

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE



PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

PRIMATURE

COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA



**ENQUETE BIO-COMPORTEMENTALE LIEE AU
VIH, A LA SYPHILIS ET AUX HEPATITES B ET C
CHEZ LES PERSONNES EN SITUATION DE
HANDICAP A BOUAR, BOSSANGOA ET BAMBARI
EN REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE EN 2023**



Juin 2023

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-----------------------------|
| REMERCIEMENTS | IV |
| SIGLES ET ABBREVIATIONS | V |
| ADN | V |
| AFRAVIH | V |
| EXECUTIVE SUMMARY | ERREUR ! SIGNET NON DEFINI. |
| TABLEAU I : RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX RÉSULTATS PAR VILLE .. | ERREUR ! SIGNET NON DEFINI. |
| LISTES DES TABLEAUX..... | VI |
| LISTE DES FIGURES ET CARTES | XIV |
| INTRODUCTION | 1 |
| I.PRESENTATION DE LA REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE | 2 |
| 1.1. Contexte géographique | 2 |
| 1.1.1. Contexte sociodémographique de la République Centrafricaine | 3 |
| 1.1.2. Contexte politique de la République Centrafricaine..... | 3 |
| 1.1.3. Contexte socio-économique de la République Centrafricaine | 3 |
| 1.1.4. Contexte sanitaire de la République Centrafricaine | 4 |
| II.SITUATION DE L'ÉPIDÉMIE EN RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE | 5 |
| 2.1. Epidémie du VIH..... | 5 |
| 2.2. Situation épidémiologique des Infections Sexuellement Transmissibles | 6 |
| 2.2.1. Situation épidémiologique de la Syphilis | 6 |
| 2.2.2. Situation épidémiologique des hépatites B et C..... | 6 |
| 2.3.HISTORIQUE DES ENQUETES IBBS EN RCA | 8 |
| III.OBJECTIFS | 8 |
| 3.1. Objectif général | 8 |
| 3.2. Objectifs spécifiques | 8 |
| IV.CADRE DE L'ÉTUDE ET METHODOLOGIE | 9 |
| 4.1.CADRE DE L'ÉTUDE | 9 |
| 4.1.1. Ville de Bambari | 9 |
| 4.1.2. Ville de Bossangoa | 10 |
| 4.1.3. Ville de Bouar | 10 |
| 4.1.4. Sites de l'enquête | 11 |
| 4.2. Méthodologie | 11 |
| 4.2.1. Type et période de l'étude..... | 11 |
| 4.2.2. Population de l'étude | 11 |
| 4.2.3. Critères d'inclusion | 11 |
| 4.2.4. Critères de non-inclusion | 12 |
| 4.2.5. Taille et répartition de la population dans les sites de l'enquête | 12 |
| 4.2.6. Plan d'échantillonnage | 12 |
| 4.2.6.1. Méthode d'échantillonnage | 12 |
| 4.2.6.2. Taille de l'échantillon | 12 |
| 4.2.7. Dépistage rapide du VIH, de la syphilis et des Hépatites B et C | 14 |
| 4.2.8. Procédures d'analyse en laboratoire | 15 |
| 4.3. Phase de mise en œuvre..... | 18 |
| 4.3.1. Recrutement et formation des enquêteurs et superviseurs | 18 |
| 4.3.2. Procédures pour la collecte de données | 18 |
| 4.3.3. Circuit du participant à l'enquête | 19 |
| Graphique 6: Schéma du circuit du participant à l'enquête | 19 |

| | |
|--|----|
| 4.3.4. Technique de collecte de données quantitatives | 19 |
| 4.3.5. Dispositif de collecte de données | 20 |
| 4.3.6. Assurance qualité | 20 |
| 4.3.7. Contrôle qualité et supervision sur le terrain..... | 20 |
| 4.3.8. Gestion des données | 20 |
| 4.3.9. Nettoyage et analyse des données | 21 |
| 4.3.10. Plan d'analyse des données..... | 21 |
| 4.3.11. Sécurité et sauvegarde des données..... | 22 |
| 4.3.12. Considérations éthiques..... | 22 |
| A. Respect de l'autonomie | 22 |
| B. Consentement éclairé | 22 |
| C. Confidentialité..... | 23 |
| D. Avantages..... | 24 |
| E. Risques | 24 |
| 4.3.13. Projet de rapport et validation | 24 |
| 4.3.14. Composition des équipes et rôles des différentes catégories d'agents | 25 |
| V.RESULTATS | 27 |
| A. PARTIE DESCRIPTIVE..... | 28 |
| 5.1. Répartition des caractéristiques sociodémographiques | 28 |
| 5.2. Prévalence du VIH..... | 30 |
| 5.2.1. Répartition de la séropositivité du VIH selon les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés | 30 |
| 5.2.2. Répartition de la séropositivité à la syphilis par ville et selon les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés | 30 |
| 5.2.3. Répartition de la séropositivité à l'hépatites B par ville et selon les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés | 31 |
| 5.2.4. Répartition de la séropositivité à l'hépatites C selon les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés | 33 |
| B. PARTIE ANALYTIQUE..... | 49 |
| 5.1.ASSOCIATION AVEC LA SÉROLOGIE VIH | 49 |
| 5.1.1. Association du statut sérologique du VIH selon les caractéristiques sociodémographiques..... | 49 |
| 5.1.2. Sérologie du VIH selon le niveau des connaissances | 50 |
| 5.2. Association avec la sérologie syphilitique | 51 |
| 5.2.1. Association du statut sérologique syphilitique selon les caractéristiques sociodémographiques..... | 51 |
| 5.2.2. Association de la sérologie syphilitique selon le niveau des connaissances | 52 |
| 5.3.ASSOCIATION AVEC LES HÉPATITES B ET C | 53 |
| 5.3.1. Association de la sérologie hépatique B avec les caractéristiques sociodémographiques | 53 |
| 5.3.2. Association de la sérologie de l'hépatite B selon le niveau des connaissances..... | 54 |
| 5.3.3. Association de la sérologie hépatique C avec les caractéristiques sociodémographiques | 55 |
| 5.3.4. Association de la sérologie de l'hépatite C selon le niveau des connaissances..... | 56 |
| 5.4. Association de la sérologie VIH avec Syphilis, Hépatite B et C..... | 56 |
| 5.5. Association de la sérologie VIH avec consommation de drogue et violence sexuelle...57 | |
| 6.1. Limites de l'étude..... | 58 |
| 6.2. Taux de participation | 58 |
| 6.3. Caractéristiques sociodémographiques | 58 |

| | |
|---|-----------|
| 6.4. Connaissances, Attitudes et Pratiques | 59 |
| 6.4.1. Connaissances sur le VIH..... | 59 |
| 6.4.2. Connaissances sur la syphilis..... | 60 |
| 6.4.3. Connaissances sur les hépatites B et C | 60 |
| 6.4.4. Perception des risques..... | 60 |
| 6.4.5. Dépistage en fonction du VIH, de la syphilis et des hépatites..... | 61 |
| 6.4.6. Perception de violences sexuelle par les participants | 61 |
| 6.4.7. Utilisation des drogues | 62 |
| 6.4.8. Prévalence du VIH chez les participants | 62 |
| 6.4.9. Prévalence de la syphilis | 63 |
| 6.4.10. Prévalence de l'hépatite B..... | 63 |
| 6.4.11. Prévalence de l'hépatite C..... | 64 |
| 6.5. Facteurs associés à l'infection au VIH..... | 64 |
| 6.6. Facteurs associés à l'infection à la syphilis | 64 |
| 6.7. Facteurs associés à l'infection aux hépatites B et C | 65 |
| CONCLUSION..... | 66 |
| RECOMMANDATIONS | 67 |
| COORDINATION DE L'ENQUÊTE..... | 68 |
| RÉFÉRENCES..... | 69 |
| ANNEXES | 71 |
| ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE | 71 |
| ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ..... | 79 |
| ANNEXE 3: FICHE DE RENDU DES RÉSULTATS SÉROLOGIQUE VIH, BW, HÉPATITES B ET C | 80 |
| ANNEXE 4: FICHE DE NOTICE D'INFORMATION POUR LES PARTICIPANTS..... | 81 |
| ANNEXE 5: FICHE D'ACCORD DE CONFIDENTIALITÉ | 82 |
| ANNEXE 6: FICHE D'ENGAGEMENT À L'UTILISATION DE MATÉRIEL..... | 84 |
| ANNEXE 7 : FICHE DE RÉFÉRENCE | 84 |
| ANNEXE 8 : BON DE PRÉLÈVEMENT SANGUIN | 85 |
| ANNEXE 9 : MEMBRES DE L'ÉQUIPE D'ENQUÊTE | 87 |

REMERCIEMENTS

Le système de surveillance de la seconde génération est l'un des principaux éléments essentiels du dispositif de la lutte contre le VIH. Il permet d'une part de mesurer la progression de l'épidémie et d'autre part de renseigner l'évolution des comportements à risque propices à la propagation. C'est pourquoi, il constitue une source privilégiée d'informations pour la planification des interventions à l'endroit des populations vulnérables pour la réduction du poids de la maladie.

La présente étude du volet sérologique et comportementale auprès des personnes en situation de handicap constitue un moyen de renforcement du système de surveillance du VIH/Sida en République Centrafricaine.

Commanditée par le Gouvernement à travers la Coordination Nationale du Comité National de Lutte contre le Sida (CN/CNLS), l'enquête a été réalisée entre le mois d'Avril à Juin 2023. Elle a été mise en œuvre avec l'appui financier du Gouvernement Centrafricain. Le Département de Santé Publique de la FACSS de l'Université de Bangui et l'Institut Centrafricain des Statistiques et des Études Économiques et Sociales (ICASESS) ont apporté un appui technique pour le renforcement des capacités en matière d'échantillonnage exhaustif et en matière d'analyse des données récoltées.

Je voudrais saluer l'implication de tous les partenaires techniques au niveau national à travers leur participation au Comité de suivi de cette enquête.

De façon particulière, je formule mes remerciements à l'endroit de l'Université de Bangui, du Ministère en charge de l'Action Humanitaire, du Ministère de la Santé et de la Population, du Laboratoire National de Biologie Clinique et de Santé Publique et de l'ICASEES. Ces Institutions ont en effet joué un rôle prépondérant dans le suivi, l'orientation, la supervision et la validation des données. Nous sommes reconnaissants de leur engagement dans la réalisation de cette enquête.

La CN/CNLS voudrait à l'occasion de la publication de ce rapport, exprimer toute sa gratitude à l'endroit de toutes les personnes ressources qui l'ont accompagnée durant toute la période de cette enquête.

Qu'il me soit également permis d'adresser ma reconnaissance à tous ceux qui ont contribué à la réalisation de cette enquête, plus particulièrement :

- ✓ Le comité technique de suivi de l'enquête qui a contribué au développement du protocole de l'étude, à l'orientation technique et à la validation de tous les outils destinés à la mise en œuvre de l'enquête ;
- ✓ L'équipe des coordonnateurs de terrain et des superviseurs pour leurs efforts inlassables et leur ferme engagement pour la réussite de l'enquête ;
- ✓ Le personnel de terrain, notamment les enquêteurs, les médecins, les infirmiers, les techniciens de laboratoire et les interprètes qui ont contribué à la réussite de la collecte des données auprès des populations ciblées ;
- ✓ Le personnel de la CN/CNLS pour leur précieuse collaboration.

Enfin, je voudrais saluer le rôle de premier plan joué par les autorités politico-administratives et les responsables d'associations des personnes en situation de handicap des différentes Préfectures qui ont fait preuve de sens élevé de coopération ainsi que toutes personnes ayant accepté de faire partie de l'échantillon de l'enquête.

LE MINISTRE COORDONNATEUR NATIONAL DU CNLS

Pr. Wilfrid Sylvain NAMBEI

SIGLES ET ABREVIATIONS

| | |
|----------------|--|
| Ac | Anticorps |
| ADN | Acide Désoxy Ribo Nucléique |
| AFRAVIH | Alliance Francophone des Acteurs de Santé contre le VIH et les Infections Virales Chroniques |
| Ag | Antigène |
| AgHBS | Antigène de l'Hépatite Virale B |
| AQ | Assurance qualité |
| CAMES | Conseil Africain et de Malgache des Etudes Supérieures |
| CHC | Carcinome Hépatocellulaire |
| CN/CNLS | Coordination Nationale du Comité National de Lutte contre le Sida |
| EPP | Equipement de protection personnelle |
| HBC | Hépatite B Chronique |
| HSH | Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes |
| ICASEES | Institut Centrafricain des Statistiques, des Etudes Economiques et Sociales |
| IBBS | Integrated Behavioural Biological surveillance System |
| IST | Infection Sexuellement Transmissible |
| IgM | Immunoglobuline M |
| IgG | Immunoglobuline G |
| IgA | Immunoglobuline A |
| NV | Nouvelle Naissance |
| ONUSIDA | Programme commun des Nations Unies sur le VIH et le Sida |
| PRFM | Pays Revenu Faible Moyen |
| SIDA | Syndrome d'Immunodéficience-Acquise |
| VHB | Virus de l'Hépatite B |
| VIH | Virus de l'Immunodéficience Humaine |

RESUME EXCECUTIF

Introduction : Selon le rapport mondial sur le handicap de l’OMS, les personnes handicapées (PH) représentent environ 15% de la population mondiale et 80% d’entre elles vivent dans les pays à ressources limitées. Les PH constituent une population particulièrement vulnérable par rapport à l’infection par le VIH car elles sont plus souvent touchées par la pauvreté, les violences physiques et sexuelles et ont moins accès à l’éducation. Malgré cela, elles retiennent peu l’attention des programmes de lutte contre le SIDA en raison du peu de données objectivant la situation. En République Centrafricaine, la prévalence du VIH, de la Syphilis et des hépatites B et C chez cette catégorie de population n’est connue seulement qu’au niveau de Bangui soit respectivement 2,8%, 1,4 %, 6,8% et 4,5%. Cependant, la situation des autres localités des provinces reste inconnue. Pour combler cette lacune, la CN/CNLS a jugé important de réaliser cette étude afin de rendre disponible les données relatives à cette catégorie de population dans les localités de Bambari, Bossangoa et Bouar et formuler des recommandations pour la réduction du poids de ces IST en RCA. La présente étude a pour objectif de déterminer la prévalence des quatre maladies dans cette catégorie de population dans les trois villes des provinces de la République centrafricaine.

Méthodologie : Il s’agit d’une enquête transversale à visée descriptive et analytique allant d’Avril à Juin 2023 dans les sièges d’Associations des handicaps des trois Chefs-lieux de Préfectures de la République Centrafricaine. La population de l’étude était composée de personnes en situation de handicap vivant à Bambari, Bossangoa et Bouar selon les caractéristiques suivantes : Déficience visuelle et motrice. Etaient inclus dans l’étude les personnes des deux sexes confondus, âgées de 15 ans et plus et présentant l’un des handicaps précités. L’échantillonnage était exhaustif. La formule de SWARTZ a été utilisée pour calculer la taille de l’échantillon qui est de 629. Les outils utilisés pour la collecte des données étaient : questionnaire incorporé dans la tablette et registre du laboratoire. La technique de collecte était l’interview face à face. Les tests rapides étaient utilisés pour le diagnostic de VIH, de la Syphilis et des Hépatites B et C. Un contrôle qualité était fait sur tous les échantillons positifs et indéterminés ainsi qu’au 10% des échantillons négatifs au Laboratoire National de Biologie Clinique et de Santé Publique de Bangui. Les données étaient collectées et saisies dans l’appliquatif KOBOTOOLBOX incorporé dans une tablette, elles étaient ensuite traitées, et analysées avec le logiciel SPSS version 22 et MedCal. Le protocole était approuvé par le Comité éthique et scientifique de la FACSS sous N° : 46/UB/FACSS/IPB/CES22 avant le démarrage de l’enquête. Les répondants bénéficiaient de plusieurs avantages de cette enquête, y compris la connaissance de leur statut (VIH, Syphilis et Hépatites B et C) et du traitement aux infections dues au VIH et à la Syphilis. La coordination de l’enquête était placée sous la CN/CNLS. Un comité de pilotage était mis en place pour le suivi de la mise en œuvre de l’enquête. Les résultats de cette étude feront l’objet d’un plaidoyer pour mobiliser des ressources afin d’améliorer la santé des handicapés en RCA.

Résultats : Au total 611 personnes sur 660 prévues ont été enrôlées soit un taux de participation de 92,6%. Ce taux se répartit de la manière suivante :97,1% à Bouar,

103,9% à Bossangoa et 87,4% à Bambari. Le sexe féminin est majoritaire à 51,3% dans l'ensemble. Les tranches d'âge de ≥ 50 ans et de 40 à 44 ans prédominaient respectivement à 31,1% et 16,7% globalement. Un vieillissement de la population a été constaté à Bossangoa avec un taux de 54,5% des âgées de plus de 50 ans. La majorité des personnes enquêtées n'ont pas été à l'école (38,6%) et ce taux est plus élevé à Bambari (46,7%) que dans les autres localités. La profession de cultivateur ou pêcheur est majoritaire à 37,9% sur l'ensemble des localités enquêtées. 53,8% des personnes handicapées vivent seul du point de vue leur situation matrimoniale en générale. La bonne connaissance des modes de transmission et de prévention à l'infection à VIH/SIDA est beaucoup plus masculine (67,8%) que féminine (64,9%). Dans l'ensemble, les participants enquêtés du sexe masculin ont un bon niveau de connaissance du VIH/SIDA à 67,6%. La majorité des enquêtés (66,3%) ont un bon niveau de connaissance de transmission du VIH avec une prédominance à Bouar (89,7%). Les handicapés visuels ont un bon niveau de connaissance des modes de transmission et de prévention du VIH/Sida soit 67,1%. Il n'y a pas de différence significative entre le niveau de connaissance des handicapés enquêtés sur la syphilis. Les villes de Bambari et Bouar ont un niveau de connaissance respectivement à 17,9% et 15,9%. Les tranches d'âge >18 ans ont un niveau de niveau des connaissances de la syphilis moyenne à 79,6% avec une prédominance à Bossangoa et Bambari (88,2% et 85,0%). Les enquêtés du sexe féminin ont un niveau moyen de connaissance des hépatites B et C soit 85,9% avec une majorité à Bouar (91,7%) contre 89,8% à Bossangoa et 81,6% à Bambari. La bonne connaissance des infections aux hépatites B et C est représentée par 9,2% des handicapés moteurs à l'enquête. Les risques élevés liés au VIH/Sida sont perçus par la majorité des personnes enquêtées dans toutes les localités 65,8%. La majorité des personnes en situation de handicap (45,3%) ont une bonne perception de risque élevé lié à la syphilis. Ce constat était plus représenté à Bouar avec 73,5%. Concernant le dépistage, 34,8% des handicapés moteurs à Bambari ont affirmé avoir déjà fait un test de la sérologie VIH au cours des 12 derniers mois. Cependant, le dépistage de la syphilis représente 40,5% chez les personnes en déficit visuel interrogées à Bossangoa au cours des 12 derniers mois. 37,8% des personnes en déficit visuel de Bossangoa ont affirmé déjà été dépisté aux hépatites B et C contrairement à Bambari qui représentait 4,0% dans la même catégorie. Plus de 90% des personnes interrogées de plus de 18 ans ont affirmé avoir entendu parler de violence sexuelle dans les trois villes enquêtées. 6,2% des participants ont été forcées d'avoir des relations sexuelles. 3,3% ont forcé quelqu'un d'autres à avoir des relations sexuelles. La majorité des enquêtés de la ville de Bossangoa 61% ont affirmé avoir entendu parler de violence sexuelle par rapport aux autres localités (35,7% et 39%). Plus de 6% des enquêtés des trois localités ont affirmé être forcé d'avoir des relations sexuelles non consentant. 9,8% des participants de Bambari soit 13/132 avaient déclaré qu'ils ont forcé quelqu'un d'avoir des relations sexuelles. 10,6% à Bambari ont accepté être impliqué dans des actes de violence sexuelle. Les personnes en situation de handicap moteur ont majoritairement entendu parler de violence sexuelle ou avoir été témoin d'un acte sexuel contre la volonté des personnes dans l'ensemble des sites enquêtés. 31,8% des handicapés moteurs à Bouar, 45,5% à Bossangoa et 25,1% à Bambari. Les enquêtés de déficit moteur de Bouar qui ont été

forcé d'avoir des relations sexuelles représentaient 6,1%. Les enquêtés de plus de 18 ans ont donné leur avis sur l'utilisation des drogues respectivement à 25,1% à Bambari contre 12,9% à Bossangoa et 5,8% à Bambari.

Les utilisateurs de drogues représentaient 26,5 % à Bambari et 36,4% à Bossangoa.

Dans l'ensemble, les prévalences du VIH, de la syphilis et des hépatites B et C étaient respectivement de 2,8 %, 3,9%, 3,4% et de 0,5%. La prévalence du VIH était plus élevée à Bouar à 5,3%. L'infection au VIH est à prédominance féminine avec 3,2%. Elle était plus représentée chez les sujets de plus de 18 ans parmi les dépistées positives soit 2,8%. Les handicapés instruits étaient plus infectés à 2,9%. L'infection au VIH, est plus observée chez les personnes qui vivaient seule 3% et celles en déficit moteur à 2,9%.

Les personnes instruites étaient en majorité infectées par la syphilis à 4,6%. L'infection à la syphilis représentait 4% chez les handicapés vivant à seul. La syphilis était plus observée chez les sujets à déficit visuel 4,2%.

La prévalence de l'hépatite B parmi les enquêtés représentait 3,4% avec une prédominance du sexe masculin 4,4%. Les personnes âgées de plus de 18 ans étaient majoritairement infectées 3,6%. Les personnes en situation de handicap instruites étaient plus infectées à l'hépatite B 4,4%. Par rapport au statut matrimoniale, ceux, vivant en union étaient plus infectés 3,9%. L'infection à l'hépatite B était plus observée chez les handicapés moteurs 3,8%.

La sérologie de l'hépatite C représentait 0,5% des enquêtées. La prédominance de l'infection était observée à 100% chez les sujets masculins, les âgés de 18 ans et plus, les instruits, les vivants en union et les handicapés moteurs.

On observe qu'il n'y a pas de différence statistique entre le sexe ($p= 0,54$) et l'âge ($p= 0,62$) par rapport à la sérologie de VIH. De même pour le niveau d'instruction, la situation matrimoniale et le type d'handicap ne sont pas liées à la sérologie du VIH.

Conclusion : L'étude a montré que l'infection à VIH, aux hépatites B et C ainsi que la syphilis constitue un problème majeur parmi les personnes en situation de handicap. Il s'avère important de mener une campagne de dépistage, de sensibilisation et de la prise en charge au sein de cette catégorie de la population.

Mots clés : bio-comportementale, handicapés, VIH, Syphilis, Hépatites, Bouar, Bossangoa et Bambari.

EXECUTIVE SUMMARY

Introduction: According to the WHO World Report on Disability, people with disabilities (PWDs) represent approximately 15% of the world's population and 80% of them live in resource-limited countries. PWDs constitute a particularly vulnerable population in relation to HIV infection because they are more often affected by poverty, physical and sexual violence and have less access to education.

Despite this, they receive little attention from AIDS control programs because of the little data Addressing the situation. In the Central African Republic, the prevalence of HIV, syphilis, and hepatitis B and C in this category of population is only known at Bangui level, with respectively 2.8%, 1.4%, 6.8%, and 4.5%. However, the situation of other localities in the provinces remains unknown. To fill this gap, the CN/CNLS has decided to carry out this study in order to make data related to this category of population in the localities of Bambari, Bossangoa, and Bouar available and formulate recommendations to reduce the weight of these SSIs in CAR. The purpose of this study is to determine the prevalence of the four diseases in this category of population in the three cities of the provinces of the Central African Republic.

Methodology: This was a cross-sectional survey with descriptive and analytical purposes spanning from April to June 2023 in the headquarters of Disability Associations in the three capitals of prefectures of the Central African Republic. The study population was made up of people with disabilities living in Bambari, Bossangoa and Bouar with the following characteristics: Visual and motor impairment. People of both sexes, aged 15 and over, and presenting one of the aforementioned disabilities were included in the study. The sampling was exhaustive. The SWARTZ formula was used to calculate the sample size which is 629. The tools used for data collection were: questionnaires incorporated into the tablet and laboratory register. The collection technique was face-to-face interview. Rapid tests were used for the diagnosis of HIV, Syphilis and Hepatitis B and C. Quality control was carried out on all positive and indetermined samples as well as 10% of negative samples at the National Laboratory of Clinical Biology and Public Health in Bangui. The data were collected and entered into the KOBOTOOLBOX application incorporated into a tablet, they were then processed and analyzed with SPSS version 22 and MedCal software. The protocol was approved by the FACSS Ethical and Scientific Committee under N0: 46/UB/FACSS/IPB/CES22 before the start of the investigation. Respondents received several benefits from this survey, including knowledge of their status (HIV, Syphilis, and Hepatitis B and C) and treatment for HIV and Syphilis infections. The coordination of the investigation was placed under the CN/CNLS. A steering committee was set up to monitor the implementation of the survey. The results of this study will be the subject of advocacy to mobilize resources to improve the health of people with disabilities in the CAR.

Results: A total of 611 people out of 660 planned were enrolled, representing a participation rate of 92.6%. This rate is distributed as follows: 97.1% in Bouar, 103.9% in Bossangoa and 87.4% in Bambari. The female gender is in the majority at 51.3% overall. The age groups ≥ 50 years and 40 to 44 years predominated at 31.1% and 16.7% respectively. An aging of the population was noted in Bossangoa with a rate of 54.5% aged over 50. The majority of people surveyed have not been to school (38.6%) and this rate is higher in Bambari (46.7%) than in other localities. The profession of farmer or fisherman is in the majority at 37.9% in all the localities surveyed. 53.8% of people with disabilities live alone as far as their matrimonial situation is concerned.

Knowledge of the modes of transmission and prevention of HIV/AIDS infection is observed more from male respondents (67.8%) than from female respondents (64.9%). Overall, the surveyed participants of the male sex have a good level of knowledge of HIV/AIDS at 67.6%. The majority of respondents (66.3%) have a good level of knowledge of HIV transmission with a predominance in Bouar (89.7%). Visually disabled people have a good level of knowledge of the modes of transmission and prevention of HIV/AIDS at 67.1%. There is no significant difference between the level of knowledge of the disabled people surveyed about syphilis. The cities of Bambari and Bouar have a good level of knowledge respectively at 17.9% and 15.9%. Age groups > 18 years have an average level of knowledge of syphilis at 79.6% with a predominance in Bossangoa and Bambari (88.2% and 85.0%). Women's respondents have an average level of knowledge of hepatitis B and C at 85.9% with a majority in Bouar (91.7%) against 89.8% in Bossangoa and 81.6% in Bambari. Knowledge of hepatitis B and C infections is represented by 9.2% of the physically disabled included in the survey. The high risks linked to HIV/AIDS are perceived by the majority of people surveyed in all localities 65.8%. The majority of people with disabilities (45.3%) have a good perception of the high risk linked to syphilis. This observation was more represented in Bouar with 73.5%. Regarding screening, 34.8% of the physically disabled in Bambari said they had already done an HIV serology test in the past 12 months. However, syphilis screening represents 40.5% of people with visual deficit interviewed in Bossangoa in the past 12 months. 37.8% of people with visual deficit in Bossangoa have already been detected with hepatitis B and C, unlike Bambari which represented 4.0% in the same category. More than 90% of respondents over the age of 18 said they had heard of sexual violence in the three cities surveyed. 6.2% of participants were forced to have sex. 3.3% have forced someone else to have sex. The majority of respondents from the town of Bossangoa (61%), claimed to have heard of sexual violence compared to other localities (35.7% and 39%). More than 6% of respondents from the three localities claimed to have been forced to have non-consensual sexual relations. 9.8% of participants from Bambari, or 13/132, declared that they had forced someone to have sex with them. 10.6% in Bambari accepted being involved in acts of sexual violence.

The majority of people with physical disabilities have heard of sexual violence or witnessed nonconsensual sexual acts in all of the sites surveyed. 31.8% of physically disabled people in Bouar, 45.5% in Bossangoa and 25.1% in Bambari. physically disabled respondents from Bouar who were forced to have sex represented 6.1%. Respondents over 18 years old gave their opinion on the use of drugs respectively at 25.1% in Bambari compared to 12.9% in Bossangoa and 5.8% in Bambari.

Drug users represented 26.5% in Bambari and 36.4% in Bossangoa.

Overall, the prevalences of HIV, syphilis, and hepatitis B and C were 2.8%, 3.9%, 3.4%, and 0.5%, respectively. HIV prevalence was higher in Bouar at 5.3%. The infection is predominantly observed in female respondents with 3.2%. It was more represented among subjects over 18 years old among those screened positive, i.e. 2.8%. Educated disabled people were infected at 2.9%. HIV infection is more observed in people who live alone and those with physical deficits at 3% and 2.9% respectively.

Educated people were mostly infected with syphilis at 4.6%. Syphilis infection represented 4% of disabled people living alone. Syphilis was more observed among subjects with visual deficit at 4.2%.

The prevalence of hepatitis B among the respondents represented 3.4% with a male predominance at 4.4%. People aged over 18 were mainly infected at 3.6%. 4.4% of educated people with disabilities were infected with hepatitis B. In relation to marital status, those living in a union were infected at 3.9%. Hepatitis B infection was more observed among the physically disabled at 3.8%.

Hepatitis C serology represented 0.5% of respondents. The predominance of infection was observed at 100% among male subjects, those aged 18 and over, the educated, those living in a couple, and the physically disabled. We observe that HIV serology is not statistically linked to sex ($p= 0.54$) and age ($p= 0.62$). Also, the level of education, matrimonial status, and type of disability are not statistically linked to HIV serology in the study.

Conclusion: The study has shown that HIV infection, hepatitis B and C, as well as syphilis, is a major problem among people with disabilities. It is important to carry out a screening campaign, raise awareness, and offer treatments within this category of the population.

Keywords: bio-behavioral, disabled, HIV, syphilis, hepatitis, Bouar, Bossangoa, and Bambari.

LISTES DES TABLEAUX

| | | |
|-------------------------|---|----|
| Tableau I : | Calcul de la taille de l'échantillon par site de l'enquête | 14 |
| Tableau II : | Répartition des membres de l'équipe de l'enquête | 26 |
| Tableau III : | Répartition par sexe, par tranche d'âge et par niveau d'instruction des personnes enquêtées à Bambari, Bossangoa et Bouar | 29 |
| Tableau IV : | Répartition des enquêtés par profession et situation matrimoniale à Bambari, Bossangoa et Bouar | 30 |
| Tableau V : | Répartition du niveau de connaissance des participants sur le VIH/Sida selon le sexe et par villes enquêtées | 31 |
| Tableau VI : | Répartition du niveau de connaissance des participants sur le VIH/Sida selon la nature de handicap par site | 33 |
| Tableau VII : | Répartition du niveau de connaissance des participants sur la syphilis selon la nature de handicap par site | 33 |
| Tableau VIII : | Répartition du niveau de connaissance des participants sur la syphilis selon le sexe par site | 34 |
| Tableau IX : | Répartition du niveau de connaissance des participants sur la syphilis selon les tranches d'âge par site | 34 |
| Tableau X : | Répartition du niveau de connaissance des participants sur les hépatites B et C selon le sexe par ville | 35 |
| Tableau XI : | Répartition du niveau de connaissance des participants sur les hépatites B et C selon l'âge par ville | 35 |
| Tableau XII : | Répartition du niveau de connaissance des participants sur les hépatites B et C selon la nature de handicap par site | 36 |
| Tableau XIII : | Répartition du niveau des perceptions de risque liés au VIH/Sida des participants selon la nature de handicap par ville | 36 |
| Tableau XIV : | Répartition du niveau des perceptions de risque liés à la syphilis participants selon la nature de handicap par ville | 37 |
| Tableau XV : | Répartition du niveau des perceptions de risque liés aux hépatites B et C participants selon la nature de handicap par ville | 38 |
| Tableau XVI : | Répartition des violences sexuelles en milieu des handicapés selon les tranches d'âge | 41 |
| Tableau XVII : | Répartition des violences sexuelles en milieu des handicapés selon le sexe par site | 42 |
| Tableau XVIII : | Répartition des violences sexuelles en milieu des handicapés selon le type de handicap par site | 43 |
| Tableau XIX : | Répartition d'utilisation des psychotropes selon l'âge et par ville | 44 |
| Tableau XX : | Répartition d'utilisation des psychotropes selon le sexe et par ville | 44 |
| Tableau XXI : | Répartition d'utilisation des psychotropes selon le type de handicap et par ville | 45 |
| Tableau XXII : | Répartition de la positivité du VIH selon les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés et par ville | 46 |
| Tableau XXIII : | Répartition de la positivité de la syphilis selon les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés et par ville | 47 |
| Tableau XXIV : | Répartition de la positivité à l'hépatite B selon les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés et par ville | 48 |
| Tableau XXV : | Répartition de la positivité à l'hépatite C selon les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés et par ville | 49 |
| Tableau XXVI : | Association des caractéristiques sociodémographiques et le statut sérologique du VIH des enquêtés à Bouar, Bossangoa et Bambari | 50 |
| Tableau XXVII : | Association du niveau de connaissance du VIH et le statut sérologique des enquêtés à Bouar, Bossangoa et Bambari | 51 |
| Tableau XXVIII : | Association des caractéristiques sociodémographiques et le statut sérologie syphilitique des enquêtés à Bouar, Bossangoa et Bambari | 52 |
| Tableau XXIV : | Association du niveau de connaissance de la syphilis et le statut sérologique des enquêtés à Bouar, Bossangoa et Bambari | 53 |

| | | |
|-------------------------|---|----|
| Tableau XXV: | Association des caractéristiques sociodémographiques et le statut sérologie hépatite B des enquêtés à Bouar, Bossangoa et Bambari | 54 |
| Tableau XXVI : | Association du niveau de connaissance de l'hépatite B et le statut sérologique des enquêtés à Bouar, Bossangoa et Bambari | 55 |
| Tableau XXVII : | Association des caractéristiques sociodémographiques et le statut sérologie hépatite C des enquêtés à Bouar, Bossangoa et Bambari | 56 |
| Tableau XXVIII : | Association du niveau de connaissance de l'hépatite C et le statut sérologique des enquêtés à Bouar, Bossangoa et Bambari | 57 |

LISTE DES FIGURES ET CARTES

| | | |
|----------------------|--|----|
| Carte 1 : | Cartographie nouveau découpage administratif de la RCA en 2021 | 3 |
| Carte 2 : | Zones de l'étude en 2023 | 10 |
| Graphique 1 : | Cascade de la prévalence nationale du VIH de 2011-2021 en RCA | 6 |
| Graphique 2 : | Algorithme national de dépistage du VIH du Ministère de la Santé. | 15 |
| Graphique 3 : | Lecture des résultats du test de Determine HIV | 16 |
| Graphique 4 : | Lecture des résultats d'Uni-gold HIV 1 et 2 | 17 |
| Graphique 5 : | Lecture des résultats de Bioline BW, AgHBs et HCV | 19 |
| Graphique 6 : | Répartition du niveau de connaissance des participants sur le VIH/Sida selon les villes enquêtées | 32 |
| Graphique 7 : | Répartition des participants ayant déjà dépistés du VIH dans les 12 derniers mois par sites de l'étude | 39 |
| Graphique 8 : | Répartition des répondants ayant déjà été dépisté de la syphilis | 40 |
| Graphique 9 : | Répartition des répondants ayant déjà été dépisté aux hépatites B et C | 40 |

INTRODUCTION

Dans le monde, on estime que plus d'un milliard de personnes vivent avec une forme de handicap, ce qui représente environ 15 % de la population mondiale. Ainsi, jusqu'à 190 millions de personnes âgées de 15 ans et plus (soit 3,8 %) présenteraient des difficultés fonctionnelles importantes nécessitant le plus souvent le recours à des soins de santé. Le nombre de personnes vivant avec un handicap est en hausse. Ceci s'explique en partie par le vieillissement des populations et aussi par l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques [1].

