le SIDA reste une maladie complexe et incurable qui anéantit des individus, des communautés et des nations. Depuis le début de l'épidémie, on estime que 60 millions de personnes qui ont été infectées par le VIH, dont quelques 20 millions sont décédées.

En effet, cette infection impacte non seulement l'organisme de l'individu, mais aussi les différentes sphères de sa vie : sa vie affective et sexuelle, son identité, son insertion sociale et professionnelle. Les changements que cela entraîne au quotidien peuvent impacter la qualité de vie de ces personnes et provoquer l'apparition des troubles dépressifs et anxieux. Aider ces personnes à mieux vivre avec la maladie est un enjeu majeur pour les professionnels de santé, nécessitant une prise en compte des aspects qui interviennent dans la santé psychologique.

Si les traitements ARV se sont allégés avec le temps, réduisant le nombre de prises et de comprimés, le regard de l'autre, la peur de voir son corps se dégrader, la difficulté à établir des relations intimes sont autant d'éléments qui peuvent affecter la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie des personnes séropositives au VIH. La situation de mal être et d'inconfort liée à la maladie, très éprouvante tant sur le plan physique, psychologique que social pour les personnes vivant avec le VIH est de mieux en mieux connue. Il existe dans la littérature une multitude de troubles psychologiques générés par l'infection à VIH avec une grande prédominance des troubles dépressifs et anxieux.

Compte tenu du manque d'intérêt manifeste pour l'ensemble du vécu psychologique des personnes séropositives au centre de traitement ambulatoire de l'hôpital communautaire de Bangui, nous avons donc entrepris d'axer notre recherche sur le sujet c'est-à-dire de l'impact de l'infection à VIH et sa prise en charge sur le vécu psychologique des personnes infectées.

Nous tenterons de cerner la désorganisation ou les perturbations que cette infection peut provoquer sur les différentes sphères de la vie de l'individu. La littérature s'étant penchée sur les différentes questions relatives au VIH l'a souvent fait de manière parcellaire. La présente étude nous permettra d'élargir notre regard sur cette problématique. Par des entrevues, nous allons essayer de comprendre les expériences de vies des PVVIH. Nous voulons ainsi écouter ces personnes afin de découvrir les souffrances psychologiques qu'elles vivent silencieusement et quotidiennement.

Donc, à côté de l'aspect purement médical qui d'une manière est fonctionnel, les véritables problèmes qui se posent chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA sont d'ordre psychologique, social, économique,... Comme nous l'avons dit plus haut c'est-à-dire le besoin de prise en charge globale visant à aider les personnes vivant avec le VIH/SIDA est d'une importance capitale. C'est pourquoi, ce travail intitulé «La prise en charge des personnes Vivant avec le VIH/SIDA en milieu hospitalier à Bangui» cherchera à répondre aux questions suivantes :

- La prise en charge des PVVIH est-elle globale (psychologique, social, nutritionnel, économique, juridique) en milieu hospitalier à Bangui?
- Quelles sont les conditions de vie des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA en milieu hospitalier à Bangui?
- Quels sont les besoins des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA en milieu hospitalier à Bangui en matière de la prise en charge ?

Notre étude « la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA en milieu hospitalier à Bangui», a pour objectif de contribuer à l'amélioration de la prise en charge de ces personnes en milieu hospitalier de Bangui. De manière spécifique de chercher à comprendre et Expliquer la situation des patients du VIH en milieu hospitalier de Bangui ; évaluer la situation de prise en charge de ces patients ; apprécier les conditions de vie de ces patients ; identifier leurs besoins.

2. Cadre méthodologique

Dans cette partie, il est question de préciser d'abord le cheminement méthodologique qui nous a permis de collecter et de traiter ces données.

2.1. Instruments et techniques de collecte de données

Une population d'enquête indique un ensemble d'unités qu'on espère décrire par la généralisation ou l'extrapolation des caractères constatés sur un échantillon. Aussi la population d'enquête peut-elle se définir comme l'ensemble des personnes possédant les caractéristiques concernées par une étude. La détermination de l'univers d'enquête est d'une grande importance dans la mesure où elle permet de saisir non seulement les caractéristiques du sujet qui se disposent à l'étude mais aussi le champ socio-psychologique dans lequel s'observe les faits étudiés. Notre population d'étude est constituée des personnes vivant avec le VIH/SIDA à Bangui et plus précisément dans le Complexe Universitaire de l'Hôpital Communautaire.

