

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE



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 SURVIVANTS DE VIOLENCES SEXUELLES
A BANGUI, BOSSANGOA, KAGA-BANDORO,
BAMBARI, BRIA ET BANGASSOU EN REPUBLIQUE
CENTRAFRICAINE EN 2023**



Décembre 2023

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	IV
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	V
RESUME EXECUTIF.....	VII
EXECUTIVE SUMMARY	IX
LISTES DES TABLEAUX.....	XI
LISTE DES FIGURES ET CARTES	XIII
I. INTRODUCTION	1
1.1 PRESENTATION DE LA REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE.....	4
1.1.1 Contexte géographique	4
1.1.2 Contexte sociodémographique de la République Centrafricaine	4
1.1.3 Contexte politique de la République Centrafricaine	4
1.1.4 Contexte socio-économique de la République Centrafricaine.....	5
1.1.5 Contexte sanitaire de la République Centrafricaine	6
1.2 SITUATION DE L'ÉPIDÉMIE EN RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE	7
1.2.1 Epidémie du VIH	7
1.2.2 Situation épidémiologique des Infections Sexuellement Transmissibles.....	8
1.2.2.1 Situation épidémiologique de la Syphilis	8
1.2.2.3 Situation épidémiologique des hépatites B et C.....	8
1.3 HISTORIQUE DES ENQUETES IBBS EN RCA	9
II- OBJECTIFS	11
III. CADRE DE L'ÉTUDE ET METHODOLOGIE.....	12
3.1 CADRE DE L'ÉTUDE.....	12
3.1.2 Ville de Bambari	13
3.1.3 Ville de Bossangoa.....	14
3.1.4 Ville de Bria	14
3.1.5 Ville de Bangassou.....	15
3.1.6 Ville de Kaga-Bandoro	15
3.1.7 Sites de l'enquête	15
3.2. MÉTHODOLOGIE	15
3.2.1 Type et période de l'étude	15
3.2.2 Population de l'étude	15
3.2.3 Taille et répartition de la population dans les sites de l'enquête	16
3.2.3 Plan d'échantillonnage	16
3.2.3.1 Méthode d'échantillonnage	16
3.2.3.2 Taille de l'échantillon	16
3.2.3.3 Dépistage rapide du VIH, de la syphilis et des Hépatites B et C.....	18
3.2.3.4 Procédures d'analyse en laboratoire	19
3.2.4 Phase de mise en œuvre.....	23
3.2.4.1 Recrutement et formation des enquêteurs et superviseurs	23
3.2.4.2 Procédures pour la collecte de données	23
3.2.4.3 Circuit du participant à l'enquête	24
3.2.4.4 Technique de collecte de données quantitatives.....	24
3.2.4.5 Dispositif de collecte de données.....	24
3.2.4.6 Assurance de qualité	24
3.2.4.7 Contrôle de la qualité et supervision sur le terrain	24
3.2.4.8 Gestion des données	25
3.2.4.9 Nettoyage et analyse des données	25
3.2.4.10 Plan d'analyse des données	26
3.2.4.11 Sécurité et sauvegarde des données.....	26
3.2.4.12 Considérations éthiques	26
• Respect de l'autonomie.....	27
• Consentement éclairé.....	27
• Confidentialité	28
• Avantages	28
• Risques.....	29
3.2.4.13 Composition des équipes et rôles des différentes catégories d'agents	30