Les infections sexuellement transmissibles (IST) demeurent un problème majeur de santé publique en Afrique [2]. Elles constituent un facteur à risque de transmission du VIH [3].

Au niveau mondial, on note que les prévalences du VIH, de la Syphilis et des Hépatites B et C chez les personnes en situation de handicap se situent presque toujours à des proportions significativement élevées comparé à la population générale [4]. Le risque d'infection au VIH serait 1,48 fois plus élevé chez les hommes handicapés et 2,2 fois plus important chez les femmes handicapées par rapport aux personnes sans handicap.

En République Centrafricaine (RCA), les données disponibles sur la prévalence du VIH, de la Syphilis et des hépatites B et C chez les personnes en situation de handicap à Bangui sont estimées respectivement à 2,8%, 1,4 %, 6,8% et 4,5% [5]. Cependant, la situation des autres villes des provinces reste inconnue. Ce manque de données pourrait s'expliquer en partie par le fait que les personnes en situation de handicap sont jusque-là occultées par les programmes nationaux de lutte contre le VIH/Sida. Cet état de fait a pour conséquence l'absence d'un programme spécifique de prévention de la maladie en faveur des personnes en situation de handicap en RCA.

Face à cette absence de données générales sur le handicap en RCA, les acteurs humanitaires utilisent pour la planification l'estimation de 15% de la population vivant avec handicap (Estimation de l'OMS). Or, ce ratio serait largement dépassé dans certaines localités enquêtées (dont Alindao 17%) [6].

Selon une enquête effectuée par Humanité & Inclusion en 2020, 40% des personnes handicapées indiquent subir des discriminations liées à leur handicap. Il s'agit particulièrement de manque de respect (28%), de moqueries (23%), d'insultes (19%), de rejets par certains individus (11%) ou d'accusations de sorcellerie (7%). Ces

dernières concernent majoritairement les femmes de plus de 60 ans (52% contre 44% pour les hommes). Des défis importants liés à la participation des personnes handicapées aux organes de décision et aux activités communautaires demeurent préoccupants. Les difficultés d'accessibilité physique, d'accès à l'information mais aussi l'attitude des communautés qui ne les incluent pas, sont entre autres raisons indiquées comme sources d'exclusion [7].

C'est dans ce contexte de l'insuffisance de données épidémiologiques sur le VIH, la syphilis et les Hépatites B&C, que la Coordination Nationale du Comité National de Lutte contre le VIH (CN/CNLS) a décidé de réaliser cette étude dans les trois villes des provinces afin de produire les données relatives à cette catégorie de population et formuler des recommandations pour la réduction du poids de ces maladies en RCA.

I. PRESENTATION DE LA REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

1.1. Contexte géographique

La République Centrafricaine (RCA) est un pays enclavé situé au cœur du continent africain avec une superficie de 623 000 km². Elle est limitée par le Cameroun à l'ouest, le Tchad au nord, le Soudan et le Soudan du Sud à l'est, la République Démocratique du Congo (RDC) et la République du Congo au sud (Figure N°1).



Carte 1 : Cartographie nouveau découpage administratif de la RCA en 2021.

1.1.1. Contexte sociodémographique de la République Centrafricaine

RCA est l'un des pays les plus pauvres au monde [8]. Le taux de chômage selon les estimations de l'OIT en 2018 est élevé à 6.5% et la majorité de la population (71%) selon le rapport de la Banque Mondiale, 2018 vit sous le seuil de pauvreté avec moins de 2 dollars US par jour. Les résultats de la cartographie du RGPH-4, estimation de la population de la RCA à 6.091.097 habitants en 2022, dont la moitié (56%) est en besoin d'aide humanitaire.

1.1.2. Contexte politique de la République Centrafricaine

En RCA depuis décembre 2012, une crise militaro-politique a secoué le pays. La situation sécuritaire dans de nombreuses parties du pays est devenue catastrophique en raison des atrocités commises par les groupes armés. On note une instabilité politique marquée par des changements fréquents des institutions de l'Etat. Cette situation n'a pas favorisé la mise en œuvre optimale des programmes de santé. Dans le contexte de la crise militaro-politique, on note un mouvement de populations vers les localités qui semblent plus en sécurité. Selon le plan de la réponse humanitaire de 2019 en RCA, 643 000 personnes victimes de la crise sont des déplacées internes dont 238 996 sur les sites et 403 846 dans les familles d'accueil.

L'organisation des élections libres et démocratiques tenues en décembre 2015, a permis le retour progressif de la sécurité. Cette restauration de la démocratie et d'un État de droit devra garantir la stabilité sociopolitique, le relèvement post conflit, la paix durable et la reconstruction du pays après une longue période de crise.

1.1.3. Contexte socio-économique de la République Centrafricaine

Après s'être effondrée sous l'effet d'une longue crise politique et sécuritaire, l'activité économique de la République Centrafricaine a connu une reprise timide en 2014, qui s'est renforcée en 2015 (+5,5%), essentiellement grâce aux aides internationales. Selon la Banque mondiale, la croissance a atteint 4,5% en 2016. Ce résultat inférieur aux prévisions s'explique notamment par une nouvelle dégradation de la situation sécuritaire, qui a entravé le secteur des transports. En outre, les investissements publics sont restés insuffisants. Selon les estimations, les exportations ont néanmoins été dynamiques en 2016, grâce à la hausse de production des produits exportés (or, diamants, bois, café et coton). Traditionnellement, l'économie est tirée par le secteur agricole (coton), au fort potentiel, et les exportations de bois et de diamants. Le pays

dispose d'un sous-sol et sol riches (diamant, or, bois, uranium), mais sous-exploité. L'industrie est faiblement développée et de nombreux handicaps existent (réseau électrique déficient, concurrence du secteur informel, difficile accès au crédit, insécurité). Enfin, selon les prévisions, la croissance devrait poursuivre sur une dynamique haussière en 2017 (4,7% prévus selon la Banque mondiale). La RCA est l'un des pays les plus pauvres parmi les Pays les Moins Avancés (PMA) : la majorité de la population vit sous le seuil de pauvreté, le chômage est élevé, l'accès aux services d'éducation et de santé de base n'est pas assuré. Il existe de très fortes inégalités et l'espérance de vie à la naissance est la deuxième plus faible au monde.

Outre, son enclavement, le pays souffre d'une dégradation avancée de ses infrastructures sociales de base. En effet, le réseau routier interne de la RCA mesurant 24.000 km et constitué de routes nationales, régionales et de pistes rurales, est en majeure partie actuellement impraticables. Dans ce réseau, seuls 835 km de routes sont bitumés. Toutefois, le réseau aérien domestique, quand bien même moins développé, reste une opportunité pour desservir le milieu rural. Afin d'accélérer la croissance économique, réduire la pauvreté et le chômage des jeunes, le Gouvernement, dans la perspective de l'agenda 2030 a adopté un Plan de Relèvement et de Consolidation de la Paix pour la période 2017-2021 basé sur trois piliers : (1) Restaurer la paix, la sécurité et la réconciliation ; (2) Renouveler le contrat social entre l'État et la population ; et (3) Promouvoir le relèvement économique et la relance des secteurs productifs. Ce document a fait l'objet de négociation entre les partenaires et les autorités centrafricaines lors de la table ronde de Bruxelles du 17 au 18 Novembre 2016, pour aboutir à la mobilisation de 2,2 milliards de dollars US.

1.1.4. Contexte sanitaire de la République Centrafricaine

Le système de santé de la RCA est de type pyramidal, avec 3 niveaux : le niveau périphérique, le niveau intermédiaire et le niveau central. Le niveau périphérique, est l'unité opérationnelle de mise en œuvre de la politique nationale de santé, qui privilégie la participation et les interventions communautaires. Le nombre des établissements de santé est de 1014 dont 873 fonctionnels en fin 2019, repartis dans les 35 Districts Sanitaires ; ils sont constitués essentiellement de Postes de Santé (50%) et Centres de Santé (44%). La Région Sanitaire N°3 a le plus grand nombre des structures sanitaires, 199 soit 23% contrairement à la Région Sanitaire N°7 qui en compte 57 soit 7% [9]. Depuis une quinzaine d'années, plusieurs facteurs dont les conflits militaro-politiques,

ont fait que la situation sanitaire de la RCA est caractérisée par une dégradation continue de tous les indicateurs de santé avec comme conséquences :

- La mortalité générale très élevée, dont le taux brut est passé de 17‰ en 1988 à 18‰ en 2011 d'après les projections faites à partir des données du RGPH 2003 ;
- La mortalité infanto-juvénile encore très élevée avec 176 décès pour mille naissances vivantes en 2010 (MICS 4), à 99 décès pour mille en 2019 d'enquête MICS 6, 2018-2019 [10] ;
- La mortalité néonatale : 45 ‰ selon les données hospitalières ;
- La mortalité maternelle est estimée à 882 pour 100 000 naissances vivantes ; la tendance de la mortalité maternelle de 1990 à 2008 faite par le Groupe Inter-Agence du Système des Nations Unies plaçant la RCA au 2^{ième} rang des taux les plus élevés ;
- L'espérance de vie à la naissance est estimée à 53 ans.

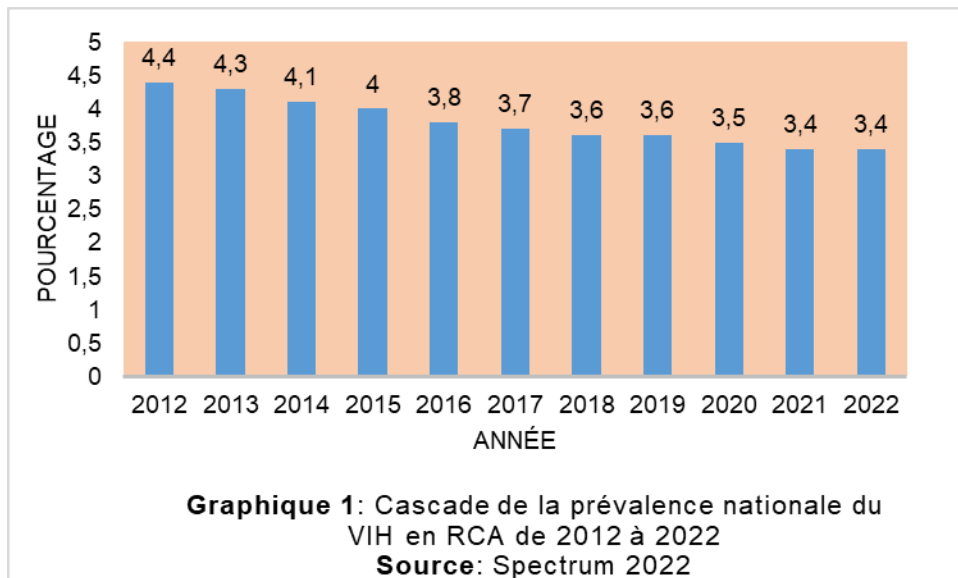
II. SITUATION DE L'ÉPIDÉMIE EN RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

2.1. Epidémie du VIH

L'épidémie de l'infection à VIH en RCA est de type généralisé. Dans l'ensemble, la prévalence du VIH est en baisse constante depuis 2010 selon les estimations de l'ONUSIDA, la prévalence est passée dans la tranche d'âge des 15 à 49 ans de 4,7% [4,1-5,4] en 2011 à 3,4 % [2,5-5,2] en 2022 selon les projections de l'ONUSIDA. Toutefois, la prévalence chez les femmes de 15 à 49 ans qui est de 4,3% [3,1-6,5] reste constamment supérieure à la prévalence nationale (3,4% et à celle des hommes 2,5% [1,8-3,8]) de la même tranche d'âge. Chez les jeunes de 15 à 24 ans, la prévalence est plus élevée chez les jeunes filles que chez les garçons (1,7% versus 0,9%).

La voie sexuelle est le principal mode de contamination. On estime en 2022 à 124 732 le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dont 11 512 enfants de 0 à 14 ans [4]. La majorité des adultes infectés par le VIH sont des femmes avec 78 926 cas (63,2%).

Selon les estimations de Spectrum, le nombre de décès liés au VIH dans la population générale est de 4500 et réparti de la manière suivante : Chez les enfants âgés de 0-14 ans elle est en constante baisse depuis 2002 de 1887 à 1300 enfants en 2022.



2.2. Situation épidémiologique des Infections Sexuellement Transmissibles

2.2.1. Situation épidémiologique de la Syphilis

Les données sur les IST dans la population générale ne sont pas disponibles. Selon les estimations de l’OMS, 12 millions de personnes sont infectées chaque année bien qu’il existe des mesures de prévention efficaces comme le préservatif et des médicaments. La prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes en 2017 était de 4,7% [5].

Par contre, les données de l’enquête RDS 2019, donnent une prévalence de la syphilis à 9,8% chez les PS et 3,9% chez les HSH. Des données récentes sur l’ampleur de la syphilis néonatale en RCA rapportées par deux études en milieu rural et en milieu urbain indiquent des incidences annuelles respectivement de 7 et 3 pour 1000 NV [5-6]. La perspective pour la RCA de s’aligner sur l’initiative de portée mondiale est d’éliminer la syphilis congénitale en tant que problème de santé publique, risque d’être illusoire si aucune action de portée nationale soit déployée rapidement.

2.2.2. Situation épidémiologique des hépatites B et C

L’hépatite B est une maladie provoquée par un virus dénommé VHB qui est un virus à ADN enveloppé qui infecte le foie, provoquant la nécrose hépatocellulaire et l’inflammation. L’infection par le VHB peut-être aiguë ou chronique. La maladie varie de la forme asymptomatique à la forme symptomatique et évolutive pouvant évoluer vers des formes graves. L’hépatite B chronique (HBC) se définit comme la détection persistante dans le sang de l’antigène de surface de l’hépatite B (AgHBs) pendant six mois ou plus est un sérieux problème de santé publique.

Selon l’OMS, on estime à 240 millions dans le monde le nombre de personnes souffrant d’une infection chronique, surtout dans les pays à revenu faible ou moyen (PRFM). Les principales complications de l’hépatite B chronique (HBC) sont la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire (CHC). 20 à 30% des personnes qui sont infectées développent ces complications, et l’on estime que 650 000 personnes meurent chaque année d’hépatite B chronique. La plupart des gens ne savent pas qu’ils ont une infection par le VHB et sont diagnostiqués à un stade avancé de la maladie.

Quelques publications réalisées dans le pays par l’Institut Pasteur de Bangui, parfois anciennes, se focalisent sur des résultats sérologiques (Positivité AgHBs) dans des groupes spécifiques d’individus et indiquent des fréquences très élevées : 15% des patients hospitalisés à Bangui [7] ; 14,0% des jeunes adultes [8] ; 15,5% chez les adolescents et les jeunes adultes [9] ; 10,6% des individus en zones rurales [10] ; 5,1% des enfants hospitalisés à Bangui [11] ; et 62% des patients hospitalisés atteints d’une hépatite aiguë ou chronique à Bangui [12]. Une étude complémentaire récente chez des donneurs de sang confirme les précédents résultats, avec 8,9% de positifs pour l’AgHBs [13]. Des données en population générale communiquées à la conférence AFRAVIH 2016 font état de prévalences dépassant les 16% dans les trois régions de la charnière centrale du pays : Ouaka, Bamingui-Bangoran et Vakaga [14]. Dans cette dernière région, la prévalence estimée atteint 27,5 à 33,0%, soit l’une des prévalences les plus élevée au monde. Une étude exploratoire publiée en 2014 dans la revue CAMES Santé et estimait la « place de l’hépatite virale B seule ou associée au VIH parmi les causes d’affections hépatiques et rénales chez les adultes ». Dans cette étude, la proportion des sérums VIH+ était de 23,1% et celle des sérums AgHBs+ de 24,2%. La séroprévalence de l’AgHbs/Ac anti-VIH était de 11,9%. Plus récemment en 2016, une étude séro-épidémiologique du VIH, de la syphilis et des virus des hépatites B et C chez les donneurs de sang à Bangui a été réalisée. Cette étude a montré que les séroprévalences du VHB, du VHC, de la syphilis et du VIH étaient respectivement de 8,9%, 4,7%, 4,4% et 5,9%.

2.3. HISTORIQUE DES ENQUETES IBBS EN RCA

La première enquête comportementale a été réalisée dans les années 2019 auprès des professionnelles de sexe et des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) dans les cinq grandes villes de la RCA (Bangui, Boali, Carnot, Bouar et Berberati). Il s'ensuit une seconde auprès des personnes privées de liberté dans les trois établissements pénitentiaires (Ngaragba, Camp de Roux et Bimbo) à Bangui et Bimbo en 2021. Le troisième fut celle relative aux personnes en situation de handicap dans la ville de Bangui en 2022. Les résultats de ces études constituent un moyen de plaidoyer qui a abouti à l'organisation de la quatrième enquête dans les trois villes des provinces du pays dans l'optique de contribuer à la réduction du poids des maladies ciblées telles que : VIH, Syphilis, Tuberculose et les hépatites B et C chez ces différentes catégories de population enquêtées.

III. OBJECTIFS

3.1. Objectif général

Déterminer la prévalence du VIH, de la Syphilis et des Hépatites B et C ainsi que les facteurs socio-comportementaux influençant le risque d'infection à ces maladies chez les personnes handicapées à Bambari, Bossangoa et Bouar en 2023.

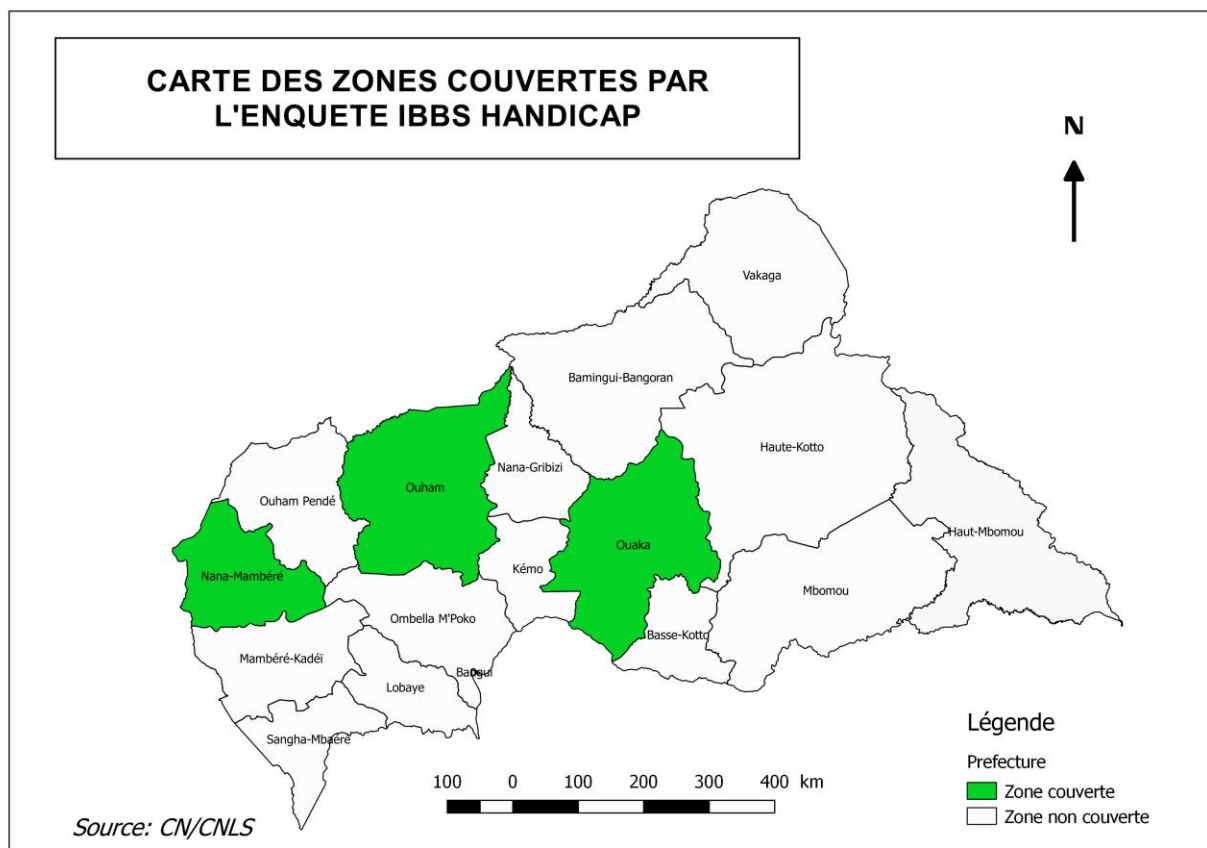
3.2. Objectifs spécifiques

1. Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des personnes en situation de handicap enquêtés à Bambari, Bossangoa et Bouar ;
2. Estimer la prévalence du VIH, de la syphilis et des hépatites B et C chez les personnes en situation de handicap à Bambari, Bossangoa et Bouar ;
3. Déterminer le niveau de connaissances, attitudes et les comportements à risque face aux infections par le VIH, la syphilis et les hépatites B et C parmi les personnes en situation de handicap dans les trois villes des provinces identifiées ;
4. Déterminer les facteurs favorisants et bloquants d'accès aux services de soins de santé, de prévention et de traitement du VIH, de la syphilis et des hépatites B et C pour les personnes en situation de handicap.

IV. CADRE DE L'ETUDE ET METHODOLOGIE

4.1. Cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée dans les trois villes de la RCA à savoir : Bouar, Bossangoa et Bambari.



Carte 2 : Zones de l'Eude en 2023

4.1.1. Ville de Bambari

Bambari est une ville située à 388 km de la ville de Bangui au centre de la RCA. C'est le Chef-lieu de la Préfecture de la Ouaka, avec une population de 83029 habitants selon la projection de la cartographie du RGPH 4. Elle est la 5^e ville du pays par sa population qui est en majoritaire féminine (51%). Bambari est située sur la rivière Ouaka et traversée par la route nationale N°2 (RN 2) au Nord-Est de la RCA. La ville de Bambari compte 91 quartiers [11].

Le climat est de type tropical. La température moyenne annuelle est de 25,3 °C. Mars est le mois le plus chaud habituellement avec une température moyenne de 27,3 °C et juillet le mois le plus frais avec une température moyenne de 24,1 °C. La saison des pluies dure 7 mois autour du solstice d'été d'avril à octobre [11].

L'hôpital régional universitaire de Bambari est l'hôpital de référence de la Région Sanitaire N°4 du système de santé centrafricain. Il couvre les trois Préfectures de Ouaka, Kémo et Nana-Gribizi.

La ville de Bambari dispose des grandes écoles de formation dont l'École Normale des Instituteurs (ENI) chargée de la formation des enseignants des différents établissements de l'enseignement fondamental I de Centrafrique et l'Institut annexe de la Faculté des Sciences de Santé qui forme les Assistants de Santé diplômés d'Etat.

L'enseignement primaire est assuré par 21 écoles fondamentales dont 5 écoles d'application : Application Centre-ville, Application Filles, Application Garçons, Application Saint-Christophe Filles, Application Saint-Christophe garçons. L'enseignement secondaire est assuré par le lycée mixte de Bambari.

Il existe une Direction Régionale des Affaires Sociales qui s'occupe des personnes en situation de handicap dont le nombre avoisine 1657.

4.1.2. Ville de Bossangoa

La ville de Bossangoa est située à 305 km au nord de Bangui sur la route nationale N°1 (RN1), axe Bangui-Tchad. Elle se trouve sur les rives de la rivière Ouham. La ville de Bossangoa a 5 communes limitrophes. Bossangoa est le Chef-lieu de la Préfecture de l'Ouham avec une population de 55 353 habitants en 2021 selon les résultats de la Cartographie du RGPH 4 avec une prédominance du sexe féminin. La commune de Bossangoa dispose 47 quartiers [12].

Chef-lieu de la Région Sanitaire N°3 du système de santé centrafricain, il couvre les Préfectures de l'Ouham, de l'Ouham-Pendé, de l'Im-Pendé et de l'Ouham-Fafa. La ville de Bossangoa est dotée de l'hôpital régional universitaire (HRUB) qui est l'hôpital de référence avec 4 Centres de santé pilotes : ACABEF, Raoul Follereau, Pierre NDjongobé et Evangélique [12].

Une Direction Régionale des Affaires Sociales existe et s'occupe des personnes en situation de handicap dont le nombre enregistré est de 106.

4.1.3. Ville de Bouar

Bouar est une ville de la RCA, chef-lieu de la préfecture de Nana-Mambéré avec quatre sous-préfectures. Elle est située à 455 km de la ville de Bangui sur la route nationale N° 1 (RN1). Elle compte une population en 2021 de 71680 habitants selon les résultats de la cartographie du RGPH 4. La population du sexe féminin est prédominante (51%). La

commune de Bouar compte 48 quartiers. L'histoire et la vocation militaire de la ville sont marquées par l'établissement d'une ancienne base de l'armée française [13].

La ville dispose de six structures de santé : l'hôpital préfectoral, et des centres de santé : Haoussa, Herman, Saint-Michel, SOS et Wantiguira. Les personnes en situation de handicap sont prises en charge par la Direction Régionale des Affaires Sociales, l'effectif enregistré est de 77 personnes. La ville de Bouar dispose de quelques centres de formation professionnelle dont l'annexe de la FACCS qui forme les Assistantes Accoucheuses Diplômées d'État [13].

4.1.4. Sites de l'enquête

Les activités se sont déroulées au sein des sièges des associations des personnes en situation de déficience auditive, visuelle et motrice dans les villes de Bambari, de Bossangoa et de Bouar. Il s'agit de :

- Association des personnes handicapées visuelles ;
- Association des personnes sourdes (malentendantes) ;
- Association des personnes handicapées physiques ou multi-handicap.

4.2. Méthodologie

4.2.1. Type et période de l'étude

Il s'agit d'une enquête transversale à visée descriptive et analytique à partir de méthodes appropriées à la détermination du profil séro-comportemental (IBBS) des personnes en situation de handicap à Bambari, Bossangoa et Bouar pendant la période allant d'Avril à Juin 2023.

4.2.2. Population de l'étude

La population de l'étude est composée de personnes en situation de handicap dans les villes de Bambari, Bossangoa et Bouar selon les caractéristiques définies ci-dessous :

- **Déficience visuelle** : Cela concerne la vision de loin et la vision de près, mais aussi le champ visuel.
- **Trouble de la motricité** : Sont des personnes touchées par un handicap moteur ou une mobilité réduite. En fait, elles perdent tout ou en partie la capacité de mouvement [14].

4.2.3. Critères d'inclusion

Etaient inclus dans cette étude :

- ✓ Les personnes des deux sexes ;
- ✓ Les personnes âgées de 15 ans et plus ;
- ✓ Les personnes résidant dans les localités enquêtées depuis plus de 6 mois ;
- ✓ Les personnes présentant une déficience motrice, auditive et visuelle ;

- ✓ Toute personne répondant aux critères susmentionnés et ayant donné son consentement pour participer à l'étude.

4.2.4. Critères de non-inclusion

Etaient non-inclus de l'étude :

- ✓ Les personnes en situation de handicap âgées de moins de 15 ans ;
- ✓ Les personnes en situation de handicap gravement malades avec incapacité de communication ;
- ✓ Les personnes présentant des déficits auditifs (sourds-muets);
- ✓ Les personnes présentant des déficits auditif et visuel en même temps;
- ✓ Celles non consentantes pour participer à l'étude.

4.2.5. Taille et répartition de la population dans les sites de l'enquête

La population totale des personnes en situations de handicap dans les trois (3) sites retenus de l'étude est estimée à 2752 personnes (Voir méthodes de calcul ci-dessous « 4.2.6.2 »).

4.2.6. Plan d'échantillonnage

4.2.6.1. Méthode d'échantillonnage

Il est retenu l'échantillonnage aléatoire systématique. Les villes ont été retenues de manière exhaustive pour l'enquête en raison de la densité de la population, de la prévalence du VIH, d'accès et de sécurité. Chaque commune des villes retenues constitue la base de sondage. Le nombre des personnes en situation de handicap compris dans chaque commune est proportionnel par rapport à l'effectif total des personnes en situation de handicap dénombré. Toutefois, à l'intérieur de chaque commune, sur la base de la liste des personnes en situation de handicap par organisation, l'équipe a procédé à un sondage aléatoire simple pour sélectionner les personnes auprès desquelles les questionnaires ont été administrés.

4.2.6.2. Taille de l'échantillon

En absence des données sur la prévalence nationale du VIH chez les personnes en situation de handicap en RCA, nous avons préconisé utiliser la prévalence standard qui est de 50%. L'effectif à tirer au niveau de l'ensemble des sites de l'étude est donné par la formule de SWARTZ ci-dessous :

$$n = z^2 \times \frac{p(1-p)}{d^2} \times k$$

Où :

- n = taille minimale requise de l'échantillon ;
- z = niveau de confiance (dans ce cas, z = 1.96) ;
- p = prévalence estimée de l'indicateur considéré = 50% ;
- k = effet de grappe = 1 ;
- d = précision est fixée 4%.

En appliquant une majoration de 10% pour tenir compte d'éventuels cas de non-réponse ou de refus, on aboutit ainsi à une taille minimale de 660 personnes en situation de handicap à Bambari, Bossangoa et Bouar. La taille d'échantillon de notre étude sera $n = (1,96 \times 1,96) \times 0,5 \times (1-0,5) / (0,05 \times 0,05) = 3,841 \times 0,5 \times 0,5 / 0,0025 = 0,96025/0,0016 = 600$, en ajoutant 10% représentatif de la proportion de non répondant, la taille globale est $600+60= 660$.

La technique d'allocation proportionnelle à la taille de chaque groupe se fera de la manière suivante :

- ✓ Nombre des handicapés dénombrés des trois villes retenues est de 2752 ;
- ✓ Calculant la proportion que représente la taille de chaque ville par rapport à l'effectif total des personnes en situation de handicap ;
- ✓ En absence de la prévalence nationale du VIH chez les personnes en situation de handicap en RCA, nous appliquons la prévalence standard qui est de 50%, puis appliquons la formule de SWARTZ avec une marge d'erreur de 10% pour avoir la taille de l'échantillon total qui est de 660 ;
- ✓ Appliquons la proportion de chaque ville sur la taille totale (2752) pour avoir l'effectif des personnes à interroger de chaque organisation.

Tableau II : Calcul de la taille de l'échantillon et du nombre des personnes à enquêter par site de l'enquête

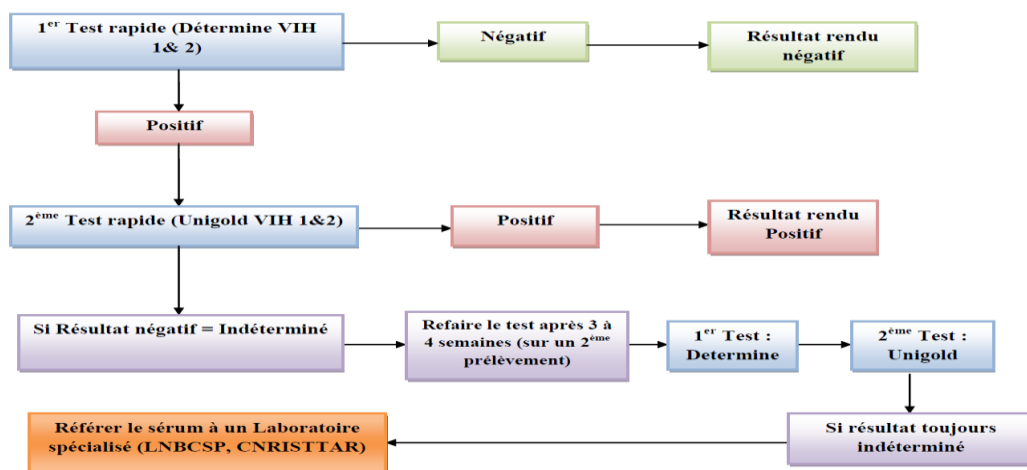
| Association | Effectif des handicapés | Proportion des adhérents par apport à l'effectif total | Nombre personnes calculées | Technique Echantillonnage | Nombre personnes à interroger par enquêteur |
|-------------|-------------------------|--|----------------------------|---------------------------|---|
| Bossangoa | 530 | 0,19 | 127 | Randomisée | 32/ jour |
| Bambari | 1657 | 0,60 | 397 | Randomisée | 99/ jour |
| Bouar | 565 | 0,21 | 136 | Randomisée | 34 / jour |
| | 2752 | 100,0 | 660 | | 165 / jour |

En moyenne, 8 personnes en situation de handicap par association seront enquêtées par jour par enquêteur.

4.2.7. Dépistage rapide du VIH, de la syphilis et des Hépatites B et C

Les personnes en situation de handicap qui ont participé à l'étude étaient invitées à suivre le counseling avant de remplir le questionnaire et se faire dépister du VIH, de la Syphilis et des Hépatites B et C. Les personnes séropositives déjà connues sous traitement étaient comptées et ne testées que pour les autres pathologies. Le clinicien formé fournissait un conseil pré-test pour obtenir un consentement éclairé du participant. Le dépistage du VIH était effectué selon l'algorithme national de dépistage avec test rapide du Ministère de la Santé selon le graphique 2. Cependant, dans le cadre de cette étude, tous les échantillons positifs ou indéterminés pour le VIH, la Syphilis, et les Hépatites B et C ainsi que 10% de l'échantillon négatif étaient transférés sous triple emballage au Laboratoire National de Biologie Clinique et de Santé Publique (LNBCSP) de Bangui pour un contrôle qualité.

Les précautions universelles étaient observées par tous les membres de l'équipe formés à l'étude. Une formation à la biosécurité et des équipements de protection personnelle (EPP) leur étaient fournis tout au long du déroulement de collecte des données. Les déchets étaient séparés et transmis à l'hôpital régional de référence de chaque localité pour une démarche d'élimination appropriée.