L'échantillonnage est l'opération qui consiste à prélever un certain nombre d'éléments dans la population qu'on veut observer. C'est donc la façon de procéder à la sélection des individus pour constituer l'échantillon. Notre échantillon a été pris d'une façon exhaustive donc basé sur la prise de tout le nombre de l'unité à étudier. Etant données que notre population est minime. Nous avons pris tous les patients de ce complexe hospitalier. Donc, notre échantillon est composé de 86 personnes.

Pour collecter les données sur terrain, nous nous sommes servis d'un questionnaire d'enquête comportant notamment des questions ouvertes et des questions fermées. Ces questionnaires ont été rédigés en langue française. Cependant comme la plupart de nos enquêtés ne savent ni lire ni écrire, nous leurs avons posé les questions dans une des langues locale qui est le *Sango* qu'ils maîtrisent. Les fiches d'enquêtes ont été complétées au fur et à mesure qu'on évoluait avec les questions-réponses. Les données collectées sont regroupées dans différents tableaux. Celles-ci seront analysées et interprétées.

2. Contexte de la propagation du SIDA et de sa prise en charge

Parmi toutes les maladies qui sévissent dans le monde, l'infection du VIH/SIDA constitue l'une des plus redoutables durant ce siècle. Aujourd'hui, le nombre de cas des personnes vivants avec le virus du VIH/SIDA s'est accru à un point tel que l'on parle de pandémie. Sa présence fait que la littérature à son sujet est florissante et à ce propos, on recense énormément d'écrits et de recherches. Selon Villarreal (2014), sur les 36,1 millions de personnes infectées par le VIH/SIDA dans le monde, plus de 95% vit dans les pays en voie de développement. Et dans ces pays, la maladie est plus présente dans les zones rurales que dans les milieux urbains. C'est pourquoi, il y a plus de la population rurale infectée par le VIH/Sida que les personnes vivant

en ville. La maladie se propage de manière exponentielle même dans les hameaux les plus reculés(...). La population Africaine ne représente qu'un dixième de la population mondiale. Mais sur les 10 nouveaux cas d'infection déclarés par VIH, 9 sont des Africains. Mieux 83% des décès sont dus au VIH/Sida.

Heba, chercheur qui a publié sur le VIH/SIDA affirme que la pauvreté et stigmatisation sont des raisons qui poussent les personnes infectées par le VIH/sida à ne pas fréquenter les centres de santé. En ce qui concerne la pauvreté, elle empêche les malades trop démunis à avoir leurs transports pour se rendre en ville et payer les examens médicaux. Ce qui les pousse à renoncer aux soins. Quand les patients ont les moyens, ils ont peur de la stigmatisation liée à la maladie en milieu rural. Ce qui les oblige à renoncer au traitement afin d'éviter de mettre leur vie en danger. Il évoque une autre raison non moins importante qui motive les malades à ne pas fréquenter les services de santé. Il s'agit de la décentralisation qui limite encore les services de santé. La prise en charge des personnes infectées par le VIH/Sida est un véritable problème en Côte d'Ivoire eu égard aux différentes représentations de cette maladie. Cette représentation varie selon les régions et les cultures y afférentes. Elle (la représentation) a un impact considérable sur la prise en charge des malades. Selon Perla (2012), la problématique de la prise en charge des personnes infectées par le VIH/Sida ne date pas d'aujourd'hui. Elle existe il y a longtemps. C'est ainsi que l'individu contaminé par le VIH/Sida est un sujet de droit, qui a besoin d'être protégé, eu égard aux nombreux problèmes (European Scientific Journal, 2019). Le problème auquel les personnes malades du SIDA sont confrontées est que beaucoup d'individus ont des informations erronées sur la sexualité. Ce qui fait qu'ils contractent facilement les maladies sexuellement transmissibles. Ceci est d'autant plus préoccupant que quand ces derniers vivent dans un pays où la sexualité est encore un tabou au sein des familles. Pour Claude THEODIERE (1992), montre que du CDCC (Center for Disease Control), d'Atlanta, il a été repéré aux Etats Unis les premiers cas d'une maladie mystérieuse et mortelle caractérisée par une profonde dégradation du système immunitaire. Il en résulte que cette maladie touche des hommes adultes et des jeunes généralement homosexuels. D'autre manière globalisante, l'épidémie s'est manifestée à travers les homosexuels et bisexuels masculins mais aussi les toxicomanes consommant la drogue par voie intraveineuse vivant dans certaines zones urbaines de l'Amérique et de l'Europe d'une part et d'autre part chez les hommes et femmes à partenaires sexuels multiples dans certaines régions de caraïbes, d'Afrique centrale et orientale.