IV. RESULTATS	32
A. PARTIE DESCRIPTIVE	32
4.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES SUJETS ENQUÊTÉS	32
4.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES SUJETS ENQUÊTÉS (SUITE)	34
4.3 ANTÉCÉDENTS DE L'ACCIDENT	35
4.3.1 RÉPARTITION DES ENQUÊTÉS SELON L'ÂGE DE L'ACCIDENT ET PAR SITE	35
4.3.2 RÉPARTITION DU TAUX DE VIOLENCES PHYSIQUES AVANT LE VIOL ET L'EFFECTIF DES AGRESSEURS	36
4.3.3 RÉPARTITION DES ENQUÊTÉS SELON LE PROFIL DES AGRESSEURS	37
4.3.4 RÉPARTITION DES ENQUÊTÉS SELON LES MODALITÉS D'ALERTE	38
4.4 CONNAISSANCES DU VIH, DE LA SYPHILIS ET DES HÉPATITES B ET C	39
4.4.1 CONNAISSANCE DE RISQUE DU VIH	39
4.4.2 CONNAISSANCES DU VIH	40
4.4.2.1 NIVEAU DE CONNAISSANCE DES VICTIMES SUR LES RISQUES LIÉS AU VIH	40
4.4.2.2 CONNAISSANCE DE RISQUE DE LA SYPHILIS	40
4.4.2.2.1 CONNAISSANCE DE RISQUE DE LA SYPHILIS EN MILIEU DES SURVIVANTS DES VIOLENCES SEXUELLES	40
4.4.2.2.2 NIVEAU DE CONNAISSANCES LIÉES À LA SYPHILIS EN MILIEU DES SURVIVANTS DES VIOLENCES SEXUELLES	41
4.4.2.3 CONNAISSANCE DE RISQUE DE LA SYPHILIS	42
4.4.2.3.1 CONNAISSANCE DE RISQUE LIÉ AUX HÉPATITES B ET C EN MILIEU DES SURVIVANTS DES VIOLENCES SEXUELLES	42
4.4.2.3.2 CONNAISSANCES DES HÉPATITES B ET C	43
4.5 CONNAISSANCES DES MODES DE TRANSMISSION DU VIH	44
4.5.1 CONNAISSANCES DES MODES DE TRANSMISSION DU VIH PAR VOIX SEXUELLES	44
4.5.2 CONNAISSANCES DES MODES DE TRANSMISSION DU VIH PAR CONTACT PHYSIQUE	45
4.5.3 CONNAISSANCES DES MODES DE TRANSMISSION DU VIH PAR VOIE SANGUINE ET DE LA MÈRE À L'ENFANT	46
4.6 CONNAISSANCES DES MODES DE TRANSMISSION DE LA SYPHILIS	47
4.6.1 CONNAISSANCES DES MODES DE TRANSMISSION DE LA SYPHILIS PAR VOIX SEXUELLES	47
4.6.2 CONNAISSANCES DES MODES DE TRANSMISSION DE LA SYPHILIS PAR CONTACT PHYSIQUE	48
4.6.3 CONNAISSANCES DES MODES DE TRANSMISSION DE LA SYPHILIS PAR VOIE SANGUINE ET DE LA MÈRE À L'ENFANT	49
4.7 CONNAISSANCES DES MODES DE TRANSMISSION DES HÉPATITES B ET C	50
4.8 4.7.1 CONNAISSANCES DES MODES DE TRANSMISSION DES HÉPATITES B ET C PAR VOIX SEXUELLES	50
4.7.2 CONNAISSANCES DES MODES DE TRANSMISSION DES HÉPATITES B ET C PAR VOIE SANGUINE ET DE MÈRE À L'ENFANT	51
4.8 ATTITUDES VIS-À-VIS DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH	52
4.9 ATTITUDES DES PARTICIPANTS PAR RAPPORT À LA SYPHILIS	53
4.10 RISQUES SEXUELLES	54
4.11 CONSOMMATION DE DROGUES (INJECTABLES) ET AUTRES FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS AU VIH, À LA SYPHILIS ET AUX HÉPATITES	55
4.11.1 USAGE DE DROGUES ET RISQUES	55
4.11.2 PRÉVALENCE DU VIH CHEZ LES CONSOMMATEURS DE DROGUES	56
4.12 PRÉVALENCE DU VIH, DE LA SYPHILIS ET DES HÉPATITES CHEZ LES ENQUÊTÉS	56
B. PARTIE ANALYTIQUE	57
4.13 TESTS D'ASSOCIATION ENTRE LES VARIABLES D'INTÉRÊT ET LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉS	58
4.13.1 RÉPARTITION DE LA SÉROPOSITIVITÉ AU VIH SELON LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉS	58
Tableau XXII : Relation entre la sérologie VIH et le profil sociodémographique	58
Tableau XXII (suite) : Relation entre la sérologie VIH selon les tranches d'âge, le niveau d'instruction et le statut matrimonial des enquêtés à Bria et Bangassou	59
4.13.2 RÉPARTITION DE LA SÉROPOSITIVITÉ À LA SYPHILIS SELON LE PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DES ENQUÊTÉS	60
4.13.3 RÉPARTITION DE LA SÉROPOSITIVITÉ À L'HÉPATITE B SELON LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉS	62
4.13.4 RÉPARTITION DE LA SÉROPOSITIVITÉ AU VIH SELON LE PROFIL DES MALFAITEURS ET LE LIEN AVEC LA VICTIME	64
4.13.5 RÉPARTITION DE LA SÉROPOSITIVITÉ À LA SYPHILIS SELON LE PROFIL DES MALFAITEURS ET LE LIEN AVEC LA VICTIME	66
V. DISCUSSION	70