Graphique 2 : Algorithme national de dépistage du VIH du Ministère de la Santé.

4.2.8. Procédures d'analyse en laboratoire

• Test de Determine HIV 1 et 2

Determine™ HIV Early Detect est un test immunologique qualitatif in vitro à lecture visuelle pour la détection des anticorps (Ab) anti-VIH-1 et anti-VIH-2 et la détection de l'antigène (Ag) p24 du VIH-1 libre non immunocomplexé dans le sang total par prélèvement capillaire ou veineux, plasma ou sérum humain.

✓ Contenu du kit

1. Emballage de 10 bandelettes pour de test ;
2. Flacon de tampon de fixation (2,5 ml);
3. Tubes capillaires avec de l'ETDA ;
4. Lancettes ;
5. Instructions d'utilisation.

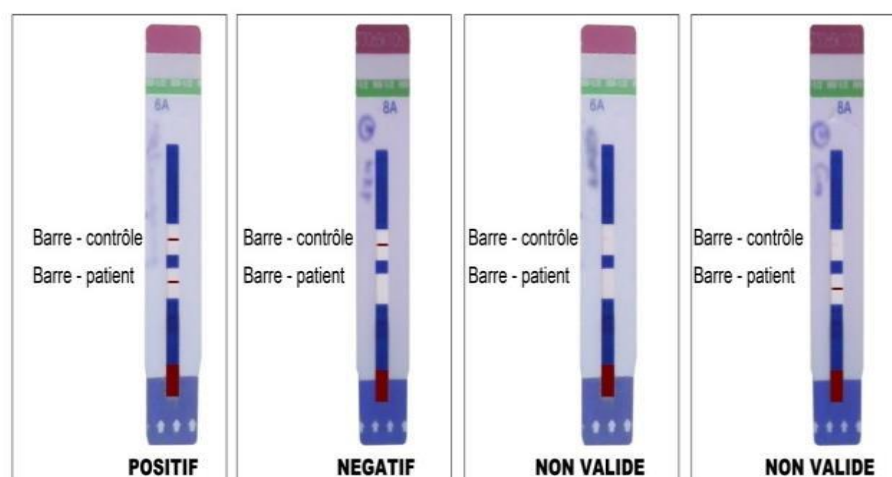
✓ Condition de conservation

Entre 2 et 30°C, à l'abri de l'humidité et du rayonnement solaire direct. Ne pas congeler les réactifs.

✓ Procédure technique

1. Laisser toutes les composantes du kit à la température ambiante comprise entre 20 et 30° C avant de procéder au test ;
2. Sortir le dispositif de test de l'emballage en aluminium et le placer sur une surface plane et sèche ;
3. Etiqueter la bandelette ;
4. Avec une pipette de précision, distribuer 50 µl d'échantillon sur la zone de dépôt de l'échantillon ;
5. Attendre 1 minute, puis distribuer 1 goutte du tampon de fixation sur la zone de dépôt de l'échantillon ;
6. Attendre au moins 15 minutes (maximum 60 minutes) et lire les résultats.

✓ Interprétation des résultats



Graphique 3:

<https://www.google.com/search?q=Test+Determine+principe&hl=fr&sxsrf=APq-WB>

- **Test d'Uni-gold HIV 1 et 2**

Uni-Gold™ HIV est un test de diagnostic rapide à usage unique. Il s'agit d'un test immunologique pour la détection qualitative des anticorps anti-VIH-1 et VIH-2 dans le sérum, plasma et sang total. Pendant le test, deux gouttes de sérum, de plasma ou de sang total sont appliquées sur le port d'échantillon, suivies de deux gouttes de solution de lavage et laissées réagir. Les anticorps de toute classe d'immunoglobulines, spécifiques des protéines recombinantes VIH-1 ou VIH-2 réagiront avec les antigènes liés à l'or colloïdal.

- ✓ **Contenu du kit**

1. Emballage de cassette pour de test individuel ;
2. Flacon de compte-gouttes (2,0 ml);
3. Pipette jetable à utiliser avec du sérum, du plasma ou du sang total ;
4. Lancettes ;
5. Instructions d'utilisation.

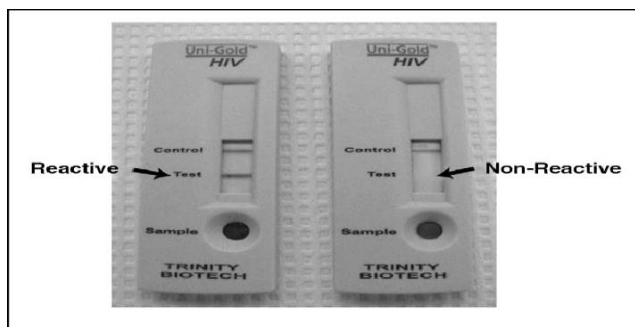
- ✓ **Condition de conservation**

Entre 15-27°C, à l'abri de l'humidité et du rayonnement solaire direct. Ne pas congeler les réactifs.

- ✓ **Procédure technique**

1. Laisser toutes les composantes du kit et les échantillons atteindre une température comprise entre 15 et 30° C avant de procéder au test ;
2. Sortir le dispositif de test de l'emballage en aluminium et le placer sur une surface plane et sèche ;
3. Étiqueter la cassette ;
4. Avec une pipette capillaire, ajouter 2 gouttes du sang (ou plasma ou sérum) prélevé dans le puit d'échantillon (S) ;
5. Ajouter 2 gouttes du diluant dans le puit d'échantillon (S) ;
6. Lire les résultats au bout de 10 à 12 minutes.

- ✓ **Interprétation des résultats**



Graphique 4 : Lecture des résultats d'Uni-gold HIV 1 et 2, adapté sur https://www.jica.go.jp/madagascar/french/office/others/pdf/publications02_08_04.pdf

- **Test de Syphilis, hépatites B et C** [www.standardia.com]

Les tests de diagnostic qui seront utilisés pour le diagnostic de la syphilis, des hépatites B et C dans le cadre de cette enquête sont : **SD BIOLINE Syphilis, SD BIOLINE AgHBs et SD BIOLINE HCV**. Ce sont des dosages immuno-chromatographiques in vitro conçus pour la détection qualitative d'anticorps pour tous les isotypes (IgG, IgM et IgA) spécifiques au *Treponema palladium* (TP) et des antigènes d'hépatites B ainsi que de anticorps spécifiques au VHC dans le sérum, le plasma et le sang total humains.

Contenu des kits

Le contenu des kits est similaire, cependant les différences résident sur les dispositifs de test (cassettes) et les diluants dont la composition dépend de type de test à réaliser. Le kit se présente de la manière suivante :

1. Dispositifs de test avec agent déshydratant conditionnés dans des emballages en aluminium ;
2. Diluant du test, (1 flacon de 5 ml) ;
3. Dispositifs de transfert d'échantillons (pipettes capillaires);
4. Lancettes ;
5. Tampons alcoolisés ;
6. Instructions d'utilisation.

✓ **Conditions de conservation**

Entre 1-30°C, à l'abri de l'humidité et du rayonnement solaire direct. Ne pas congeler les réactifs.

✓ **Procédure technique**

1. Laisser toutes les composantes du kit et les échantillons atteindre une température comprise entre 15 et 30° C avant de procéder au test ;
2. Sortir le dispositif de test de l'emballage en aluminium et le placer sur une surface plane et sèche ;
3. Apposer une étiquette indiquant l'identifiant du patient sur la cassette ;
4. Avec une pipette capillaire, ajouter 20 µl du sang prélevé dans le puits d'échantillon (S) ou avec une micropipette, ajouter 10 µl d'échantillon de plasma ou sérum (ou 20µl d'échantillon du sang) dans le puits d'échantillon (S) ;
5. Ajouter 4 gouttes environ 120 µl du diluant dans le puits d'échantillon (S) ;
6. Une bande de couleur violette traverse la fenêtre de résultat au centre du dispositif de test, au fur et à mesure du déroulement de test ;
7. Interpréter les résultats au bout de 5 à 20 minutes après l'ajout du diluant. Ne pas interpréter le résultat au-delà de 20 min.

✓ **Interprétation des résultats**



Graphique 5: <https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid>

4.3. Phase de mise en œuvre

4.3.1. Recrutement et formation des enquêteurs et superviseurs

La sélection des agents appropriés a tenu compte de leur capacité de travailler en équipe pour achever la collecte des données en temps opportun. C'est pourquoi l'identification des enquêteurs et des superviseurs a été gérée avec beaucoup de rigueur.

Les enquêteurs et les superviseurs recrutés ont participé à un atelier de formation de trois (3) jours sur la mise en œuvre de l'étude :

- La première et la deuxième journée de la formation étaient axées sur le contexte et justification de l'étude, les objectifs, la méthodologie, les outils et technique de collecte des données et l'utilisation des tablettes ;
- La troisième journée était consacrée à l'enquête pilote auprès des personnes non retenues dans l'enquête dans chaque ville. Pendant cette période, les enquêteurs et les superviseurs ont eu l'occasion d'administrer le questionnaire de l'enquête pour améliorer leur confort avec l'instrument.

4.3.2. Procédures pour la collecte de données

Une procédure en quatre étapes était utilisée pour mener l'enquête quantitative et qualitative auprès de la population de l'étude.

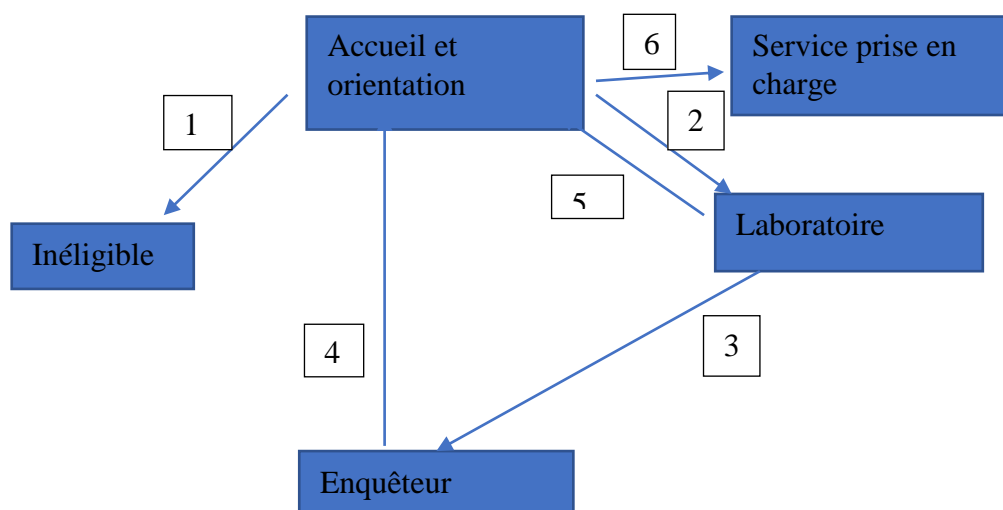
1. Une liste des personnes éligibles dans chaque association retenue était préparée ;

2. A l'aide de PAS de sondage les participants étaient sélectionnés à partir de la liste des adhérents fournie par l'association suivant leur type de déficience ;
3. L'enquêteur se présentait et expliquait aux personnes sélectionnées les objectifs et avantages de l'étude afin d'obtenir un consentement éclairé et mener le conseil pré-test pour le VIH, la syphilis et les hépatites B et C.

Après l'administration des questionnaires, tous les répondants à l'enquête ont subi des tests rapides de dépistage du VIH, de la syphilis et des hépatites B et C. Le counseling post test et la référence des personnes testées positives vers un service de prise en charge étaient effectués.

4.3.3. Circuit du participant à l'enquête

1. Service d'accueil pour orientation et pour le counseling pré-test et post test ;
2. Service de laboratoire pour prélèvement et test ;
3. Service d'administration du questionnaire ;
4. Service d'accueil pour rendu des résultats avec post test et référencement.



Graphique 6: Schéma du circuit du participant à l'enquête

4.3.4. Technique de collecte de données quantitatives

Un questionnaire électronique a été utilisé pour des entretiens avec les personnes en situation de handicap dans les sites de l'étude. Ceux qui acceptent de participer étaient invités à se rendre à un endroit où l'entrevue peut être menée avec autant de confidentialité que possible.

Le questionnaire destiné aux personnes à enquêter comprend 39 questions et requière environ 20 à 30 minutes d'entretien.

4.3.5. Dispositif de collecte de données

Pour toute la collecte de données quantitatives et qualitatives, une tablette assistée par ordinateur était utilisée. Les enquêteurs avaient une bonne expérience de l'utilisation d'équipements électroniques (tablettes) pour collecter des données. La collecte électronique des données a permis un accès simple et facile aux données une fois qu'elles ont été recueillies pour l'analyse des données. Ces données étaient présentées quotidiennement en fonction du processus de nettoyage et de l'accès à Internet pour leur téléchargement. Le questionnaire était transcrit sur une application de collecte de données mobile (KOBOTOOLBOX).

4.3.6. Assurance qualité

La sécurité des données et l'assurance qualité tout au long des étapes de préparation du travail de terrain étaient assurées par un système de gestion rigoureux après le travail.

Chaque membre de l'équipe d'enquête avait des rôles et des responsabilités dans le processus d'assurance qualité (AQ), qui étaient soulignés au cours de la formation.

4.3.7. Contrôle qualité et supervision sur le terrain

Lors de la collecte des données, le superviseur avait sur le terrain la responsabilité principale de coordonner et de superviser toutes les activités, y compris les vérifications ponctuelles de l'assurance qualité. Il menait des visites régulières aux enquêteurs pendant leurs activités afin de s'assurer qu'ils engagent les répondants de manière appropriée, enregistrent les données avec exactitude et les envoient sur le serveur via internet.

4.3.8. Gestion des données

Des mesures appropriées sur le terrain étaient utilisées pour accroître l'exactitude de la saisie des données. Les données de laboratoire étaient saisies séparément, mais liées à l'enquête via le code identifiant soigneusement conçu.

Les données étaient stockées dans un environnement sécurisé avec un accès limité, ce qui garantit que les données n'étaient pas corrompues. Les enquêteurs entraient les données sur des téléphones intelligents ou des tablettes protégées par mot de passe. À la fin de chaque journée, les agents de collecte avec les superviseurs transmettaient les données des tablettes sur le serveur principal. Avant la soumission, chaque équipe compilait les données et faisait des copies de sauvegarde à l'aide de lecteurs flash cryptés.

4.3.9. Nettoyage et analyse des données

Les données issues de cette analyse de la situation étaient compilées et nettoyées. Pour assurer le contrôle de qualité, la compilation et le nettoyage des données, chaque superviseur devrait d'abord s'assurer que tous les identificateurs étaient bien remplis avec précision avant la transmission des données sur le serveur. Le nettoyage des données se produit après son téléchargement afin d'identifier les erreurs possibles dans la collecte de données qui pourraient affecter l'analyse.

Le nettoyage continu des données a permis également de détecter les taux de non-réponse et de non-achèvement qui étaient surveillés de près pendant la collecte des données, et des recommandations sur l'amélioration des faibles taux étaient fournies aux enquêteurs (le taux de réponse prévu était de 90 %). Le processus de nettoyage approfondi des données a compris la vérification des caractères non valides et des valeurs numériques non valides, l'identification des valeurs aberrantes pour les variables numériques, l'application de formats de variables uniformes pour maintenir la cohérence, l'identification des plages et la garantie que les données manquantes et les réponses non applicables étaient correctement nettoyées. Des contrôles aléatoires de la qualité des données étaient également institués à l'aide de décomptes de fréquences, de statistiques descriptives et d'une analyse des variables manquantes pour identifier toute structure inhabituelle.

4.3.10. Plan d'analyse des données

Le logiciel SPSS version 22 était utilisé pour l'analyse des données sur les indicateurs suivants :

- Données sociodémographiques ;
- Proportion du VIH, de la syphilis et les hépatites B et C et de la coïnfection chez les personnes handicapées par sexe ; groupe d'âge ;
- Déterminants psychosociaux des comportements à risque (tels que la perception et connaissance du risque) ;
- État de santé, y compris les symptômes auto déclarés des IST ;
- État de santé, y compris l'usage auto déclaré de drogues ;
- Comportements à risque pour le VIH, la syphilis et les hépatites B et C ;
- Connaissance des modes de transmission du VIH, de la syphilis et des hépatites B et C ;
- Idées fausses sur la transmission du VIH, de la syphilis et des hépatites B et C ;
- Connaissance des moyens de réduire le risque de transmission ;

- Attitudes à l'égard du VIH et du sida, y compris la stigmatisation et la discrimination.

4.3.11. Sécurité et sauvegarde des données

La base de données est stockée sur le serveur du Conseil en Epidémiologie de la CN/CNLS pour conservation. Par contre, les échantillons de laboratoire étaient conservés au LNBCSP.

4.3.12. Considérations éthiques

L'étude a été rendue possible suite à l'obtention de l'approbation du Comité Ethique et Scientifique de la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université de Bangui sous le N° : 46/UB/FACSS/IPB/CES22.

La participation était volontaire et anonyme. L'enquête était conforme à toutes les procédures éthiques y compris la confidentialité. Les questionnaires et les tests n'étaient lancés qu'après avoir reçu le consentement éclairé des participants.

Les principes éthiques suivants étaient inscrits dans la méthodologie : le respect des personnes, la bienfaisance et la justice. Des efforts étaient déployés pour protéger l'autonomie individuelle, minimiser les préjudices, maximiser les avantages, répartir équitablement les risques et les avantages en utilisant des procédures conformes à des plans de recherche solides qui tiennent compte de ces questions.

A. Respect de l'autonomie

La participation à l'enquête est strictement volontaire. Aucune forme de contrainte n'était utilisée pour obtenir la participation des personnes en situation de handicap.

B. Consentement éclairé

Aucune collecte de données n'avait eu lieu avant l'obtention du consentement éclairé. Les participants consentants étaient informés sur les objectifs et les méthodes utilisées pour mener cette enquête. Des informations sont données en outre sur l'identité des enquêteurs, sur les moyens mis en place pour maintenir la confidentialité des informations collectées, les risques éventuels de leur participation ainsi que les avantages pour eux-mêmes, pour la population handicapée et pour l'ensemble de la population du pays.

Les participants avaient la liberté de choisir de participer volontairement ou de refuser la participation et le retrait même après l'inscription volontaire à tout moment s'ils le souhaitent.

Le formulaire de consentement éclairé était fourni et/ou lu à toute personne sélectionnée, contenait tous les renseignements nécessaires pour prendre une décision éclairée quant à la participation ou non.

Les participants obtenaient l'assurance que toute information donnée au cours de l'étude n'était pas utilisée pour porter atteinte à leur dignité, et que le refus de participer n'affectait en rien la façon dont ils sont traités dans la population. (Voir l'annexe pour modèle de formulaire de consentement éclairé).

. Les formulaires de consentement éclairé étaient rédigés en Français et traduits en Sango. Ceux qui acceptaient de participer à l'enquête le signaient ou par leur empreinte du pouce sur le formulaire de consentement imprimé.

C. Confidentialité

Les droits des participants à la vie privée et à la confidentialité étaient respectés tout au long de l'étude et aucun nom de participant n'est apparu sur les documents de recherche. Des codes étaient utilisés pour identifier les participants. Afin de respecter l'anonymat des enquêtes sérologiques et comportementales, les résultats des tests n'étaient remis qu'aux participants eux-mêmes. Les tests biologiques et questionnaires étaient reliés par un même code anonyme pour chaque participant.

Les bases de données étaient protégées par un jeu de mots de passe. Des niveaux d'accès étaient définis et établis pour les enquêteurs, gestionnaires de base de données et chercheurs principaux. Un chercheur était chargé d'assurer l'intégrité et la sécurité du sauvetage des données électroniques.

Le respect de la dignité des personnes et de la confidentialité des informations collectées au cours de cet exercice étaient abordés en détail au cours de la formation des enquêteurs. Tous les enquêteurs, chercheurs et gestionnaires de base de données avaient signé un document de confidentialité.

Les interviews et tests étaient menés dans des locaux appropriés à la confidentialité.

L'équipe avait pris soin de ne pas mettre les participants en danger de quelque façon que ce soit par la divulgation d'informations. Les éventuels documents papiers étaient transférés au bureau du conseil en épidémiologie de la CN/CNLS à Bangui et entreposés dans des classeurs verrouillés avec un accès restreint au personnel de l'enquête.

D. Avantages

Les répondants bénéficiaient de plusieurs avantages de cette enquête, y compris la connaissance de leur statut VIH, Syphilis et Hépatites B et C. Ceux dont les résultats du test de dépistage du VIH sont positifs étaient conseillés et orientés aux services de prise en charge. Cependant, les sujets positifs à la syphilis ont reçu un traitement gratuit dans la formation sanitaire la plus proche du site de l'enquête. Ils ont bénéficié aussi des frais de transport pour leurs facilités la mobilité vers les sites de l'enquête.

E. Risques

L'enquête comportait des procédures non invasives qui présentent généralement un risque minimal pour les répondants. Les procédures non invasives consistent en une entrevue à l'aide d'un questionnaire pour collecter des données sociodémographiques, comportementales et sur l'accès aux soins de santé. Dans le cadre de cette enquête, les répondants ont subi un test de dépistage du VIH, de la Syphilis, des hépatites B et C et des conseils pour les amener à ne pas divulguer des renseignements personnels. La probabilité et l'ampleur du préjudice ou de l'inconfort liés à l'enquête n'étaient pas plus grandes que lors de la réalisation d'examen physiques ou psychologiques de routine. Les répondants pouvaient se sentir mal à l'aise de répondre à des questions sur le comportement sexuel et le VIH. Les enquêteurs ont été formés pour faire face à tout stress ou inconfort potentiel qui pourrait résulter de la participation à l'enquête et pour aider les répondants à se sentir à l'aise. Il existe un risque éventuel pour les répondants qui sont testés positifs pour une des maladies faisant l'objet de l'enquête d'expérimenter un certain degré de détresse après avoir reçu les résultats de leur test. Le personnel médical de l'enquête était formé pour fournir des conseils post-test aux personnes nouvellement diagnostiquées avec le VIH, la syphilis ou les hépatites B et C. L'assurance de l'anonymat et de la confidentialité était donnée par l'équipe d'enquête. Tout répondant qui se sentait mal à l'aise pendant le processus de collecte de données s'était retiré de l'étude.

4.3.13. Projet de rapport et validation

Un premier projet de rapport était produit et validé par le Groupe de travail technique. Ensuite le rapport final était validé par le Comité de pilotage élargi dans un atelier de un jour.

4.3.14. Composition des équipes et rôles des différentes catégories d'agents

L'équipe d'enquête était composée de la manière suivante :

Tableau III : Répartition des membres de l'équipe de l'enquête

| N° | Qualité des membres de l'enquête | Effectif |
|--------------|--|-----------|
| 01 | Investigateur principal | 01 |
| 02 | Co-investigateurs/ Coordonnateurs de terrain | 04 |
| 03 | Superviseurs de terrain | 03 |
| 04 | Enquêteurs | 47 |
| 05 | Spécialistes en laboratoire | 09 |
| 06 | Cliniciens | 10 |
| 07 | Statisticiens | 02 |
| Total | | 76 |

Le rôle assigné à chaque membre de l'équipe se résumait de la manière suivante :

- ✓ L'investigateur principal avait pour mission :
 - l'orientation de l'enquête,
 - la validation des différents outils de collecte des données ;
- ✓ Les Co-investigateurs/ Coordonnateurs de terrain avaient pour eux la charge de :
 - l'élaboration du draft du protocole ainsi que les outils de collectes des données,
 - le recrutement et la formation des membres de l'équipe ;
 - la prise de contact avec les autorités impliquées dans l'enquête ;
 - l'accompagnement des équipes de terrain ;
 - la supervision de la saisie des données et l'analyse des résultats ;
 - la rédaction du rapport final.
- ✓ Les superviseurs ont pour tâche de :
 - Faciliter les contacts avec les Autorités locales ;
 - Superviser les activités de terrain ;
 - Travailler en collaboration avec les coordonnateurs de terrain ;
 - Répondre aux éventuelles questions ;
 - Accompagner les participants à toutes les étapes de l'enquête ;
 - Remettre les frais de transport aux participants ;
 - Conseiller et vérifier la qualité du travail des enquêteurs ;
 - Assurer la sauvegarde des données ;
 - Élaborer un rapport journalier.
- ✓ Les cliniciens avaient comme charge de :
 - Accueillir et d'installer les participants ;
 - Vérifier que le participant répond aux critères d'éligibilité ;

- Donner toutes les informations relatives à l'étude ;
 - Faire le pré test et le post test dans le cadre du VIH aux participants,
 - Remplir les bons de dépistage ;
 - Dépouiller et communiquer les résultats ;
 - Référer tous les cas positifs pour la prise en charge médicale ;
 - Élaborer un rapport journalier.
- ✓ Les enquêteurs étaient chargés de :
 - Assurer le chargement régulier des tablettes ainsi que les Power-Banks ; - de saisir les données de l'enquête dans la tablette ;
 - Faire des rapports journaliers de ses activités et les soumettre au superviseur ;
 - Réaliser toute autre tâche dévolue pour la réussite de l'enquête.
- ✓ Les techniciens spécialistes en laboratoire avaient la responsabilité de :
 - Accueillir et d'installer les participants ;
 - Expliquer le but des tests ;
 - Faire le prélèvement des participants ;
 - Réaliser le test ;
 - Interpréter les résultats ;
 - Remplir et valider les fiches de rendu des résultats ;
 - Gérer les déchets biomédicaux générés pour l'enquête ;
 - Élaborer un rapport journalier et les soumettre au superviseur.
- ✓ Les statisticiens avaient pour charge :
 - de paramétrer les tablettes ;
 - de codifier les participants ;
 - former les agents sur l'utilisation des tablettes et le questionnaire ;
 - former les agents sur la technique de l'interview ;
 - de veiller sur la fonctionnalité des tablettes ;
 - de centraliser toutes les données de chaque site d'enquête ;
 - de traiter les données sauvegardées,
 - d'analyser les données et ressortir les résultats selon le plan d'analyse.

V. RESULTATS

L'enquête a été réalisée simultanément auprès des Associations des personnes en situation de handicap des villes de Bouar, de Bossangoa et de Bambari. Elle s'est réalisée du 05 au 16 Mai 2023 à Bouar et du 12 au 24 Juin 2023 à Bossangoa et Bambari. Au total 611 personnes sur 660 prévues ont été enrôlées soit un taux de participation de 92,6%. Le taux de participation par site de l'étude se répartit de la manière suivante : 132 personnes enquêtées sur 136 soit 97,1% à Bouar, 132 personnes enquêtées sur 127 soit 103,9% à Bossangoa et 347 personnes enquêtées sur 397 soit 87,4% à Bambari.

A. PARTIE DESCRIPTIVE

5.1. Répartition des caractéristiques sociodémographiques

Selon le tableau IV ci-dessous, de manière générale, le sexe féminin est majoritaire à 51,3%, spécifiquement nous constatons que ce taux est faible à Bouar (44,7%) contrairement à Bambari (54,2%). L'âge moyen est de 45,5 ± 17,1 avec les extrêmes de 15 ans et 95 ans. Les tranches d'âge de 50 ans et plus et de 40 à 44 ans prédominaient respectivement à 31,1% et 16,7% globalement. Selon le type de handicap, les handicapés moteurs représentent 73% des enquêtés. D'une manière particulière on constate un vieillissement de la population à Bossangoa avec un taux de 54,5% des personnes âgées de 50 ans et plus La majorité des personnes enquêtées n'ont pas été à l'école (38,6%) et ce taux est encore plus élevé à Bambari (46,7%) que dans les autres localités.

Tableau IV : Répartition par sexe, par tranches d'âge et par niveau d'instruction des personnes enquêtées selon le type de handicap à Bambari, Bossangoa et Bouar.

| Variables | Bambari (n=347) | | | | | | Bossangoa (n=132) | | | | | | Bouar (n=132) | | | | | | TOTAL (n=611) | | | | | |
|--|-----------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|-------------------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|---------------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|---------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|
| | Moteur | | Visuel | | Total | | Moteur | | Visuel | | Total | | Moteur | | Visuel | | Total | | Moteur | | Visuel | | Total | |
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| Sexe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Masculin | 122 | 49,4 | 37 | 37,0 | 159 | 45,8 | 44 | 46,3 | 22 | 59,5 | 66 | 50,0 | 56 | 54,9 | 17 | 56,7 | 73 | 55,3 | 222 | 50,0 | 76 | 45,5 | 298 | 48,7 |
| Féminin | 125 | 50,6 | 63 | 63,0 | 188 | 54,2 | 51 | 53,7 | 15 | 40,5 | 66 | 50,0 | 46 | 45,1 | 13 | 43,3 | 59 | 44,7 | 222 | 50,0 | 91 | 55,5 | 313 | 51,3 |
| TOTAL | 247 | 100,0 | 100 | 100,0 | 347 | 100,0 | 95 | 100,0 | 37 | 100,0 | 132 | 100,0 | 102 | 100,0 | 30 | 100,0 | 132 | 100,0 | 444 | 100,0 | 167 | 100,0 | 611 | 100,0 |
| Tranche d'âge Minimum= 15 ans ; Maximum= 95 ans ; Moyenne= 45,5 ans, Ecart type= 17,1 ans ; Médiane= 45 ans ; Mode =50ans | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <18 | 4 | 1,6 | 1 | 1,0 | 5 | 1,4 | 7 | 7,4 | 0 | 0,0 | 7 | 5,3 | 10 | 9,8 | 0 | 0,0 | 10 | 7,6 | 21 | 4,7 | 1 | 0,6 | 22 | 3,6 |
| 18 - 24 | 33 | 13,4 | 7 | 7,0 | 40 | 11,5 | 10 | 10,5 | 0 | 0,0 | 10 | 7,6 | 8 | 7,8 | 2 | 6,7 | 10 | 7,6 | 51 | 11,5 | 9 | 5,4 | 60 | 9,8 |
| 25 - 29 | 19 | 7,7 | 5 | 5,0 | 24 | 6,9 | 9 | 9,5 | 0 | 0,0 | 9 | 6,8 | 4 | 3,9 | 2 | 6,7 | 6 | 4,5 | 32 | 7,2 | 7 | 4,2 | 39 | 6,4 |
| 30 - 34 | 18 | 7,3 | 10 | 10,0 | 28 | 8,1 | 2 | 2,1 | 1 | 2,7 | 3 | 2,3 | 16 | 15,7 | 3 | 10,0 | 19 | 14,4 | 36 | 8,1 | 14 | 8,4 | 50 | 8,2 |
| 35 - 39 | 21 | 8,5 | 10 | 10,0 | 31 | 8,9 | 6 | 6,3 | 1 | 2,7 | 7 | 5,3 | 8 | 7,8 | 4 | 13,3 | 12 | 9,1 | 35 | 7,8 | 15 | 9,0 | 50 | 8,2 |
| 40 - 44 | 33 | 13,4 | 7 | 7,0 | 40 | 11,5 | 15 | 15,8 | 3 | 8,1 | 18 | 13,6 | 19 | 18,6 | 3 | 10,0 | 22 | 16,7 | 67 | 15,1 | 13 | 7,8 | 80 | 16,7 |
| 45 - 49 | 27 | 10,9 | 6 | 6,0 | 33 | 9,5 | 5 | 5,3 | 1 | 2,7 | 6 | 4,5 | 9 | 8,8 | 3 | 10,0 | 12 | 9,1 | 41 | 9,2 | 10 | 6,0 | 51 | 9,1 |
| ≥50 | 92 | 37,2 | 54 | 54,0 | 146 | 42,1 | 41 | 43,2 | 31 | 83,8 | 72 | 54,5 | 28 | 27,5 | 13 | 43,3 | 41 | 31,1 | 161 | 36,3 | 98 | 58,7 | 259 | 31,1 |
| Total | 247 | 100,0 | 100 | 100,0 | 347 | 100,0 | 95 | 100,0 | 37 | 100,0 | 132 | 100,0 | 102 | 100,0 | 30 | 100,0 | 132 | 100,0 | 444 | 100,0 | 167 | 100,0 | 611 | 100,0 |
| Niveau d'instruction | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aucun niveau | 113 | 45,7 | 49 | 49,0 | 162 | 46,7 | 34 | 35,8 | 18 | 48,6 | 52 | 39,4 | 34 | 33,3 | 17 | 56,7 | 51 | 38,6 | 181 | 33,3 | 84 | 56,7 | 265 | 43,4 |
| Primaire | 103 | 41,7 | 39 | 39,0 | 142 | 40,9 | 43 | 45,3 | 17 | 45,9 | 60 | 45,5 | 38 | 37,3 | 9 | 30,0 | 47 | 35,6 | 184 | 37,3 | 65 | 30,0 | 249 | 40,7 |
| Secondaire | 31 | 12,6 | 12 | 12,0 | 43 | 12,4 | 17 | 17,9 | 2 | 5,4 | 19 | 14,4 | 30 | 29,4 | 4 | 13,3 | 34 | 25,8 | 78 | 29,4 | 18 | 13,3 | 96 | 15,7 |
| Supérieur | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 1,1 | 0 | 0,0 | 1 | 0,8 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,2 |
| Total | 247 | 100,0 | 100 | 100,0 | 347 | 100,0 | 95 | 100,0 | 37 | 100,0 | 132 | 100,0 | 102 | 100,0 | 30 | 100,0 | 132 | 100,0 | 444 | 100,0 | 167 | 100,0 | 611 | 100,0 |

D'après le tableau ci-dessous, la profession de cultivateur et pêcheur est majoritaire à 37,9% sur l'ensemble des localités enquêtées. 53,8% des personnes handicapées vivent seules du point de vue leur situation matrimoniale en générale.