D'après le docteur Horacultz (2000), dit que les cas de maladies se sont plus manifestés chez les couches des personnes dont la situation sociale est médiocre ou chez les individus de basse classe notamment les homosexuels, les toxicomanes et les usagers de drogues. Il en ressort qu'il existe une relation entre l'émergence de l'épidémie dans une population donnée et ses conditions de vie. Au début des années 1995, l'organisation mondiale de la santé OMS en sigle a estimé dans le monde, à 15 millions le nombre des personnes infectées par le VIH/SIDA depuis l'apparition de l'épidémie et à environ 1 million le nombre des enfants nés séropositifs. En 2000, la même source à projeter entre 30 et 40 millions l'effectif total des personnes victimes du VIH/SIDA, les hommes, les femmes et les enfants confondus. En 2003, 4,8 millions de nouveaux cas ont été constatés et 9 millions de morts dans le monde. Cependant, il est à signaler que seulement 5 à 10% de l'ensemble de cas séropositifs ont été pris en charge, l'essentiel de cette prise en charge étant concentré dans les pays à fort revenu.

Selon l'OMS (2000), l'Afrique subsaharienne est la région la plus sévèrement touchée par la pandémie où les études menées par l'OMS sur le VIH/SIDA en RDC, en Ouganda, en Tanzanie, en Côte d'Ivoire et au Rwanda ont confirmé que le VIH/SIDA est accompagné du taux de mortalité très élevé et d'une réduction considérable de l'espérance de vie.

Notons qu'en 1988 pour cette année seulement 6 millions des personnes se sont infectées par le virus ceci qui équivaut à 16.000 victimes chaque jour. En effet, près de la moitié de cas était constituée des jeunes âgés d'au moins 24 ans.

3. Résultats

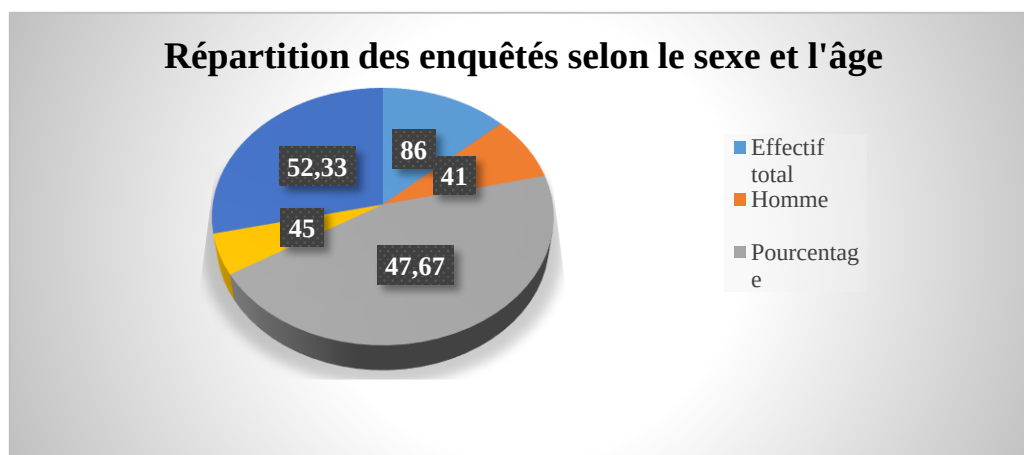
Cette partie sera réservée à la présentation des données et la seconde à l'analyse et discussion des résultats dans la structure de prise en charge retenue.

