

PARTIE III

SIDA

Président : Pr MIENAKANDA

10

La coopération internationale dans la lutte contre le SIDA

M. ROSENHEIM

Pavillon Laveran, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France

Après avoir été sous-estimé, le caractère préoccupant de l'épidémie de SIDA qui atteint actuellement le tiers-monde ne peut plus être nié.

Parmi les 100 pays ayant rapporté à l'OMS des cas de SIDA, 63 sont des pays du Sud, parmi lesquels 10 sont francophones. Le nombre de pays déclarants et le nombre de cas déclarés sont sous-estimés en grande partie du fait des difficultés à poser avec certitude le diagnostic de SIDA en l'absence d'infrastructures techniques lourdes. Cependant, à Brazzaville, au Congo, et à Kinshasa, au Zaïre, les médecins bénéficient, pour les uns de l'aide d'une équipe française, pour les autres de celle d'une équipe américaine et les chiffres correspondent probablement à la réalité. Dans ces deux villes, il y a environ 50 personnes atteintes pour 100 000 habitants, alors que ce chiffre est de 12 pour 100 000 habitants aux USA et de 3 pour 100 000 en France (Tableau I).

Tableau I.

	France	USA	Afrique Centrale
Nombre de SIDA pour 100 000 habitants	3	12	50
% de séropositifs dans la population générale	0,1-0,2%	0,4-0,8%	6-18%

La séroprévalence de l'infection à VIH rend encore mieux compte de la magnitude de l'épidémie. Alors que le pourcentage de «séro-positifs» dans la population générale est de l'ordre de 0,1 à 0,2% en France, de 0,4 à 0,8% aux USA, il est de 5% à 6% à Brazzaville et Kinshasa, de 10% au Burundi et au Rwanda, de 18% à Lusaka, en Zambie.

Les conséquences de l'infection à VIH débordent largement le SIDA. Des crédits qui auraient dus être affectés à la lutte contre les affections tropicales devront être orientés vers

la lutte contre le SIDA. Les campagnes contre les maladies diarrhéiques et contre la tuberculose sont menacées d'inefficacité; le plan élargi de vaccination est menacé, en effet il faut renoncer, dans la crainte d'une contamination, à l'utilisation du matériel à usage unique, trop souvent réutilisé, pour en revenir au matériel stérilisable, bien plus coûteux, en attendant la mise au point de matériel non réutilisable. Même l'injecteur à air comprimé, sans aiguille, permettant les campagnes de vaccination de masse, est maintenant tenu en suspension.

Outre les conséquences médicales, l'infection à VIH a également des répercussions sociales, atteignant les tranches d'âge les plus productives et n'épargnant pas les cadres malgré l'environnement favorisé dans lequel ils vivent. Face à cette situation, une solidarité des pays du Nord est indispensable afin d'aider les autorités sanitaires à maîtriser l'épidémie.

La coopération dans ce domaine peut se résumer à trois volets :

- prévention
- information
- formation

La prévention a l'avantage d'être une action concrète dont la portée peut être immédiatement appréhendée par la population. Il s'agit essentiellement du dépistage en banque du sang des donneurs potentiellement dangereux, dépistage reposant sur une technique simple, peu coûteuse, ne nécessitant pas un personnel de haute technicité et pouvant être maîtrisée localement.

A partir de cette plate-forme qu'est la sérologie VIH, d'autres actions de prévention peuvent se développer :

- information des séropositifs dépistés, à travers lesquels on peut espérer une diffusion du message préventif vers le reste de la population;
- sensibilisation du personnel médical et infirmier au risque de transmission iatrogène de la maladie par les transfusions sanguines ou l'utilisation de matériel à injection mal stérilisé.

La maîtrise de la sérologie VIH permet également le développement d'enquêtes épidémiologiques, permettant de mieux cerner les modalités exactes de transmission du virus qui ne sont pas encore entièrement élucidées. Par ailleurs, elle peut être appliquée aux malades suspects d'infection à VIH, et contribuer ainsi à favoriser leur prise en charge diagnostique et thérapeutique. C'est là un point épineux car les organisations internationales à vocation humanitaire, après avoir méconnu l'amplitude de l'épidémie du SIDA, ont décidé que seule la prévention mérite leur attention et leurs crédits et que les malades doivent être renvoyés à leur domicile pour y mourir.

