

CONFERENCES DE LA SEMAINE CENTRAFRICAINE

1. GENESE DE LA VILLE DE BANGUI

(Extraits de la conférence du 26 avril 2011)

Bangui est la capitale de la République Centrafricaine. Force a été de constater que l'histoire de la création et de l'expansion de cette ville est souvent ignorée de ses habitants. Raison de quoi, nous saisissons l'opportunité de la Semaine centrafricaine pour nous rafraîchir un peu la mémoire. En somme, Bangui est un ensemble de gros villages où presque tous les habitants se connaissent. Les noms de certains quartiers viennent soit du nom ethnique de ses habitants par exemple quartier Banda, quartier Sango, soit du nom d'un chef célèbre comme quartier Mandaba, quartier Gbafio ou encore de la situation géographique par rapport au centre ville à l'instar de KM 5, PK 10 etc. Nous nous proposons ici de donner un simple aperçu de la genèse de Bangui.

La création d'un poste au niveau du site des rapides de Bangui a été motivée par des causes indirectes : expansionnisme européen et rivalités internationales et par des causes directes : exploitation de l'Oubangui et les délimitations "européennes ". Petit poste colonial, Bangui a été implanté dans un but stratégique. C'est une ville créée à l'origine de toutes pièces, sans industrie de transformation ou de production de biens de consommation.

DU POSTE COLONIAL A LA CAPITALE DE LA RCA

Calendrier historique de BANGUI :

Année	Evénement
1884	Découverte de l'Oubangui par le capitaine Hansen.
1885	Le pasteur Grenfell passe les premiers Rapides de Bangui mais échoue aux suivants.
1889	Décision de la création d'un poste français sur la rive droite de l'Oubangui par Albert Dolisie. Installation du poste en aval du fleuve et de la M'Poko près du village Yakoli.
1890	Mort de Musy et de ses hommes dans un affrontement avec les Salanga (ethnie locale).
1891	Inondation du poste.
1892	Transfert du poste sur les rochers (Hôtel Sofitel actuel) par Largeau
1893	Arrivée de Mgr Augouard et de P. Rémy
1894	Fondation de la Mission Saint Paul des Rapides de Bangui.
1903	Les Ndris (ethnie locale) quittent le voisinage de la mission Saint Paul. Bangui devient chef lieu de la circonscription.
1904	Construction du grand Palais du gouverneur au flanc de la colline.

1905	
1906	Bangui devient chef-lieu du Territoire Oubangui-Chari
1907	Construction des bâtiments des Travaux Publics l'annexe du Secrétariat Général. Institution de l'école du soir pour les employés européens.
1911	Bangui est érigée en commune dirigée par un administrateur
1912	Création des hôpitaux militaires et indigènes (actuel service planification scolaire.
1913	Construction du bâtiment du Secrétariat Général d'Etat et celui du Palais de Justice.
1914	Création du marché Mamadou –Mbaïki (Km5)
1917	Création des routes et regroupement des villages en quartier.
1918	Installation des sociétés Ouham-Nana, CSSO, SCKN, CITEC, et Dias
1918- 1920	Installation de la Mission Christ-Roi Installation des militaires au camp Kassaï Réorganisation de la commune de Bangui Inauguration de la route Bangui-Sibut (actuelle avenue de l'indépendance)
1920-21	Construction de la route Bangui Mbaïki
1925	Arrivée de la mission Citroën. Arrivée d'André Gide à Bangui Premier avion à atterrir à Bangui
1927	Construction du Marché central
1929	Inauguration de la Cathédrale Notre –Dame de Bangui (actuelle salle St-Louis
1932	Inauguration de la 1ère église Baptiste de Bangui à Gobongo .
1933	Installation de quelques lampes électriques le long du boulevard du fleuve (actuel boulevard Charles de Gaulle)
1934	Installation de la Banque Nationale de Paris (BNP) actuel lieu des Eaux et Forêts.
1937	Inauguration de l'actuelle Cathédrale.
1946	Construction du Pénitencier de N'garagba Plan de l'urbanisation de la ville de Bangui par Fanny Joly
1947	Construction de l'hôtel de ville et du Trésor Incendie du quartier Mustapha (actuel stade Boganda)
1948	Création du marché Miskine
1951	Début des travaux d'assainissement et de remblaiement du quartier La Kouanga. Construction du marché Boy-Rabé. Construction du quartier africain : Castors.
1952	Construction du marché Kassaï Ecole des Métiers d'Arts fondée en 1949, devient le lycée Technique de Bangui. Ouverture du collège des Rapides.
1954	Construction des maisons du quartier La Kouanga Inauguration du collège Emile Gentil (actuel lycée Boganda). Construction de l'Usine MOCAF.
1955	Construction des dispensaires de Ouango, Boy-Rabé, Ngaragba, et Castors. Plan de construction des quartiers SICA I, II, et III Mise en service de l'usine hydroélectrique de Bouali Alimentation de la ville en eau potable. Début de la construction de l'hôpital général de Bangui
1957	Ouverture du collège des Filles (actuel lycée Marie-Jeanne Caron). Ouverture du collège Pie XII Implantation de la station Mobile (Radio – Bangui)
1958	Début de la construction des 136 maisons du quartier SICA. Fin de la construction de l'hôpital général de Bangui.
1960	Proclamation de l'indépendance. La RCA devient membre de l'ONU.
1962	Création de l'Ecole Normale d'Administration
1963	Début des travaux de construction des immeubles "UZES et du building Administratif.
1964	Création du Musée Boganda. Ouverture de l'église Saint Sauveur. Installation d'un barrage au PK 12 route de Damara.
1965	Création du quartier Benz-vi