3.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Tableau 1. Répartition des enquêtés selon le sexe et l'âge

n°	Sexe/Âge	Effectif total	Homme	Pourcentage	Femme	Pourcentage
1	20 à 30 ans	18	11	61,11	7	38,89
2	31 à 40 ans	35	16	45,71	19	54,29

3	41 à 50 ans	24	10	41,67	14	58,33
4	51 et plus	9	4	44,44	5	55,56
5	Total	86	41	47,67	45	52,33

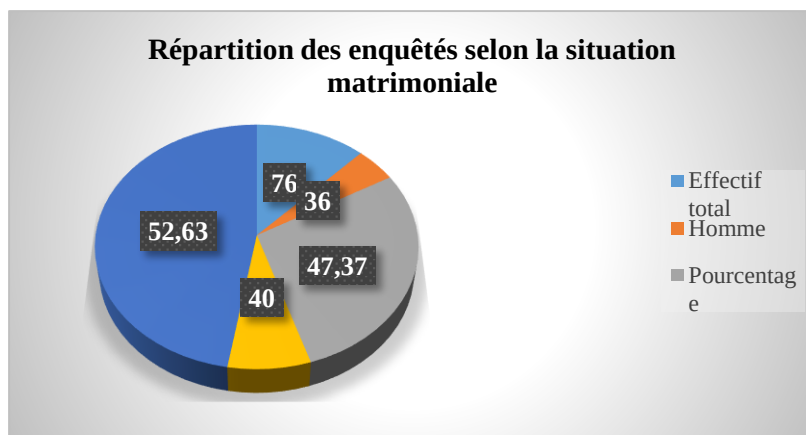


Source : Nos enquêtes

Il ressort de ce tableau, qu'il existe une prédominance des femmes au niveau des personnes vivant avec le VIH enquêtées, 45 femmes contre 41 hommes soit un totale de 86 enquêtés. Aussi sur 41% de nos enquêtés ayant un âge compris entre 31 à 40 ans, 16 hommes soit 34,04% sont infectés par le VIH/SIDA et 19 femmes soit 42% sont aussi atteintes par la même maladie. 24 PVVIH soit 28 % ont un âge compris entre 41 et 50 ans parmi ceux-ci, nous trouvons 10 hommes soit 39,02% et 14 femmes soit 31%. Bien plus, parmi les 86 enquêtés, 18 soit 21% ont un âge compris entre 20 et 30 ans. De ce dernier, nous trouvons 11 hommes soit 26% et 07 femmes soit 16%. Enfin, le 9 PVVIH soit 10% ont un âge qui se retrouve dans l'intervalle de 51 ans et plus, de ce dernier nous trouvons 4 hommes soit 21,28 % et 5 femmes soit 11%.

Tableau 2. Répartition des enquêtés selon la situation matrimoniale

N°	La situation matrimoniale	Effectif total	Homme	Pourcentage	Femme	Pourcentage
1	Célibataire	16	6	37,50	10	62,50
2	Marié(e)	14	13	92,86	1	7,14
3	Veuf (ve)	39	13	33,33	26	66,67
4	Divorcé (e)	7	4	57,14	3	42,86
5	Total	76	36	47,37	40	52,63

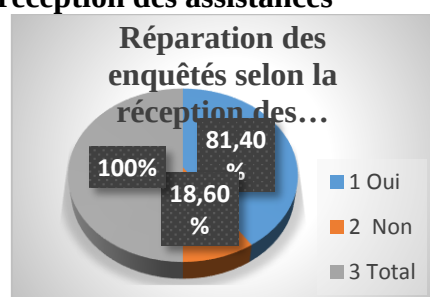


Source : Nos enquêtes

Au regard de ce tableau, nous constatons ce qui suit : 39 PVVIH soit 45,34% sont de veufs/veuves parmi ceux-ci nous trouvons 13 hommes soit 36,11% et 11 femmes soit 22% ; 14 PVVIH soit 36,11% sont mariés (es) ; 11 personnes de celle-ci soit 36,11% sont des hommes et 11 soit 22% sont des femmes ; 16 PVVIH soit 19% sont célibataires parmi ceux-ci, nous trouvons 6 hommes soit (17%) et 10 femmes (20%). Enfin, 7 PVVIH 8,13% sont divorcés (es) parmi eux, nous trouvons 4 hommes soit 11,11% et 3 femmes soit 6%.