Nous ne partageons pas cette attitude pour plusieurs raisons. La première, et qui à elle seule est suffisante, est qu'il ne peut exister deux médecines, l'une pour le Nord, faite de résonance magnétique nucléaire et de thérapeutiques coûteuses, l'autre pour le Sud, se résumant au préservatif et à quelques affiches d'information.

Certes, l'absence d'équipements lourds interdit en Afrique le diagnostic de certitude de certaines affections opportunistes. Mais, en collaboration avec nos partenaires africains, nous avons pu mettre au point une attitude pratique devant chaque symptôme, en nous centrant sur les affections curables et en utilisant des techniques diagnostiques simples et peu coûteuses.

Les autres raisons sont la survie souvent très prolongée et confortable que nous avons pu obtenir chez des Africains, aussi bien à Paris qu'en Afrique, grâce au traitement d'une complication infectieuse. Enfin, il ne nous semble pas possible de décourager nos

confrères, en leur conseillant d'abandonner ces malades graves, tout en leur demandant de prendre en charge les autres fléaux.

En ce qui concerne le traitement de fond de la maladie par le seul agent anti-rétroviral actuellement disponible, l'AZT ou zidovudine, l'usage en est limité du fait de son coût et non de sa disponibilité. Nous proposons donc que le prix de ce médicament soit doublé dans les pays industrialisés et que pour chaque malade du Nord recevant cette thérapeutique soit adopté un patient du Sud à qui elle sera procurée gratuitement.

Cette prise en charge des malades pose le problème de la formation des médecins. Dans ce but, l'Institut Santé et Développement de l'Université Paris VI, en collaboration avec une organisation médicale non gouvernementale, Médecins du Monde, a organisé à Paris en juin 1987 un cours d'une semaine qui a réuni 45 médecins représentant 18 pays du Sud.

Formation des médecins à la prise en charge des patients, prévention de la maladie par le dépistage en banque du sang et l'observance des règles de stérilisation pour les injections étaient les deux premiers volets de la lutte contre le SIDA. Reste l'information de la population générale quant aux modalités de transmission et aux moyens de prévention efficaces qui existent. Cette information se heurte aux difficultés rencontrées, aussi bien au Nord qu'au Sud, pour diffuser de façon efficace un message à portée sanitaire. Les campagnes d'information devront donc être élaborées non seulement par des médecins mais également des spécialistes de la communication et des sciences sociales.

Quant à la coopération dans le domaine de la recherche, dans la plupart des cas, la seule aide qu'a reçue l'Afrique des pays développés a été l'arrivée de chercheurs pris brutalement d'un amour immodéré pour ce continent, inquiétant les autorités sanitaires pour obtenir l'autorisation d'enquêter, engrangeant dans le minimum de temps le maximum de sérums et de données, et disparaissant en laissant derrière eux le désarroi. Cette attitude doit se modifier et, en liaison étroite avec les programmes de lutte contre le SIDA, l'opportunité de développer une recherche locale dans les pays du tiers-monde doit être saisie.

Les structures de cette collaboration existent et, plus que par des instituts, elle doit être prise en charge par les universités en profitant des liens existants entre les universitaires des pays francophones et en les développant sur ce thème.

Mais le SIDA n'a pas que des aspects négatifs. Dans quelques années, lorsque grâce aux efforts de tous, par les médicament et par le vaccin, ce cauchemar aura disparu d'Afrique et d'ailleurs, et malgré toutes les jeunes vies perdues, il restera des éléments positifs, sous forme de techniques transférées en immunologie, la technique ELISA de dépistage des anticorps anti-VIH pouvant être appliquée dans d'autres domaines, en parasitologie, en épidémiologie, en communication, toutes techniques dont le champ déborde largement celui du SIDA.