5.1 LIMITES ET FORCES DE L'ÉTUDE	70
5.2 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION	70
5.2 RÉPARTITION DES ENQUÊTÉS PAR PROFESSION, NIVEAU D'INSTRUCTION ET STATUT MATRIMONIAL PAR SITES DE L'ÉTUDE	71
5.3 ANTÉCÉDENTS AVANT LE VIOL ET EFFECTIF DES AGRESSEURS PAR VICTIME	72
5.4 PROFIL DES AGRESSEURS, LIEU DU VIOL ET LIEN AVEC LES ENQUÊTÉS	72
5.5 MODALITÉ D'ALERTE PAR LES VICTIMES.....	72
5.6 PERCEPTION DES RISQUES ET NIVEAU DE CONNAISSANCE SUR LE VIH.....	72
5.7 PERCEPTION DES RISQUES ET NIVEAU DE CONNAISSANCE SUR LA SYPHILIS.....	73
5.8 PERCEPTION DES RISQUES ET NIVEAU DE CONNAISSANCE SUR LES HÉPATITES B ET C	73
5.9 CONNAISSANCE DE MODE DE TRANSMISSION DE VIH, HÉPATITES B, C ET SYPHILIS PAR VOIE SEXUELLE	74
5.10 CONSOMMATION DE DROGUES (INJECTABLES) ET AUTRES FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS AU VIH, À LA SYPHILIS ET AUX HÉPATITES	74
5.11 RÉPARTITION DE STATUT SÉROLOGIQUE DU VIH DES PARTICIPANTS AYANT CONSOMMÉ DE LA DROGUE INJECTABLE	74
5.12 PRÉVALENCE VIH, HÉPATITES B, C ET SYPHILIS	75
5.13 ASSOCIATION ENTRE LA SÉROLOGIE VIH, HÉPATITES B, C ET SYPHILIS	75
A. SÉROPOSITIVITÉ AU VIH ET LE PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE.....	75
B. SÉROPOSITIVITÉ À LA SYPHILIS ET LE PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE.....	76
C. SÉROPOSITIVITÉ À L'HÉPATITE B ET LE PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE	76
D. SÉROPOSITIVITÉ AU VIH, À LA SYPHILIS ET AUX HÉPATITES B ET C SELON LE PROFIL DES MALFAITEURS ET LE LIEN AVEC LA VICTIME.....	76
CONCLUSION	77
RECOMMANDATIONS/SUGGESTIONS.....	78
COORDINATION DE L'ENQUÊTE.....	79
REFERENCES.....	80
ANNEXES	82
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE	82
ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ	88
ANNEXE 4: FICHE DE NOTICE D'INFORMATION POUR LES PARTICIPANTS.....	90
ANNEXE 5: FICHE D'ACCORD DE CONFIDENTIALITÉ.....	92
ANNEXE 6: FICHE D'ENGAGEMENT À L'UTILISATION DE MATÉRIEL.....	93
ANNEXE 7 :FICHE DE RÉFÉRENCE	94
ANNEXE 8 : BON DE PRÉLÈVEMENT SANGUIN.....	95

REMERCIEMENTS

La lutte contre le VIH et le Sida dépend d'une stratégie efficace et dynamique prenant en compte tous les paramètres socio-économiques. La surveillance des populations vulnérables l'un des principaux éléments essentiels du dispositif de la lutte contre le VIH. Cette surveillance 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, elle 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 bio-comportementale auprès des personnes victimes de violences sexuelles 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 avec l'appui financier du Fond mondial à travers le Système des Nations Unies pour la Population (UNFPA). Le fonds a été géré par l'ONG 'Assistance d'Urgence et Développement Communautaire (AUDEC)'

Je voudrais saluer l'implication de tous les partenaires techniques au niveau national à travers leur participation au Comité de pilotage 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 en charge de la Santé, du Laboratoire National de Biologie Clinique et de Santé Publique, de l'ICASEES et de l'AUDEC. 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 de pilotage de l'enquête qui a contribué à la validation du protocole de l'étude et à la validation de tous les outils destinés à la mise en œuvre de l'enquête ;
- ✓ L'équipe des investigateurs, 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 Médecins Chefs des Hôpitaux régionaux, les Directeurs Régionaux des Affaires Sociales, les Médecins, les Spécialistes en laboratoire, les Enquêteurs, 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 victimes de violences sexuelles 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

ARV	:	Antirétroviral
AQ	:	Assurance qualité
Ac	:	Anticorps
Ag	:	Antigène
AUDEC	:	Assistance d'Urgence et Développement Communautaire
AQ	:	Assurance qualité
CN/CNLS	:	Coordination Nationale du Comité National de Lutte contre le Sida
EPP	:	Equipe ment de protection individuelle
ENI	:	Ecole Normale d'Instituteur
FOSA	:	Formation sanitaire
FACSS	:	Faculté des Sciences de Santé
GBVIMS	:	Système de Gestion de l'information sur les Violences Basées sur le genre
ICASEES	:	Institut Centrafricain des Statistiques, des Etudes Economiques et Sociales
IST	:	Infection Sexuellement Transmissible
IgM	:	Immunoglobuline M
IgG	:	Immunoglobuline G
IgA	:	Immunoglobuline A
LNBCSP	:	Laboratoire National de Biologie Clinique et de Santé Publique
MGF	:	Mutilations Génitales Féminines
ONUSIDA	:	Programme commun des Nations Unies sur le VIH et le Sida
OMS	:	Organisation mondiale de la Santé
OIT	:	Organisation internationale de travail
ONG	:	Organisation non gouvernementale
PMA	:	Pays les moins avancés
PEC	:	Prise en charge
TP	:	Treponema palladium
RCA	:	République Centrafricaine
RGPH	:	Recensement Général de la Population et des Habitats
RCPCA	:	Plan de Relèvement et de Consolidation de la Paix
SIDA	:	Syndrome d'Immunodéficience-Acquise

RDC	:	République Démocratique du Congo
RN	:	Route Nationale
UNFPA	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
VBG	:	Violence Basée sur le Genre
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VHC	:	Virus de l'hépatite C
VHB	:	Virus de l'hépatite B

RESUME EXECUTIF

Introduction : La Violence Basée sur le Genre (VBG) est un terme utilisé pour distinguer la violence commune de la violence ciblée sur des groupes ou des individus sur la base de leur appartenance sexuelle. Selon les estimations de la Banque Mondiale, les violences basées sur le genre engendrent plus de morts et d'infirmités parmi les femmes âgées de 15 à 44 ans tel que le cancer, le paludisme, les accidents de circulation ou même la guerre.