Tableau 3 : Réparation des enquêtés selon la réception des assistances

N°	Réception d'assistances	Effectifs	Pourcentage
1	Oui	70	81,40
2	Non	16	18,60
	Total	86	100,00

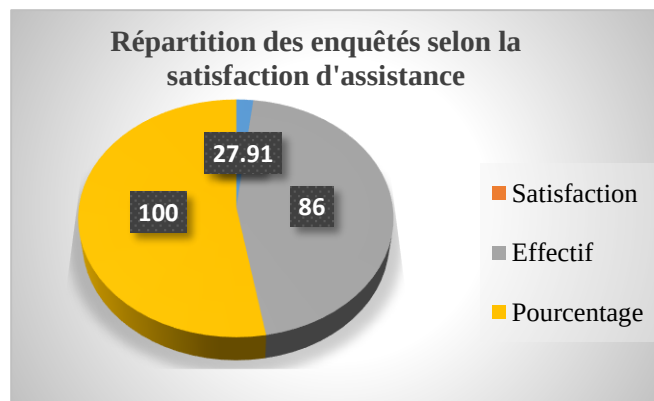


Source : nos enquêtes

De ce tableau, nous remarquons que 81% de nos enquêtés PVVS/SIDA avaient déjà reçu une assistance provenant des donateurs contre 19% qui n'ont rien reçu.

Tableau 4 : Répartition des enquêtés selon la satisfaction de l'assistance

N°	Satisfaction	Effectif	Pourcentage
1	Oui	24	27,91
2	Non	62	72,09
3	Total	86	100,00

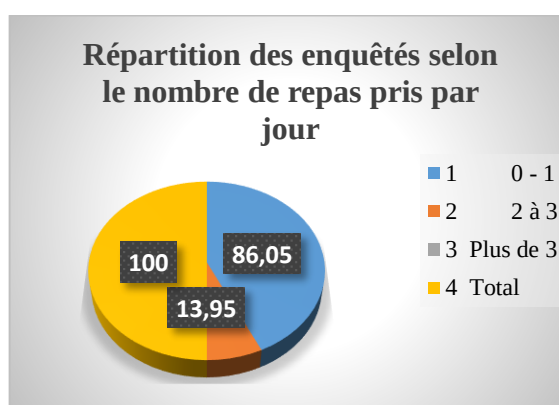


Source : Nos enquêtes

Dans ce tableau, nous remarquons que 72 % ne sont pas satisfaits des assistances octroyées contre 28 % qui en sont satisfaits.

Tableau 5 : Répartition des enquêtés selon le nombre de repas pris par jour

N°	Nombre de Repas	Effectif	Pourcentage
1	0 - 1	74	86,05
2	2 à 3	12	13,95
3	Plus de 3	0	0
4	Total	86	100

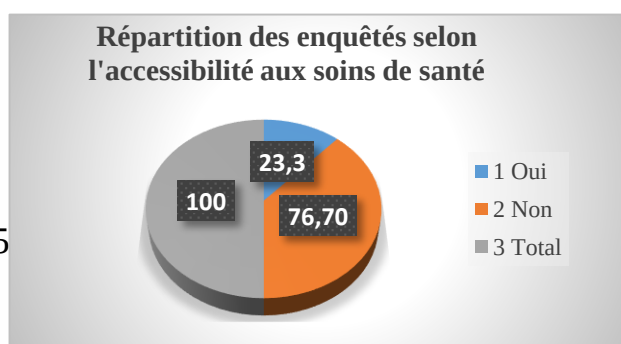


Source : Nos enquêtes

Au regard de ce tableau, nous constatons que la majorité de nos enquêtés, 74 soit 86 % ne prennent qu'un seul repas par jours à l'opposé de 12 soit 14 % qui prennent 2 à 3 repas par jours.