Je conclurai en disant que la facilité des moyens actuels de communication fait que nous vivons tous dans le même monde, solidaires par goût ou par nécessité. Le virus a été apporté en Europe des Etats-Unis; en Afrique de l'Ouest il s'implante par le biais des voyageurs venus des pays occidentaux, alors que le virus «local», le VIH2, se propage en France; en Afrique Centrale, il diffuse des villes vers les campagnes. Les frontières n'arrêtent pas les virus et le problème du SIDA ne pourra être résolu au Nord sans l'être au Sud.

11

La lutte contre le SIDA au Congo

P. M'PELE

Chef du Programme National de lutte contre le SIDA. BP 1186, Brazzaville, Congo

Les premiers cas de SIDA sont observés au Congo en 1983 chez des sujets évacués sanitaires à Paris. Ces malades présentaient généralement une diarrhée au long cours pour laquelle aucun diagnostic étiologique ne permettait sur place un attitude thérapeutique efficace.

La situation

Les cas

Mille deux cent cinquante cas d'infections à VIH symptomatique ont été répertoriés de 1983 à 1987 et déclarés à l'OMS.

La prévalence

Depuis les premiers sondages réalisés en février 1985 à la Banque du Sang de l'hôpital universitaire de Brazzaville, la prévalence du portage des anticorps anti-VIH ne semble pas avoir varié significativement; la prévalence restant de l'ordre de 6% en ELISA.

L'enquête séroépidémiologique menée en avril 1986 par l'Organisation de Coopération et de Coordination de Lutte contre les grandes endémies en Afrique Centrale sur échantillon représentatif de la population (15-45 ans) a montré le même taux de séropositivité en ELISA; 6% et 4,6% en Western Blot.

Les décisions

La création dès 1985, deux ans après la description des premiers cas, d'un Comité scientifique de diagnostic et de lutte contre l'infection à VIH fut la reconnaissance par les autorités sanitaires et politiques du pays de l'existence au Congo du SIDA.

Ce Comité avait la mission de :

— Concevoir et proposer au Ministère de la santé la politique nationale de lutte contre le SIDA.

— Donner des avis sur les questions relatives à l'infection à VIH.

— Déterminer les règles et les conditions de recherche, d'étude ou d'enquête sur le SIDA.

— Approuver tout projet et examiner tout protocole adéquats.

Un programme National de lutte contre le SIDA est mis en place en septembre 1987, chargé d'exécuter le programme triennal de lutte contre le SIDA (1988-1990).

Ce programme a pour objectif de :

— informer et éduquer la population,

— poursuivre l'analyse de la situation épidémiologique,

— surveiller la progression de l'épidémie,

— limiter la transmission par les voies sexuelles, sanguines, de la mère à l'enfant,

— améliorer la prise en charge des personnes séropositives et malades,

— coordonner les études et les enquêtes.

Les actions

Trois priorités ont été définies :

Le dépistage systématique des donneurs de sang

Il est effectif à Brazzaville (capitale politique du Congo; 600 000 habitants) depuis octobre 1986. Près de 25 000 donneurs ont été testés et la séropositivité révélée est de 6,8% en ELISA et 3,8% en Western Blot.

A Pointe-Noire (capitale économique; 300 000 habitants), le screening est mis en place depuis décembre 1987.

A Brazzaville, en parallèle au dépistage systématique des donneurs de sang, a été créée une consultation de «Counselling» depuis novembre 1986. Elle permet de donner une information sélective et personnalisée aux personnes dépistées séropositives dans le cadre de la prévention. Elle permet en outre à long terme de répertorier les facteurs du SIDA au Congo et l'établissement d'une histoire naturelle de la maladie.

Le diagnostic des infections opportunistes et la prise en charge des malades

Elle est réalisée par une structure médicale «sans murs» qui permet d'éviter la marginalisation des sidéens. Cette structure multidisciplinaire, clinique et biologique regroupe les médecins plus particulièrement mis à contribution par l'infection à VIH (gastroentérologues, neurologues, pneumologues, parasitologues, épidémiologistes...).

Chez les malades suspects il est pratiqué une sérologie VIH; lorsqu'elle est positive, elle est suivie de la recherche d'une affection opportuniste :

- l'examen des selles à la recherche des cryptosporidies et d'Isospora;
- la ponction lombaire avec recherche de cryptococoques, d'anticorps antitoxoplasmiques en cas de signes neurologiques;
- le lavage alvéolaire avec recherche de pneumocytes en cas de signes respiratoires;
- la biopsie ganglionnaire en cas d'adénomégalies.