En 2017, le GBVIMS a enregistré plus de 8321 de cas de VBG dont 1370 soit 16% sont des incidents de violence sexuelle et 6951 soit 84% d'incidents représentent d'autres types de VBG avec une proportion de 90% de sexe féminin.

Selon la dernière enquête MISC6 : 60% des filles et de garçons de la RCA sont mariés ou en union avant 18 ans, les Mutilations Génitales Féminines touchent 24% des femmes et des filles âgées entre 15 et 49 ans. Plus de 80% des femmes et 84% des hommes ont des attitudes d'acceptation face à la violence domestique subie par les femmes. Face à ce défi qui est la prise en charge des VBG le Gouvernement Centrafricain a inscrit la protection des femmes et des filles parmi ses priorités.

Pour promouvoir la prévention de la lutte contre les maladies transmissibles parmi cette catégorie de population, il est indispensable d'organiser une enquête auprès des personnes survivantes d'agressions sexuelles/viols en matière de VIH. Les résultats obtenus permettront la prise de décision responsable des autorités compétentes dans la réduction du risque de cet accident.

C'est dans ce contexte que la Coordination Nationale du Comité National de Lutte contre le Sida (CN/CNLS) en collaboration avec Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) a décidé de faire cette enquête dont l'objectif général est d'évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques des victimes survivantes de violences sexuelles à Bangui, Bossangoa, Kaga Bandoro, Bambari, Bria et Bangassou liée au VIH, Syphilis et Hépatites B et C.

Méthodologie : Il s'agit d'une enquête transversale à visée descriptive et analytique allant d'Octobre à Décembre 2023 dans les sièges d'Associations des victimes de VBG et des Directions Régionales des Affaires Sociales des cinq Chefs-lieux de Préfectures de la RCA. La population de l'étude était composée de personnes victimes de violences sexuelles à Bangui, Bossangoa, Kaga-Bandoro, Bambari, Bria et Bangassou. Etaient inclus dans l'étude les personnes des deux sexes confondus, âgées de 15 ans et plus victimes de violences sexuelles et consentante. L'échantillonnage était aléatoire systématique. La formule de SWARTZ a été utilisée pour calculer la taille de l'échantillon qui est de 602. Les outils utilisés pour la collecte des données étaient : questionnaire incorporé dans la tablette et registre des centres de prise en charge. La technique de collecte était l'interview face à face en Sango et Français. 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 N0 : 37/UB/FACSS/IPB/CES.23

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 personnes victimes de violences sexuelles en RCA.

Résultats : Au total 615 personnes sur 615 prévues ont été enrôlées soit un taux de participation de plus de 100%. Ce taux se répartit de la manière suivante : 54,8% à Bangui, 8,3% à Bossangoa, 13,0% à Kaga-Bandoro, 7,8% à Bambari, 8,1% à Bria et 6,5% à Bangassou. Le sexe féminin est majoritaire à 95,0% dans l'ensemble. Les tranches d'âge de 20-24 ans prédominaient à 56,0% à Bria et 25,0% de l'ensemble des participants. La majorité des personnes enquêtées était du niveau de l'école primaire (40,2%) et était sans emploi (65,4%). 71,9% des personnes victimes de violences sexuelles vivent seul. Les mineurs victimes étaient plus représentés à Kaga-Bandoro (22,0%), à Bambari (32,9%) et à Bangassou (13,4%). La proportion des agresseurs (2 à 5 agresseurs) était plus élevée à 71,2%. Le groupe armé représentait 69,6% des agresseurs et le champ ou la brousse représentait le lieu de malfrat à 61,1%. L'alerte est donné en majeure partie par les victimes elles-mêmes (44,7%). Plus de 90% des participants ont déclaré avoir maîtrisés les moyens de transmission du VIH, de la syphilis et des hépatites B et C. Les attitudes des répondants vis-à-vis des PVVIH sont craintives et stigmatisantes. 32,4% et 53,7% des répondants refuseraient de partager le repas et lit avec elles. Concernant le risque sexuel, 28,3% des répondants ont eu de rapport sexuel en ce dernier mois parmi lesquels 29,82% ont eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels. Quant à l'usage de préservatif, 38,21% ont déclaré avoir utilisé les préservatifs pendant les rapports sexuels. 22,3% des enquêtés ont déclaré avoir consommé de cannabis avec une prédominance à Bambari (75%) ; 19,3% reconnaissent avoir pris des opiacés et 10,2% pour les Benzodiazépines. 0,3% des PVVIH consomment de drogues injectables et les séronégatifs en VIH en représentent 0,6%. Les prévalences de VIH, de la Syphilis et des Hépatites B et C chez les victimes de violences sexuelles sont respectivement de : 7,6%, 2,4%, 7,5% et 1,3%.

L'instruction est un facteur protecteur à la transmission du VIH ($p < 0,0001$; IC95% [0,07-0,16]) ; de la syphilis ($p < 0,0001$; IC95% [0,01-0,05]) et de l'hépatite B ($p < 0,0001$; IC95% [0,07-0,15]). Cependant, l'âge adulte (>18 ans) constitue aussi un facteur de protection à la transmission de la syphilis ($p < 0,0001$; IC95% [0,01-0,05]) et de l'hépatite B ($p < 0,0001$; IC95% [0,08-0,16]).