Tableau 6 : Répartition des enquêtés selon l'accessibilité aux soins de santé

N°	Accès aux soins de santé	Effectif	Pourcentage
1	Oui	24	23,30



2	Non	79	76,70
3	Total	103	100

De ce tableau, nous trouvons que 76,70 % de nos enquêtés n'ont pas d'accès facile aux soins de santé contre 23,30 % qui reçoivent une accessibilité facile.

4. Discussion

De cette étude, nous retrouvons une prédominance féminine de 31 à 40 ans soit un pourcentage de 42%. Ce résultat est conforme à la tendance épidémiologique actuelle de l'infection du VIH. En effet, en décembre 2002 l'ONUSIDA signale 58% de femmes parmi les adultes atteints. Cette prédominance féminine s'explique par le fait que la majorité des hommes vivant avec le VIH/SIDA continuent de vivre dans la clandestinité et ne veulent pas adhérer dans les associations des PVVIH. En plus, cela se justifie suite à plusieurs facteurs de vulnérabilité des femmes et les jeunes filles face au VIH/SIDA.

Nous pouvons dire que les PVVIH/SIDA ont un âge compris entre 20 et 50 ans : tranche d'âge où l'on est relativement très actif sexuellement avec des risques de contracter les IST et le VIH/SIDA si aucune mesure de protection n'est pas mise en compte.

Bien plus, dans notre étude la majorité de nos enquêtés sont de veufs (ves) soit 45,34% suivie de marié(e) soit 28%, notons ici que parmi ces marié(e), on y trouve les couples discordants. Cela s'expliquerait par le fait que la majorité de ces personnes ont soit connues leur séropositivité avec un grand retard et selon le dire de nos enquêtés, la majorité des gens de ce qui sont décédés n'ont pas vraiment respecté les conseils prodigués par les personnels soignants. Concernant la prise en charge, 100% de nos enquêtés affirment avoir déjà reçu une quelconque assistance (voir tableau 3). Les types d'assistances déjà reçus par nos enquêtés sont : une assistance médico-sanitaire ; une aide alimentaire ; la scolarisation des enfants ; une aide financière ; un soutien matériel ; un soutien psychologique et spirituelle et en ce qui concerne l'appui juridique personne parmi nos enquêtes n'en a bénéficié. Il faudrait renforcer ce type de soutien qui constitue un élément capital lors de la prise en charge des PVVIH car nous savons que ces dernières font face régulièrement à des gestes de stigmatisation et discrimination dans la société.

La provenance de ces assistances nous a été révélée par nos enquêtés. 100 % l'ont reçu aux prés des agences humanitaires ; 89,3 % de l'Etat ; mais nos enquêtés nous ont fait savoir que la grande partie de ces assistances sont constituées des médicaments. Ce n'est pas seulement les médicaments qui doivent constituer l'assistance chez les PVVIH. Elles ont aussi besoins d'une alimentation équilibrée pour renforcée leur système immunitaire, elles ont en plus besoins d'une assistance psychosociale, socioéconomique et juridique.

74 % affirment ne pas être satisfaits de ces assistances. Les raisons évoquées par les personnes concernées pour expliquer leur insatisfaction sont multiples. Premièrement, l'inadaptation des assistances signifie que les aides fournies ne répondent pas aux besoins spécifiques des bénéficiaires. Par exemple, certaines personnes peuvent estimer que les ressources ou les services proposés ne tiennent pas compte de leur situation particulière, qu'il s'agisse de leurs conditions économiques, sociales ou géographiques.

Deuxièmement, l'insuffisance des assistances indique que les aides apportées sont jugées insuffisantes en quantité ou en qualité pour répondre aux attentes et aux exigences des bénéficiaires. Cela peut concerner le montant des aides financières, la couverture des soins de santé, ou même l'accès limité à certains services essentiels, ce qui crée un sentiment d'insatisfaction parmi ceux qui en bénéficient.

Enfin, l'irrégularité des assistances fait référence au fait que les aides sont souvent distribuées de manière inconstante ou peu fiable. Cela peut signifier des retards dans la fourniture des services ou une absence de suivi, ce qui empêche les bénéficiaires de planifier efficacement ou de compter sur une aide régulière et stable. L'irrégularité peut également se traduire par une répartition géographique inégale, où certains groupes ou régions bénéficient d'une aide plus sporadique, ce qui crée un sentiment d'injustice.