L'infection à VIH au Congo

Elle touche surtout les sujets jeunes, autant les femmes que les hommes. Le sex-ratio est proche de 1. L'âge moyen chez les hommes est de 38 ans et chez les femmes de 35 ans.

Les patients sont de statut socio-économique moyen et d'origine ethnique diverse mais proviennent presque tous de la zone urbaine. Aucun homme n'est homosexuel, aucun malade n'est toxicomane ou hémophile.

Des antécédents de transfusion sanguine sont retrouvés dans 20% des cas dans un délai de 4 à 6 ans précédant l'apparition des premiers signes.

La symptomatologie révélatrice comporte au moins deux des quatre signes suivants : fièvre, amaigrissement de plus de 10% du poids corporel habituel, diarrhée, prurit avec ou sans éruptions cutanées.

La fréquence des signes cliniques est reportée dans le Tableau I.

Tableau I.

Signes cliniques exprimés en pourcentage	Nombre (69 cas)
Amaigrissement	95
Diarrhée	78
Fièvre	42
Dermatose prurigineuse généralisée	42
Candidose buccale	23
Polyadénopathie	22
Zona	11

Le SIDA se présente le plus souvent sous forme :

- d'une diarrhée avec amaigrissement due dans la majorité à *Isospora belli*,
- d'un syndrome neurologique fébrile avec présence de cryptocoque dans le liquide céphalorachidien,
- d'une pathologie respiratoire en rapport dans la majorité des cas avec une tuberculose.

Le sarcome de Kaposi et la pneumocystose sont cependant moins fréquents.

Information du public

Le mode de transmission hétérosexuelle du VIH, la prévalence élevée, les réalités sociologiques et culturelles propres à chaque groupe de population ont fait qu'une stratégie globale d'information a été adoptée et orientée dans quatre directions.

L'organisation de centre de conseil auprès des banques de sang, assurant le dépistage systématique des anticorps anti-VIH des donneurs de sang.

L'élaboration d'une conduite à tenir pour l'information et la prise en charge des patients en fonction de leur situation personnelle (clinique et sociale). L'accent a été mis sur la responsabilité du médecin vis-à-vis du patient et de son entourage.

L'information et la formation permanentes du personnel de santé.

L'information du public qui s'appuie sur le dialogue, la discussion à travers les débats organisés à l'école, dans l'entreprise, dans les quartiers, etc. Au cours de ces débats, les intervenants s'attachent à discuter la multiplicité des situations possibles à risque pour que chacun trouve à chaque occasion les moyens de se soustraire personnellement au risque de contamination par le VIH. De nombreux moyens : abstinence, fidélité, utilisation d'un condom, masturbation peuvent être utilisés à chaque occasion. Les moyens de communications habituels (télévision, radiodiffusion, presse écrite...) servent de soutien à la stratégie adoptée. Des appuis éducatifs : affiches, tracts, prospectus, théâtre, films sont largement utilisés au cours des débats.

Conclusion

Le SIDA atteint aujourd'hui la totalité des pays du globe mais la gravité de la situation est variable. Des mesures sont prises dans les pays en fonction des moyens et de la situation locale. Au Congo, une stratégie globale a été mise en place pour lutter contre le SIDA. Elle s'appuie sur les recommandations de l'OMS et passe par trois points essentiels :

- L'organisation de la prise en charge tant au plan médical, psychologique et éducatif des asymptomatiques et des malades sans discrimination.
- La formation et l'information permanente des professionnels de santé.
- L'information du public à travers des débats dans la population.

12

Le SIDA au Zaïre : recherche et lutte

B.M. KAPITA

Chef du département de médecine interne, Hôpital Mama Yemo, Kinshasa, Zaïre

Historique

Les premiers cas de SIDA ont été reconnus au Zaïre en octobre 1983. C'était à l'occasion d'une courte enquête effectuée par une équipe internationale composée d'Américains, de Belges et de Zaïrois.