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

Mots clés : Etude Biocomportementale, VIH, Syphilis, Hépatite B et C, Survivant de violences sexuelles, RCA.

EXECUTIVE SUMMARY

Introduction: Gender-Based Violence (GBV) is a term used to distinguish common violence from violence targeted at groups or individuals on the basis of their gender. According to World Bank estimates, gender-based violence causes more deaths and disabilities among women aged 15 to 44, such as cancer, malaria, traffic accidents or even war.:

In 2017, the GBVIMS recorded more than 8,321 cases of GBV of which 1,370 or 16% were incidents of sexual violence and 6,951 or 84% of incidents represented other types of GBV with a proportion of 90% female.

According to the latest MISC6 survey: 60% of girls and boys in the CAR are married or in a union before the age of 18, Female Genital Mutilation affects 24% of women and girls aged between 15 and 49. More than 80% of women and 84% of men have attitudes of acceptance towards domestic violence suffered by women. Faced with this challenge of dealing with GBV, the Central African Government has included the protection of women and girls among its priorities.

To promote the prevention of the fight against communicable diseases among this category of population, it is essential to organize a survey among survivors of sexual assault/rape regarding HIV. The results obtained will enable responsible decision-making by the competent authorities in reducing the risk of this accident.

It is in this context that the National Coordination of the National Committee for the Fight against AIDS (CN/CNLS) in collaboration with the United Nations Population Fund (UNFPA) decided to carry out this survey, the general objective of which is to assess the knowledge, attitudes and practices of victims of sexual violence in Bangui, Bossangoa, Kaga Bandoro, Bambari, Bria and Bangassou related to HIV, Syphilis and Hepatitis B and C.

Methodology: This is a cross-sectional survey with a descriptive and analytical aim running from October to December 2023 in the headquarters of Associations of GBV victims and Regional Directorates of Social Affairs of the five capitals of Prefectures of the CAR. The study population was made up of people who were victims of sexual violence in Bangui, Bossangoa, Kaga-Bandoro, Bambari, Bria and Bangassou. Included in the study were people of both sexes, aged 15 and over who were victims of sexual violence and consented. The sampling was systematic random. The SWARTZ formula was used to calculate the sample size which is 602. The tools used for data collection were: questionnaire incorporated into the tablet and register of care centers. The collection technique was face-to-face interviews in Sango and French. Rapid tests were used for the diagnosis of HIV, Syphilis and Hepatitis B and C. Quality control was carried out on all positive and indeterminate samples as well as 10% of negative samples at the National Laboratory of Clinical Biology and Bangui Public Health. 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: 37/UB/FACSS/IPB/CES.23 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 victims of sexual violence in the CAR.

Results: A total of 615 people out of 615 planned were enrolled, representing a participation rate of more than 100%. This rate is distributed as follows: 54.8% in Bangui, 8.3% in Bossangoa, 13.0% in Kaga-Bandoro, 7.8% in Bambari, 8.1% in Bria and 6.5% in Bangassou. The female gender is in the majority at 95.0% overall. The age groups of 20-24 years predominated at 56.0% in Bria and 25.0% of all participants. The majority of people surveyed were at primary school level (40.2%) and were unemployed (65.4%). 71.9% of people who are victims of sexual violence live alone. Minor victims were more represented in Kaga-Bandoro (22.0%), Bambari (32.9%) and Bangassou (13.4%). The proportion of attackers (2 to 5 attackers) was higher at 71.2%. The armed group represented 69.6% of the attackers and the field or bush represented the location of the thugs for 61.1%. The alert is mainly given by the victims themselves (44.7%). More than 90% of participants declared having mastered the means of transmission of HIV, syphilis and hepatitis B and C. Respondents' attitudes towards PLHIV are fearful and stigmatizing. 32.4% and 53.7% of respondents would refuse to share meals and bed with them. Concerning sexual risk, 28.3% of respondents had sexual intercourse in the last month, including 29.82% having had sexual intercourse with occasional partners. As for the use of condoms, 38.21% declared having used condoms during sexual intercourse. 22.3% of respondents declared having consumed cannabis, with a predominance in Bambari (75%); 19.3% admitted to having taken opiates and 10.2% to Benzodiazepines. 0.3% of PLHIV use injecting drugs and HIV negative people represent 0.6%. The prevalence of HIV, Syphilis and Hepatitis B and C among victims of sexual violence are respectively: 7.6%, 2.4%, 7.5% and 1.3%.

Education is a protective factor for HIV transmission ($p < 0.0001$; 95% CI [0.07-0.16]); syphilis ($p < 0.0001$; 95% CI [0.01-0.05]) and hepatitis B ($p < 0.0001$; 95% CI [0.07-0.15]). However, adult age (>18 years) also constitutes a protective factor for the transmission of syphilis ($p < 0.0001$; 95% CI [0.01-0.05]) and hepatitis B ($p < 0.0001$; 95% CI [0.08-0.16]).

Conclusion: The study showed that HIV, syphilis and hepatitis B and C infection are major problems among survivors of sexual violence. It is important to carry out an awareness campaign and support within this category of the population.

Keywords: Biobehavioral study, HIV, Syphilis, Hepatitis B and C, Survivor of sexual violence, RCA.