L'histoire de la création de la ville est ainsi résumée par ces quelques dates choisies de manière subjective. Pour clore, le manque de personnel administratif, l'absence d'une politique rigoureuse d'urbanisme, d'aménagement, expose souvent la ville à des aléas naturels tels que des inondations. La ville ne manque pas seulement de voies structurantes mais aussi d'équipements sociaux, éducatifs, sanitaires... Bangui est tout simplement un gros village qui aspire à un modernisme urbain. Un chantier qui attend des investissements.

Dr Michel MABOU

Responsable migrants/étrangers AIDES Haute-Garonne.

Auteur de « Culture Locale Et Organisation De L'Espace Urbain De Bangui »

Daniel KOIHOUL , diplômé Master Aménagement intégré des territoires, label UNESCO

Président de la Commission LOGER Fraternité Boganda



*De la gauche vers la droite Guy-Sylvain Kalini,
Daniel Koïhoul, Dr Michel Mabou et Innocent Decka*

2. PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANTES AVEC LE VIH EN REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

RAPPEL EPIDEMIOLOGIQUE

La prévalence est de 6,2% : adultes de 15 à 49 ans. L'épidémie est de type généralisée, elle varie de 4,7 à 8,3% selon les préfectures. Les femmes sont plus touchées que les hommes (7,8% vs 4,3%); D'après les données de la séro-surveillance par site sentinelle chez les femmes enceintes, la prévalence varie entre 1,12 % (CS Batangafo) à 18,7% (HP Bozoum) avec une médiane globale de 6%.

REPONSE NATIONALE

La lutte contre le SIDA est multisectorielle. Les Principaux secteurs sont :

- Ministères: MSPPLS, MAFS, MJS, MJGS, MFPRS, MENES,
- Société civile: ONG, OBC, Confessions religieuses, Associations des PVVIH
- Secteur privé

REPONSE DU SECTEUR DE LA SANTE

La réponse du secteur de la santé s'articule autour des axes ci-après :

PREVENTION

Dépistage et conseil du VIH;
Prévention de la transmission mère-enfant;
Prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles IST;
Sécurité transfusionnelle;
Prévention et prise en charge des AES (Accident à l'exposition Sanguine)

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Prophylaxie et prise en charge des IO;
Traitement par les ARV (Anti RetroViraux);
Surveillance de la Résistance des souches virales aux ARV;
Prise en charge nutritionnelle;
Accompagnement psychologique;

Difficultés/contraintes

Rupture fréquente en réactifs et consommables;
Absence de dispositifs de dépistage précoce des enfants de moins de 12 mois;

Principaux défis pour le dépistage

Intégration du DCIP dans toutes les FOSA et services selon les directives nationales;

Dépistage des enfants de moins de 12 mois.
PTME

Quelques résultats en 2010

(86,6% de complétude des rapports)

Nb. de nouvelles consultantantes prénatales: 69304

% de femmes enceintes dépistées (39615): 57,2%

% de femmes enceintes dépistées et qui sont revenues chercher leurs résultats (33363): 84,2%;

Difficultés/Contraintes

Rupture fréquente en réactifs et consommables;

Faible taux de fréquentation à la CPN;

Non intégration effective de la lutte contre le VIH dans la SSR et vice versa ;

Faible implication des hommes au programme.

Principaux défis du programme

Extension des sites PTME;

PRISE EN CHARGE DES IST

Maillon faible de la lutte contre le SIDA;

Absence de données fiables sur la situation épidémiologique des IST en RCA ;

Absence d'un cadre stratégique national de lutte contre les IST;

Non intégration effective de la Prise en charge PEC syndromique

Principal défi

Elaboration d'un cadre stratégique national servant à ...