En 1984, avec l'accord des autorités du Zaïre, un laboratoire de recherche épidémiologique a été installé à Kinshasa par les Centers for Diseases Control (CDC) d'Atlanta et le National Institute of Health (NIH) de Bethesda, USA. Des cliniciens belges de l'Institut de Médecine Tropicale (IMT) d'Anvers et zaïrois de l'Hôpital Mama Yemo se sont joints à l'équipe américaine. Cette équipe internationale basée à l'Hôpital Général Mama Yemo est le principal centre de recherche sur le SIDA au Zaïre. Ce centre a effectué de nombreux travaux dont un bon nombre a été présenté dans les conférences internationales sur le SIDA.

Les résultats de nos recherches nous ont permis d'avoir une idée suffisamment précise de l'importance du SIDA au Zaïre et de concevoir un plan de lutte conséquent.

Les malades sidéens

Depuis 1983, de nombreux cas de SIDA ont été diagnostiqués au Zaïre. Au cours de l'année 1987, de janvier à juin, l'Hôpital Général Mama Yemo a enregistré 396 cas dont 220 hommes et 176 femmes. Ce nombre a été notifié à l'OMS.

L'expression clinique du SIDA au Zaïre est légèrement différente de ce qui se voit en Europe et aux Etats-Unis. Au Zaïre, il n'existe pas de groupes à risque. Le SIDA intéresse l'homme et la femme presque dans la même proportion. L'âge moyen est généralement de

32 ans, la femme étant plus jeune que l'homme. Au-delà de 50 ans, le nombre de cas de SIDA baisse sensiblement. Après 60 ans, la maladie est rare. Les enfants souffrant de SIDA sont de tout âge.

Les affections opportunistes les plus fréquemment rencontrées sont la diarrhée chronique, les affections cutané-muqueuses dont la candidose buccale et le prurigo, la toux chronique due à la tuberculose et probablement à la pneumocystose, et enfin certaines affections neurologiques dont la méningite à cryptocoque. Le sarcome de Kaposi n'est pas rare et bon nombre de patients ont des adénopathies généralisées. Le diagnostic du SIDA en Afrique se base sur une définition clinique appuyée par une sérologie positive (ELISA). La définition clinique établie à Bangui en République Centrafricaine, à l'occasion d'une conférence-atelier organisée par l'OMS, se base sur des signes majeurs et mineurs. La nécessité d'une définition clinique pour l'Afrique est due à l'impossibilité pour bon nombre de pays africains de faire le diagnostic des affections opportunistes. Cette définition, évaluée par une étude, a une sensibilité et une spécificité suffisantes.

Le mode de transmission du SIDA en Afrique est surtout hétérosexuel (80% de cas). La transfusion de sang contaminé, l'utilisation des seringues ou des aiguilles contaminées non stérilisées et la transmission de la mère à l'enfant sont aussi des modes bien reconnus. Des contacts occasionnels avec les malades n'ont pas apporté la preuve jusqu'à ce jour de danger réel.

Les infectés asymptomatiques

Comme on l'a si souvent dit, le SIDA n'est que le sommet d'un iceberg, l'essentiel étant caché sous forme de personnes contaminées porteuses d'anticorps (séropositifs) ou non (séronégatifs). Ces séropositifs et séronégatifs constituent le corps et la base de l'iceberg. Certains d'entre eux peuvent être connus, tandis que d'autres resteront toujours inconnus.

De nombreuses études de séroprévalence effectuées essentiellement à Kinshasa nous donnent une idée de l'importance de l'infection du SIDA dans cette ville. Quelques études ont pu être réalisées à l'intérieur du pays et nous ont permis de constater que le SIDA est un phénomène de ville, probablement le symbole d'une vie importée et implantée en Afrique, les régions rurales étant pratiquement indemnes de cette infection.

Séroprévalence de différents groupes

En 1984, la séroprévalence dans la population générale était de 6,4%. Cette étude a été faite dans une population composée de différentes catégories des employés d'un hôpital comprenant médecins, infirmiers, agents administratifs, agents de maintenance et de nettoyage et des agents de sécurité. L'âge des agents variaient de 18 à 60 ans. Cette étude a montré que la séroprévalence la plus élevée se situait dans la tranche d'âge de 20 à 30 ans et qu'elle n'avait aucune relation avec l'occupation au sein de l'hôpital. Autrement dit, les médecins, les infirmiers et les filles et garçons de salles n'étaient pas spécialement exposés à l'infection du virus d'immunodéficience humaine (VIH) que les agents administratifs et autres.