LISTES DES TABLEAUX

Tableau I :	Calcul de la taille de l'échantillon et du nombre des personnes à enquêter par site de l'enquête	16
Tableau II :	Répartition des membres de l'équipe de l'enquête	28
Tableau III :	Répartition des autres membres de l'équipe de l'enquête	28
Tableau IV :	Répartition de la taille de l'échantillon enquêté par site de l'étude	30
Tableau V :	Répartition des participants par sexe et par tranches d'âge selon les villes enquêtées	31
Tableau VI :	Répartition des enquêtés par profession, niveau d'instruction et statut matrimonial par sites de l'étude	32
Tableau VII :	Répartition de l'antécédent du viol et l'effectif des Agresseurs selon les sites de l'enquête	34
Tableau VIII :	Répartition des connaissances des participants sur les moyens de transmission par voie sexuelles de la syphilis par site de l'étude	43
Tableau IX :	Répartition des connaissances des participants sur les moyens de transmission par contact physique du VIH par site de l'étude	44
Tableau X :	Répartition des connaissances des participants sur les moyens de transmission par voie sanguine et de la mère à l'enfant du VIH par site de l'étude	45
Tableau XI :	Répartition des connaissances des participants sur les moyens de transmission par voie sexuelles de la syphilis par site de l'étude	46
Tableau XII :	Connaissances des participants sur les moyens de transmission par contact physique de la syphilis par site de l'étude	47
Tableau XIII :	Connaissances des participants sur les moyens de transmission par contact physique de la syphilis par site de l'étude	48
Tableau XIV :	Répartition des connaissances des participants sur les moyens de transmission par voie sexuelles des hépatites B et C par site de l'étude	49
Tableau XV :	Répartition des connaissances des participants sur les moyens de transmission par contact physique des hépatites B et C par site de l'étude	50
Tableau XVI :	Répartition des attitudes des participants par rapport au VIH selon les sites de l'étude	51
Tableau XVII :	Répartition des attitudes des participants par rapport à la syphilis selon les sites de l'étude	53
Tableau XVIII :	Répartition des risques sexuels encourus par les enquêtés par site de l'enquête	54
Tableau XIX :	Répartition des participants ayant consommés de la drogue	55
Tableau XX :	Répartition de statut sérologique du VIH des participants ayant consommé de la drogue injectable	56
Tableau XXI :	Prévalence du VIH, de la syphilis et des hépatites B et C chez les participants enquêtés	57
Tableau XXII :	Relation entre la sérologie VIH et le profil sociodémographique	58
Tableau XXII(suite) :	Relation entre la sérologie VIH selon les tranches d'âge, le niveau d'instruction et le statut matrimonial des enquêtés à Bria et Bangassou	59
Tableau XXIII :	Relation entre la sérologie syphilitique selon les tranches d'âge, le niveau d'instruction et le statut matrimonial des enquêtés à Bangui, Bossangoa, Kaga-Bandoro et Bambari	60
Tableau XXIII(suite) :	Association de la sérologie syphilitique selon les tranches d'âge, le niveau d'instruction et le statut matrimonial des enquêtés à Bria et Bangassou	61
Tableau XXIV :	Association de la sérologie de l'hépatite B selon les tranches d'âge, le niveau d'instruction et le statut matrimonial des	62

Tableau XXIV(suite) :	enquêtés à Bangui, Bossangoa, Kaga-Bandoro et Bambari Association de la sérologie de l'hépatite B selon les tranches d'âge, le niveau d'instruction et le statut matrimonial des enquêtés à Bria et Bangassou	63
Tableau XXV :	Association de la sérologie VIH selon le profil des malfaiteurs et le lien avec la victime à Bangui, Bossangoa, Kaga-Bandoro et Bambari	64
Tableau XXV(suite) :	Association de la sérologie VIH selon le profil des malfaiteurs et le lien avec la victime à Bria et Bangassou	65
Tableau XXVI:	Association de la sérologie syphilitique selon le profil des malfaiteurs et le lien avec la victime à Bangui, Bossangoa, Kaga-Bandoro et Bambari	66
Tableau XXVI(suite) :	Association de la sérologie syphilitique selon le profil des malfaiteurs et le lien avec la victime à Bria et Bangassou	67
Tableau XXVII:	Association de la sérologie de l'hépatite B selon le profil des malfaiteurs et le lien avec la victime à Bangui, Bossangoa, Kaga-Bandoro et Bambari	68
Tableau XXVII(suite) :	Association de la sérologie de l'hépatite B selon le profil des malfaiteurs et le lien avec la victime à Bria et Bangassou	69