PREVENTION ET PRISE EN CHARGE

Renforcement des capacités des agents de santé sur les précautions universelles .

Difficultés/contraintes

Absence d'un plan de prévention des AES

Absence d'une procédure de déclaration des AES;

Insuffisance en matériels de protection

Insuffisance d'un système d'élimination des déchets biomédicaux.

Principaux défis

Elaboration d'une procédure de déclaration et de prise en charge des AES;

Renforcement de la capacité des agents de santé et auxiliaires aux précautions universelles;

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Documents de politique et normes

Révision et validation des directives nationales de prise en charge par les ARV;

Elaboration et validation du guide national pour les soins et soutien nutritionnels aux PVVIH;

Adaptation et validation en cours des guides de formation sur la PCIMAA (soins chroniques, soins aigus, soins palliatifs)

Quelques résultats

PVVIH sous TAR: 14400 dont environ 600 enfants;

PVVIH sous prophylaxie par le CTM: 24526

Nombre de sites de PEC par les ARV : 87

Nombre de sites ayant intégré la PEC nutritionnelle: 6 dont 4 en province;

Nombre de sites identifiés pour la surveillance des Indicateurs d'Alerte Précoce (IAP) de la résistance aux ARV : 5

Difficultés/Contraintes

Rupture intempestive en ARV → 30% de résistance des souches virales aux ARV de 1^{er} ligne ;

Rupture médicaments pour les IO dont les anti TB ;

Mauvais suivi des patients → non maîtrise de la file active des patients et mauvaise qualité des données;

Principaux défis

Maîtrise de la file active des patients;

Extension de la PEC pédiatrique;

Amélioration de la qualité de la PEC des patients (mise en place des équipes pluridisciplinaires au niveau des sites de TTT, ASC et association des PVVIH);

Amélioration de la qualité des données statistiques.

OPPORTUNITES ET PERSPECTIVES

Appui des partenaires (FM, UNITAID, BM, OMS, UNICEF, PAM, UNFPA, etc.), dépistage précoce des enfants, extension de la PTME et de la PECP, surveillance de la résistance aux ARV, amélioration de la coordination et du suivi des programmes au niveau décentralisé, intégration du programme VIH dans la SSR et vice versa, informatisation des données.

Appui des MSF aux zones de conflits, (dépistage, PEC globale des patients).

Innocent DECKA, Président de l'association ASMIC

Action Santé Materno-Infantile en Centrafrique

Diplômé en gérontologie clinique et médecine aérospatiale



Salle de conférence de la maison des associations

CONCLUSION

Organisation institutionnelle en RCA :

2001: Comité National de Lutte Contre le Sida (CNLS)

2003 : Secrétariat Technique du Comité de Lutte Contre le Sida (ST/CNLS)

2006-2010 : Cadre Stratégique National

- Intensification de la prévention au VIH
- Renforcement et amélioration de la prise en charge
- Renforcement de la coordination, du partenariat et du suivi-évaluation

2007 : Loi sur Droits et Obligation des PVVIH

Obstacles rencontrés par les associations de lutte contre le VIH :

- Analphabétisme (41%),
- Usage non intensifié de préservatifs (< 50%)
- Insuffisance en matériels techniques et consommables dans les structures de soins
- Responsables et adhérents d'associations partenaires faiblement éduqués.
- Précarité financière engendrant une dépendance économique à l'égard des bailleurs.
- Connaissances limitées des dimensions médicales du VIH/sida.
- Faible appropriation des rôles et fonctionnement d'une association/association de lutte contre le sida.
- Compréhension insuffisante des enjeux de la lutte contre le sida.
- Dépendance sanitaire à l'égard du pouvoir médical.
- Isolement (peu d'acteurs internationaux présents).

Apport de l'Association Fraternité Boganda :

- Population cible: ≥ 14 ans
- Stratégies: Approche par les pairs dans le cadre d'éducation pour la santé
- Renforcements des structures de soins

Attentes de la part des partenaires et donateurs :

Dons, legs, supports de prévention, matériels et consommables...

Guy-Sylvain Kalini, Diplômé Master Recherche Epidémiologie clinique et Master Pro Gestion des services et institutions de Santé, Vice-Président Commission SANTE Fraternité Boganda.

Association Fraternité Boganda
5, impasse de l'Abbé SALVAT 31 100 Toulouse
[e-mail: fraterniteboganda@gmail.com](mailto:fraterniteboganda@gmail.com) - www.fraterniteboganda.org

Document réalisé par le Secrétariat Général. Reproduction sans autorisation interdite.