Tableau V : Répartition des enquêtés par profession et situation matrimoniale à Bambari, Bossangoa et Bouar

| Variables | Bambari (n=347) | | | | | | Bossangoa (n=132) | | | | | | Bouar (n=132) | | | | | | TOTAL (n=611) | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|-------------------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|---------------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|---------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|
| | Moteur | | Visuel | | Total | | Moteur | | Visuel | | Total | | Moteur | | Visuel | | Total | | Moteur | | Visuel | | Total | |
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| Profession | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cultivateur, éleveur et pêcheur | 96 | 38,9 | 51 | 51,0 | 147 | 42,4 | 41 | 43,2 | 20 | 54,1 | 61 | 46,2 | 39 | 38,2 | 11 | 36,7 | 50 | 37,9 | 176 | 38,2 | 82 | 36,7 | 258 | 37,9 |
| Elève/Étudiant | 8 | 3,2 | 2 | 2,0 | 10 | 2,9 | 5 | 5,3 | 0 | 0,0 | 5 | 3,8 | 8 | 7,8 | 0 | 0,0 | 8 | 6,1 | 21 | 7,8 | 2 | 0,0 | 23 | 6,1 |
| Fonctionnaire civil | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 1,1 | 0 | 0,0 | 1 | 0,8 | 6 | 5,9 | 0 | 0,0 | 6 | 4,5 | 7 | 5,9 | 0 | 0,0 | 7 | 4,5 |
| Profession libérale* | 62 | 25,1 | 22 | 22,0 | 84 | 24,2 | 21 | 22,1 | 3 | 8,1 | 24 | 18,2 | 22 | 21,6 | 7 | 23,3 | 29 | 22,0 | 105 | 21,6 | 32 | 23,3 | 137 | 22,0 |
| Profession libérale intellectuelle* | 4 | 1,6 | 1 | 1,0 | 5 | 1,4 | 1 | 1,1 | 0 | 0,0 | 1 | 0,8 | 1 | 1,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,8 | 6 | 1,0 | 1 | 0,0 | 7 | 0,8 |
| Sans emploi | 64 | 25,9 | 23 | 23,0 | 87 | 25,1 | 20 | 21,1 | 14 | 37,8 | 34 | 25,8 | 22 | 21,6 | 11 | 36,7 | 33 | 25,0 | 106 | 21,6 | 48 | 36,7 | 154 | 25,0 |
| Autre | 13 | 5,3 | 1 | 1,0 | 14 | 4,0 | 6 | 6,3 | 0 | 0,0 | 6 | 4,5 | 4 | 3,9 | 1 | 3,3 | 5 | 3,8 | 23 | 3,9 | 2 | 3,3 | 25 | 3,8 |
| Total | 247 | 100,0 | 100 | 100,0 | 347 | 100,0 | 95 | 100,0 | 37 | 100,0 | 132 | 100,0 | 102 | 100,0 | 30 | 100,0 | 132 | 100,0 | 444 | 100,0 | 167 | 100,0 | 611 | 100,0 |
| Situation matrimoniale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seul(e) | 132 | 53,4 | 47 | 47,0 | 179 | 51,6 | 41 | 43,2 | 9 | 24,3 | 50 | 37,9 | 56 | 54,9 | 15 | 50,0 | 71 | 53,8 | 229 | 54,9 | 71 | 50,0 | 300 | 53,8 |
| Union | 115 | 46,6 | 53 | 53,0 | 168 | 48,4 | 54 | 56,8 | 28 | 75,7 | 82 | 62,1 | 46 | 45,1 | 15 | 50,0 | 61 | 46,2 | 215 | 45,1 | 96 | 50,0 | 311 | 46,2 |
| Total | 247 | 100,0 | 100 | 100,0 | 347 | 100,0 | 95 | 100,0 | 37 | 100,0 | 132 | 100,0 | 102 | 100,0 | 30 | 100,0 | 132 | 100,0 | 444 | 100,0 | 167 | 100,0 | 611 | 100,0 |

*: Profession libérale (Commerçant, maçon, menuisier, manœuvre, mineurs etc...) ; Profession libérale intellectuelle (médecin, dentiste, avocat ; architecte, notaire, etc.).

5.2. Prévalence du VIH

5.2.1. Répartition de la séropositivité du VIH selon les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Selon le tableau VI, dans l'ensemble, 17 personnes en situation de handicap sont dépistées positives au VIH lors de cette étude et cela représente une prévalence de 2,8 % (17/611) et plus spécifiquement à Bouar, cette prévalence représente 6,7% (9/132) qui est plus élevée que Bambari et Bossangoa respectivement 2% (7/347) et 0,8% (1/132). On observe une prédominance du sexe féminin avec 3,2 % (10/315) contre 2, % (7/296) du sexe masculin. Par rapport à l'âge et selon les personnes dépistées positives, le VIH est majoritairement observé parmi les sujets handicapés ayant l'âge supérieur à 18 ans 2,8 % (17/579) Les personnes en situation de handicap instruites étaient plus infectées à 2,9% (10/347). L'infection est plus observée chez les personnes vivant seule 4%. Les handicapés moteurs présentaient une infection au VIH à majoritaire soit 2,9%(13/444).

Tableau VI: Répartition de la séropositivité du VIH par ville et selon les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.

| Sérologie VIH | Bambari | | | Bossangoa | | | Bouar | | | Total | | | Total | | | | | |
|-------------------------------|--------------|----------------|---|----------------|----------------|-------|----------------|----------------|-----|----------------|----------------|-----|----------------|-------|--------------|--------------|-----|-------|
| | Négatif N | Positif (%) | N | Négatif (%) | Positif (%) | N | Négatif (%) | Positif (%) | N | Négatif (%) | Positif (%) | N | Positif (%) | N | Total (%) | Total (%) | | |
| Sexe | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Féminin | 186 | 96,9 | 6 | 3,1 | 63 | 98,4 | 1 | 1,6 | 56 | 94,9 | 3 | 5,1 | 305 | 96,8 | 10 | 3,2 | 315 | 100,0 |
| Masculin | 156 | 99,4 | 1 | 0,6 | 66 | 100,0 | 0 | 0,0 | 67 | 91,8 | 6 | 8,2 | 289 | 97,6 | 7 | 2,4 | 296 | 100,0 |
| Tranche d'âge | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ≤ 18 ans | 12 | 100,0 | 0 | 0,0 | 8 | 100,0 | 0 | 0,0 | 12 | 100,0 | 0 | 0,0 | 32 | 100,0 | 0 | 0,0 | 32 | 100,0 |
| > 18 ans | 330 | 97,9 | 7 | 2,1 | 121 | 99,2 | 1 | 0,8 | 111 | 92,5 | 9 | 7,5 | 562 | 97,1 | 17 | 2,9 | 579 | 100,0 |
| Niveau d'instruction | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aucun niveau | 159 | 98,8 | 2 | 1,2 | 51 | 98,1 | 1 | 1,9 | 47 | 92,2 | 4 | 7,8 | 257 | 97,3 | 7 | 2,7 | 264 | 100,0 |
| Instruit | 183 | 97,3 | 5 | 2,7 | 78 | 100,0 | 0 | 0,0 | 76 | 93,8 | 5 | 6,2 | 337 | 97,1 | 10 | 2,9 | 347 | 100,0 |
| Situation matrimoniale | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seul(e) | 176 | 97,8 | 4 | 2,2 | 50 | 100,0 | 0 | 0,0 | 66 | 93,0 | 5 | 7,0 | 292 | 97,0 | 9 | 3,0 | 301 | 100,0 |
| Union | 166 | 98,2 | 3 | 1,8 | 79 | 98,8 | 1 | 1,3 | 57 | 93,4 | 4 | 6,6 | 302 | 97,4 | 8 | 2,6 | 310 | 100,0 |
| Type d'handicap | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Moteur | 243 | 97,6 | 6 | 2,4 | 93 | 100,0 | 0 | 0,0 | 95 | 93,1 | 7 | 6,9 | 431 | 97,1 | 13 | 2,9 | 444 | 100,0 |
| Visuel | 99 | 99,0 | 1 | 1,0 | 36 | 97,3 | 1 | 2,7 | 28 | 93, | 2 | 6,7 | 163 | 97,6 | 4 | 2,4 | 167 | 100,0 |

5.2.2. Répartition de la séropositivité à la syphilis par ville et selon les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Selon le tableau VII ci-après, la prévalence de la syphilis parmi les enquêtés représentait 3,9% (24/611) avec une prédominance du sexe féminin à 4,4% contre 3,4% chez le sexe masculin. La totalité des infectées sont des personnes âgées de plus de 18 ans à 100% (24/24). Les personnes instruites représentent la majorité des infectées à la syphilis 4,6%. Par rapport au statut matrimoniale, Il n'y a pas de différence significative entre les handicapés vivant à seul et en union (4% et 3,9%). La syphilis est plus observée chez les sujets avec déficit visuel 4,2% contre 3,8 chez les handicapés moteurs.

Tableau VII: Répartition de la séropositivité de la syphilis par ville et selon les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.

| Sérologie Syphilitique | Bambari | | | | Bossangoa | | | | Bouar | | | | Total | | | | | |
|-------------------------------|---------|-------|---------|-----|-----------|-------|---------|-----|---------|-------|---------|------|---------|-------|---------|-----|-------|-------|
| | Négatif | | Positif | | Négatif | | Positif | | Négatif | | Positif | | Négatif | | Positif | | Total | |
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| Sexe | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Féminin | 183 | 95,3 | 9 | 4,7 | 61 | 95,3 | 3 | 4,7 | 57 | 96,6 | 2 | 3,4 | 301 | 95,6 | 14 | 4,4 | 315 | 100,0 |
| Masculin | 156 | 99,4 | 1 | 6 | 62 | 93,9 | 4 | 6,1 | 68 | 93,2 | 5 | 6,8 | 286 | 96,6 | 10 | 3,4 | 296 | 100,0 |
| Tranche d'âge | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ≤ 18 ans | 12 | 100,0 | 0 | 0,0 | 8 | 100,0 | 0 | 0,0 | 12 | 100,0 | 0 | 0,0 | 32 | 100,0 | 0 | 0,0 | 32 | 100,0 |
| > 18 ans | 327 | 97,0 | 10 | 3,0 | 115 | 94,3 | 7 | 5,7 | 113 | 94,2 | 7 | 5,8 | 555 | 95,9 | 24 | 4,1 | 579 | 100,0 |
| Niveau d'instruction | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aucun niveau | 159 | 98,8 | 2 | 1,2 | 51 | 98,1 | 1 | 1,9 | 46 | 90,2 | 5 | 9,8 | 256 | 97,0 | 8 | 3,0 | 264 | 100,0 |
| Instruit | 180 | 95,7 | 8 | 4,3 | 72 | 92,3 | 6 | 7,7 | 79 | 97,5 | 2 | 2,5 | 331 | 95,4 | 16 | 4,6 | 347 | 100,0 |
| Situation matrimoniale | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seul(e) | 173 | 96,1 | 7 | 3,9 | 49 | 98,0 | 1 | 2,0 | 67 | 94,4 | 4 | 5,6 | 289 | 96,0 | 12 | 4,0 | 301 | 100,0 |
| Union | 166 | 98,2 | 3 | 1,8 | 74 | 92,5 | 6 | 7,5 | 58 | 95,1 | 3 | 4,9 | 298 | 96,1 | 12 | 3,9 | 310 | 100,0 |
| Type d'handicap | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Moteur | 242 | 97,2 | 7 | 2,8 | 88 | 94,6 | 5 | 5,4 | 97 | 95,1 | 5 | 4,9% | 427 | 96,2 | 17 | 3,8 | 444 | 100,0 |
| Visuel | 97 | 97,0 | 3 | 3,0 | 35 | 94,6 | 2 | 5,4 | 28 | 93,3 | 2 | 6,7% | 160 | 95,8 | 7 | 4,2 | 167 | 100,0 |

5.2.3. Répartition de la séropositivité à l'hépatites B par ville et selon les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Conformément aux résultats du tableau VIII, la prévalence de l'hépatite B parmi les enquêtés représentait 3,5% (21/611) avec une prédominance du sexe masculin à 4,4%. Les personnes âgées de plus de 18 ans étaient majoritairement infectées à 3,6%. Les personnes en situation de handicap instruites étaient infectées à l'hépatite B à 4,4%. Par rapport au statut matrimoniale, les handicapés vivant en union sont plus infectés à 3,9%. L'infection à l'hépatite est plus observée chez les handicapés moteurs à 3,8%.

Tableau : VIII : Répartition de la séropositivité à l'hépatite B par ville et selon les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.

| Sérologie Hépatite B | Bambari | | | | Bossangoa | | | | Bouar | | | | Total | | | | | |
|-------------------------------|---------|------|---------|-----|-----------|-------|---------|------|---------|-------|---------|-----|---------|------|---------|-----|-------|-------|
| | Négatif | | Positif | | Négatif | | Positif | | Négatif | | Positif | | Négatif | | Positif | | Total | |
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| Sexe | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Féminin | 186 | 96,9 | 6 | 3,1 | 63 | 98,4 | 1 | 1,6 | 58 | 98,3 | 1 | 1,7 | 307 | 97,5 | 8 | 2,5 | 315 | 100,0 |
| Masculin | 150 | 95,5 | 7 | 4,5 | 61 | 92,4 | 5 | 7,6 | 72 | 98,6 | 1 | 1,4 | 283 | 95,6 | 13 | 4,4 | 296 | 100,0 |
| Tranche d'âge | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ? 18 ans | 11 | 91,7 | 1 | 8,3 | 8 | 100,0 | 0 | 0,0 | 12 | 100,0 | 0 | 0,0 | 31 | 96,9 | 1 | 3,1 | 32 | 100,0 |
| > 18 ans | 325 | 96,4 | 12 | 3,6 | 116 | 95,1 | 6 | 4,9 | 118 | 98,3 | 2 | 1,7 | 559 | 96,5 | 20 | 3,5 | 579 | 100,0 |
| Niveau d'instruction | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aucun niveau | 156 | 96,9 | 5 | 3,1 | 51 | 98,1 | 1 | 1,9 | 51 | 100,0 | 0 | 0,0 | 258 | 97,7 | 6 | 2,3 | 264 | 100,0 |
| Instruit | 180 | 95,7 | 8 | 4,3 | 73 | 93,6 | 5 | 6,4 | 79 | 97,5 | 2 | 2,5 | 332 | 95,7 | 15 | 4,3 | 347 | 100,0 |
| Situation matrimoniale | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seul(e) | 173 | 96,1 | 7 | 3,9 | 49 | 98,0 | 1 | 2,0 | 70 | 98,6 | 1 | 1,4 | 292 | 97,0 | 9 | 3,0 | 301 | 100,0 |
| Union | 163 | 96,4 | 6 | 3,6 | 75 | 93,8 | 5 | 6,3 | 60 | 98,4 | 1 | 1,6 | 298 | 96,1 | 12 | 3,9 | 310 | 100,0 |
| Type d'handicap | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Moteur | 239 | 96,0 | 10 | 4,0 | 88 | 94,6 | 5 | 5,4% | 100 | 98,0 | 2 | 2,0 | 427 | 96,2 | 17 | 3,8 | 444 | 100,0 |
| Visuel | 97 | 97,0 | 3 | 3,0 | 36 | 97,3 | 1 | 2,7% | 30 | 100,0 | 0 | 0,0 | 163 | 97,6 | 4 | 2,4 | 167 | 100,0 |

5.2.4. Répartition de la séropositivité à l'hépatites C selon les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Selon le tableau IX ci-dessous, la sérologie de l'hépatite C représentait 0,5% (3/611) de l'ensemble des personnes enquêtées. La prédominance de l'infection était du sexe masculin à 100,0% (3/3) des dépistées positives. Les personnes âgées de plus de 18 ans étaient majoritaire des infectées à 100,0% (3/3). Les personnes en situation de handicap instruites sont plus infectées à l'hépatite C à 100,0% (3/3). Par rapport au statut matrimoniale, les handicapés vivant en union sont plus infectés à 100,0% (3/3). L'infection à l'hépatite C est plus observée chez les handicapés moteurs à 100,0% (3/3).

Tableau IX : Répartition de la séropositivité à l'hépatite C selon les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés et par ville

| Sérologie Hépatite C | Bambari | | | | Bossangoa | | | | Bouar | | | | Total | | | |
|-------------------------------|---------|-------|---------|------|-----------|--------|---------|-----|---------|-------|---------|-----|---------|-------|---------|-----|
| | Négatif | | Positif | | Négatif | | Positif | | Négatif | | Positif | | Négatif | | Positif | |
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| Sexe | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Féminin | 192 | 100,0 | 0 | 0,0 | 64 | 100,0 | 0 | 0,0 | 59 | 100,0 | 0 | 0,0 | 315 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| Masculin | 155 | 98,7 | 2 | 1,3 | 65 | 98,5 | 1 | 1,5 | 73 | 100,0 | 0 | 0,0 | 293 | 99,0 | 3 | 1,0 |
| Tranche d'âge | | | | | | | | | | | | | | | | |
| < 18 ans | 12 | 100,0 | 0 | 0,0 | 8 | 100,0 | 0 | 0,0 | 12 | 100,0 | 0 | 0,0 | 32 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| > 18 ans | 335 | 99,4 | 2 | 0,6 | 121 | 99,2 | 1 | 0,8 | 120 | 100,0 | 0 | 0,0 | 576 | 99,5 | 3 | 5 |
| Niveau d'instruction | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aucun niveau | 161 | 100,0 | 0 | 0,0 | 52 | 100,0% | 0 | 0,0 | 51 | 100,0 | 0 | 0,0 | 264 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| Instruit | 186 | 98,9 | 2 | 1,1% | 77 | 98,7% | 1 | 1,3 | 81 | 100,0 | 0 | 0,0 | 344 | 99,1 | 3 | ,9 |
| Situation matrimoniale | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seul(e) | 180 | 100,0 | 0 | 0,0 | 50 | 100,0 | 0 | 0,0 | 71 | 100,0 | 0 | 0,0 | 301 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| Union | 167 | 98,8 | 2 | 1,2 | 79 | 98,8 | 1 | 1,3 | 61 | 100,0 | 0 | 0,0 | 307 | 99,0 | 3 | 1,0 |
| Type d'handicap | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Moteur | 247 | 99,2 | 2 | 8 | 92 | 98,9 | 1 | 1,1 | 102 | 100,0 | 0 | 0,0 | 441 | 99,3 | 3 | 0,7 |
| Visuel | 100 | 100,0 | 0 | 0,0 | 37 | 100,0 | 0 | 0,0 | 30 | 100,0 | 0 | 0,0 | 167 | 100,0 | 0 | 0,0 |

5.3. Connaissances du VIH, de la syphilis et des hépatites B et C

Les résultats du tableau X ont montré que la majorité des personnes enquêtées ont une bonne connaissance de l'infection du VIH/SIDA (66,2%). Cette tendance est beaucoup plus masculine (67,8%) que féminine (64,9%)

Tableau X : Répartition du niveau de connaissance des participants sur le VIH/Sida par ville et selon le sexe.

| Connaissance VIH/SIDA | Bambari (n=347) | | | | Bossangoa (n=132) | | | | Bouar (n=132) | | | | TOTAL (n=611) | | | |
|-----------------------|-----------------|--------------|------------|--------------|-------------------|--------------|-----------|--------------|---------------|--------------|-----------|--------------|---------------|--------------|------------|--------------|
| | Féminin | | Masculin | | Féminin | | Masculin | | Féminin | | Masculin | | Féminin | | Masculin | |
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| Bonne | 111 | 59,0 | 97 | 61,0 | 39 | 59,1 | 40 | 60,6 | 53 | 89,8 | 65 | 89,0 | 203 | 64,9 | 202 | 67,8 |
| Moyenne | 37 | 19,7 | 25 | 15,7 | 18 | 27,3 | 14 | 21,2 | 6 | 10,2 | 5 | 6,8 | 61 | 19,5 | 44 | 14,8 |
| Faible | 40 | 21,3 | 37 | 23,3 | 9 | 13,6 | 12 | 18,2 | 0 | 0,0 | 3 | 4,1 | 49 | 15,7 | 52 | 17,4 |
| Total | 188 | 100,0 | 159 | 100,0 | 66 | 100,0 | 66 | 100,0 | 59 | 100,0 | 73 | 100,0 | 313 | 100,0 | 298 | 100,0 |

Selon le tableau XI ci-dessous, les handicapés visuels ont un bon niveau de connaissance des modes de transmission et de prévention du VIH/Sida soit 67,1%.

Tableau XI: Répartition du niveau de connaissance des participants sur le VIH/Sida par site et selon le type de handicap

| Connaissance VIH/SIDA | Bambari (n=347) | | | | | | Bossangoa (n=132) | | | | | | Bouar (n=132) | | | | | | TOTAL (n=611) | | | | | |
|--------------------------|-----------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|-------------------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|---------------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|---------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|
| | Moteur | | Visuel | | Total | | Moteur | | Visuel | | Total | | Moteur | | Visuel | | Total | | Moteur | | Visuel | | Total | |
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| Bonne | 140 | 56,7 | 68 | 68,0 | 208 | 59,9 | 62 | 65,3 | 17 | 45,9 | 79 | 59,8 | 91 | 89,2 | 27 | 90,0 | 118 | 89,4 | 293 | 66,0 | 112 | 67,1 | 405 | 66,3 |
| Moyenne | 51 | 20,6 | 11 | 11,0 | 62 | 17,9 | 20 | 21,1 | 12 | 32,4 | 32 | 24,2 | 8 | 7,8 | 3 | 10,0 | 11 | 8,3 | 79 | 17,8 | 26 | 15,6 | 105 | 17,2 |
| Faible | 56 | 22,7 | 21 | 21,0 | 77 | 22,2 | 13 | 13,7 | 8 | 21,6 | 21 | 15,9 | 3 | 2,9 | 0 | 0,0 | 3 | 2,3 | 72 | 16,2 | 29 | 17,4 | 101 | 16,5 |
| Total | 247 | 100,0 | 100 | 100,0 | 347 | 100,0 | 95 | 100,0 | 37 | 100,0 | 132 | 100,0 | 102 | 100,0 | 30 | 100,0 | 132 | 100,0 | 444 | 100,0 | 167 | 100,0 | 611 | 100,0 |

Concernant les résultats obtenus du tableau XII, Il n'y a pas de différence significative de niveau de connaissance sur la syphilis entre les handicapés moteurs et visuels enquêtés (15,5% et 16,2%). Dans les villes de Bambari et Bouar, le bon niveau de connaissance est respectivement 17,9% et 15,9%.

Tableau XII: Répartition du niveau de connaissance des participants sur la syphilis par ville et selon le type de handicap

| Connaissance Syphilis | Bambari (n=347) | | | | | | Bossangoa (n=132) | | | | | | Bouar (n=132) | | | | | | TOTAL (n=611) | | | | | |
|--------------------------|-----------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|-------------------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|---------------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|---------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|
| | Moteur | | Visuel | | Total | | Moteur | | Visuel | | Total | | Moteur | | Visuel | | Total | | Moteur | | Visuel | | Total | |
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| Bonne | 46 | 18,6 | 16 | 16,0 | 62 | 17,9 | 7 | 7,4 | 6 | 16,2 | 13 | 9,8 | 16 | 15,7 | 5 | 16,7 | 21 | 15,9 | 69 | 15,5 | 27 | 16,2 | 96 | 15,7 |
| Moyenne | 183 | 74,1 | 74 | 74,0 | 257 | 74,1 | 85 | 89,5 | 31 | 83,8 | 116 | 87,9 | 86 | 84,3 | 25 | 83,3 | 111 | 84,1 | 354 | 79,7 | 130 | 77,8 | 484 | 79,2 |
| Faible | 18 | 7,3 | 10 | 10,0 | 28 | 8,1 | 3 | 3,2 | 0 | 0,0 | 3 | 2,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 21 | 4,7 | 10 | 6,0 | 31 | 5,1 |
| Total | 247 | 100,0 | 100 | 100,0 | 347 | 100,0 | 95 | 100,0 | 37 | 100,0 | 132 | 100,0 | 102 | 100,0 | 30 | 100,0 | 132 | 100,0 | 444 | 100,0 | 167 | 100,0 | 611 | 100,0 |

Selon le tableau XIII ci-dessous, le bon niveau des connaissances sur la syphilis chez les participants du sexe masculin est de 16,4% par rapport aux sexes féminins qui est de 15,0%.

Tableau XIII: Répartition du niveau de connaissance des participants sur la syphilis selon le sexe par site

| Connaissance Syphilis | Bambari (n=347) | | | | | | Bossangoa (n=132) | | | | | | Bouar (n=132) | | | | | | TOTAL (n=611) | | | | | |
|-----------------------|-----------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|-------------------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|---------------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|---------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|
| | Féminin | | Masculin | | Total | | Féminin | | Masculin | | Total | | Féminin | | Masculin | | Total | | Féminin | | Masculin | | Total | |
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| Bonne | 34 | 18,1 | 28 | 17,6 | 62 | 17,9 | 3 | 4,5 | 10 | 15,2 | 13 | 9,8 | 10 | 16,9 | 11 | 15,1 | 21 | 15,9 | 47 | 15,0 | 49 | 16,4 | 96 | 15,7 |
| Moyenne | 140 | 74,5 | 117 | 73,6 | 257 | 74,0 | 60 | 91,0 | 56 | 84,8 | 116 | 87,9 | 49 | 83,1 | 62 | 84,9 | 111 | 84,1 | 249 | 79,6 | 235 | 78,9 | 484 | 79,2 |
| Faible | 14 | 7,4 | 14 | 8,8 | 28 | 8,1 | 3 | 4,5 | 0 | 0,0 | 3 | 2,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 17 | 5,4 | 14 | 4,7 | 31 | 5,1 |
| Total | 188 | 100,0 | 159 | 100,0 | 347 | 100,0 | 66 | 100,0 | 66 | 100,0 | 132 | 100,0 | 59 | 100,0 | 73 | 100,0 | 132 | 100,0 | 313 | 100,0 | 298 | 100,0 | 611 | 100,0 |

Parmi les tranches d'âge >18 ans, le niveau des connaissances de la syphilis est moyen à 79,6% (460/578) avec une prédominance à Bossangoa et Bouar respectivement 88,2% et 85,0%. Tandis que le niveau des connaissances de la syphilis chez les enquêtés < 18 est moyen 72,7% avec une prédominance à Bossangoa (80,0%) et Bouar (75,0%) selon le tableau IX ci-dessous.

Tableau XIV : Répartition du niveau de connaissance des participants sur la syphilis par ville et selon les tranches d'âge

| Connaissance Syphilis | Bambari (n=347) | | | | | | Bossangoa (n=132) | | | | | | Bouar (n=132) | | | | | | TOTAL (n=611) | | | | | |
|-----------------------|-----------------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|-------------------|--------------|----------|--------------|------------|--------------|---------------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|---------------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|
| | >18 ans | | ≤18 ans | | Total | | >18 ans | | ≤18 ans | | Total | | >18 ans | | ≤18 ans | | Total | | >18 ans | | ≤18 ans | | Total | |
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| Bonne | 59 | 17,8 | 3 | 18,8 | 62 | 17,9 | 12 | 9,4 | 1 | 20,0 | 13 | 9,8 | 18 | 15,0 | 3 | 25,0 | 21 | 15,9 | 89 | 15,4 | 7 | 21,2 | 96 | 15,7 |
| Moyenne | 246 | 74,3 | 11 | 68,8 | 257 | 74,1 | 112 | 88,2 | 4 | 80,0 | 116 | 87,9 | 102 | 85,0 | 9 | 75,0 | 111 | 84,1 | 460 | 79,6 | 24 | 72,7 | 484 | 79,2 |
| Faible | 26 | 7,9 | 2 | 12,5 | 28 | 8,1 | 3 | 2,4 | 0 | 0,0 | 3 | 2,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 29 | 5,0 | 2 | 6,1 | 31 | 5,1 |
| Total | 331 | 100,0 | 16 | 100,0 | 347 | 100,0 | 127 | 100,0 | 5 | 100,0 | 132 | 100,0 | 120 | 100,0 | 12 | 100,0 | 132 | 100,0 | 578 | 100,0 | 33 | 100,0 | 611 | 100,0 |

Selon le tableau XV ci-dessous, les enquêtés du sexe féminin ont un niveau moyen de connaissance des hépatites B et C soit 85,9% (269/313) d'une manière générale et spécifiquement 89,8% (53/59) à Bouar.

Tableau XV : Répartition du niveau de connaissance des participants sur les hépatites B et C par ville et selon le sexe.

| Connaissance des Hépatites B et C | Bambari (n=347) | | | | Bossangoa (n=132) | | | | Bouar (n=132) | | | | TOTAL (n=611) | | | |
|-----------------------------------|-----------------|--------------|------------|--------------|-------------------|--------------|-----------|--------------|---------------|--------------|-----------|--------------|---------------|--------------|------------|--------------|
| | Féminin | | Masculin | | Féminin | | Masculin | | Féminin | | Masculin | | Féminin | | Masculin | |
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| Bonne | 24 | 12,8 | 17 | 10,7 | 1 | 1,5 | 5 | 7,6 | 5 | 8,5 | 6 | 8,2 | 30 | 9,6 | 28 | 9,4 |
| Moyenne | 155 | 82,4 | 129 | 81,1 | 61 | 92,4 | 58 | 87,9 | 53 | 89,8 | 66 | 90,4 | 269 | 85,9 | 253 | 84,9 |
| Faible | 9 | 4,8 | 13 | 8,2 | 4 | 6,1 | 3 | 4,5 | 1 | 1,7 | 1 | 1,4 | 14 | 4,5 | 17 | 5,7 |
| Total | 188 | 100,0 | 159 | 100,0 | 66 | 100,0 | 66 | 100,0 | 59 | 100,0 | 73 | 100,0 | 313 | 100,0 | 298 | 100,0 |

Les résultats du tableau XVI ci-dessous ont montré que les participants de moins de 18 ans ont un niveau de connaissance moyen (84,8% soit 494/578) de tous les sites de l'enquête. Le niveau moyen des connaissances des participants sur les hépatites B et C chez les moins de 18 ans est majoritairement représenté à Bouar à 75,0% contre 100% à Bossangoa et 87,5% à Bambari.

Tableau XVI : Répartition du niveau de connaissance des participants sur les hépatites B et C par ville et selon l'âge.

| Connaissance Hépatites B et C | Bambari (n=347) | | | | | | Bossangoa (n=132) | | | | | | Bouar (n=132) | | | | | | TOTAL (n=611) | | | | | |
|-------------------------------|-----------------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|-------------------|--------------|----------|--------------|------------|--------------|---------------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|---------------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|
| | >18 ans | | ≤18 a | | Total | | >18 ans | | ≤18 a | | Total | | >18 ans | | ≤18 a | | Total | | >18 ans | | ≤18 a | | Total | |
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| Bonne | 41 | 12,4 | 0 | 0,0 | 41 | 11,8 | 6 | 4,7 | 0 | 0,0 | 6 | 4,5 | 9 | 7,5 | 2 | 16,7 | 11 | 8,3 | 56 | 9,7 | 2 | 6,1 | 58 | 9,5 |
| Moyenne | 270 | 81,6 | 14 | 87,5 | 284 | 81,8 | 114 | 89,8 | 5 | 100,0 | 119 | 90,2 | 110 | 91,7 | 9 | 75,0 | 119 | 90,2 | 494 | 85,5 | 28 | 84,8 | 522 | 85,4 |
| Faible | 20 | 6,0 | 2 | 12,5 | 22 | 6,3 | 7 | 5,5 | 0 | 0,0 | 7 | 5,3 | 1 | 0,8 | 1 | 8,3 | 2 | 1,5 | 28 | 4,8 | 3 | 9,1 | 31 | 5,1 |
| Total | 331 | 100,0 | 16 | 100,0 | 347 | 100,0 | 127 | 100,0 | 5 | 100,0 | 132 | 100,0 | 120 | 100,0 | 12 | 100,0 | 132 | 100,0 | 578 | 100,0 | 33 | 100,0 | 611 | 100,0 |

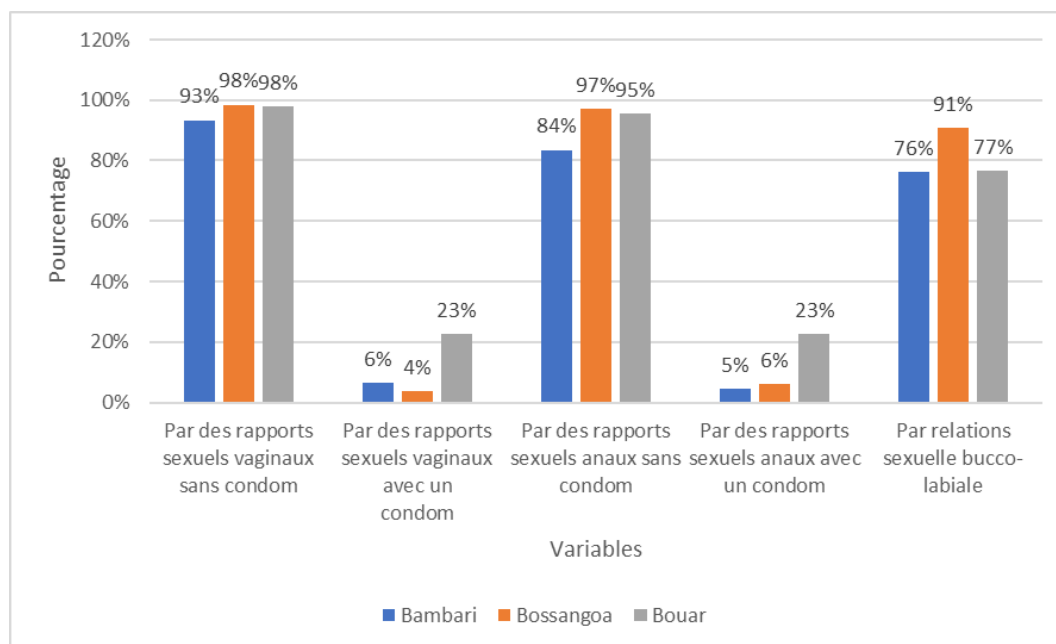
Conformément aux résultats du tableau XVII, la bonne connaissance des infections aux hépatites B et C est représentée par 9,2% (41/661) des handicapés moteurs et 10,2% des handicapés visuels à l'enquête. Nous constatons que 86,3% des handicapés moteur ont une connaissance moyenne des hépatites B et C, ce taux est élevé à Bossangoa dans la même catégorie de handicap soit 92,6%

Tableau XVII : Répartition du niveau de connaissance des participants sur les hépatites B et C par ville et selon le type de handicap.

| Connaissance des Hépatites B et C | Bambari (n=347) | | Bossangoa (n=132) | | | | Bouar (n=132) | | TOTAL (n=611) | | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------|--------------|-------------------|--------------|-----------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|
| | Moteur | | Visuel | | Moteur | | Visuel | | Moteur | | Visuel | | Moteur | | Visuel | |
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| Bonne | 29 | 11,7 | 12 | 12,0 | 3 | 3,2 | 3 | 8,1 | 9 | 8,8 | 2 | 6,7 | 41 | 9,2 | 17 | 10,2 |
| Moyenne | 204 | 82,6 | 80 | 80,0 | 88 | 92,6 | 31 | 83,8 | 91 | 89,2 | 28 | 93,3 | 383 | 86,3 | 139 | 83,2 |
| Faible | 14 | 5,7 | 8 | 8,0 | 4 | 4,2 | 3 | 8,1 | 2 | 2,0 | 0 | 0,0 | 20 | 4,5 | 11 | 6,6 |
| Total | 247 | 100,0 | 100 | 100,0 | 95 | 100,0 | 37 | 100,0 | 102 | 100,0 | 30 | 100,0 | 444 | 100,0 | 167 | 100,0 |

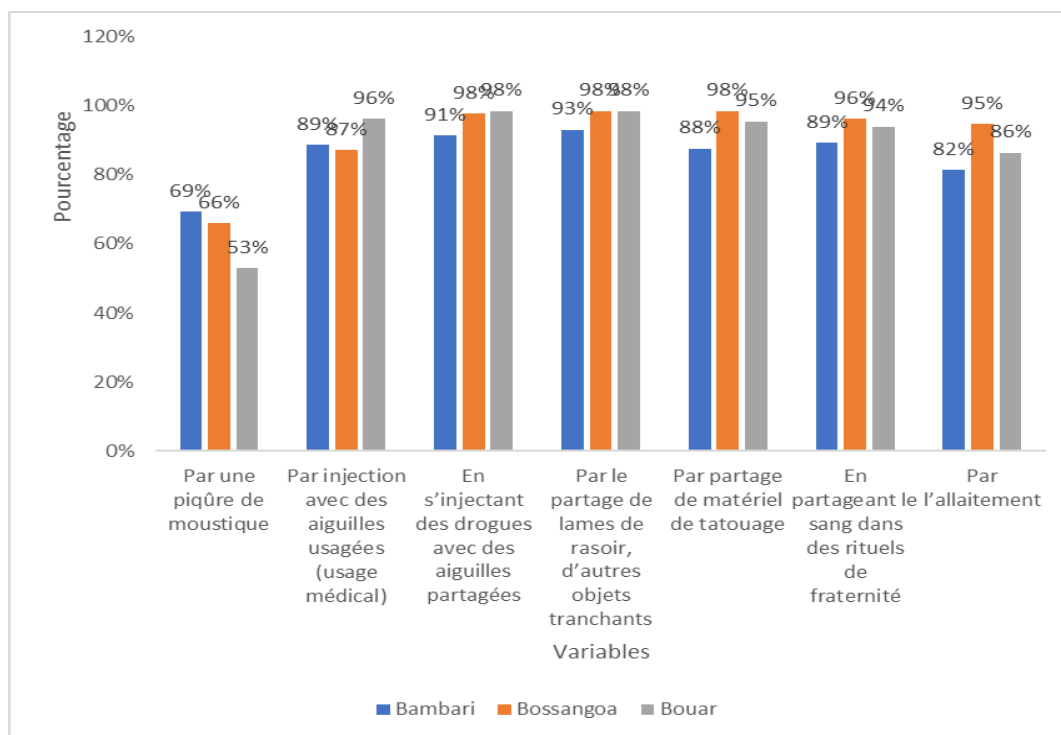
5.4. Connaissance sur le mode de transmission du VIH, Hépatites B, C et Syphilis

5.4.1. Connaissance sur le mode de transmission du VIH



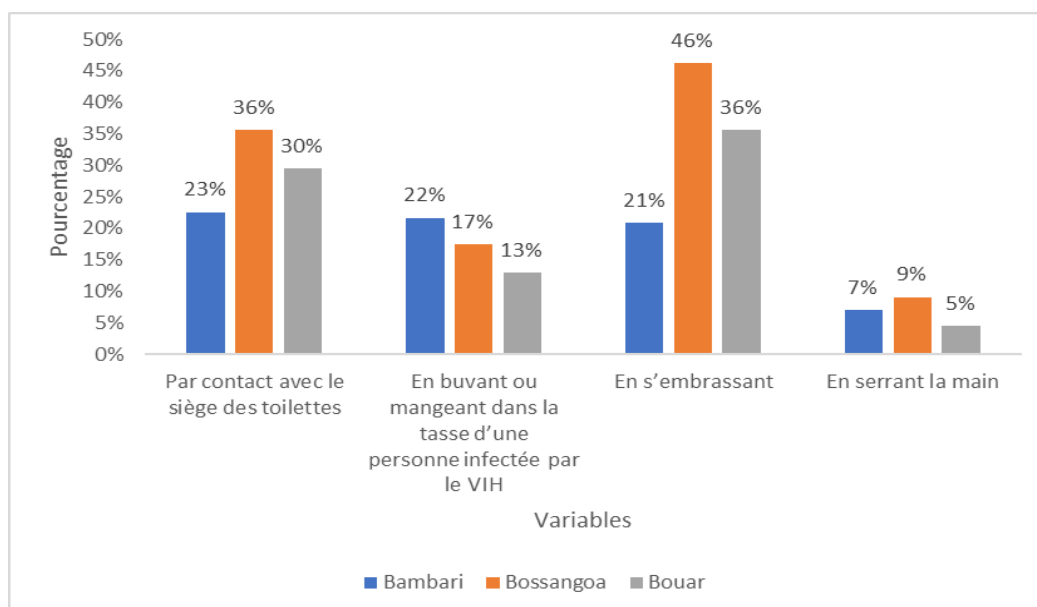
Graphique 7 : Connaissance sur le mode de transmission du VIH par voie sexuelle

Sur ce graphique presque la majorité des enquêtés connaissent les différents modes de transmission du VIH par voie sexuelle.