LISTE DES FIGURES ET CARTES

Carte 1:	Cartographie nouveau découpage administratif de la RCA en 2021	4
Carte 2:	Carte des préfectures de la RCA couvertes par l'étude	11
Graphique 1:	Cascade de la prévalence nationale du VIH en RCA de 2012 à 2022	7
Graphique 2:	Algorithme national de dépistage du VIH du Ministère de la Santé.	17
Graphique 3:	Lecture des résultats du test de Determine HIV	18
Graphique 4:	Lecture des résultats d'Uni-gold HIV 1 et 2	20
Graphique 5:	Lecture des résultats de Bioline BW, AgHBs et HCV	21
Graphique 6:	Répartition des enquêtées selon l'âge de l'accident et par site	33
Graphique 7:	Répartition des enquêtés selon Profil des agresseurs, lieu du viol et le lien avec l'enquêté.	35
Graphique 8:	Répartition des enquêtés selon les modalités d'alerte par les victimes de violences sexuelles	36
Graphique 9:	: Etat de connaissance des victimes de violence sexuelle du risque lié au VIH chez les survivants	37
Graphique 10:	Niveau des connaissances du VIH selon les tranches d'âges des participants	38 40
Graphique 11:	Répartition de la perception du risque lié à la syphilis chez les survivants de violence sexuelle	39
Graphique 12:	Répartition du niveau des connaissances de la syphilis selon les tranches d'âges des participants à l'enquête	41
Graphique 13:	Connaissance du risque lié aux hépatites B et C chez les survivants de violence sexuelle	42
Graphique 12:	Répartition du niveau des connaissances des hépatites B et C selon les tranches d'âges des participants à l'enquête	

I. INTRODUCTION

La Violence Basée sur le Genre (VBG) est un terme utilisé pour distinguer la violence commune de la violence ciblée sur des groupes ou des individus sur la base de leur appartenance sexuelle. La VBG peut survenir dans la famille, la communauté, le lieu de travail, le milieu éducatif, etc. Elle constitue une violation des droits de la personne. Si les femmes, les hommes, les garçons et les filles peuvent être victimes de violence basée sur le genre, les femmes et les jeunes filles en sont les principales victimes. La violence basée sur le genre a pris une telle ampleur ces dernières années qu'elle est devenue un phénomène de société.

Partout dans le monde, la probabilité est qu'une femme sur trois sera battue, forcée d'avoir des rapports sexuels ou maltraitée d'une façon ou d'une autre au cours de sa vie (Allocution de M. Banki-Moon, 25/02/2008). L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a fait savoir que 70% des femmes victimes de meurtre ont été assassinées par leurs partenaires masculins. Le taux d'excision en Afrique de l'Ouest et Centrale est estimé à une moyenne de 28%. Bien que le taux de prévalence d'excision au Sénégal soit de moins 30%, elle demeure une pratique répandue dans les régions de Kolda (94%), de Tambacounda (93%) et de Saint- Louis (86%) (Source Unicef, EDS IV –Sénégal 2005, Rapport préliminaire). Selon les estimations de la Banque Mondiale, les violences basées sur le genre engendrent plus de morts et d'infirmités parmi les femmes âgées de 15 à 44 ans tel que le cancer, le paludisme, les accidents de circulation ou même la guerre. Elles couvrent les violences contre les femmes pendant chaque étape de leur cycle de vie et c'est un problème éternel de santé et de droits humains.

En République Centrafricaine (RCA), les VBG sont utilisées en temps de crise par les groupes armés pour soumettre et accroître la vulnérabilité des populations et plus particulièrement des femmes et des enfants ainsi que les populations les plus vulnérables.

Par ailleurs, il est noté que la transmission du VIH/SIDA est plus propice en temps de conflit ou post conflit et que le viol est un canal de forte transmission du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles.

En 2015, le Système de Gestion de l'information sur les Violences Basées sur le genre (GBVIMS) a enregistré 13 000 cas de VBG avec une forte proportion de violences, morale et physique. Les viols et les agressions sexuelles représentent

respectivement 21% et 29%. Le profil des survivants des VBG montre ce qui suit : 3 318 hommes (5%), 33 512 femmes (56%), 16 276 filles (27%) et 7102 garçons (12%). Les adultes sont en total 36 830 (61%) et les mineurs 23 378 (39%)

Selon le Rapport de 2016, sur la période du 1er janvier au 31 décembre 2016, un total de 11110 survivants(te)s de VBG dont 8797 incidents des autres types de violences basées sur le genre (VBG) soit 79% et 2313 incidents de violences sexuelles (VS) soit 21%. Parmi ces cas 86% de sexe féminin (femmes et filles) contre 14% de sexe masculin (hommes et garçons).

En 2017, le GBVIMS a enregistré plus de 8321 cas de VBG dont 1370 soit 16% sont des incidents de violence sexuelle (viols et agressions sexuelles) et 6951 soit 84% d'incidents représentent d'autres types de VBG avec une proportion de 90% de sexe féminin.

Selon la dernière enquête par grappes à indicateur multiples (MICS6) : 60% des filles et de garçons de la RCA sont mariés ou en union avant 18 ans, les Mutilations Génitales Féminines (MGF) touchent 24% des femmes et des filles âgées entre 15 et 49 ans, 80% des femmes et 84% des hommes ont des attitudes d'acceptation face à la violence domestique subie par les femmes.

Face à ce défi qui est la prise en charge des VBG, le Gouvernement Centrafricain a inscrit la protection des femmes et des filles parmi ses priorités. De nombreux textes et programmes politiques relatifs à la situation des femmes en RCA ont été élaborés pour assurer la protection des femmes et filles et assurer leur prise en charge holistique.

En dépit de l'arsenal des textes juridiques nationaux et internationaux, les femmes et les enfants continuent d'être les principales victimes de violences basées sur le genre et souvent ne bénéficient pas d'une prise en charge holistique adéquate en temps imparti.