Dans l'ensemble, ces trois facteurs — inadaptation, insuffisance et irrégularité — révèlent un écart entre les attentes des bénéficiaires et la réalité des assistances reçues, entraînant une insatisfaction généralisée.

C'est pourquoi, en partant de ces résultats et en nous référant aux informations qui nous ont été fournies par nos enquêtés sur les raisons de la non satisfaction des besoins, nous confirmons notre première hypothèse selon laquelle, La prise en charge des PVVIH dans nos hôpitaux en Centrafrique et plus particulièrement dans le Complexe Hospitalier Universitaire de Bangui n'est pas totale car tous les soutiens que devaient bénéficier les PVVIH ne sont pas remplis et

prise en compte parce que, il n'y a pas deux ans que les PVVIH ont commencé à recevoir quelques assistances en provenance soit de l'Etat, soit des ONG à part l'aide purement médicale qu'elles recevaient avant.

De nos investigations les différentes difficultés que les PVVIH rencontrent dans leur vie. La première difficulté est le manque d'activités génératrices des revenus ; l'insuffisance alimentaire familiale facteurs de discrimination/stigmatisation. Certains accusent le manque des frais de location maison, sécurité sociale et paix du cœur ; d'autre signalent l'inaccessibilité aux soins et évoquent l'habillement. Afin, les restes accusent d'autres difficultés d'ordre juridique. Ces résultats sont superposables à ceux retrouvés au cours des enquêtes réalisés dans d'autres Centres Hospitaliers de la capitale Bangui. De ce qui précèdent, en nous référant aux résultats nous confirmons notre deuxième hypothèse selon laquelle les PVVIH à Bangui mènent une vie dure et connaîtraient une extrême pauvreté.

Conformément à la deuxième hypothèse, nous avons remarqué que la majorité de nos enquêtés n'ont pas d'emploi ; son responsable de 1 à plus de 5 enfants ; sont locataires ; prennent un repas par jours et parfois ne mangent pas ; n'ont pas accès aux soins de santé ; ont accusées plusieurs difficultés auxquels elles sont confrontées et vivent sous d'une dépendance totale des bienfaiteurs, membres des familles, parents et amis. Par conséquent, nous avons confirmé notre deuxième hypothèse. Enfin, notre troisième hypothèse a été confirmée par le fait que nos enquêtés expriment plusieurs besoins liés à leur prise en charge notamment l'appui financier, l'accès facile et même gratuit aux soins de santé, le soutien psychologique, la lutte contre la discrimination/stigmatisation et enfin les besoins alimentaires qui ne sont pas totalement satisfait.

CONCLUSION

Nous voici au terme de notre travail qui a porté sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le Complexe Hospitalier Universitaire de l'Hôpital Communautaire de Bangui en République Centrafricaine. L'objectif du travail est de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des personnes (ou patients) vivant avec le VIH/SIDA.

Nous pouvons affirmer que cette prise en charge doit être thérapeutique, psychologique, préventif et social. Avant de débiter un traitement ARV, un bilan précis, clinique, immuno-virologique, métabolique et des facteurs de risque cardiovasculaire est essentiel et le patient

doit être informé des objectifs du traitement, de la nature, de la fréquence et de la gravité potentielle des effets indésirables. Il faut donc souligner que la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/Sida de manière générale est très complexe particulièrement, au niveau de cette prise en charge, l'on rencontre de difficultés surtout le manque de personnel qualifié et bien formé.

Les Personnes vivant avec le VIH/SIDA sont une donnée importante dans la lutte contre la propagation du VIH. Les abandonner à elles-mêmes sur tout le plan est une démission hautement préjudiciable aux conséquences incalculables. Pour cela, nous suggérons ce qui suit : Il est nécessaire d'insister sur l'importance du dépistage et cette prise en charge ne doit pas s'arrêter seulement à l'accès aux médicaments et aux soins médicaux mais il faut ajouter un soutien psychosocial et spirituel. Aussi sensibiliser les plus jeunes aux dangers du SIDA, car cette épidémie est partout, comme une épée de Damoclès suspendue au-dessus de nous tous. Parfois, la confiance en un partenaire ne suffit pas, on s'ignore souvent séropositif. Aucune vaccination n'est disponible à ce jour, et aucun traitement ne permet de guérir cette pandémie du SIDA souvent appelée maladie du siècle. Il faut penser à se protéger, et surtout, en parler et se faire dépister.