Graphique 8 : Connaissance sur le mode de transmission du VIH par d'autres voies.

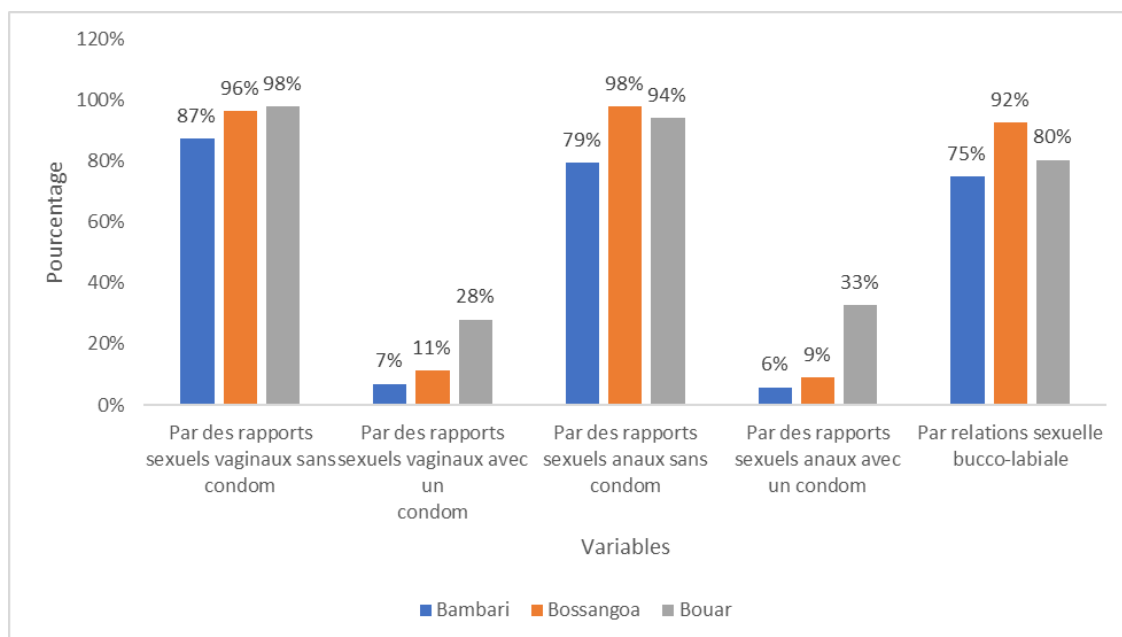
Ce graphique montre que les enquêtés de Bouar ont une faible connaissance sur le mode de transmission du VIH par piqûre de moustique 53%.



Graphique 9 : Connaissance sur le mode de transmission du VIH par contact humain.

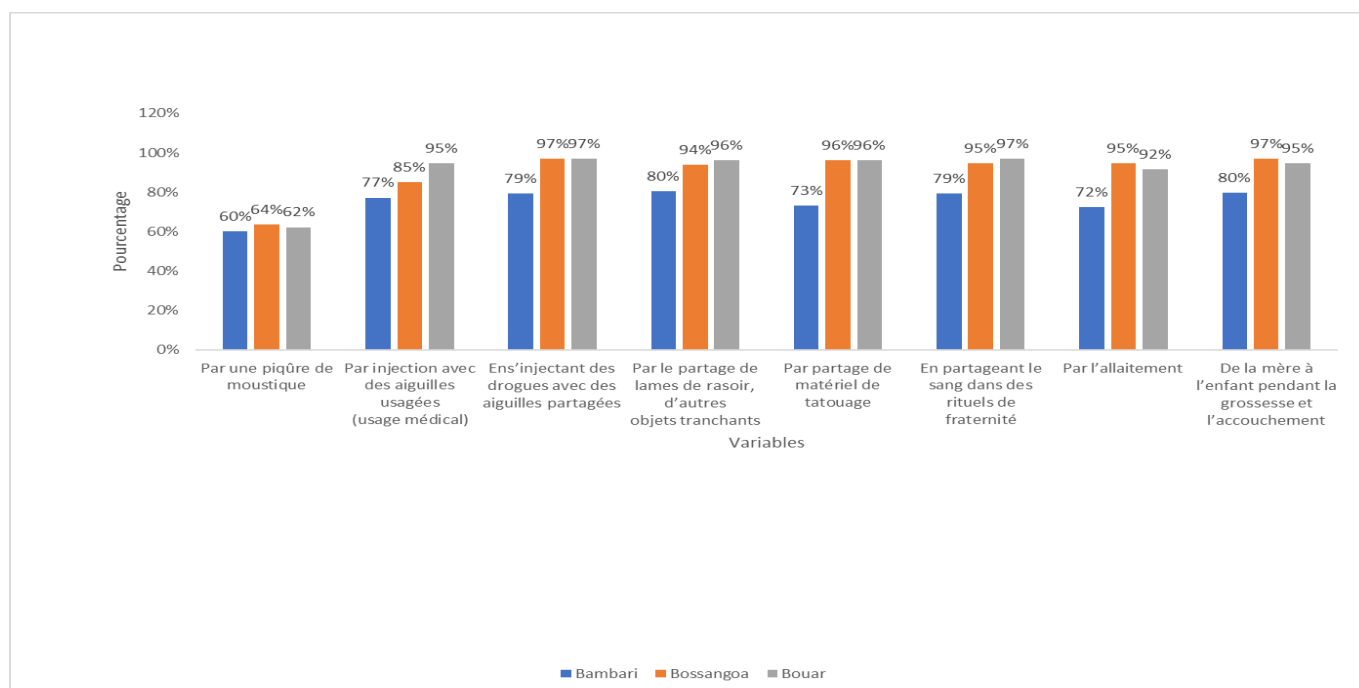
Ce graphique présente que les personnes en situation de handicap ont un faible niveau de connaissance sur les modes de transmission du VIH par contact Physique.

5.4.2. Connaissance sur le mode de transmission de la Syphilis



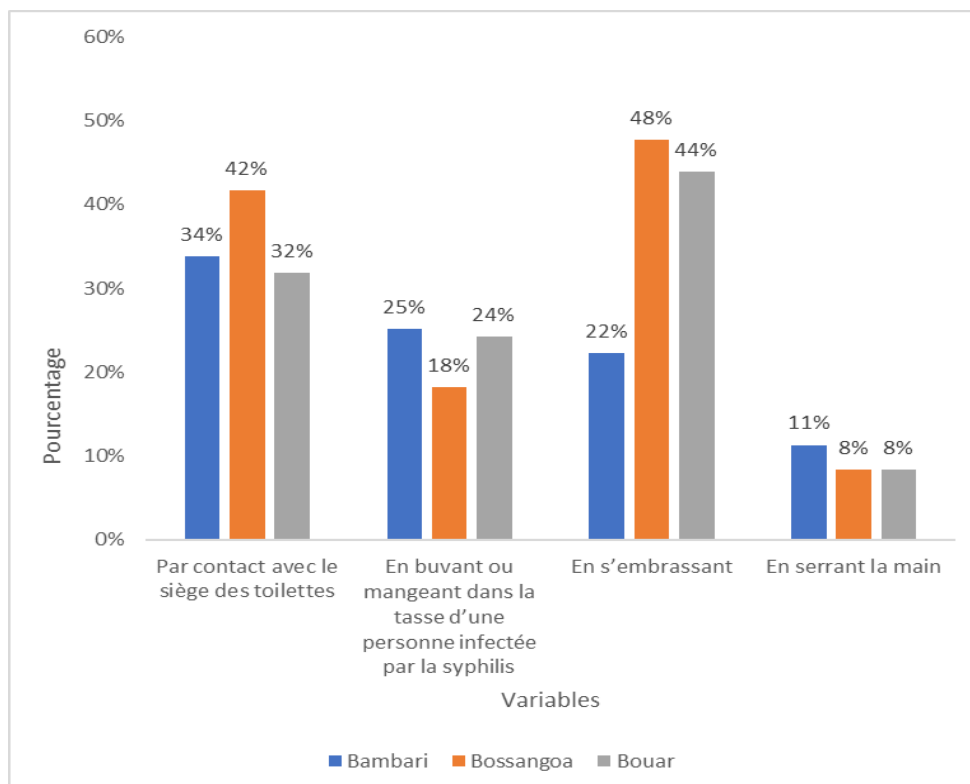
Graphique 10 : Connaissance sur le mode de transmission de la Syphilis par voie sexuelle.

Ce graphique montre que les enquêtés ont un faible niveau de connaissance sur la transmission de la syphilis par voie vaginale et anale avec préservatif.



Graphique 11 : Connaissance sur le mode de transmission de la Syphilis par d'autres voies

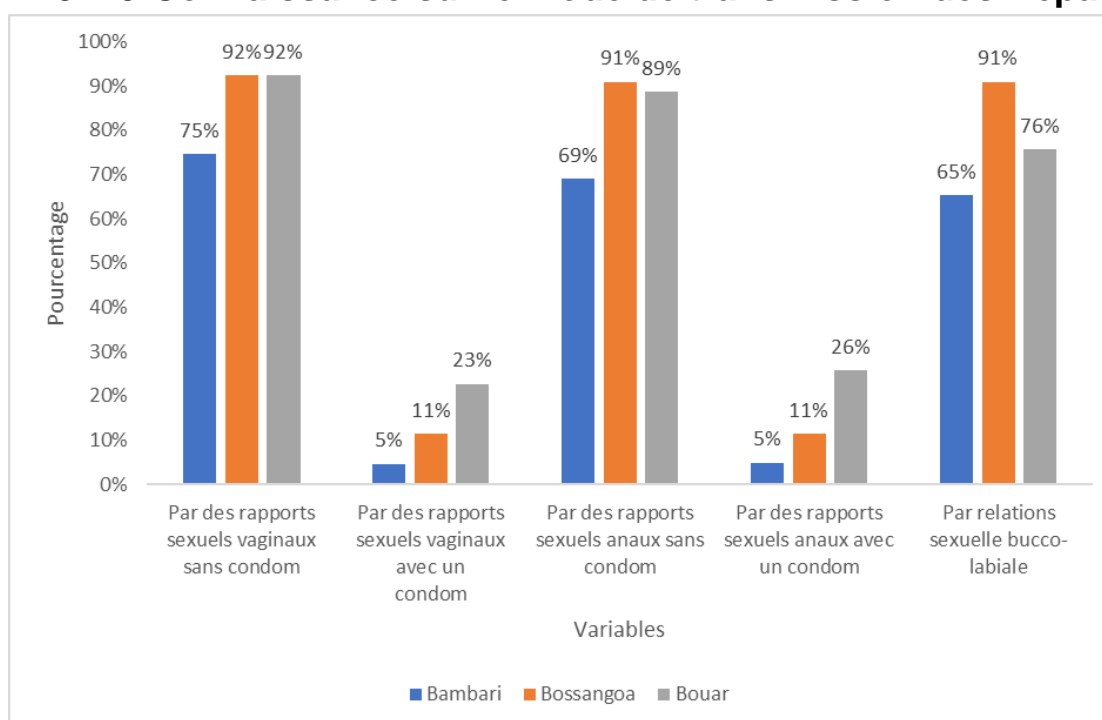
Ce graphique montre que la majorité des enquêtés dans les trois villes ont une faible connaissance sur le mode de transmission de la Syphilis par piqûre de moustique.



Graphique 12: Connaissance sur le mode de transmission de la Syphilis par contact physique

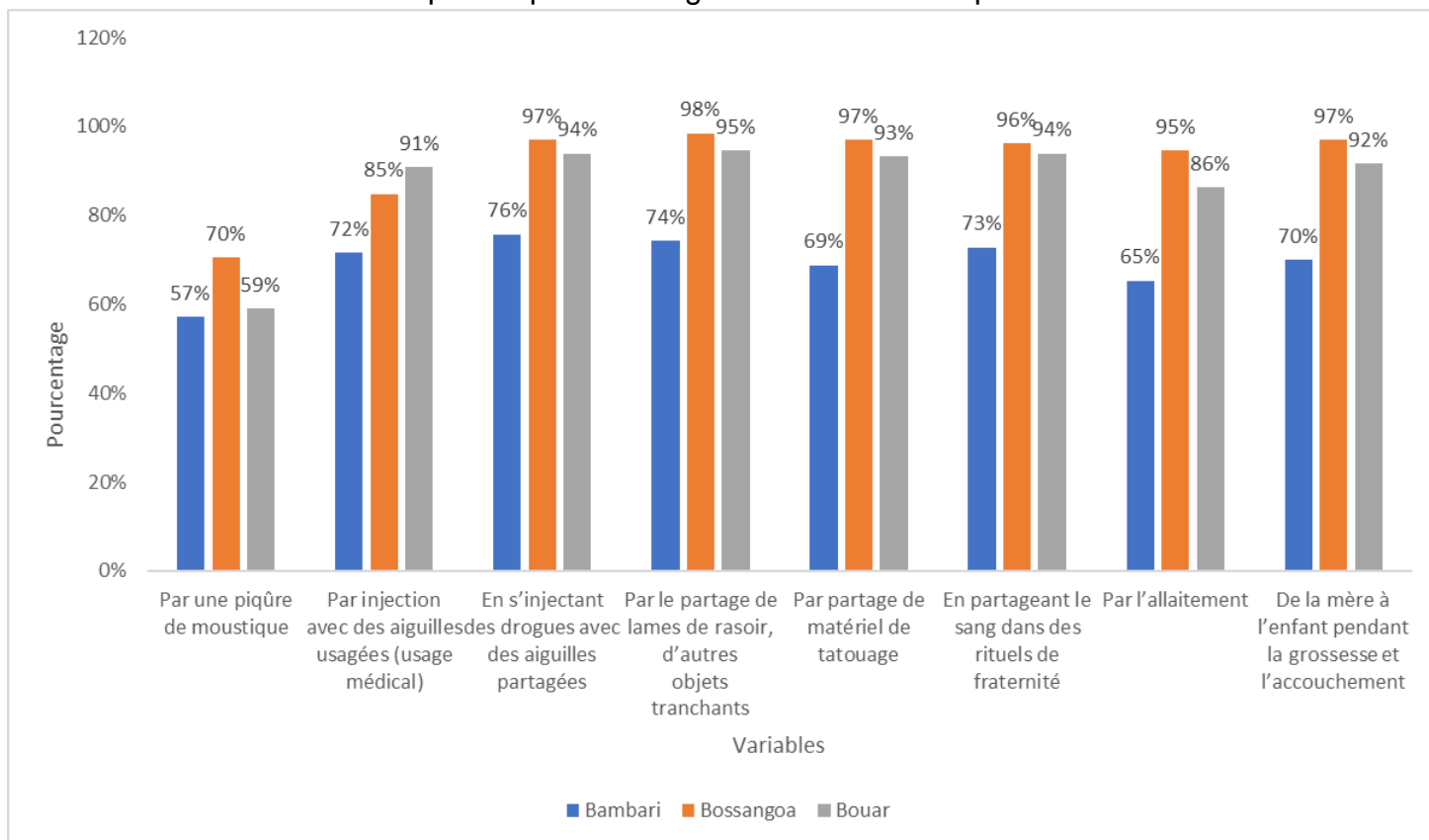
Ce graphique présente que les personnes en situation de handicap dans les trois villes ont un faible niveau de connaissance sur les modes de transmission de la Syphilis par contact Physique.

5.4.3. Connaissance sur le mode de transmission des Hépatites B et C



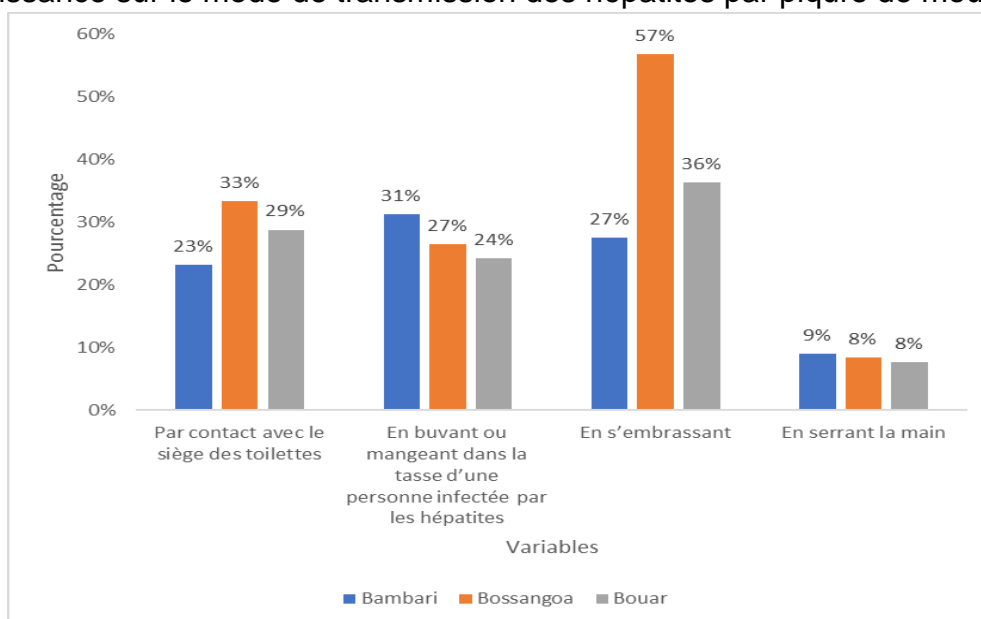
Graphique 13 : Connaissance sur le mode de transmission des Hépatites B et C par voie sexuelle et anales.

Ce graphique montre que les enquêtés ont un faible niveau de connaissance sur la transmission des Hépatites par voie vaginale et anale avec préservatif



Graphique 14 : Connaissance sur le mode de transmission des Hépatites B et C par d'autres voies.

Ce graphique montre que la majorité des enquêtés dans les trois villes ont une faible connaissance sur le mode de transmission des hépatites par piqûre de moustique.



Graphique 15 : Connaissance sur le mode de transmission des hépatites par contact physique

Ce graphique présente que les personnes en situation de handicap dans les trois villes ont un faible niveau de connaissance sur les modes de transmission des hépatites par contact Physique.

5.5. Perception des risques

Selon les résultats du tableau XVIII ci-dessous, la majorité des personnes en situation de handicap moteur et visuels enquêtées ont une bonne perception des risques élevés liés au VIH/Sida dans toutes les localités enquêtées (65,8%et 64,7%=(

Tableau XVIII : Répartition du niveau des perceptions de risques liés au VIH/Sida des participants par ville et selon le type de handicap.

| Perception de risque du VIH/SIDA | Bambari (n=347) | | | | Bossangoa (n=132) | | | | Bouar (n=132) | | | | TOTAL (n=611) | | | |
|----------------------------------|-----------------|--------------|------------|--------------|-------------------|--------------|-----------|--------------|---------------|--------------|-----------|--------------|---------------|--------------|------------|--------------|
| | Moteur | | Visuel | | Moteur | | Visuel | | Moteur | | Visuel | | Moteur | | Visuel | |
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| Risque élevé | 132 | 53,4 | 51 | 51,0 | 66 | 69,5 | 29 | 78,4 | 94 | 92,2 | 28 | 93,3 | 292 | 65,8 | 108 | 64,7 |
| Risque faible | 49 | 19,8 | 16 | 16,0 | 25 | 26,3 | 6 | 16,2 | 8 | 7,8 | 2 | 6,7 | 82 | 18,5 | 24 | 14,4 |
| Aucun risque | 46 | 18,6 | 24 | 24,0 | 3 | 3,2 | 2 | 5,4 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 49 | 11,0 | 26 | 15,6 |
| Ne sait pas | 20 | 8,1 | 9 | 9,0 | 1 | 1,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 21 | 4,7 | 9 | 5,4 |
| Total | 247 | 100,0 | 100 | 100,0 | 95 | 100,0 | 37 | 100,0 | 94 | 100,0 | 30 | 100,0 | 444 | 100,0 | 132 | 100,0 |

Selon le tableau XIX ci-dessous, la majorité des personnes en situation de handicap moteur (45,3%) et de handicap visuel (45,5%) ont une bonne perception de risque élevé lié à la syphilis. Ce constat était plus représenté à Bouar avec (73,5% et 73,3) contre (58,9% et 73,0) à Bossangoa et (28,3% et 27,0) à Bambari

Tableau XIX : Répartition du niveau des perceptions de risques liés à la syphilis des participants par ville et selon le type de handicap

| Perception de risque Syphilis | Bambari (n=347) | | | | Bossangoa (n=132) | | | | Bouar (n=132) | | | | TOTAL (n=611) | | | |
|-------------------------------|-----------------|--------------|------------|--------------|-------------------|--------------|-----------|--------------|---------------|--------------|-----------|--------------|---------------|--------------|------------|--------------|
| | Moteur | | Visuel | | Moteur | | Visuel | | Moteur | | Visuel | | Moteur | | Visuel | |
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| Risque élevé | 70 | 28,3 | 27 | 27,0 | 56 | 58,9 | 27 | 73,0 | 75 | 73,5 | 22 | 73,3 | 201 | 45,3 | 76 | 45,5 |
| Risque faible | 88 | 35,6 | 30 | 30,0 | 34 | 35,8 | 7 | 18,9 | 25 | 24,5 | 8 | 26,7 | 147 | 33,1 | 45 | 26,9 |
| Aucun risque | 54 | 21,9 | 25 | 25,0 | 4 | 4,2 | 3 | 8,1 | 1 | 1,0 | 0 | 0,0 | 59 | 13,3 | 28 | 16,8 |
| Ne sait pas | 35 | 14,2 | 18 | 18,0 | 1 | 1,1 | 0 | 0,0 | 1 | 1,0 | 0 | 0,0 | 37 | 8,3 | 18 | 10,8 |
| Total | 247 | 100,0 | 100 | 100,0 | 95 | 100,0 | 37 | 100,0 | 102 | 100,0 | 30 | 100,0 | 444 | 100,0 | 132 | 100,0 |

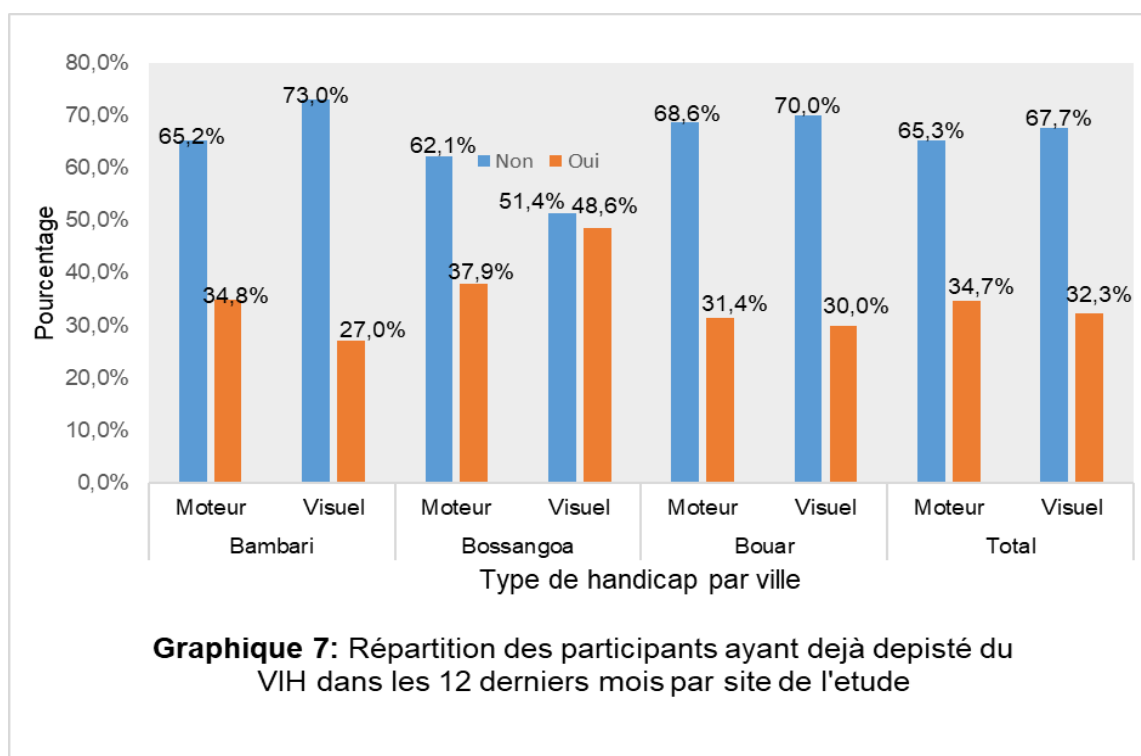
Conformément aux résultats du tableau XX, la majorité des personnes en situation de handicap moteur 40,8% (181/444) avaient perçu les infections aux hépatites B et C comme un risque élevé parmi la population handicapée. Nous constatons que la plupart des handicapés moteurs 72,7% (444/611) ont

une bonne perception de risque des Hépatites B et C d'une manière globale. Au niveau de Bossangoa ce constat était fait sur les handicapés Visuel (73,0%).

Tableau XX: Répartition du niveau des perceptions de risques liés aux hépatites B et C par ville et selon le type de handicap

| Perception de risque d'Hépatites | Bambari (n=347) | | | | Bossangoa (n=132) | | | | Bouar (n=132) | | | | TOTAL (n=611) | | | |
|----------------------------------|-----------------|-------|--------|-------|-------------------|-------|--------|-------|---------------|-------|--------|-------|---------------|-------|--------|-------|
| | Moteur | | Visuel | | Moteur | | Visuel | | Moteur | | Visuel | | Moteur | | Visuel | |
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| Risque élevé | 66 | 26,7 | 18 | 18,0 | 43 | 45,3 | 27 | 73,0 | 72 | 70,6 | 16 | 53,3 | 181 | 40,8 | 61 | 36,5 |
| Risque faible | 75 | 30,4 | 26 | 26,0 | 46 | 48,4 | 6 | 16,2 | 27 | 26,5 | 11 | 36,7 | 148 | 33,3 | 43 | 25,7 |
| Aucun risque | 53 | 21,5 | 24 | 24,0 | 3 | 3,2 | 3 | 8,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 56 | 12,6 | 27 | 16,2 |
| Ne sait pas | 53 | 21,5 | 32 | 32,0 | 3 | 3,2 | 1 | 2,7 | 3 | 2,9 | 3 | 10,0 | 59 | 13,3 | 36 | 21,6 |
| Total | 247 | 100,0 | 100 | 100,0 | 95 | 100,0 | 37 | 100,0 | 102 | 100,0 | 30 | 100,0 | 444 | 100,0 | 167 | 100,0 |

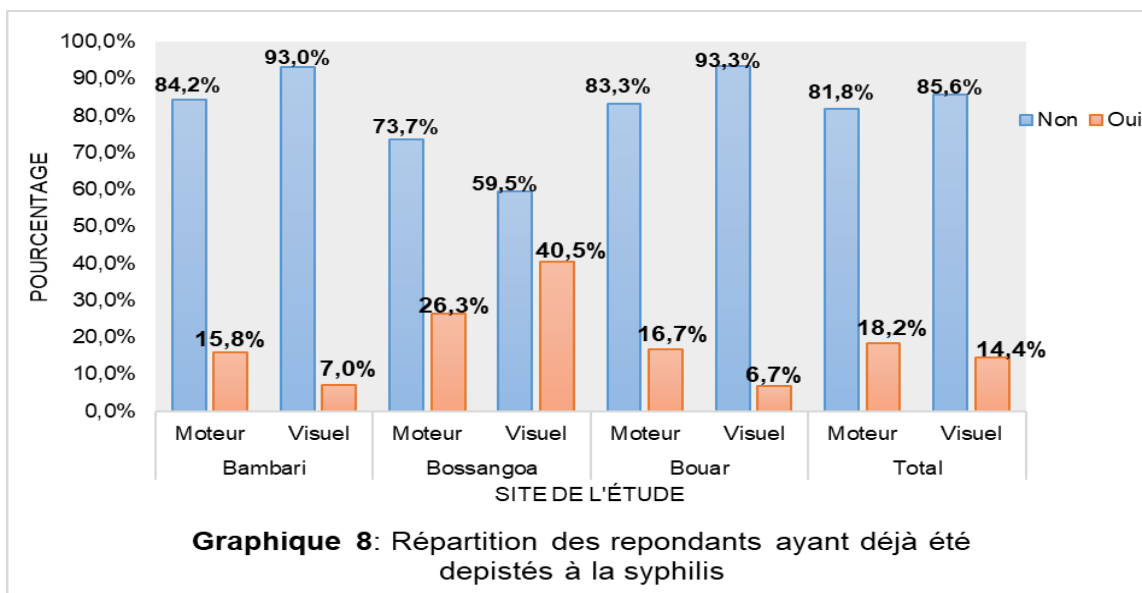
5.5.1. Dépistage en fonction du VIH, de la syphilis et des hépatites



Graphique 7: Répartition des participants ayant déjà dépisté du VIH dans les 12 derniers mois par site de l'étude

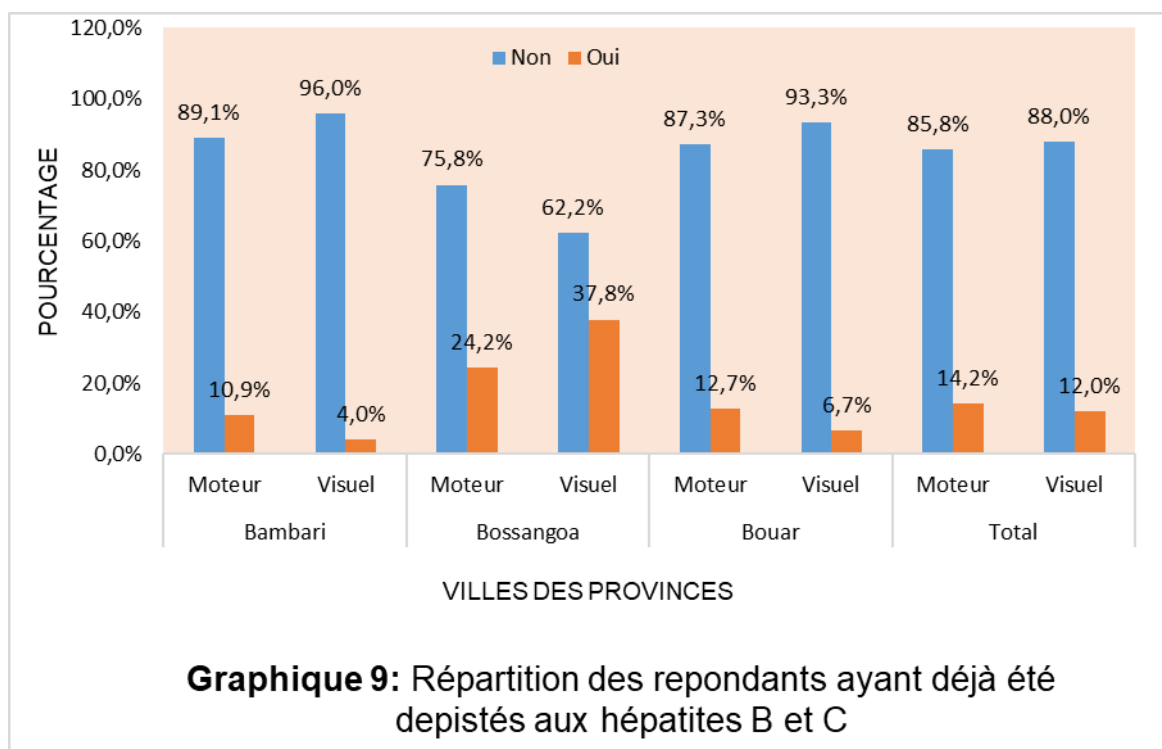
Graphique :16 répartition des participants ayant déjà dépisté du VIH dans les 12 derniers mois par ville.