En 1986, la séroprévalence dans cette même population a été de 8,2% soit une progression de 1,8%. Il est intéressant de savoir qu'une récente enquête faite dans une grande

Société qui n'engage que des agents mariés a montré une séroprévalence de 3-4%, alors qu'une enquête antérieure faite chez les prostituées avait révélé une séroprévalence de 27%. Ainsi, dans une population normale, la séroprévalence peut varier fortement suivant les groupes étudiés. Il a été intéressant de connaître l'impact de l'infection du SIDA parmi les malades actuellement soignés dans nos hôpitaux. Une étude faite à l'Hôpital Mama Yemo a montré une séroprévalence de 25% parmi les hommes et de 42% parmi les femmes hospitalisés dans le service de Médecine Interne au cours de l'année 1985. Cette séroprévalence parmi les malades est encore plus importante chez les tuberculeux (33%).

Chez les enfants hospitalisés, la séroprévalence semble relativement moins importante, soit 13%. Notons que dans une population d'enfants bien portants, la séroprévalence a été trouvée à 1%. Comme on le voit l'infection du VIH est une cause importante d'hospitalisation des adultes et des enfants à Kinshasa.

Un des modes importants de la transmission de l'infection du SIDA est la transfusion de sang. Nous avons donc été amenés à rechercher l'importance de cette voie de transmission. Une enquête a été menée parmi les donneurs et les receveurs de sang à la Banque de sang de l'Hôpital Mama Yemo. Elle montre que 9% de donneurs sont séropositifs et que 12% de receveurs le sont aussi. Sachant que l'Hôpital Mama Yemo effectue environ 25 000 transfusions par an, on peut estimer que 2 250 receveurs environ courent annuellement le risque d'être contaminés. Et la plupart de ces receveurs sont des enfants.

Enfin la transmission du SIDA de la mère à l'enfant pose le problème de l'importance de cette voie de contamination. Il donc été nécessaire de savoir combien de femmes gestantes portent l'infection du VIH et combien parmi elles peuvent transmettre l'infection à l'enfant. Des études faites montrent une séroprévalence de 5,7% dans un hôpital et 6,7% dans un autre et qu'environ 27% des enfants qui naissent des mères séropositives portent des IGM.

L'absence ou presque de cas de SIDA dans les campagnes a nécessité une étude de séroprévalence dans ce milieu. Celle-ci est infiniment faible par rapport à ce qui se voit dans les villes. Elle est de 0,8%.

Ces enquêtes montrent clairement la complexité des études faites sur le SIDA dans un pays donné et interdisent formellement d'appliquer ou de généraliser pour tout un pays les résultats de séroprévalence obtenus dans une étude faite dans une population déterminée. Nos résultats sont fatalement provisoires. La réalité change d'un milieu à l'autre et avec le temps. Des études continues sont nécessaires pour la surveillance de cette infection.

Séro-incidence et indice de la maladie

La séro-incidence à Kinshasa entre 1984 et 1986 était de 3,7%. Elle serait annuellement de 1-2%. L'incidence de la maladie parmi les séropositifs reste faible après 2 ans. En effet, parmi 91 personnes séropositives et asymptomatiques en 1984, 16% ont développé le syndrome de pré-SIDA (ARC) et 3% ont développé le SIDA. L'incidence annuelle est aussi de 1 à 2%. En 2 ans, 12% de ces 91 séropositifs sont morts.

Evolution de la maladie

L'évolution de la maladie clinique est fonction de la nature et de la gravité des infections opportunistes. L'entérite chronique, les infections cutanéomuqueuses et pulmonaires peu-

vent faire espérer une survie de 4 à 5 ans lorsqu'elles sont bien traitées. Par contre le sarcome de Kaposi généralisé, la méningite à cryptocoque et les autres infections neurologiques entraînent une mortalité beaucoup plus rapide. La durée de la maladie clinique est en moyenne de 14 mois et elle peut varier de 3 mois à 5 ans. Au bout d'un an d'évolution 45% des malades sidéens meurent et au bout de 5 ans, 100%.