Références bibliographiques

- BANQUE MONDIALE. (2007). *AIDS in South Asia: Understanding and responding to a heterogeneous epidemic*. Washington, août.
- CIF/SANTE. (2007). *Module de Formation des Communicateurs communautaires sur le VIH/SIDA*. octobre 2007.
- EASTON, P. (1984). *Education des adultes en Afrique Noire, Tome I*. Paris, Karthala.
- FHI. (2001). *Manuel de formation en counseling VIH/SIDA, IST*. Kinshasa, août.
- FHI. (2002). *Manuel du conseiller en conseil et dépistage volontaire du VIH/SIDA*. CRTS/Rwanda.
- GOFFAUX, J. (1986). *Problème de développement*. Kinshasa, Ed. CRD.
- GRAWITZ, M. (1996). *Méthodes des sciences sociales* (10ème édition). Paris, Dalloz.
- HAMBLIN, J. (2006). *Personnes vivant avec le VIH : les Droits, l'Ethique et la discrimination*. Paris.

- Human Rights Watch. (2005). *Les femmes émigrées face à l'endettement et à l'exploitation*. Singapour. Koffi, C. (2010). *Prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA en Afrique*. Editions L'Harmattan
- Koffi, C. (2010). *Prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA en Afrique*. Editions L'Harmattan.
- LAMPTEY ET Alii. (2004). *Les défis mondiaux du VIH et du SIDA*. Paris.
- LORI ASHFORD, S. (2006). *L'impact du VIH/SIDA sur les populations*. PRB, décembre 2006.
- MSP/PNLS. (2004). *Guide du prestataire dans la prise en charge des PVVIH/SIDA*. Kinshasa.
- NATIONS UNIES. (2004). *The Impact of AIDS*. New York : UN Department of Economic and Social Affairs / Population Division.
- OMS, ONUSIDA. (2002, 2004, 2006, 2007). *Le point sur l'épidémie de SIDA*. Genève.
- OMS. (2004). *Guide de suivi et d'évaluation des soins et du soutien liés au VIH/SIDA*. Genève.
- ONUSIDA. (2002). *Discrimination, stigmatisation et déni liés au VIH/SIDA*. Genève, Suisse, mai 2002.
- ONUSIDA. (2007). *Intensification de la prévention du VIH*. Genève, août 2007.
- ONUSIDA. (2002). *Rapport sur la stigmatisation et la discrimination*. Genève.
- PIOT, P. (2001). *Le SIDA en Afrique. Impact médecin Guide infection à VIH*.
- Peter et alii. (2006). *Les défis mondiaux du VIH et du SIDA*. Population Bulletin 61.
- PNLS/Ministère de la Santé. (2004). *Projet RDC multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA*.
- PNLS/PNMLS. (2008). *Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SDA*. Janvier.
- RONGERE, P. (1975). *Méthodes des Sciences Sociales*. Paris, Ed. Dalloz.

Webographie :

- Human Rights Watch. (2005). *Au cœur des réalités : les droits des femmes dans la lutte contre le SIDA*. Consulté sur : hrw.org/backgrounder/wrd/032105doseFR.pdf.
- STEPHEN L. (2005). *Facteurs de risque de l'infection à VIH/SIDA chez la femme*.

OMS. (2004). *Les femmes et le SIDA*. Consulté sur :

haiticulture.ch/SIDArapport2004extrait.html.

ONUSIDA. (2004). *Rapport sur l'épidémie mondiale du SIDA*. Consulté sur :

unaids.org/wad2004/EPIupdate2004_html_fr/Epi04_05_fr.htm#P156_66049.

OMS. (2007). *Belarus HIV/AIDS country profile*. Consulté sur :

euro.who.int/aids/ctryinfo/overview/2007118_5.