Selon le graphique ci-dessous, 37,9% des handicapés moteurs à Bossangoa ont affirmé avoir déjà fait un test de la sérologie VIH au cours des 12 derniers mois



Graphique 17 : Répartition des répondants ayant déjà été dépistés à la syphilis

Selon le graphique 17, plus de 40,5% des personnes en déficit visuel interrogées à Bossangoa ont déclaré avoir été dépistées à la syphilis au cours des 12 derniers mois. Ce taux est encore très faible chez les handicapés visuels à Bouar (6,7%).



Graphique 18 : Répartition des répondants ayant déjà été dépistés aux hépatites B et C

Selon le graphique 18 ci-dessous, 37,8% des personnes en déficit visuel de la ville de Bossangoa ont affirmé déjà être dépistées aux hépatites B et C contrairement à Bambari qui représentait 4,0% dans la même catégorie.

5.5.2. Violences basées sur le genre (VBG)

Plus de 90% des personnes interrogées de plus de 18 ans ont affirmé avoir entendu parler de violence sexuelle dans les trois villes enquêtées. 6,2% (38/611) des participants ont été forcées d'avoir des relations sexuelles. 3,3% (20/611) ont forcé quelqu'un d'autres à avoir des relations sexuelles. 3,3% ont été impliqué dans des actes de violence sexuelle.

Tableau XXI : Répartition des violences sexuelles en milieu des handicapés selon les tranches d'âge

| Tranche d'âge | Entendu parler de violence sexuelle ou en avoir été témoin (relations sexuelles contre la volonté de quelqu'un) | | | | | | Été forcé d'avoir des relations sexuelles ? | | | | | | Forcé quelqu'un d'autre à avoir des relations sexuelles ? | | | | | | Été impliqué dans des actes de violence sexuelle | | | | | |
|------------------|---|--------------|------------|--------------|-----------|--------------|---|--------------|------------|--------------|-----------|--------------|---|--------------|------------|--------------|-----------|--------------|--|--------------|------------|--------------|-----------|--------------|
| | Oui | | Non | | NSP | | Oui | | Non | | NSP | | Oui | | Non | | NSP | | Oui | | Non | | NSP | |
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| Bouar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| >18 ans | 49 | 94,2 | 66 | 88,0 | 5 | 100,0 | 9 | 100,0 | 109 | 90,1 | 2 | 100,0 | 5 | 100,0 | 113 | 90,4 | 2 | 100,0 | 0 | 0,0 | 118 | 90,8 | 2 | 100,0 |
| ≤18 ans | 3 | 5,8 | 9 | 12,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 12 | 9,9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 12 | 9,6 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 12 | 9,2 | 0 | 0,0 |
| Total | 52 | 100,0 | 75 | 100,0 | 5 | 100,0 | 9 | 100,0 | 121 | 100,0 | 2 | 100,0 | 5 | 100,0 | 125 | 100,0 | 2 | 100,0 | 0 | 0,0 | 130 | 100,0 | 2 | 100,0 |
| Bossangoa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| >18 ans | 77 | 95,1 | 48 | 98,0 | 2 | 100,0 | 8 | 100,0 | 119 | 96,0 | 0 | 0,0 | 2 | 100,0 | 125 | 96,2 | 0 | 0,0 | 3 | 100,0 | 124 | 96,1 | 0 | 0,0 |
| ≤18 ans | 4 | 4,9 | 1 | 2,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 5 | 4,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 5 | 3,8 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 5 | 3,9 | 0 | 0,0 |
| Total | 81 | 100,0 | 49 | 100,0 | 2 | 100,0 | 8 | 100,0 | 124 | 100,0 | 0 | 0,0 | 2 | 100,0 | 130 | 100,0 | 0 | 0,0 | 3 | 100,0 | 129 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| Bambari | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| >18 ans | 116 | 93,5 | 195 | 96,5 | 20 | 95,2 | 21 | 100,0 | 289 | 95,1 | 21 | 95,5 | 13 | 100,0 | 300 | 94,9 | 18 | 100,0 | 14 | 100,0 | 301 | 95,3 | 16 | 94,1 |
| ≤18 ans | 8 | 6,5 | 7 | 3,5 | 1 | 4,8 | 0 | 0,0 | 15 | 4,9 | 1 | 4,5 | 0 | 0,0 | 16 | 5,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 15 | 4,7 | 1 | 5,9 |
| Total | 124 | 100,0 | 202 | 100,0 | 21 | 100,0 | 21 | 100,0 | 304 | 100,0 | 22 | 100,0 | 13 | 100,0 | 316 | 100,0 | 18 | 100,0 | 14 | 100,0 | 316 | 100,0 | 17 | 100,0 |

Selon le tableau XXII ci-dessous, 6,2% (38/611) des participants des deux sexes ont été forcées d'avoir des relations sexuelles dont 3,2% (20/611) de sexe féminin et 2,9% chez le sexe masculin. 1,6% (10/611) du sexe féminin ont forcé quelqu'un d'autres à avoir des relations sexuelles contre 1,4% de sexe masculin.

Tableau XXII : Répartition des violences sexuelles en milieu des handicapés par ville et selon le sexe.

| Sexe | Entendu parler de violence sexuelle ou en avoir été témoin (relations sexuelles contre la volonté de quelqu'un) | | | | | | Été forcé d'avoir des relations sexuelles ? | | | | | | Forcé quelqu'un d'autre à avoir des relations sexuelles ? | | | | | | Été impliqué dans des actes de violence sexuelle | | | | | |
|------------------|---|--------------|------------|--------------|-----------|--------------|---|--------------|------------|--------------|-----------|--------------|---|--------------|------------|--------------|-----------|--------------|--|--------------|------------|--------------|-----------|--------------|
| | Oui | | Non | | NSP | | Oui | | Non | | NSP | | Oui | | Non | | NSP | | Oui | | Non | | NSP | |
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| Bambari | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Féminin | 68 | 54,8 | 111 | 55,0 | 9 | 42,9 | 12 | 57,1 | 165 | 54,3 | 11 | 50,0 | 8 | 61,5 | 171 | 54,1 | 9 | 50,0 | 11 | 78,6 | 169 | 53,5 | 8 | 47,1 |
| Masculin | 56 | 45,2 | 91 | 45,0 | 12 | 57,1 | 9 | 42,9 | 139 | 45,7 | 11 | 50,0 | 5 | 38,5 | 145 | 45,9 | 9 | 50,0 | 3 | 21,4 | 147 | 46,5 | 9 | 52,9 |
| Total | 124 | 100,0 | 202 | 100,0 | 21 | 100,0 | 21 | 100,0 | 304 | 100,0 | 22 | 100,0 | 13 | 100,0 | 316 | 100,0 | 18 | 100,0 | 14 | 100,0 | 316 | 100,0 | 17 | 100,0 |
| Bossangoa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Féminin | 36 | 44,4 | 30 | 61,2 | 0 | 0,0 | 5 | 62,5 | 61 | 49,2 | 0 | 0,0 | 1 | 50,0 | 65 | 50,0 | 0 | 0,0 | 3 | 100,0 | 63 | 48,8 | 0 | 0,0 |
| Masculin | 45 | 55,6 | 19 | 38,8 | 2 | 100,0 | 3 | 37,5 | 63 | 50,8 | 0 | 0,0 | 1 | 50,0 | 65 | 50,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 66 | 51,2 | 0 | 0,0 |
| Total | 81 | 100,0 | 49 | 100,0 | 2 | 100,0 | 8 | 100,0 | 124 | 100,0 | 0 | 0,0 | 2 | 100,0 | 130 | 100,0 | 0 | 0,0 | 3 | 100,0 | 129 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| Bouar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Féminin | 18 | 34,6 | 38 | 50,7 | 3 | 60,0 | 3 | 33,3 | 55 | 45,5 | 1 | 50,0 | 1 | 20,0 | 57 | 45,6 | 1 | 50,0 | 0 | 0,0 | 58 | 44,6 | 1 | 50,0 |
| Masculin | 34 | 65,4 | 37 | 49,3 | 2 | 40,0 | 6 | 66,7 | 66 | 54,5 | 1 | 50,0 | 4 | 80,0 | 68 | 54,4 | 1 | 50,0 | 0 | 0,0 | 72 | 55,4 | 1 | 50,0 |
| Total | 52 | 100,0 | 75 | 100,0 | 5 | 100,0 | 9 | 100,0 | 121 | 100,0 | 2 | 100,0 | 5 | 100,0 | 125 | 100,0 | 2 | 100,0 | 0 | 0,0 | 130 | 100,0 | 2 | 100,0 |

Concernant les résultats du tableau XXIII ci-après, les personnes en situation de handicap moteur ont majoritairement entendu parler de violence sexuelle ou avoir été témoin d'un acte sexuel contre la volonté des personnes dans l'ensemble des sites enquêtés. 31,8% (42/132) des handicapés moteurs à Bouar, 45,5% (60/132) à Bossangoa et 25,1% (87/347) à Bambari. Les enquêtés de déficit moteur de Bouar qui ont été forcé d'avoir des relations sexuelles représentaient 6,1% (8/132).

Tableau XXIII : Répartition des violences sexuelles en milieu des handicapés par ville et selon le type de handicap

| Type d'Handicap | Entendu parler de violence sexuelle ou en avoir été témoin (relations sexuelles contre la volonté de quelqu'un) | | | | | | Été forcé d'avoir des relations sexuelles ? | | | | | |
|------------------|---|--------------|------------|--------------|-----------|--------------|---|--------------|------------|--------------|-----------|--------------|
| | Oui | | Non | | NSP | | Oui | | Non | | NSP | |
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| Bouar | | | | | | | | | | | | |
| Moteur | 42 | 80,8 | 57 | 76,0 | 3 | 60,0 | 8 | 88,9 | 93 | 76,9 | 1 | 50,0 |
| Visuel | 10 | 19,2 | 18 | 24,0 | 2 | 40,0 | 1 | 11,1 | 28 | 23,1 | 1 | 50,0 |
| Total | 52 | 100,0 | 75 | 100,0 | 5 | 100,0 | 9 | 100,0 | 121 | 100,0 | 2 | 100,0 |
| Bossangoa | | | | | | | | | | | | |
| Moteur | 60 | 74,1 | 34 | 69,4 | 1 | 50,0 | 7 | 87,5 | 88 | 71,0% | 0 | 0,0 |
| Visuel | 21 | 25,9 | 15 | 30,6 | 1 | 50,0 | 1 | 12,5 | 36 | 29,0 | 0 | 0,0 |
| Total | 81 | 100,0 | 49 | 100,0 | 2 | 100,0 | 8 | 100,0 | 124 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| Bambari | | | | | | | | | | | | |
| Moteur | 87 | 70,2 | 146 | 72,3 | 14 | 66,7 | 18 | 85,7 | 213 | 70,1 | 16 | 72,7 |
| Visuel | 37 | 29,8 | 56 | 27,7 | 7 | 33,3 | 3 | 14,3 | 91 | 29,9 | 6 | 27,3 |
| Total | 124 | 100,0 | 202 | 100,0 | 21 | 100,0 | 21 | 100,0 | 304 | 100,0 | 22 | 100,0 |

5.5.3. Utilisation des psychotropes

Selon le tableau XXIV ci-dessous, les personnes en situation de handicap de plus de 18 ans ont donné leur avis sur l'utilisation des drogues dans leur ville à 25,1 % (87/347) à Bambari contre 12,9% (45/132) à Bossangoa et 5,8% (20/132) à Bouar.

Tableau XXIV: Répartition d'utilisation des psychotropes par ville et selon les tranches d'âge

| Variables | À votre avis, les personnes handicapées de votre ville sont - ils des utilisateurs de drogues ? | | | | | | | |
|------------------|---|--------------|------------|--------------|----------|--------------|------------|--------------|
| | Oui | | Non | | NSP | | Total | |
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| Bambari | | | | | | | | |
| >18 ans | 87 | 94,6 | 243 | 95,7 | 1 | 100,0 | 331 | 95,4 |
| ≤18 ans | 5 | 5,4 | 11 | 4,3 | 0 | 0,0 | 16 | 4,6 |
| Total | 92 | 100,0 | 254 | 100,0 | 1 | 100,0 | 347 | 100,0 |
| Bossangoa | | | | | | | | |
| >18 ans | 45 | 93,8 | 82 | 97,6 | 0 | 0,0 | 127 | 96,2 |
| ≤18 ans | 3 | 6,3 | 2 | 2,4 | 0 | 0,0 | 5 | 3,8 |
| Total | 48 | 100,0 | 84 | 100,0 | 0 | 0,0 | 132 | 100,0 |
| Bouar | | | | | | | | |
| >18 ans | 20 | 90,9 | 100 | 90,9 | 0 | 0,0 | 120 | 90,9 |
| ≤18 ans | 2 | 9,1 | 10 | 9,1 | 0 | 0,0 | 12 | 9,1 |
| Total | 22 | 100,0 | 110 | 100,0 | 0 | 0,0 | 132 | 100,0 |

Concernant les résultats du tableau XXV, les personnes en situation de handicap ont donné leur avis sur l'utilisation des drogues dans leur ville à 54,5% du sexe masculin et 45,5% du sexe féminin à Bouar, (56,3% et 43,9%) à Bossangoa et (50% et 50%) pour la ville de Bambari.

Tableau XXV : Répartition d'utilisation des psychotropes par ville et selon le sexe

| Variable | À votre avis, les personnes handicapées de votre ville sont - ils des utilisateurs de drogues ? | | | | | | | |
|------------------|---|--------------|------------|--------------|----------|--------------|------------|--------------|
| | Oui | | Non | | NSP | | Total | |
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| Bouar | | | | | | | | |
| Féminin | 10 | 45,5 | 49 | 44,5 | 0 | 0,0 | 59 | 44,7 |
| Masculin | 12 | 54,5 | 61 | 55,5 | 0 | 0,0 | 73 | 55,3 |
| Total | 22 | 100,0 | 110 | 100,0 | 0 | 0,0 | 132 | 100,0 |
| Bossangoa | | | | | | | | |
| Féminin | 21 | 43,8 | 45 | 53,6 | 0 | 0,0 | 66 | 50,0 |
| Masculin | 27 | 56,3 | 39 | 46,4 | 0 | 0,0 | 66 | 50,0 |
| Total | 48 | 100,0 | 84 | 100,0 | 0 | 0,0 | 132 | 100,0 |
| Bambari | | | | | | | | |
| Féminin | 46 | 50,0 | 141 | 55,5 | 1 | 100,0 | 188 | 54,2 |
| Masculin | 46 | 50,0 | 113 | 44,5 | 0 | 0,0 | 159 | 45,8 |
| Total | 92 | 100,0 | 254 | 100,0 | 1 | 100,0 | 347 | 100,0 |

Les handicapés moteurs ont affirmé que certains d'entre eux sont utilisateurs de drogues dans 26,5 % (92/347) de cas à Bambari et 36,4% (48/132) à Bossangoa selon le tableau XXVI ci-dessous.

Tableau XXVI: Répartition d'utilisation des psychotropes selon le type de handicap et par ville

| Variables | À votre avis, les personnes handicapées de cette association sont - ils des utilisateurs de drogues ? | | | | | | | |
|------------------|---|--------------|------------|--------------|----------|--------------|------------|--------------|
| | Oui | | Non | | NSP | | Total | |
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| Bambari | | | | | | | | |
| Moteur | 73 | 79,3 | 174 | 68,5 | 0 | 0,0 | 247 | 71,2 |
| Visuel | 19 | 20,7 | 80 | 31,5 | 1 | 100,0 | 100 | 28,8 |
| Total | 92 | 100,0 | 254 | 100,0 | 1 | 100,0 | 347 | 100,0 |
| Bossangoa | | | | | | | | |
| Moteur | 41 | 85,4 | 54 | 64,3 | 0 | 0,0 | 95 | 72,0 |
| Visuel | 7 | 14,6 | 30 | 35,7 | 0 | 0,0 | 37 | 28,0 |
| Total | 48 | 100,0 | 84 | 100,0 | 0 | 0,0 | 132 | 100,0 |
| Bouar | | | | | | | | |
| Moteur | 20 | 90,9 | 82 | 74,5 | 0 | 0,0 | 102 | 77,3 |
| Visuel | 2 | 9,1 | 28 | 25,5 | 0 | 0,0 | 30 | 22,7 |
| Total | 22 | 100,0 | 110 | 100,0 | 0 | 0,0 | 132 | 100,0 |

B. PARTIE ANALYTIQUE

5.1. Association avec la sérologie VIH

5.1.1. Association du statut sérologique du VIH selon les caractéristiques sociodémographiques

Les résultats du tableau XXVII ci-dessous montre qu'il n'y a pas de lien statistique entre le statut sérologique du VIH et les caractéristiques sociodémographiques et le type de handicap.

Tableau XXVII : Caractéristiques sociodémographiques et le statut sérologique du VIH des enquêtés à Bouar, Bossangoa et Bambari

| Sérologie VIH | Bambari | | | | Bossangoa | | | | Bouar | | | | Total | | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|-------|---------|-----|--------------------------------|-------|---------|-----|-------------------------------|-------|---------|-----|-------------------------------|-------|---------|-----|
| | Négatif | | Positif | | Négatif | | Positif | | Négatif | | Positif | | Négatif | | Positif | |
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| Sexe | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Féminin | 186 | 96,9 | 6 | 3,1 | 63 | 98,4 | 1 | 1,6 | 56 | 94,9 | 3 | 5,1 | 305 | 96,8 | 10 | 3,2 |
| Masculin | 156 | 99,4 | 1 | 0,6 | 66 | 100,0 | 0 | 0,0 | 67 | 91,8 | 6 | 8,2 | 289 | 97,6 | 7 | 2,4 |
| | p= 0,13 IC 95% [0,59 - 42,24] OR=5,03 | | | | p= 0,48 IC 95% [0,12 - 78,56] | | | | p= 0,48 IC 95% [0,39 - 6,98] | | | | p= 0,54 IC 95% [0,50 - 3,50] | | | |
| Tranche d'âge | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <18 ans | 12 | 100,0 | 0 | 0,0 | 8 | 100,0 | 0 | 0,0 | 12 | 100,0 | 0 | 0,0 | 32 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| > 18 ans | 330 | 97,9 | 7 | 2,1 | 121 | 99,2 | 1 | 0,8 | 111 | 92,5 | 9 | 7,5 | 562 | 97,1 | 17 | 2,9 |
| | p= 0,70 IC 95% [0,03 - 10,49] | | | | p= 0,35 IC 95% [0,007 - 5,55] | | | | p= 0,60 IC 95% [0,11 - 38,84] | | | | p= 0,62 IC 95% [0,11 - 34,38] | | | |
| Niveau d'instruction | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aucun niveau | 159 | 98,8% | 2 | 1,2 | 51 | 98,1 | 1 | 1,9 | 47 | 92,2 | 4 | 7,8 | 257 | 97,3 | 7 | 2,7 |
| Instruit | 183 | 97,3% | 5 | 2,7 | 78 | 100,0 | 0 | 0,0 | 76 | 93,8 | 5 | 6,2 | 337 | 97,1 | 10 | 2,9 |
| | p= 0,35 IC 95% [0,08 - 2,40] OR=0,46 | | | | p= 0,35 IC 95% [0,18 - 114,43] | | | | p= 0,71 IC 95% [0,33- 5,06] | | | | p= 0,86 IC 95% [0,40 - 2,90] | | | |
| Situation matrimoniale | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seul(e) | 176 | 97,8% | 4 | 2,2 | 50 | 100,0 | 0 | 0,0 | 66 | 93,0 | 5 | 7,0 | 292 | 97,0 | 9 | 3,0 |
| Union | 166 | 98,2% | 3 | 1,8 | 79 | 98,8 | 1 | 1,3 | 57 | 93,4 | 4 | 6,6 | 302 | 97,4 | 8 | 2,6 |
| | p= 0,76 IC 95% [0,27 - 5,70] | | | | p= 0,69 IC 95% [0,07 - 47,69] | | | | p= 0,9 IC 95% [0,27 - 4,21] | | | | p= 0,75 IC 95% [0,44 - 3,05] | | | |
| Type d'handicap | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Moteur | 243 | 97,6 | 6 | 2,4 | 93 | 100,0 | 0 | 0,0 | 95 | 93,1 | 7 | 6,9 | 431 | 97,1 | 13 | 2,9 |
| Visuel | 99 | 99,0 | 1 | 1,0 | 36 | 97,3 | 1 | 2,7 | 28 | 93,3 | 2 | 6,7 | 163 | 97,6 | 4 | 2,4 |
| | p= 0,41 IC 95% [0,29 - 20,56] | | | | p= 0,21 IC 95% [0,30 - 193,00] | | | | p= 0,97 IC 95% [0,20 - 5,24] | | | | p= 0,72 IC 95% [0,39 - 3,82] | | | |

5.1.2. Sérologie du VIH selon le niveau des connaissances

Selon le tableau XXVIII ci-dessous, il n'y a pas d'association entre le niveau des connaissances sur le VIH et le statut sérologique des enquêtés ($p > 0,05$).

Tableau XXVIII : Association du niveau de connaissances du VIH et le statut sérologique des enquêtés à Bouar, Bambari et Bossangoa

| Connaissance VIH/SIDA | Bambari | | | | Bossangoa | | | | Bouar | | | |
|-------------------------|------------------------------|------|---------|-----|------------------------------|-------|---------|-----|-----------------------------|-------|---------|------|
| | Négatif | | Positif | | Négatif | | Positif | | Négatif | | Positif | |
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| Bonne | 201 | 98,5 | 3 | 1,5 | 83 | 98,8 | 1 | 1,2 | 110 | 93,2 | 8 | 6,8 |
| Moyenne | 64 | 97,0 | 2 | 3,0 | 28 | 100,0 | 0 | 0,0 | 11 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| Faible | 77 | 97,5 | 2 | 2,5 | 18 | 100,0 | 0 | 0,0 | 2 | 66,7 | 1 | 33,3 |
| p-value, IC 95% [L - H] | p=0,42 IC 95% [0,34 - 12,80] | | | | p=0,98 IC 95% [0,04 - 25,85] | | | | p=0,13 IC 95% [0,01 - 1,78] | | | |

5.2. Association avec la sérologie syphilitique

5.2.1. Association du statut sérologique syphilitique selon les caractéristiques sociodémographiques

Selon le tableau XXVIII, la sérologie syphilitique est statistiquement liée au type de handicap dans la ville de Bouar où le type moteur de handicap constitue un facteur protecteur contre la syphilis avec $p=0,01$ et IC 95% [0,02 - 0,70] par contre il n'y a pas de lien statistique entre la sérologie de syphilis et les caractéristiques sociodémographiques pour les villes.

Tableau XXVIII : Association des caractéristiques sociodémographiques et le statut sérologie syphilitique des enquêtés à Bouar, Bossangoa et Bambari

| Sérologie Syphilitique | Bambari | | | | Bossangoa | | | | Bouar | | | | Total | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------|---------|-----|-------------------------------|-------|---------|-----|-------------------------------|-------|---------|-----|-------------------------------|-------|---------|-----|
| | Négatif | | Positif | | Négatif | | Positif | | Négatif | | Positif | | Négatif | | Positif | |
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| Sexe | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Féminin | 183 | 95,3 | 9 | 4,7 | 61 | 95,3 | 3 | 4,7 | 57 | 96,6 | 2 | 3,4 | 301 | 95,6 | 14 | 4,4 |
| Masculin | 156 | 99,4 | 1 | 0,6 | 62 | 93,9 | 4 | 6,1 | 68 | 93,2 | 5 | 6,8 | 286 | 96,6 | 10 | 3,4 |
| | p= 0,05 IC 95% [0,01 - 1,04] | | | | p= 0,72 IC 95% [0,16 - 3,54] | | | | p= 0,38 IC 95% [0,08 - 2,55] | | | | p= 0,49 IC 95% [0,58 - 3,04] | | | |
| Tranche d'age | | | | | | | | | | | | | | | | |
| < 18 ans | 12 | 100,0 | 0 | 0,0 | 8 | 100,0 | 0 | 0,0 | 12 | 100,0 | 0 | 0,0 | 32 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| > 18 ans | 327 | 97,0 | 10 | 3,0 | 115 | 94,3 | 7 | 5,7 | 113 | 94,2 | 7 | 5,8 | 555 | 95,9 | 24 | 4,1 |
| | p= 0,88 IC 95% [0,04 - 14,46] | | | | p= 0,94 IC 95% [0,05 - 21,01] | | | | p= 0,73 IC 95% [0,08 - 30,68] | | | | p= 0,46 IC 95% [0,17 - 48,20] | | | |
| Niveau d'instruction | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aucun niveau | 159 | 98,8 | 2 | 1,2 | 51 | 98,1 | 1 | 1,9 | 46 | 90,2 | 5 | 9,8 | 256 | 97,0 | 8 | 3,0 |
| Instruit | 180 | 95,7 | 8 | 4,3 | 72 | 92,3 | 6 | 7,7 | 79 | 97,5 | 2 | 2,5 | 331 | 95,4 | 16 | 4,6 |
| | p= 0,11 IC 95% [0,73 - 16,88] | | | | p= 0,18 IC 95% [0,49 - 36,38] | | | | p= 0,08 IC 95% [0,80 - 23,02] | | | | p= 0,32 IC 95% [0,65 - 3,67] | | | |
| Situation matrimoniale | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seul(e) | 173 | 96,1 | 7 | 3,9 | 49 | 98,0 | 1 | 2,0 | 67 | 94,4 | 4 | 5,6 | 289 | 96,0 | 12 | 4,0 |
| Union | 166 | 98,2 | 3 | 1,8 | 74 | 92,5 | 6 | 7,5 | 58 | 95,1 | 3 | 4,9 | 298 | 96,1 | 12 | 3,9 |
| | p= 0,24 IC 95% [0,56 - 8,80] | | | | p= 0,20 IC 95% [0,46 - 34,02] | | | | p= 0,85 IC 95% [0,24 - 5,37] | | | | p= 0,94 IC 95% [0,45 - 2,33] | | | |
| Type d'handicap | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Moteur | 242 | 97,2 | 7 | 2,8 | 88 | 94,6 | 5 | 5,4 | 97 | 95,1 | 5 | 4,9 | 427 | 96,2 | 17 | 3,8 |
| Visuel | 97 | 97,0 | 3 | 3,0 | 35 | 94,6 | 2 | 5,4 | 28 | 93,3 | 2 | 6,7 | 160 | 95,8 | 7 | 4,2 |
| | p= 0,92 IC 95% [0,27 - 4,21] | | | | p= 0,99 IC 95% [0,18 - 5,42] | | | | p= 0,70 IC 95% [0,13 - 3,92] | | | | p= 0,83 IC 95% [0,44 - 2,69] | | | |
| OR=0,72 | | | | | | | | | | | | | | | | |

5.2.2. Association de la sérologie syphilitique selon le niveau des connaissances

Selon le tableau XXIX ci-dessous, il n'y a pas d'association entre le niveau des connaissances sur la Syphilis et le statut sérologique syphilitique des enquêtés ($p > 0,05$) dans les villes de Bambari et Bouar. Par contre il y a association entre le niveau des connaissances sur syphilis et la sérologie syphilitique des enquêtés dans la ville de Bossangoa où la bonne connaissance sur la syphilis est facteur protecteur contre la maladie avec ($p < 0,05$) IC 95% [0,002 - 0,88].

Tableau XXIX : Association du niveau de connaissances de la syphilis et le statut sérologique des enquêtés à Bouar, Bambari et Bossangoa

| Connaissance Syphilis | Bambari | | | | Bossangoa | | | | Bouar | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-------|---------|-----|------------------------------|------|---------|------|------------------------------|-------|---------|-----|
| | Négatif | | Positif | | Négatif | | Positif | | Négatif | | Positif | |
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| Bonne | 26 | 100,0 | 0 | 0,0 | 18 | 94,7 | 1 | 5,3 | 21 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| Faible | 22 | 95,7 | 1 | 4,3 | 1 | 50,0 | 1 | 50,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Moyenne | 291 | 97,0 | 9 | 3,0 | 104 | 95,4 | 5 | 4,6 | 104 | 93,7 | 7 | 6,3 |
| p-value, IC 95% [L - H] | p=0,72 IC 95% [0,08 - 5,61] | | | | p=0,04 IC 95% [0,002 - 0,88] | | | | p=0,44 IC 95% [0,16 - 56,09] | | | |

5.3. Association avec les hépatites B et C

5.3.1. Association de la sérologie hépatique B avec les caractéristiques sociodémographiques

Les résultats du tableau XXX ont montré que la sérologie de l'hépatite B n'est pas statistiquement liée au sexe, à l'âge, au niveau d'instruction et au type de handicap.

Tableau XXX : Association des caractéristiques sociodémographiques et le statut sérologie hépatite B des enquêtés à Bouar, Bossangoa et Bambari

| Sérologie Hépatite B | Bambari | | | | Bossangoa | | | | Bouar | | | | Total | | | |
|-------------------------------|------------------------------|------|---------|-----|-------------------------------|-------|---------|-----|-------------------------------|-------|---------|-----|------------------------------|------|---------|-----|
| | Négatif | | Positif | | Négatif | | Positif | | Négatif | | Positif | | Négatif | | Positif | |
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| Sexe | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Féminin | 186 | 96,9 | 6 | 3,1 | 63 | 98,4 | 1 | 1,6 | 58 | 98,3 | 1 | 1,7 | 307 | 97,5 | 8 | 2,5 |
| Masculin | 150 | 95,5 | 7 | 4,5 | 61 | 92,4 | 5 | 7,6 | 72 | 98,6 | 1 | 1,4 | 283 | 95,6 | 13 | 4,4 |
| | p= 0,51 IC 95% [0,22 - 2,10] | | | | p= 0,13 IC 95% [0,02 - 1,70] | | | | p= 0,87 IC 95% [0,04 - 13,15] | | | | p= 0,21 IC 95% [0,23 - 1,38] | | | |
| Tranche d'âge | | | | | | | | | | | | | | | | |
| < 18 ans | 11 | 91,7 | 1 | 8,3 | 8 | 100,0 | 0 | 0,0 | 12 | 100,0 | 0 | 0,0 | 31 | 96,9 | 1 | 3,1 |
| > 18 ans | 325 | 96,4 | 12 | 3,6 | 116 | 95,1 | 6 | 4,9 | 118 | 98,3 | 2 | 1,7 | 559 | 96,5 | 20 | 3,5 |
| | p= 0,40 IC 95% [0,04 - 3,40] | | | | p= 0,9 IC 95% [0,05 - 20,33] | | | | p= 0,68 IC 95% [0,08 - 41,74] | | | | p= 0,92 IC 95% [0,11 - 6,93] | | | |
| Niveau d'instruction | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aucun niveau | 156 | 96,9 | 5 | 3,1 | 51 | 98,1 | 1 | 1,9 | 51 | 100,0 | 0 | 0,0 | 258 | 97,7 | 6 | 2,3 |
| Instruit | 180 | 95,7 | 8 | 4,3 | 73 | 93,6 | 5 | 6,4 | 79 | 97,5 | 2 | 2,5 | 332 | 95,7 | 15 | 4,3 |
| | p= 0,57 IC 95% [0,23 - 2,24] | | | | p= 0,27 IC 95% [0,03 - 2,59] | | | | p= 0,45 IC 95% [0,01 - 6,56] | | | | p= 0,17 IC 95% [0,74 - 5,07] | | | |
| Situation matrimoniale | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seul(e) | 173 | 96,1 | 7 | 3,9 | 49 | 98,0 | 1 | 2,0 | 70 | 98,6 | 1 | 1,4 | 292 | 97,0 | 9 | 3,0 |
| Union | 163 | 96,4 | 6 | 3,6 | 75 | 93,8 | 5 | 6,3 | 60 | 98,4 | 1 | 1,6 | 298 | 96,1 | 12 | 3,9 |
| | p= 0,86 IC 95% [0,36 - 3,33] | | | | p= 0,28 IC 95% [0,37 - 28,81] | | | | p= 0,91 IC 95% [0,07 - 19,05] | | | | p= 0,55 IC 95% [0,54 - 3,14] | | | |
| Type d'handicap | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Moteur | 239 | 96,0 | 10 | 4,0 | 88 | 94,6 | 5 | 5,4 | 100 | 98,0 | 2 | 2,0 | 427 | 96,2 | 17 | 3,8 |
| Visuel | 97 | 97,0 | 3 | 3,0 | 36 | 97,3 | 1 | 2,7 | 30 | 100,0 | 0 | 0,0 | 163 | 97,6 | 4 | 2,4 |
| | p= 0,65 IC 95% [0,36 - 5,02] | | | | p= 0,52 IC 95% [0,23 - 18,12] | | | | p= 0,78 IC 95% [0,07 - 32,47] | | | | p= 0,39 IC 95% [0,53 - 4,89] | | | |

5.3.2. Association de la sérologie de l'hépatite B selon le niveau des connaissances

Les résultats du tableau XXXI ont montré que le niveau de connaissances sur l'hépatite B n'est pas liée au statut sérologique de l'hépatite B des participants à l'enquête.

Tableau XXXI : Association du niveau de connaissances de l'hépatite B et le statut sérologique des enquêtés à Bouar, Bossangoa et Bambari

| Connaissance Hépatite B | Bambari | | | | Bossangoa | | | | Bouar | | | |
|-------------------------|-----------------------------|-------|---------|------|-----------------------------|-------|---------|------|------------------------------|-------|---------|-----|
| | Négatif | | Positif | | Négatif | | Positif | | Négatif | | Positif | |
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| Bonne | 11 | 100,0 | 0 | 0,0 | 5 | 100,0 | 0 | 0,0 | 10 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| Faible | 14 | 87,5 | 2 | 12,5 | 6 | 85,7 | 1 | 14,3 | 1 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| Moyenne | 311 | 96,6 | 11 | 3,4 | 113 | 95,8 | 5 | 4,2 | 119 | 98,3 | 2 | 1,7 |
| p-value, IC 95% [L H] | p=0,08 IC 95% [0,05 - 1,22] | | | | p=0,25 IC 95% [0,02 - 2,64] | | | | p=0,11 IC 95% [0,002 - 1,95] | | | |

5.3.3. Association de la sérologie hépatique C avec les caractéristiques sociodémographiques

Les résultats du tableau XXXII ci-dessous ont montré que la sérologie de l'hépatite C n'est pas statistiquement liée au sexe, à l'âge, ni au niveau d'instruction et au type de handicap chez les participants enquêtés.