La réaction sociale

Quelle a été ou quelle est encore la réaction sociale vis-à-vis du SIDA ?

L'incertitude

Maladie jusque-là inconnue dans la population, maladie d'allure cachée et mystérieuse pour beaucoup de gens, le SIDA a avant tout suscité de l'incertitude dans la population. Peu de gens y croyaient. Et certains pays africains n'y attachaient pas d'importance, considérant qu'il s'agissait d'un mal des Européens et des Américains. Mais la vérité s'est imposée avec le temps. En effet, dans de nombreuses familles, un père, une sœur, une épouse, un époux, un couple, un ami a finalement souffert longtemps d'un mal inconnu, inguérissable et il en est mort. C'était le SIDA. Aujourd'hui certains symptômes de cette maladie sont tellement connus de la population qu'ils sont reconnus à vue d'œil.

La peur et l'angoisse

Alors surgissent la peur et l'angoisse qui s'expriment par de multiples questions et attitudes : c'est quoi cette maladie ? Quelle en est la cause ? Comment l'attrape-t-on ? Que faire pour l'éviter ? Et on se méfie d'un ami, d'une connaissance ou d'un parent qui maigrit sans cause connue. Tout le monde vit dans l'incertitude. Les hommes de science, la presse, la radio, la télévision et des groupes privés multiplient des informations qui créent dans la population différentes réactions dont la méfiance et nous assistons à un réel changement de comportement.

La mobilisation pour la lutte

Au cours des colloques, des conférences-débats ou de simples rencontres de week-end, des réflexions vont être faites sur la valeur de la civilisation importée, sur les valeurs culturelles africaines et sur l'authenticité africaine prônée par certains dirigeants africains. De nombreuses organisations privées, telles que l'association des moralités, des chrétiens laïcs et même des confessions religieuses, organisent des rencontres de réflexion sur le SIDA, en vue de prendre des mesures nécessaires pour limiter ou arrêter la progression de l'infection.

La lutte organisée : Programme National de Lutte

Pour mieux lutter contre le SIDA, il a fallu d'abord connaître la maladie. Nous avons effectivement pris le temps pour connaître cette maladie et les connaissances que nous en avons actuellement nous permettent d'agir efficacement contre elle. Pour ce faire, le département de la Santé, qui est le responsable direct de toute politique de santé dans notre pays, a créé un Comité National de lutte contre le SIDA. Ce comité, travaillant en étroite collaboration avec l'OMS, a préparé un plan de lutte et de contrôle du SIDA au Zaïre. Ce plan comporte 4 points essentiels : les *objectifs* visés dans la lutte, les *stratégies* mises en œuvre, le *déroulement* du programme de lutte et l'*évaluation* des résultats.

Objectifs

Les objectifs que se fixe le Comité de lutte sont notamment de réduire ou de stopper la propagation de l'infection du SIDA et de prendre en charge les malades et les séropositifs de manière à réduire la mortalité et la morbidité.

Stratégies

Les stratégies mises en œuvre sont la recherche, l'information et l'éducation, la surveillance et la prise en charge des malades et des séropositifs.

La recherche

C'est par la recherche que nous tâchons de connaître cette maladie, ses causes, les facteurs favorisants, les groupes cibles, les foyers principaux et l'impact de l'épidémie sur tout le territoire national. L'expression clinique et biologique, le traitement et la recherche des moyens préventifs font aussi partie du programme de recherche.

L'information et l'éducation

Par l'information et l'éducation, il sera porté à la connaissance du public les acquis éventuels des recherches, notamment les causes de l'épidémie, les modes de transmission, les facteurs de risque, les groupes à risque et les moyens de prévention. Un accent particulier sera mis sur les attitudes et comportements sexuels des gens et sur le corps de santé, les institutions médicales qui manipulent le sang, les seringues, les aiguilles et bien d'autres matériels de mise au point et de traitement.