Tableau XXXII : Association des caractéristiques démographiques et le statut sérologie hépatite C des enquêtés à Bouar, Bossangoa et Bambari

| Sérologie Hépatite C | Bouar (n=132) | | | | | | Bossangoa (n=132) | | | | | | Bambari (n= 347) | | | | | |
|---------------------------------|---|------|---------|-----|-------|------|--|------|---------|-------|-------|------|--|------|---------|-------|-------|------|
| | Négatif | | Positif | | Total | | Négatif | | Positif | | Total | | Négatif | | Positif | | Total | |
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| Sexe | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Féminin | 59 | 44,7 | 0 | 0,0 | 59 | 45,0 | 66 | 50,4 | 0 | 0,0 | 66 | 50,0 | 188 | 54,5 | 0 | 0,0 | 188 | 54,2 |
| Masculin | 73 | 55,3 | 0 | 0,0 | 73 | 55,0 | 65 | 49,7 | 1 | 100,0 | 66 | 50,0 | 157 | 45,5 | 2 | 100,0 | 159 | 45,8 |
| <i>p</i> -value, IC 95% [L - H] | <i>p</i>= 0,16 IC 95% [0,08 - 5,51] | | | | | | <i>p</i>= 0,18 IC 95% [0,02 - 9,08] | | | | | | <i>p</i>= 0,44 IC 95% [0,07 - 5,08] | | | | | |
| Tranche d'âge | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| >18 ans | 120 | 90,9 | 0 | 0,0 | 120 | 91,0 | 126 | 96,2 | 1 | 100,0 | 127 | 96,2 | 329 | 95,4 | 2 | 100,0 | 331 | 95,4 |
| ≤18 ans | 12 | 9,1 | 0 | 0,0 | 12 | 9,0 | 5 | 3,8 | 0 | 0,0 | 5 | 3,8 | 16 | 4,6 | 0 | 0,0 | 16 | 4,6 |
| <i>p</i> -value, IC 95% [L - H] | <i>p</i>= 0,25 IC 95% [0,03 - 9,47] | | | | | | <i>p</i>= 0,33 IC 95% [0,01 - 6,24] | | | | | | <i>p</i>= 0,73 IC 95% [0,11 - 8,23] | | | | | |
| Niveau d'instruction | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aucun niveau | 51 | 38,6 | 0 | 0,0 | 51 | 39,0 | 52 | 39,7 | 0 | 0,0 | 52 | 39,4 | 162 | 46,9 | 0 | 0,0 | 162 | 46,7 |
| Instruit | 81 | 61,4 | 0 | 0,0 | 81 | 61,0 | 79 | 60,3 | 1 | 100,0 | 80 | 60,6 | 183 | 53,1 | 2 | 100,0 | 185 | 53,3 |
| <i>p</i> -value, IC 95% [L - H] | <i>p</i>= 0,33 IC 95% [0,04 - 18,08] | | | | | | <i>p</i>= 0,22 IC 95% [0,06 - 8,09] | | | | | | <i>p</i>= 0,63 IC 95% [0,09-6,32] | | | | | |
| Situation matrimoniale | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seul(e) | 71 | 53,8 | 0 | 0,0 | 71 | 53,8 | 51 | 38,6 | 0 | 0,0 | 50 | 37,9 | 179 | 51,9 | 0 | 0,0 | 179 | 51,6 |
| Union | 61 | 46,2 | 0 | 0,0 | 61 | 46,2 | 81 | 61,4 | 1 | 100,0 | 82 | 62,1 | 166 | 48,1 | 2 | 100,0 | 168 | 48,4 |
| <i>p</i> -value, IC 95% [L - H] | <i>p</i>=0,26 IC 95% [0,08- 3,74] | | | | | | <i>p</i>= 0,08 IC 95% [0,06 - 4,33] | | | | | | <i>p</i>= 0,51 IC 95% [0,24- 9,03] | | | | | |
| Nature de handicap | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Moteur | 102 | 77,3 | 0 | 0,0 | 102 | 77,3 | 94 | 71,7 | 1 | 100,0 | 95 | 72,0 | 245 | 71,0 | 2 | 100,0 | 247 | 71,2 |
| Visuel | 30 | 22,7 | 0 | 0,0 | 30 | 22,7 | 37 | 28,3 | 0 | 0,0 | 37 | 28,0 | 100 | 29,0 | 0 | 0,0 | 100 | 28,8 |
| <i>p</i> -value, IC 95% [L - H] | <i>p</i>= 0,88 IC 95% [0,01- 18,07] | | | | | | <i>p</i>= 0,68 IC 95% [0,06-16,28] | | | | | | <i>p</i>= 0,99 IC 95% [0,14- 7,18] | | | | | |

5.3.4. Association de la sérologie de l'hépatite C selon le niveau des connaissances

Selon le tableau XXXIII, le niveau de connaissances sur l'hépatite C n'est pas liée au statut sérologique de l'hépatite C des participants à l'enquête.

Tableau XXXIII : Association du niveau de connaissances de l'hépatite C et le statut sérologique des enquêtés à Bouar, Bossangoa et Bambari

| Connaissance Hépatite C | Bambari | | | | Bossangoa | | | | Bouar | |
|-------------------------|------------------------------|-------|---------|-----|------------------------------|-------|---------|-----|---------------------------|-------|
| | Négatif | | Positif | | Négatif | | Positif | | Négatif | |
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| Bonne | 11 | 100,0 | 0 | 0,0 | 5 | 100,0 | 0 | 0,0 | 10 | 100,0 |
| Faible | 16 | 100,0 | 0 | 0,0 | 7 | 100,0 | 0 | 0,0 | 1 | 100,0 |
| Moyenne | 320 | 99,4 | 2 | 0,6 | 117 | 99,2 | 1 | 0,8 | 121 | 100,0 |
| p-value, IC 95% [L H] | p=0,27 IC 95% [0,008 - 3,95] | | | | p=0,24 IC 95% [0,005 - 3,85] | | | | p=1 IC 95% [0,01 - 50,77] | |

5.4. Association de la sérologie VIH avec Syphilis, Hépatite B et C

Les résultats ci-dessous montrent qu'un seul cas de coïnfection du VIH et syphilis

Tableau XXXIV : Association de la sérologie VIH avec Syphilis, Hépatite B et C

| Sérologie VIH | | Bambari | Bossangoa | Bouar | Total |
|-----------------|---------|---------|-----------|---------|---------|
| | | Positif | Positif | Positif | Positif |
| Syphilis | Positif | 1 | 0 | 0 | 1 |
| HB | Positif | 0 | 0 | 0 | 0 |
| HC | Positif | 0 | 0 | 0 | 0 |

5.5. Association de la sérologie VIH avec consommation de drogue et violence sexuelle

Selon le tableau ci-dessous, 2 personnes handicapées ayant été forcé d'avoir des relations sexuelles, seraient victimes de VIH.

Tableau XXXV Association VIH consommation drogue et violence sexuelle

| Sérologie VIH | Bambari | | Bossangoa | | Bouar | | Total | |
|--|---------|---------|-----------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | Négatif | Positif | Négatif | Positif | Négatif | Positif | Négatif | Positif |
| Avez-vous déjà consommé la drogue ? | 13 | 0 | 16 | 0 | 6 | 0 | 35 | 0 |
| Avez-vous déjà injecté des drogues ? | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Eté forcé d'avoir des relations sexuelles ? | 25 | 0 | 8 | 0 | 7 | 2 | 40 | 2 |
| Forcé quelqu'un d'autre à avoir des relations sexuelles ? | 16 | 0 | 2 | 0 | 4 | 1 | 22 | 1 |

VI. COMMENTAIRES

6.1. Limites de l'étude

L'absence des centres d'alphabétisation pour les sourds-muets dans les villes des provinces visitées a rendu difficile l'enrôlement des personnes en déficit auditif dans les enquêtes ;

L'aspect de prise en charge des cas des hépatites n'était pas pris en compte faute du budget limité et de l'inexistence de la mise en œuvre du programme national de lutte contre les hépatites en RCA. En fin, l'étude n'a pas couvert toute l'étendue du territoire centrafricain compte tenu des ressources financières limitées.

6.2. Taux de participation

L'enquête était réalisée simultanément dans les trois (3) Chefs-lieux des Préfectures de la Nana Mambéré, de l'Ouham et de la Ouaka auprès des associations des personnes en situation de handicap du 05 au 16 Mai 2023 à Bouar et du 12 au 24 Juin 2023 à Bossangoa et Bambari. Au total 611 personnes sur 660 prévues ont été enrôlées soit un taux de participation de 92,6%. Ces taux étaient supérieurs aux résultats des études antérieures réalisées à Bangui en 2022 par la CN/CNLS et celle de 2019 par le Fonds mondial dans 4 pays africains (Burkina Faso, Niger, Guinée Bissau et Cap Vert) dont les taux de participation représentaient respectivement de 84,5% et 3,6% [17-22]. Le taux de participation par site de l'étude se répartit de la manière suivante : 132 personnes enquêtées sur 136 soit 97,1% à Bouar, 132 personnes enquêtées sur 127 soit 103,9% à Bossangoa et 347 personnes enquêtées sur 397 soit 87,4% à Bambari. Le taux élevé de participation a montré l'intérêt qu'attendent les personnes en situation de handicap à cette enquête en ce qui concerne leurs besoins en matière de santé.

6.3. Caractéristiques sociodémographiques

Les résultats de l'étude ont montré que le sexe féminin était majoritaire à 51,3%. L'âge moyen des personnes enquêtées était 45,5 ans \pm 17,1 avec les extrêmes de 15 ans et 95 ans. Globalement, les tranches d'âge de 50 ans et plus et de 40 à 44 ans prédominaient respectivement à 31,1% et 16,7%. Cette étendue d'âge était légèrement supérieure aux résultats de l'étude antérieure du CNLS en 2022 qui ont trouvé l'âge moyen de 38,9 ans avec les extrêmes de 14 ans et 80 ans et l'étude du Fond mondial réalisée en 2019 dont l'âge variait de 15 à 69 ans [17-18]. L'âge moyen était aussi supérieur à ceux du Sénégal en 2019 (39 ans), du Niger (42 ans chez les hommes et 40 ans chez les femmes) et Guinée Bissau (36 ans chez les hommes et 37 ans chez les femmes), et nettement

inférieur à ceux de Cap Vert (44 ans chez les hommes et 46 ans chez les femmes) et Burkina Faso (45 ans chez les hommes et chez les femmes) [18-22]. Les personnes non instruites sont majoritaires à 38,6%. Nous constatons un vieillissement de la population à Bossangoa avec un taux de 54,5% des personnes âgées de 50 ans et plus. La thématique de la scolarisation demeure un sujet indispensable compte tenu du manque des moyens financiers pour assurer l'écolage des enfants, parfois l'absence de moyen de locomotion et du guide (personne disposée à orienter la personne handicapée visuelle) pour favoriser le déplacement des enfants à l'école, ce qui fait que les élèves et étudiants ne représentaient que 0,1% des enquêtés par rapport à 6,8% dans les études de Bangui en 2022 [17]. La majorité des personnes enquêtées n'ont pas été à l'école (43,4%) et ce taux est encore plus élevé à Bambari (46,7%) que dans les autres localités. Ces constats sont similaires aux résultats de l'étude de Fonds mondial dont 52,0% des participants n'ont pas été scolarisés, parmi lesquels les hommes représentent 44,0% et les femmes à 58,0%. Cependant, nos résultats s'opposaient à ceux de la ville de Bangui dont la majorité des enquêtés fréquentait le niveau primaire à 45,4% et secondaire à 32,4% [17].

La profession de cultivateur et pêcheur représentaient 37,9% des occupations des enquêtés. Ce qui leur permettrait de répondre à leur besoin social car la majorité des participants étaient des responsables des familles. Cette catégorie d'occupation était largement supérieure aux résultats des études de Bangui ou 5,35% des enquêtés exercent la profession de cultivateur, pêcheur et d'agriculteur. 53,8% des personnes handicapées vivent seul du point de vue leur situation matrimoniale en générale [17].

6.4. Connaissances, Attitudes et Pratiques

6.4.1. Connaissances sur le VIH

La promotion de la prévention dépend de la bonne connaissance de la maladie. Les résultats de notre étude ont montré que les participants enquêtés ont un bon de niveau de connaissance de l'existence du VIH/SIDA à 66,3% avec une prédominance du sexe masculin à 67,6%. Cette prédominance était plus observée à Bouar avec 89,7%. Le niveau de connaissances sur le VIH/SIDA, chez les handicapés moteurs et visuels est respectivement 66% et 67,1%. En ce qui concerne la connaissance sur les modes de transmission de VIH, notre étude a montré que 93,3% des sujets handicapés ont une bonne connaissance du mode de transmission par voie sexuelle sans condom cependant ont une faible connaissance de la transmission du VIH par voie sexuelle et anale avec préservatif 11%.

6.4.2. Connaissances sur la syphilis

Les résultats de notre étude ont montré que la majorité des handicapés moteur enquêtés (79,7%) ont un niveau moyen de connaissance sur la syphilis. Ce niveau de connaissance était aussi observé chez les participants du sexe féminin à 79,6% ainsi qu'aux tranches d'âge de 18 ans et plus à 79,6% avec une prédominance de 74,3,3% chez les >18 ans à Bambari. Cependant, la maîtrise de la maladie était prédominante chez les moins de 18 ans dans les études menées à Bangui en 2022 [17]. Cette différence pourrait s'expliquer du fait que la plupart des participants de Bangui était scolarisée et éveillée. Le niveau de connaissance de nos participants était largement supérieur à celui des participants de Bangui en 2022 qui représentait 34,2% [17].

6.4.3. Connaissances sur les hépatites B et C

L'analyse du niveau de connaissances des hépatites a montré que les participants sur de moins de 18 ans ont un bon niveau de connaissance à 9,5% et moyen à 85,4% de tous les sites de l'enquête. Le bon niveau de connaissance des infections aux hépatites B et C représentait 9,2% chez les handicapés moteurs à l'enquête. Ce bon niveau de connaissance était largement inférieur à celui rapporté à Bangui en 2022 dont 24,1% des handicapés avaient une bonne connaissance des hépatites. Les participants de moins de 18 ans de Bangui avaient un bon niveau de connaissance à 27,3% contrairement à ceux des provinces qui n'ont seulement 9,4% [17]. Cela pourrait s'expliquer par le niveau d'étude élevée des handicapés de Bangui comparativement à ceux des provinces qui ont un accès limité aux informations sur ces différentes maladies.

6.4.4. Perception des risques

L'analyse de la perception du risque de transmission du VIH, de la syphilis et des hépatites B et C a montré que le risque de transmission était plus élevé aux seins de la population des handicapés enquêtés. Les résultats de notre étude ont montré que la majorité des personnes enquêtées ont une bonne perception des risques élevés liés au VIH/Sida dans toutes les localités enquêtées 65,4%. Quant à la syphilis, cette perception de risque élevé lié à la maladie représentait 45,4%. Cette perception était plus représentée à Bouar avec 73,4% contre 63% et 28% à Bossangoa et Bambari. Pour les hépatites B et C, la perception de risque élevé représentait 39,6% de l'ensemble des participants. A Bossangoa ce sont les handicapés Visuels qui ont perçu la transmission des hépatites B et C comme un risque élevé à 73,0%. Nos résultats relatifs à la perception du risque élevé du VIH, de la syphilis et des hépatites B et C étaient inférieurs à ceux de l'étude de la ville de Bangui en 2022 qui ont trouvé respectivement 76% pour le VIH,

65,1% pour la syphilis et 63,9% pour les hépatites B et C [17]. Cela pourrait s'expliquer par le niveau d'étude élevée des handicapés de Bangui comparativement à ceux des provinces qui ont un accès limité aux informations sur ces différentes maladies.

6.4.5. Dépistage en fonction du VIH, de la syphilis et des hépatites

Dans l'ensemble, 33,5% des participants enquêtés ont affirmé avoir été dépisté du VIH au cours des 12 derniers mois. Pour le dépistage de la syphilis, 16,3% des participants ont affirmé avoir déjà fait le dépistage de la syphilis. Cette affirmation de dépistage représentait 13,1% chez les participants concernant les hépatites B et C. En ce qui concerne le VIH, nos résultats étaient similaires à ceux de l'étude de Bangui en 2022 [17]. Cependant, la proportion des participants dépistés pour la syphilis était légèrement supérieure à celle de l'étude de Bangui qui était de 14,9%. En fin, les résultats concernant le dépistage des hépatites B et C sont inférieurs à ceux de Bangui soit 14,1% [17]. Cette différence s'expliquerait par un problème d'accessibilité et de disponibilité des services de dépistage de l'hépatite B et C en province.

6.4.6. Perception de violences sexuelle par les participants

Dans l'ensemble, plus de 90% des personnes interrogées de plus de 18 ans ont affirmé avoir entendu parler de violence sexuelle dans les trois villes enquêtées. Cependant la majorité des enquêtés de la ville de Bossangoa (61,3%) ont affirmé avoir entendu parler de violence sexuelle par rapport à Bambari et Bouar (35,7% et 39,3%). Les personnes en situation de handicap moteur ont majoritairement entendu parler de violence sexuelle ou avoir été témoin d'un acte sexuel contre la volonté des personnes dans l'ensemble des sites enquêtés. La proportion d'affirmation se présentait de la manière suivante : des handicapés moteurs à Bossangoa 61,3% à Bouar 39,3%, et 35,7% à Bambari. Nos résultats obtenus étaient largement supérieurs aux résultats de l'étude de Bangui en 2022 dont 45,9% des enquêtés ont entendu parler de violences sexuelles [17]. Concernant l'origine de l'acte sexuelle, 6,2% des participants ont affirmé être forcés d'avoir des relations sexuelles non consentant. Cette obligation de violence sexuelle était aussi observée dans l'étude de Bangui dont 7% des participants ont affirmé être forcé par quelqu'un d'avoir des relations sexuelles non consensuelles. Les participants du sexe féminin étaient plus victime (9,5%) de cette contrainte que les sexes masculin (7%). La proportion des sexes féminins victimes était au-dessus de celle obtenue des quatre régions du Burkina Faso : Centre, Centre-Est, Centre-Ouest et Hauts-Bassins en 2018 qui

est de 4,6% [23]. Cette particularité s'expliquerait par des nombreuses crises militaro politiques tant à Bangui qu'en provinces.

6.4.7. Utilisation des drogues

L'utilisation des drogues était fréquente en milieu des personnes en situation de handicap dans les provinces de la RCA. De manière générale, les participants de plus de 18 ans ont donné leur avis sur l'utilisation des drogues dans leur ville respective à Bossangoa 36,3%, contre 26,5% à Bambari et 16,6% à Bouar. Les personnes en situation de handicap de sexe masculin ont donné leur avis sur l'utilisation des drogues à 56,3% et 54,5% à Bossangoa et Bouar. L'utilisation des drogues était observée à 21,9% des handicapés moteurs. Les résultats relatifs à l'utilisation des drogues en milieu des jeunes handicapés de plus de 18 ans (24,8%) obtenus de cette étude sont inférieurs à ceux de l'étude de Bangui dont 32,0% des plus de 25 ans ont affirmé que les membres de leur association étaient des utilisateurs des drogues. L'accès et l'environnement favorisent la consommation élevée des drogues à Bangui qu'en provinces.

6.4.8. Prévalence du VIH chez les participants

Dans l'ensemble, 17 personnes en situation de handicap sont dépistées positives au VIH lors de cette étude et cela représente une prévalence de 2,8 % (17/611). Cette prévalence était similaire à celle de l'étude menée à Bangui en 2022 et en dessous de la prévalence nationale de la RCA qui est de 3,4% (selon la projection Spectrum de l'ONUSIDA en 2022). On observe une prédominance du sexe féminin avec 3,2 % (10/611) contre 2,4 % (7/611) du sexe masculin. Cette prédominance féminine était similaire aux résultats de l'étude menée au Burkina-Faso (1,7%), légèrement supérieur à ceux du Niger (0,4%) et inférieur aux résultats des études de Bangui en 2022 (6,5%), de Guinée Bissau (5,4%) et Cap Vert (8,8%) [17-22]. La féminisation de la prévalence pourrait s'expliquer du fait que les sujets féminins sont vulnérables sur le plan biologique, économique et socio culturel.

Par rapport à l'âge et selon les personnes dépistées positives, le VIH est majoritairement observé parmi les sujets handicapés ayant l'âge de 18 ans et plus avec une moyenne de 2,8 % (17/611). Cette prévalence était similaire avec les résultats de Bangui en 2022 (2,9%) et celle-ci pourrait être justifiée du fait que les personnes de cette tranche d'âge sont sexuellement actives [17]. Les personnes en situation de handicap instruites étaient plus infectées à 2,8 % (10/347). La prévalence du VIH chez les participants scolarisés est similaire celle trouvée dans l'étude de Bangui avec 2,9%. Cependant, l'infection est plus observée chez les personnes vivant seule avec une prévalence de 3% (9/301). Pour ce qui concerne la situation matrimoniale, la prévalence du VIH chez ceux vivant seul était

supérieure à 0,6% des résultats de l'étude de Bangui [17]. La solitude ou célibat serait un facteur d'exposition à l'infection au VIH.

Les handicapés moteurs présentaient une infection au VIH à majoritaire soit 2,9% (13/444). Le taux de positivité du VIH obtenu chez les handicapés moteurs était inférieur à celui de Bangui avec 3,8% [17]. Cette différence pourrait se justifier du fait que la majorité des personnes en situation de handicap moteur étaient plus actives dans la vie professionnelle et sexuelle.

6.4.9. Prévalence de la syphilis

La prévalence de la syphilis parmi les enquêtés représentait 3,9% (24/611) avec une prédominance du sexe féminin à 4,4% (14/315). Cette prévalence est inférieure à celle de l'étude de Bangui en 2022 avec 6,7% [17]. La féminisation de l'infection à la syphilis est similaire avec les études de Bangui, cependant la prévalence de notre étude est largement supérieure à celle de Bangui qui est de 0,6% (2/357). La totalité des infectées sont des personnes âgées de plus de 18 ans (24/24). Cette observation était similaire aux résultats de Bangui ou 100% des personnes infectées par la syphilis était dans les mêmes tranches d'âge. Les personnes instruites représentaient la majorité des infectées à la syphilis à 4,6% (16/347) et supérieure aux résultats de Bangui qui étaient de 1,4% (5/357). Par rapport au statut matrimoniale, les handicapés vivant à seul sont plus infectés à 4,0% (12/301). Cette prévalence était au-dessus de celle de Bangui ou les personnes vivant seul représentait 0,3% (1/357) [17]. La syphilis est plus observée chez les sujets avec déficit moteur à 3,6% (17/444). Ce résultat est plus élevé que celui réalisé à Bangui avec une prévalence de 0,8% (3/357). Nous constatons une recrudescence de l'infection syphilitique en milieu des personnes en situation de handicap tant à Bangui qu'en Provinces [17]. Celle-ci pourrait se justifier du fait de manque d'attention sur les infections sexuellement transmissibles en RCA.

6.4.10. Prévalence de l'hépatite B

Selon les résultats de notre enquête, la prévalence de l'hépatite B parmi les enquêtés était de 3,5% (21/611) avec une prédominance du sexe masculin à 4,4% (13/296). La prévalence de l'hépatite B de notre étude était inférieure à celle des résultats de Bangui dont l'hépatite B représentait 6,7% (24/357) et la masculinité de l'infection était similaire à celle de Bangui qui est de 4,5% (16/357) [17]. Les personnes âgées de plus de 18 ans étaient majoritairement infectées à 3,6% (20/579). Cependant l'infection à l'hépatite B était de 100% chez les participants de 18 ans et plus à Bangui en 2022. Les personnes en situation de handicap instruites sont plus infectées à l'hépatite B à 4,4% (15/347). Cette

prévalence était largement en dessous de celle de Bangui avec 5,9% (21/357) des infectés qui sont instruits à Bangui [17]. Par rapport au statut matrimoniale, les handicapés vivant en union sont plus infectés à 3,9% (12/310). Ce taux de l'infection est en dessous de celle de Bangui qui est de 4,5% (16/357). Cette différence pourrait s'expliquer du fait que les personnes en situation de handicap à Bangui ont un accès facile aux services des soins de base y compris le dépistage de l'hépatite B. L'infection à l'hépatite était plus observée chez les handicapés moteurs à 3,8% (17/444).

6.4.11. Prévalence de l'hépatite C

La sérologie de l'hépatite C représentait 0,5% (3/611) de l'ensemble des personnes enquêtées. Cette prévalence est en dessous de celle de Bangui avec 4,5% (16/357). La prédominance de l'infection était du sexe masculin à 1,0% (3/296) des dépistées, celle-ci était en dessous de Bangui qui est de 2,2% (8/357) [17]. L'infection à l'hépatite C était observée chez les personnes âgées de 18 ans et plus à 0,5% (3/579). Cette prévalence était en dessous de celle de Bangui dont l'infection à l'hépatite C représentait 4,5% (16/357) [17]. Les personnes en situation de handicap instruites étaient infectées à l'hépatite C à 0,8 % (3/347) contrairement à celles de Bangui de la même situation ou la prévalence de l'infection représentait 3,6% (13/357). Par rapport au statut matrimoniale, les handicapés vivant en union étaient infectés à 0,9% (3/310). L'infection à l'hépatite C était plus observée chez les handicapés moteurs à 0,6% (3/444). La prévalence relative au statut matrimoniale de notre étude était inférieure à celles de Bangui à 3,4% (12/357) et en ce qui concerne le type de handicap, nos résultats sont différents à ceux de Bangui ou les personnes en situation de handicap auditif étaient majoritairement infectées à l'hépatite C avec 0,3% (1/357) [17].

6.5. Facteurs associés à l'infection au VIH

On observe qu'il n'y a de différence statistique entre le sexe ($p= 0,54$) et l'âge ($p= 0,62$) par rapport à la sérologie de VIH. De même pour le niveau d'instruction, la situation matrimoniale et le type d'handicap ne sont pas liées à la sérologie du VIH. Le

6.6. Facteurs associés à l'infection à la syphilis

On note qu'il n'y a pas de différence statistique entre le sexe $p=0,21$, l'âge $p=0,92$, niveau d'instruction $p=0,17$, la situation matrimoniale $p=0,55$ et le type de handicap $p=0,39$ par rapport à la sérologie de syphilitique

6.7. Facteurs associés à l'infection aux hépatites B et C

Les résultats des analyses de l'étude ont montré que la sérologie de l'hépatite C n'est pas statistiquement liée au sexe, à l'âge, ni au niveau d'instruction et au type de handicap chez les participants enquêtés. On observe aussi que le niveau de connaissances sur l'hépatite C n'est pas liée au statut sérologique des participants à l'enquête.

CONCLUSION

Les personnes en situation de handicaps à Bouar, Bossangoa et Bambari en RCA sont particulièrement vulnérables à l'infection par le VIH, la syphilis et les hépatites B et C en raison de l'exposition à un certain nombre de facteurs de risque telles que les barrières pour accéder à l'information sur la prévention des infections sexuellement transmissibles, sur les violences sexuelles, et sur les services de santé y compris l'utilisation des préservatifs et l'accès aux traitements antirétroviraux. Au niveau des formations sanitaires, aucune structure d'accueil n'est disponible pour délivrer des services et des soins adaptés aux personnes en situation de handicaps et ces dernières préfèrent souvent, face à cette situation de renoncer aux consultations des prestataires de santé. La dimension bio-comportementale exigerait une analyse critique de comment les personnes handicapées atteintes des trois infections (VIH, Syphilis et hépatites) se positionnent par rapport à la prévention médicale à l'exemple des connaissances sur les maladies, les moyens de prévention et le statut sérologique vis-à-vis de cette population. Cependant la situation des personnes en situation de déficit auditif reste inconnue dans les trois villes enquêtées à cause de manque de structure d'éducation pour les sourds muets.

RECOMMANDATIONS

Les mesures de prévention pour la réduction des nouvelles infections du VIH, de la Syphilis et des Hépatites B et C chez les personnes en situation d'handicaps dans les villes des provinces en RCA et leur prise en charge doivent être renforcées.

Pour le Ministère en charge de la Santé

- Développer une stratégie de la prise en charge globale des cas de l'hépatite B et C et de la syphilis chez les personnes en situation de handicaps en RCA ;
- Renforcer l'accès au dépistage, au suivi biologique et au traitement pour le VIH, la syphilis et la TB auprès des personnes en situation d'handicaps ;
- Renforcer par les matériels adéquats les structures sanitaires ayant permis l'accès à la prise en charge sanitaires des patients handicapés ;
- Organiser des campagnes de dépistage de masse pour le VIH, la tuberculose et les hépatites et assurer le suivi et la prise en charge des personnes en situation de handicaps en RCA.
- Créer des unités de prise en charge des personnes en situation d'handicaps (surtout les sourds-muets) dans les FOSA en RCA avec des personnels formés ;

Pour le Ministère de l'Action Humanitaire

- Faire le suivi de la mise en œuvre des textes juridiques garantissant les droits des personnes en situation d'handicaps en RCA ;
- Créer des centres d'alphabétisation des personnes en situation d'handicaps (surtout les sourds-muets) dans les villes des provinces de la RCA ;
- Faire des plaidoyers pour une prise en charge gratuite des handicapés malades dans les structures sanitaires ;
- Organiser un forum des partenaires pour la mobilisation des ressources afin d'appuyer la prévention de la lutte contre le VIH, la Syphilis et les hépatites B et C auprès des personnes en situation d'handicaps en RCA.

Pour la CN/CNLS

- Elargir cette enquête IBBS dans les autres Préfectures non enquêtées de la RCA pour une représentativité des résultats au niveau national ;
- Renforcer l'accès aux moyens des préventions auprès des personnes en situation d'handicaps en RCA ;
- Organiser un forum des partenaires pour la mobilisation des ressources afin d'appuyer les projets de la prévention des nouvelles infections du VIH, de la

Syphilis et des hépatites B et C auprès des personnes en situation d'handicaps en RCA.

Pour les ONG

- Renforcer les programmes IEC sur le VIH, la Syphilis et les hépatites au sein des différentes associations dans les villes des provinces du pays ;
- Développer, en collaboration avec le Ministère en charge de Santé, un système de suivi pour le soutien des PVVIH pour assurer la continuité des traitements à domicile ;
- Développer et mettre en place un programme de soutien à l'adhérence aux traitements pour les personnes en situation d'handicaps.

Pour les partenaires techniques et financiers

- Renforcer l'assistance technique et financière en matière du VIH, de la Syphilis et des hépatites B et C en milieu des personnes en situation d'handicaps ;
- Appuyer l'achat des équipements adéquats pour la prise en charge des handicapés dans les FOSA ;
- Appuyer l'extension de l'étude IBBS auprès des personnes en situation d'handicaps dans les Préfectures de la RCA.

Coordination de l'enquête

La coordination de l'enquête a été placée sous la CN/CNLS. Un comité de pilotage été mis en place pour le suivi de la mise en œuvre de l'enquête. Un sous-comité scientifique était chargé d'élaboration des drafts des documents. Celui-ci était chargé notamment de revoir la méthodologie et les outils, de valider le protocole ainsi que le projet de rapport.

Références

1. Bureau Central du Recensement. RGPH 2003. Cahiers des villages et quartiers. Prefecture de l'Ouham. Page 41
2. Guyen T.V, Kompanje E.J, Van Praag M.C. A few milestones in the history of syphilis. *Ned Tijdschr Geneesk* 2013; 157(12)
3. Jin F, Prestage GP, Imrie J, Kippax SC, Donovan B, Templeton DJ, et al. Anal sexually transmitted infections and risk of HIV infection in homosexual men. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010; 53(1):144–9.
4. WS NAMBEI, EP GAMBA, E GBANGBANGAI, S SOMBOT-NDICKY, A BOGON, O SENZONGO : place de l'hépatite virale B seule ou associée au VIH parmi les causes d'affections hépatiques et rénales chez les adultes ;Rev. *CAMES Santé* vol.2 n°1, Juillet 2014
5. REACH Initiative, MSNA 2021, op.cit
6. Rapport sur le Développement Humain (IDH), 2019
7. Rapport SARA HeRAMS 2020
8. République centrafricaine. Ministère du Plan et de la coopération. Rapport enquête MICS 6, 2018-2019
9. Bureau Central du Recensement. RGPH 2003. Cahiers des villages et quartiers. Prefecture de la Ouaka. Page 41
10. Pawlotsky JM, et al. High prevalence of hepatitis B et C, and E markers in young sexually active adults from the Central African Republic. *J Med Virol* 1995
11. Komas NP, et al. The prevalence of hepatitis B virus markers in a cohort of students in Bangui, Central African Republic. *BMC Infect Dis* 2010
12. Komas NP, et al. Cross-sectional study of hepatitis virus infection in rural communities, Central African Republic. *BMC Infect Dis* 2013
13. Bekondi C, et al. HBV immunization and vaccine coverage among hospitalized children in Cameroon, Central African Republic and Senegal: a cross-sectional study. *BMC Infect Dis* 2015
14. Bekondi C, et al. Characterization of hepatitis B virus strains from the Central African Republic: preliminary results. *Pathol Biol* 2008
15. Nambei WS, et al. Seroepidemiology of HIV, Syphilis and Hepatitis B and C viruses among blood donors in Bangui, Central African Republic. *Med Sante Trop*, 2016
16. Ngaiganam E, et al. Caractérisation épidémiologique et moléculaire des virus des hépatites B, C et D dans la population centrafricaine. Présentation oral S21O1 AFRAVIH 2016

17. Rapport CNLS. Enquête bio-comportementale liée au VIH, à la Syphilis et aux Hépatites B et C chez les personnes en situation de handicap à Bangui en RCA en 2022. Page : 96
18. De Beaudrap P., Busière S., Holtz C., Olchini D., Deygas S. Etude bio comportementale de la vulnérabilité des personnes handicapées face au VIH dans quatre pays : Burkina Faso, Niger, Guinée Bissau et Cap Vert. Fond mondial 2019
19. Etude bio comportementale de la vulnérabilité des personnes handicapées face au VIH au Niger, 2019
20. Etude bio comportementale de la vulnérabilité des personnes handicapées face au VIH au Cap Vert, 2018
21. Etude bio comportementale de la vulnérabilité des personnes handicapées face au VIH au Burkina Faso, 2018
22. Etude bio comportementale de la vulnérabilité des personnes handicapées face au VIH en Guinée Bissau, 2018
23. Emile Sedga. Handicap et HIV : « Personne ne veut s'approcher de moi ». *Sidwaya*. 2019. <https://islam.domains.uflib.ufl.edu/s/bf/item>. Consulté le 24 septembre 2023)

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

Enquête bio comportementale liée au VIH, à la syphilis et aux hépatites B et C chez les personnes en situation de handicap à Bambari, Bossangoa et Bouar en RCA en 2023

| Code | Paramètres d'identification | |
|---|---|-------------------|
| QS001 | Numéro du questionnaire : | /_/_/_/_/ |
| QS002 | Code de l'enquêteur: | /_/_/ |
| QS003 | Code du répondant : | /_/_/_/_/ |
| QS004 | Site de l'enquête: Préciser le numéro de site | /_/_/ |
| QS005. | Date de l'interview : | /_/_/___/___/___/ |
| | <p>Présentation de l'enquêteur Bonjour mon nom est Je fais partie d'une équipe de chercheurs qui mènent une étude sur la santé dans les associations des personnes en situation de handicap de Bambari, Bossangoa et Bouar afin d'aider à identifier les besoins de services de soins et de prévention, en particulier pour le VIH, la syphilis et les hépatites B et C. Toutes les informations que vous partagez avec nous seront confidentielles, ce qui signifie qu'elles ne seront vues que par les membres de l'équipe de recherche. Vos résultats personnels ne seront transmis à personne, notamment pas à l'association ni à la famille. Nous nous attendons à ce que cette entrevue prenne entre 25 et 30 minutes. Votre participation à l'étude est purement volontaire. Si vous ne vous sentez pas à l'aise avec une question, vous êtes libre de ne pas y répondre. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à tout moment si vous en ressentez le besoin.</p> | |
| Section 1 : Caractéristiques démographiques du répondant | | |
| QS101. | Sexe du répondant : 1. Masculin 2. Féminin | /_/_/ |
| QS102 | Quel est votre âge (en année révolue) | /_/_/ ans |
| QS103 | Quelle est votre nationalité 1. Centrafricaine. 2. Autre | /_/_/ |
| QS104 | Quelle était votre profession ? 1. Fonctionnaire civil 2. Profession libérale (Commerçant, maçon, menuisier, manœuvre, mineurs etc...) 3. Profession libérale intellectuelle (médecin, dentiste, avocat ; architecte, notaire, etc.) 4. Elève et Etudiant 5. Cultivateur, éleveur et pêcheur 6. Chauffeur de taxi (auto/moto) 7. Sans emploi 8. Autre (à préciser) | /_/_/ |
| QS105 | Quelle est votre résidence actuelle? | /_/_/ |
| QS106 | Quel est le plus haut niveau d'instruction que vous avez atteint ? Aucun niveau, 2. Primaire, 3. Secondaire, 4. Supérieur | /_/_/ |
| QS107 | Quelle est votre situation matrimoniale? | /_/_/ |

| | | |
|---|---|--|
| | 1. Célibataire 2. Marié (e)/ concubin(e) 3. Divorcé (e)/séparé (e) 4. Veuf /Veuve | |
| QS108 | Quelle est la nature de votre handicap ? 1. Auditif 2. Visuel 3. Physique 4. Autre (précisez) _____ | /_/_/ |
| QS109 | Depuis combien de temps êtes-vous dans cette situation ? 1. La naissance 2. Après un accident 3. Après une maladie 4. Autres raisons (à préciser) | /_/_/_/ |
| Section 2 : Connaissances, Attitudes, comportements et pratiques (CAP) | | |
| QS201 | Pensez-vous que vous avez un risque de contracter les maladies suivantes ? 1. VIH et sida /_/_/ 2. Syphilis /_/_/ 3. Hépatites /_/_/ | 1. Risque élevé 2. Risque faible 3. Aucun risque 4. Ne sait pas |
| QS202 | Pensez-vous que le VIH peut être transmis par une personne infectée par le VIH ? 1. Par des rapports sexuels vaginaux sans condom /_/_/ 2. Par des rapports sexuels vaginaux avec un condom /_/_/ 3. Par des rapports sexuels anaux sans condom /_/_/ 4. Par des rapports sexuels anaux avec un condom /_/_/ 5. Par relations sexuelle bucco-labiale /_/_/ 6. Par contact avec le siège des toilettes /_/_/ 7. En buvant ou mangeant dans la tasse d'une personne infectée par le VIH /_/_/ 8. En s'embrassant /_/_/ 9. Par une piqûre de moustique /_/_/ 10. Par injection avec des aiguilles usagées (usage médical) /_/_/ 11. En s'injectant des drogues avec des aiguilles partagées /_/_/ 12. Par le partage de lames de rasoir, d'autres objets tranchants /_/_/ 13. Par partage de matériel de tatouage /_/_/ 14. En partageant le sang dans des rituels de fraternité /_/_/ | 1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |

| | | |
|--------|---|---|
| | <p>15. En serrant la main /__/ 16. Par l'allaitement /__/ 17. De la mère à l'enfant pendant la grossesse et l'accouchement /__/</p> | |
| QS203 | <p>Si vous saviez qu'une personne est infectée par le VIH, accepteriez-vous :</p> <p>1. De manger avec elle ? /__/ 2. D'avoir des rapports sexuels sans condom avec elle ? /__/ 3. D'avoir des rapports sexuels avec un condom avec elle ? /__/ 4. De continuer de la rencontrer ? /__/ 5. De partager une cellule avec lui /elle ? /__/</p> | <p>1. Oui 2. Non 3. Ne sais pas</p> |
| QS 204 | <p>Pensez-vous que dans cette association, il y a des personnes vivant avec le VIH ? 1. Oui, 2 Non, 3 Ne sais pas</p> | /__/ |
| QS 205 | <p>Selon vos connaissances par rapport à la syphilis, pensez-vous que :</p> <p>1. Les risques de transmission de la syphilis sont plus élevés en milieu des handicapés qu'en dehors ? /__/ 2. Qu'une démangeaison ou bouton sur le corps qui dure plus de deux semaines suspecte la syphilis ? /__/ 3. Que la syphilis peut être guérie avec un traitement approprié /__/ 4. Qu'un patient traité pour la syphilis sous traitement reste contagieux durant l'ensemble du traitement ? /__/ 5. Pour prévenir la transmission de la syphilis en milieu des handicapés. /__/</p> | <p>1. Oui 2. Non 3. Ne sais pas</p> |
| QS 206 | <p>Pensez-vous que la syphilis peut être transmise par une personne infectée par la syphilis ?</p> <p>1. Par des rapports sexuels vaginaux sans condom /__/ 2. Par des rapports sexuels vaginaux avec un condom /__/ 3. Par des rapports sexuels anaux sans condom /__/ 4. Par des rapports sexuels anaux avec un condom /__/ 5. Par relations sexuelle bucco-labiale /__/ 6. Par contact avec le siège des toilettes /__/ 7. En buvant ou mangeant dans la tasse d'une personne infectée par la syphilis /__/ 8. En s'embrassant /__/ 9. Par une piqûre de moustique /__/ 10. Par injection avec des aiguilles usagées (usage médical) /__/ 11. En s'injectant des drogues avec des aiguilles partagées /__/</p> | <p>1. Oui 2. Non 3. Ne sais pas</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>12. Par le partage de lames de rasoir, d'autres objets tranchants /__/</p> <p>13. Par partage de matériel de tatouage /__/</p> <p>14. En partageant le sang dans des rituels de fraternité /__/</p> <p>15. En serrant la main /__/</p> <p>16. Par l'allaitement /__/</p> <p>De la mère à l'enfant pendant la grossesse et l'accouchement / __ /</p> | |
| QS 207 | <p>Pensez-vous que les hépatites B et C peut être transmis par une personne infectée par les hépatites ?</p> <p>1. Par des rapports sexuels vaginaux sans condom /__/</p> <p>2. Par des rapports sexuels vaginaux avec un condom /__/</p> <p>3. Par des rapports sexuels anaux sans condom /__/</p> <p>4. Par des rapports sexuels anaux avec un condom /__/</p> <p>5. Par relations sexuelle bucco-labiale /__/</p> <p>6. Par contact avec le siège des toilettes /__/</p> <p>7. En buvant ou mangeant dans la tasse d'une personne infectée par les hépatites /__/</p> <p>8. En s'embrassant /__/</p> <p>9. Par une piqûre de moustique /__/</p> <p>10. Par injection avec des aiguilles usagées (usage médical) /__/</p> <p>11. En s'injectant des drogues avec des aiguilles partagées /__/</p> <p>12. Par le partage de lames de rasoir, d'autres objets tranchants /__/</p> <p>13. Par partage de matériel de tatouage /__/</p> <p>14. En partageant le sang dans des rituels de fraternité /__/</p> <p>15. En serrant la main /__/</p> <p>16. Par l'allaitement /__/</p> <p>De la mère à l'enfant pendant la grossesse et l'accouchement / __ /</p> | <p>1. Oui</p> <p>2. Non</p> <p>3. Ne sais pas</p> |
| <p>Section 3 : Consommation de drogues et de drogues injectables et autres facteurs de risque associés au VIH, à la Syphilis et aux Hépatites</p> | | |
| <p>Usage de drogues et risques</p> | | |
| QS301 | <p>À votre avis, combien de personnes handicapées utilisent une ou plusieurs des drogues suivantes dans cette association ?</p> <p>1. Cannabis (herbe, marijuana) /__/</p> <p>2. Alcool (y compris les liquides alcools auto-brassés) /__/</p> <p>3. Héroïne /__/</p> <p>4. Opiacés (codéine, morphine, Tramadol® etc.) /__/</p> | <p>1. Aucune</p> <p>2. Quelques-unes</p> <p>3. Beaucoup</p> <p>(si 2 ou 3 continuer à la question suivante S302)</p> |

| | | |
|------------------------|--|---|
| | <p>5. Cocaïne /__/ 6. Amphétamines, speed /__/ 7. Benzodiazépines (Roches® etc.) /__/ 8. Autre /__/</p> | |
| QS302 | <p>Avez-vous déjà consommé l'une de ces substances précitées ? 1. Oui 2. Non</p> | Si NON, passer à la question 304 |
| QS303 | <p>Lesquelles, le cas échéant, des substances suivantes avez-vous déjà consommé ? 1. Cannabis (herbe, marijuana, hashish) /__/ 2. Alcool (y compris les liquides alcools auto-brassés) /__/ 3. Héroïne /__/ 4. Opiacés (Codéine, Tramadol® , morphine, etc.) /__/ 5. Cocaïne /__/ 6. Amphétamines /__/ 7. Benzodiazépines (Roches etc.) /__/ 8. Autre /__/</p> | <p>1. À l'intérieur et à l'extérieur de l'association 2. Seulement à l'extérieur de l'association 3. Seulement à l'intérieur de l'association</p> |
| QS304 | <p>À votre avis, combien de personnes handicapées de cette association sont des utilisateurs de drogues injectables ? 1. Aucun 2. Peu 3. Beaucoup 4. Ne Sait pas</p> | /__/ |
| QS305 | <p>Avez-vous déjà injecté des drogues ? 1. Oui 2. Non</p> | <p>/__/ (Si non, passez à la question QS309)</p> |
| QS306 | <p>Si oui, où ? 1. A l'intérieur et à l'extérieur de l'association 2. Seulement à l'intérieur de l'association 3. Seulement à l'extérieur de l'association</p> | /__/ |
| QS307 | <p>Lorsque vous injectez des drogues, partagez-vous ou utilisez-vous du matériel partagé ? QCM 1. Aiguilles /Seringues 2. Le matériel (p. ex. cuillères pour usage de drogues ; eau)</p> | <p>1. Toujours/souvent 2. Parfois 3. Jamais</p> |
| Risques sexuels | | |
| QS308 | <p>Dans cette association, avez-vous..., (l'un des éléments suivants)? QCM 1. Entendu parler de violence sexuelle ou en avoir été témoin (relations sexuelles contre la volonté de quelqu'un) /__/</p> | <p>1.Oui 2.Non 3.Pas de réponse</p> |

| | | |
|---|--|---|
| | <p>2. Été forcé d'avoir des relations sexuelles ? /___/</p> <p>3. Forcé quelqu'un d'autre à avoir des relations sexuelles ? /___/</p> <p>4. Été impliqué dans des actes de violence sexuelle /___/</p> | |
| QS309 | <p>Est-ce que certaines personnes non handicapées fournissent des services sexuels à d'autres personnes handicapées pour de l'argent, des biens ou des services ?</p> <p>1. Oui régulièrement</p> <p>2. Oui occasionnellement</p> <p>3. Non</p> <p>4. Ne sais pas</p> | /___/ |
| QS310 | <p>Avez-vous déjà payé ou accepté des biens, de l'argent ou un service pour des relations sexuelles ?</p> <p>1. Oui régulièrement</p> <p>2. Oui occasionnellement</p> <p>3. Non</p> <p>Ne sais pas</p> | /___/ |
| Autres risques transmission par voie sanguine | | |
| QS311 | <p>Avez-vous déjà... ? QCM</p> <p>1. Partagé une lame de rasoir (rasage ou coupe de cheveux) /___/</p> <p>2. Partagé une brosse à dents /___/</p> <p>3. Été tatoué /___/</p> <p>4. Eu un piercing (par exemple pour boucle d'oreille) /___/</p> <p>5. Participé à un rituel de partage de sang /___/</p> | <p>1. Oui</p> <p>2. Non</p> <p>3. Ne sait pas</p> |
| Section 4 : Disponibilité et qualité des services de santé | | |
| QS401 | <p>De quelles maladies avez-vous souffert dans votre vie ? (Cochez tous les cas mentionnés) QCM</p> <p>1. Gale /___/</p> <p>2. Paludisme /___/</p> <p>3. Pneumonie /___/</p> <p>4. Gastro-entérites /___/</p> <p>5. Malnutrition /___/</p> <p>6. VIH et sida /___/</p> <p>7. Syphilis et autres IST</p> <p>8. Hépatites B /___/</p> <p>9. Hépatites C /___/</p> <p>10. Hypertension artérielle /___/</p> <p>11. Bronchite chronique /___/</p> <p>12. Diabète /___/</p> <p>13. Je ne sais pas /___/</p> <p>14. Aucune</p> | <p>1. Oui</p> <p>2. Non</p> <p>3. Ne sait pas</p> |

| | Autres (Précisez)..... | |
|-------|---|---|
| QS402 | <p>Comment avez-vous obtenu un traitement pour votre maladie ? (Cochez tout ce qui s'applique) QCM</p> <p>1. Formation sanitaire /___/</p> <p>2. Famille ou amis /___/</p> <p>3. S'est soigné soi-même/___/</p> <p>4. Aucun traitement /___/</p> <p>Autres (préciser) -----</p> | <p>1. Oui</p> <p>2. Non</p> <p>3. Ne sait pas</p> |
| QS403 | <p>L'association fournit-elle un traitement médical aux personnes handicapées lorsqu'elles sont malades ?</p> <p>1. Oui</p> <p>2. Non</p> <p>3. Ne sais pas</p> | /___/ |
| QS404 | <p>Dans quelle mesure êtes-vous satisfait des services médicaux fournis par l'établissement pénitentiaire ?</p> <p>1. Très satisfait</p> <p>2. Satisfait</p> <p>3. Insatisfait</p> | /___/ |
| QS405 | <p>Un professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que vous étiez atteint de : (QCM)</p> <p>1. VIH /___/</p> <p>2. Syphilis /___/</p> <p>3. Hépatite B /___/</p> <p>4. Hépatite C /___/</p> | <p>1. Oui</p> <p>2. Non</p> <p>3. Ne sait pas</p> |
| QS406 | <p>Si oui, avez-vous reçu un traitement pour ?</p> <p>1. VIH /___/</p> <p>2. Syphilis /___/</p> <p>3. Hépatite B /___/</p> <p>4. Hépatite C /___/</p> | <p>1. Oui</p> <p>2. Non</p> <p>3. Ne sait pas</p> |
| QS407 | <p>Dans cette association, avez-vous reçu une information sure ? QCM</p> <p>1. Le VIH /___/</p> <p>2. Les Hépatites /___/</p> <p>3. Sur la syphilis /___/</p> <p>4. L'utilisation des condoms/préservatifs /___/</p> <p>5. L'utilisation des lubrifiants /___/</p> <p>6. La thérapie antirétrovirale (TAR) /___/</p> <p>7. La prévention de la transmission VIH /Syphilis de la mère à l'enfant (PTME) /___/</p> <p>8. L'alcool et les drogues /___/</p> <p>9. Les tatouages /___/</p> <p>10. La santé sexuelle et reproductive /___/</p> | <p>1. Oui</p> <p>2. Non</p> |

Annexe 2 : Formulaire de consentement éclairé

Enquête bio comportementale liée au VIH, à la syphilis et aux hépatites B et C chez les personnes en situation de handicap à Bambari, Bossangoa et Bouar en RCA en 2023

Vous êtes invité à participer à une étude sur la santé dans les sites des associations des personnes en situation de handicap en RCA. Nous espérons en apprendre davantage sur la situation et besoins en matière de VIH, de la syphilis et des hépatites B et C chez les personnes handicapées. Cette étude est menée par une équipe indépendante de la CN/CNLS. Toutes les informations que vous nous communiquerez sont strictement anonymes et confidentielles et personne n'est en mesure de relier les informations fournies à une personne individuelle.

En participant à l'enquête, les personnes en situation de handicap peuvent contribuer à l'amélioration des connaissances et des informations sur le VIH, la syphilis et les Hépatites B et C pour l'ensemble de la population centrafricaine. Vous avez été sélectionné comme participant possible à cette étude parce que vous êtes actuellement membre de l'association des personnes handicapées en RCA. Cette entité et votre nom ont été tirés au sort ainsi que celui de 421 autres personnes handicapées.

Si vous décidez de participer, nous vous poserons quelques questions concernant votre santé, en particulier VIH, Syphilis et hépatites B et C, et effectuerons un test de dépistage volontaire pour les quatre maladies.

Les participants bénéficieront de plusieurs avantages de cette enquête, y compris la connaissance de leur statut concernant le VIH, la syphilis et les Hépatites B et C. Ceux dont les résultats du test de dépistage pour ces infections sont positifs seront conseillés et auront accès aux services de traitement et de soins.

Ce processus devrait durer environ 45 minutes.

Les enquêteurs sont formés pour faire face au stress qui pourrait résulter de la participation à l'enquête, à aider les répondants à se sentir à l'aise ainsi que pour fournir des conseils post-test aux personnes éventuellement nouvellement diagnostiquées avec le VIH ou les Hépatites.

Votre participation est volontaire. Votre décision de participer ou non ne nuira pas à vos relations futures avec les responsables de votre association ou toute autre partie de votre famille. Si vous décidez de participer, vous êtes libre de cesser de participer à tout moment sans préjudice même après avoir signé ce formulaire.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous les poser.

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la Faculté des Sciences de Santé de l'Université de Bangui

Votre signature indique que vous avez lu les informations fournies ci-dessus et que vous avez décidé de participer.

Signature de l'enquêté

Date

Nom et Signature du chercheur

Date

Annexe 3: Fiche de rendu des résultats sérologique VIH, BW, Hépatites B et C

FICHE DE RENDU DES RESULTATS

Code de patient : Age : _____ Sexe : M F

Résidence : Date de prélèvement :/...../ 2023

Test utilisé : DETERMINE HIV ET UNI-GOLD HIV

+++++

Résultats VIH : Détermine HIV ½ /___/ POSITIF /___/ NEGATIF
Uni-Gold HIV ½ /___/ POSITIF /___/ NEGATIF

Interprétation :

/___/ SEROLOGIE VIH NEGATIVE

/___/ SEROLOGIE VIH POSITIVE

/___/ INDETERMINE. : Test PCR pour confirmation des résultats

+++++

Test utilisé : SD BIOLINE SYPHILIS

Résultats BW : SD BIOLINE Syphilis /___/ POSITIF /___/ NEGATIF

Interprétation : /___/ SEROLOGIE BW NEGATIVE

/___/ SEROLOGIE BW POSITIVE

+++++

Test utilisé : SD BIOLINE AgHBs

Résultats AgHBs : SD BIOLINE AgHBs /___/ POSITIF /___/ NEGATIF

Interprétation : /___/ SEROLOGIE AgHBs NEGATIVE

/___/ SEROLOGIE AgHBs POSITIVE

+++++

Test utilisé : SD BIOLINE Ac HCV

Résultats Ac HCV : SD BIOLINE AcHCV /___/ POSITIF /___/ NEGATIF

Interprétation : /___/ SEROLOGIE Ac HCV NEGATIVE

/___/ SEROLOGIE Ac HCV POSITIVE

Date :/...../.....

Signature du Technicien de Laboratoire

Annexe 4: Fiche de Notice d'information pour les participants

Notice d'information pour les participants

Bonjour Madame, Monsieur ;

Je m'appelle.....

Je travaille pour le compte de l'équipe de la CN/CNLS dans le cadre d'une étude avec l'accord du gouvernement centrafricain.

Les infections sexuellement transmissibles (IST) sont un problème majeur de santé publique et constituent un facteur à risque de transmission du VIH, de la Syphilis et des Hépatites.

Globalement, on estime que plus d'un milliard de personnes vivent avec une forme ou une autre de handicap, ce qui représente environ 15 % de la population mondiale.

En RCA, les personnes vivant avec handicap constituent un autre groupe de population vulnérable subissant des discriminations et exclusions importantes. En l'absence de données générales sur le handicap en RCA, le nombre des personnes handicapées est estimé à 15%.

Globalement la situation épidémiologique du VIH et des autres IST, demeure très largement méconnue en RCA.

Pour combler cette lacune, la CN/CNLS a décidé de réaliser cette étude afin de rendre disponible les données relatives à cette catégorie de population et formuler des recommandations pour la réduction du poids de ces IST en RCA.

Votre participation est entièrement volontaire et toutes les données récoltées sont anonymes.

I- Objectif

C'est de déterminer la prévalence du VIH, de la Syphilis et des Hépatites B et C ainsi que les facteurs socio-comportementaux influençant le risque d'infection à ces maladies chez les personnes handicapées.

II. Déroulement

Si vous décidez de participer à l'étude, nous vous demanderons de signer un formulaire de consentement. Après avoir signé le formulaire, nous allons vous poser des questions en relation portant sur vos caractéristiques sociodémographiques, vos connaissances, attitudes et pratique relatives au risque pour le VIH, la syphilis et les Hépatites B et C. Cependant, vous n'aurez pas à répondre aux questions auxquelles vous ne voudriez pas répondre. Vous pouvez aussi arrêter l'entretien à tout moment si vous voulez. Nous espérons cependant que vous répondrez à toutes les questions. Cela nous permettra d'apprendre beaucoup plus sur ce qui se passe dans votre communauté pour mieux vous aider.

Nous effectuerons un test de dépistage pour la syphilis, le VIH et les Hépatites B et C, en prélevant une goutte de sang au bout de votre doigt.

III. Arrêt de participation

Vous pouvez choisir d'arrêter votre participation à cette étude à tout moment, sans préjudice. D'autres raisons peuvent nous mener à interrompre l'enquête : une décision de la coordination de l'enquête ou du Comité d'éthique pour la recherche en santé en RCA ou autres raisons (Conflits, guerre, catastrophe, état de santé de l'interviewé)

IV. Confidentialité

Votre participation à cette étude sera confidentielle. Cette confidentialité inclut les informations que vous allez fournir lors de l'entretien informatisé et les résultats. Les données utilisées dans les bases de données et pour les analyses ne contiendront pas votre nom et prénom. Il sera exigé à tous les membres du personnel impliqués dans la conduite de cette étude de signer un formulaire indiquant qu'ils protégeront les informations relatives aux participants.

V. Bénéfices et risques

A titre individuel, votre participation à cette étude vous donnera une opportunité d'être testé et de recevoir des soins le cas échéant pour la syphilis, le VIH, ou les Hépatites C et B. A titre collectif, les informations recueillies pourront aider à mieux comprendre et connaître les besoins en matière de VIH et IST de l'ensemble de la population des handicapés et pourront être utilisées pour développer des interventions et des programmes répondant aux besoins spécifiques de cette catégorie de population. En remerciement pour votre participation vous recevrez un petit cadeau.

Vous pourriez ressentir un certain inconfort durant l'entretien relatif à des questions très personnelles.

VI. Résultats attendus

Dans le cadre de cette étude, les résultats pertinents feront l'objet des recommandations pour un plaidoyer auprès des autorités politiques et sanitaires et des représentants des organismes internationaux afin de renforcer les mesures préventives dans la prise en charge globale des personnes en situation de handicap en RCA.

VII. Personnes à contacter

Si vous avez des problèmes ou questions concernant cette étude vous pouvez contacter

Pr. Wilfrid Sylvain NAMBEI,

Téléphone : 75 50 90 75 ; 70 98 24 11

Email : wilfridnambei@gmail.com

Annexe 5: Fiche d'Accord de Confidentialité

Enquête bio comportementale liée au VIH, à la syphilis et aux hépatites B et C chez les personnes en situation de handicap à Bambari, Bossangoa et Bouar en RCA en 2023

ACCORD DE CONFIDENTIALITÉ

En tant que membre de cette équipe de recherche, je comprends que j'aurais accès à des informations confidentielles sur les sites d'étude et les participants. En signant cette déclaration, j'exprime ma compréhension de mes responsabilités en matière de confidentialité et accepte ce qui suit :

- Je comprends que les noms et toute autre information d'identification des sites d'étude et des participants sont totalement confidentiels.
- J'accepte de ne pas divulguer, publier ou faire connaître à des personnes non autorisées ou au public les informations obtenues au cours du projet de recherche permettant d'identifier les personnes ayant participé à l'étude.
- Je comprends que toutes les informations sur les sites d'étude ou sur les participants obtenus ou auxquelles j'ai eu accès au cours de mon travail sont confidentielles. Je m'engage à ne pas divulguer à des personnes non autorisées ces informations, sauf autorisation expresse du protocole ou de l'investigateur principal local agissant en réponse à la loi ou à l'ordonnance du tribunal, à un besoin médical ou à la santé publique.
- Je comprends que je ne dois pas lire d'informations sur les sites d'étude ou sur les participants, ni aucun autre document confidentiel, ni poser de questions personnelles aux participants à l'étude, autres que dans le but d'accomplir les tâches qui me sont assignées dans le cadre de cette enquête.
- J'accepte d'informer immédiatement le coordonnateur local si je suis informé d'une violation réelle de la confidentialité ou d'une situation pouvant éventuellement entraîner une violation, que ce soit de ma part ou de la part d'une autre personne.

Signature de l'enquêteur

Date

Prénom et nom

Signature du responsable de l'étude

Date

Prénom et nom

Annexe 6: Fiche d'engagement à l'utilisation de matériel

COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE
VIH/SIDA

COORDINATION NATIONALE

CONSEIL EN EPIDEMIOLOGIE

N° _____/CNLS/CN/CE/2023.

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
Unité – Dignité – Travail



Engagement à l'utilisation de matériels pour enquête bio- comportementale liée au VIH, à la syphilis et aux hépatites B et C chez les personnes en situation de handicap à Bambari, Bossangoa et Bouar en RCA en 2023

Je certifie ce jour M, Mme, Mlle :

Enquêteur du

Certifie avoir reçu de la Coordination Nationale du Comité National de Lutte contre le Sida (CN/CNLS) en prêt le matériel décrit dans le tableau ci-dessous :

| N0 | Type de matériel | Marque | Quantité |
|----|------------------|--------|----------|
| 01 | Tablette | | |
| 02 | Power Bank | | |
| 03 | Sac à dos | | |

L'enquêteur s'engage à retourner ce matériel à la Coordination Nationale du Comité National de lutte contre le Sida (CN/CNLS). En cas de perte volontaire ou détérioration par négligence ou sabotage, ce matériel va être remboursé par l'intéressé.

Fait à Bangui le

Le Ministre Coordonnateur National
du CNLS

Le Récepteur

Pr. Wilfrid Sylvain NAMBEI

Annexe 7 : Fiche de référence



**Enquête bio comportementale liée au VIH, à la syphilis et aux hépatites B et C
chez les personnes en situation de handicap à Bambari, Bossangoa et Bouar en
RCA en 2023**

FICHE DE REFERENCE

Je soussigné Dr.....

Atteste que le (la) patient(e) No Identification

Consulté(e) au site

A la date du/...../ 2023

Présente

.....

.....

Nous vous le (la) referons pour une meilleure prise en charge

Le médecin, Cachet et Signature

Annexe 8 : Bon de prélèvement sanguin

Annexe 9 : Membres de l'équipe d'enquête

COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE
VIH/SIDA

COORDINATION NATIONALE

CONSEIL EN EPIDEMIOLOGIE

N° _____/CNLS/CN/CE/2023



REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
Unité – Dignité – Travail

Liste des membres de l'équipe d'enquête bio comportementale liée au VIH, à la syphilis et aux hépatites B et C chez les personnes en situation de handicap à Bambari, Bossangoa et Bouar en RCA en 2023

| N° | Noms | Responsabilité |
|---|----------------------------|---|
| Equipe de la Coordination | | |
| 01 | Pr NAMBEI Wilfrid Sylvain | Coordonnateur National du CNLS |
| 02 | Pr LONGO Jean de Dieu | Chef de département de santé publique à la FACSS |
| 03 | Dr MASSANGA Marcel | Coordonnateur National Adjoint du CNLS |
| 04 | Dr BALEKOUZOU Augustin | Conseiller en Epidémiologie de la CN/CNLS |
| 05 | Dr OUAMBITA-MABO Roch | Conseiller en Santé Publique de la CN/CNLS |
| 06 | Mme. YAMBELE Sosthène | Représentante du Ministère de l'Action Humanitaire |
| 07 | M. MATKOSS Elvis | Représentant de l'ICASEES |
| Equipe des statisticiens | | |
| 08 | M. DANBOY Ange Florent | Assistant du conseil en Suivi-évaluation à la CN/CNLS |
| 09 | Mme. GAMANZA Etoile Bijoux | Statisticienne à la CN/CNLS |
| Equipe de la supervision centrale | | |
| 10 | M. BAGAZA-MBOSSO Juvénal | Superviseur |
| 11 | Mlle. NGOUALESSO Flora | Superviseur |
| Equipe de collecteurs des données de Bouar | | |
| 12 | Dr NGERENGOKO Jaurès | Clinicien |
| 11 | Dr BANAKEAN Valdie | Clinicienne |
| 12 | Dr MONGUE Chimène | Clinicienne |
| 13 | M.NDEBISSA Dieudonné | Clinicien |
| 14 | M.NGUENGUE Tranquilin | Spécialiste de laboratoire |
| 15 | M.NGARWE DOUMTA Régis | Spécialiste de laboratoire |

| | | |
|---|--|-----------------------------|
| 16 | M.SENDEAMO Samson | Spécialiste de laboratoire |
| 17 | Mlle. BENAM Melissa | Enquêtrice |
| 18 | M.BODALO Maximilien | Enquêteur |
| 19 | M.GBIDAMA Jules | Enquêteur |
| 20 | Mlle.KOFFI Jennifer | Enquêtrice |
| 21 | Mlle.MBOUHIMI Coretta | Enquêtrice |
| 22 | Mlle.NIENDE Divine Hermine | Enquêtrice |
| 23 | M.LAKEI Thino | Enquêteur |
| 25 | M.NGOYA Victoir | Représentant des handicapés |
| Equipe de collecteurs des données de Bossangoa | | |
| 26 | Dr NGUERENENDJI Dieu Beni | Clinicien |
| 27 | Dr GBATOUMBA Eric Siméon | Clinicien |
| 28 | M.NGOUANEPA Colin | Spécialiste de laboratoire |
| 30 | M.NOUDJIKEM Didier | Spécialiste de laboratoire |
| 31 | Mlle.FARABONA Rita Stéviat | Enquêtrice |
| 32 | M.POLZE Elysée Franklin | Enquêteur |
| 33 | M.DOUENDOUE Ludovic | Enquêteur |
| 34 | M.MBOUHIMI Gloire | Enquêteur |
| 35 | M.OUAMBITA - MABO NARET Don de Dieu | Enquêteur |
| 36 | M.AMODA LANG-GNAN | Enquêteur |
| Equipe de collecteurs des données de Bambari | | |
| 37 | Dr.MARENDE Dieu Merci | Clinicien |
| 38 | Dr.FEIZOUKAZOUI Boris | Clinicien |
| 39 | Dr.NINGA Jonathan | Clinicien |
| 40 | Dr.BEMBA Fav | Clinicien |
| 41 | M.KOYANGBO Parfait | Spécialiste de laboratoire |
| 42 | M.BOMALAYEN Giles | Spécialiste de laboratoire |
| 43 | M.NGAKOUZOU Jean | Spécialiste de laboratoire |
| 44 | M.KOKAYA KEN Dorant | Enquêteur |
| 45 | M.YETINDANDJI Jérémie, | Enquêteur |
| 46 | M.NDEMAKETTE Dieu béni | Enquêteur |
| 47 | M.MBELIKEU Guerville | Enquêteur |
| 48 | M.ENGAZEDA Patricien | Enquêteur |
| 49 | M.KAYO Elisée | Enquêteur |

| | | |
|--|----------------------------------|--|
| 50 | M.KOMBOUNDE Marcelin | Enquêteur |
| 51 | M.NDOKOBANDA Jerry Narcisse | Enquêteur |
| 52 | Mlle.DEKISIABA Théodorine | Enquêtrice |
| 53 | M.YAMALET Renaldy Moise | Enquêteur |
| 54 | Mlle.MBETIBANGA Stéphanie | Enquêtrice |
| 55 | Mlle.NGBOWALI Nafissa | Enquêtrice |
| 56 | Mlle.ENDJIZAGO Pulchérie | Enquêtrice |
| 57 | M.DJATAO Chamberlain | Enquêteur |
| 58 | M.NDARATA Flora | Enquêteur |
| Autres personnes ressources mobilisées à Bambari | | |
| 59 | Dr KANGA Eugène | DR RS4 |
| 60 | Dr BEYOM | HD de Bambari |
| 61 | Dr BALEBANDA Ulrich | MCHD |
| 62 | M.DABGIA Blaise | DR Affaires Sociales |
| 63 | M.DEHONET Yvon | CS Affaires sociales |
| 64 | M.BISSEKON Victor | Préfet de la OUAKA |
| Autres personnes ressources ayant contribué à la rédaction du rapport | | |
| 65 | Dr BAWA Maurice | Médecin Résident à la FACSS |
| 66 | Dr KPANGBA MANGBE Yves | Médecin Résident à la FACSS |
| 67 | Dr KAMBA MEBOUROU Emmanuel | Enseignant Chercheur à la Faculté des Sciences |
| 68 | M.NGAÏSSONA-OUENSE Géric-Mercien | CN/CNLS |
| 69 | M.MBEYA Dymi | CN/CNLS |
| 70 | Mlle.YANGANA YAHOTE Sonia | CN/CNLS |