Pour réaliser cette information et cette éducation, tous les moyens disponibles sont utilisés, notamment la presse écrite, la radio, la télévision, les dépliants, les brochures, les ouvrages scientifiques, les conférences-ateliers, des séminaires de formation, l'éducation des écoliers et d'autres moyens populaires tels que chansons, théâtre, etc.

La surveillance

Elle permettra d'abord de connaître ou simplement d'estimer l'étendue de l'infection dans la population (c'est dans le cadre de la recherche) pour une meilleure prise en charge de la population et pour évaluer les moyens à mobiliser dans la lutte. Elle permettra ensuite de connaître le sens de l'évolution de l'infection et les résultats des efforts de lutte. La sur-

veillance nous permettra également de suivre l'incidence de la maladie parmi les infectés par la déclaration obligatoire des cas.

La prise en charge des malades séropositifs

L'objectif de cette prise en charge sera de soulager, d'améliorer la qualité de la vie des malades ou, mieux, de les guérir. En plus, sans provoquer un rejet ou un isolement de ces malades, les patients sidéens doivent être entourés des *soins* et des *mesures* qui les rendront non dangereux pour la société.

Les séropositifs asymptomatiques doivent également, et plus encore, faire l'objet d'une attention particulière par des *conseils* et des *principes* stricts, nets et clairs à observer au sein de la société. Le but est qu'ils soient non contaminants ou simplement non dangereux pour les autres. Ces soins, mesures, conseils et principes seront clairement et nettement définis par des fiches et des brochures. La création des banques de sang pour le dépistage et l'*élimination des unités contaminées* fait partie du programme de prise en charge et de protection des malades. En effet, le danger de la transfusion de sang non examiné au préalable a été suffisamment démontré. Notre pays a entamé un programme de création de banques de sang dans lesquelles tout donneur de sang ou tout sang donné sera soumis aux tests de dépistage des infections telles que le SIDA et l'hépatite. Actuellement à l'hôpital général Mama Yemo cela est déjà une réalité. Toute unité de sang donnée est soumise au test de SIDA. Tout donneur séropositif est immédiatement pris en charge.

Le déroulement du programme de lutte

Recherche

C'est notre première étape dans la lutte. Elle est en cours depuis 1984. Elle se poursuivra pour la meilleure compréhension de la maladie et un choix utile des moyens de lutte.

Information et éducation

Ce programme est aussi en cours. Nous utilisons les médias, des dépliants et des conférences. Avec le support de l'OMS ce programme sera intensifié dans les jours à venir.

Surveillance épidémiologique

Commencée depuis 1984, la surveillance séro-épidémiologique se poursuit à Kinshasa. Il est prévu l'installation dans les six mois à venir d'un système national de surveillance des cas de SIDA dans toutes les régions du pays. La surveillance séro-épidémiologique à l'intérieur du pays se fera d'abord au niveau des populations sentinelles suivant un protocole défini par le programme spécial de l'OMS sur le SIDA. Ces populations sentinelles comprennent les femmes enceintes, les patients souffrants de MST et les tuberculeux. Si la séroprévalence obtenue au sein de ces populations sentinelles est supérieure à 1%, des études séro-épidémiologiques seront menées au sein de la population générale. Ce programme pour l'intérieur du pays pose des préalables avant son démarrage.

L'examen du sang à transfuser est déjà systématique dans les grands hôpitaux de Kinshasa. Il est prévu la création de véritables banques de sang dans cette ville et ce programme s'étendra dans tous les grands hôpitaux des régions.

Prise en charge des malades et des séropositifs asymptomatiques

Jusqu'à ce jour seuls les malades sont pris effectivement en charge. Les séropositifs asymptomatiques feront l'objet d'une prise en charge dans les 6 mois à venir.

Conclusion

Le SIDA constitue pour le Zaïre un problème de santé publique et toutes les mesures sont prises pour soulager la population atteinte et stopper la progression de l'infection. Il est évident que cette lutte doit être globale pour le pays, pour le continent et pour le monde entier. Le Zaïre ne cesse donc de multiplier ses efforts pour participer à toutes les Conférences internationales, montrant ainsi qu'il est prêt à prendre part à tout programme de lutte international.