Au niveau de la prise en charge des cas, les services fournis aux survivant(e)s de VBG sont parfois incomplets ou indisponibles. Les viols et les cas de violences sexuelles entraînent un risque élevé de transmission du VIH mais qui n'est pas nécessairement traité de façon holistique par les acteurs de prise en charge. Certains acteurs de la lutte contre les VBG au niveau psychosocial ou juridique ne sont pas suffisamment formés et équipés, et ne bénéficient pas de tous les moyens nécessaires pour remplir effectivement leur mission auprès des survivant(e)s.

Il ressort que les acteurs de prise en charge psychosociale manquent de formation et plus particulièrement des formations sur le dépistage, l'acceptation du statut sérologique pour les survivants de VBG séropositives, et l'accès au traitement et à la prise en charge juridique. De ces faits la non-acceptance de son statut sérologique peut entraîner des cas d'auto-stigmatisation, un repli sociétal, des cas de dépression, non-observance de son traitement antirétroviral (ARV), déni de sa sérologie, des comportements à risque et même des cas graves psychiatriques. Enfin, différentes problématiques de droit se posent pour les survivants(e) de viol et violences sexuelles qui sont séropositives, sans que celles-ci soient traitées de manière adéquate.

Questions de recherche : Parmi les personnes victimes de violences sexuelles, quelle est la séroprévalence au VIH, à la Syphilis et aux Hépatites B et C ? Quelles sont les mesures de prévention et de protection mises en place pour réduire les risques liés aux infections transmissibles ?

Il est donc important que les acteurs impliqués dans la prise en charge des survivant(e) s de VBG aient les automatismes requis afin de prendre en charges correctement ces personnes. A cet effet, il est important d'accroître la capacité des acteurs étatiques et de la Société Civile pour une bonne prise en charge des survivantes et plus particulièrement des survivantes vivant avec le VIH.

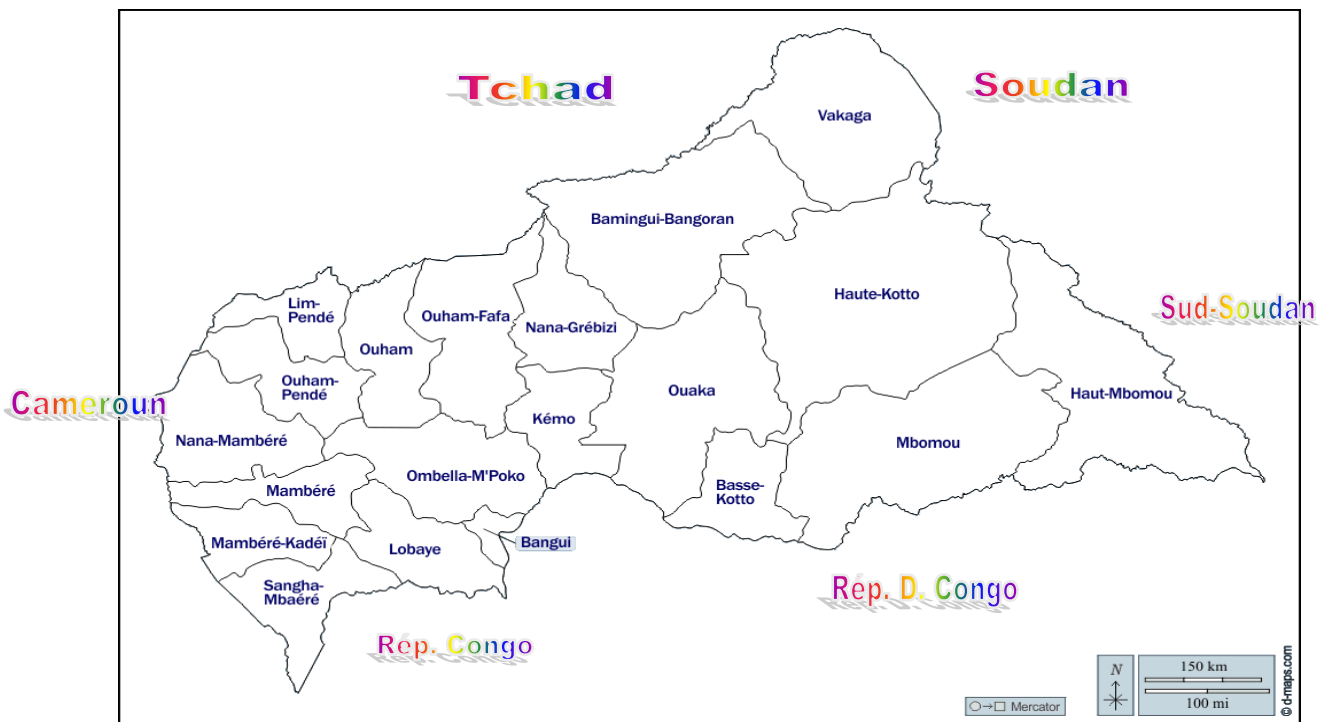
Pour promouvoir la prévention de la lutte contre les maladies transmissibles parmi cette catégorie de population, il est indispensable d'organiser une enquête auprès des personnes survivantes de viols en matière de VIH. Les résultats obtenus permettront la prise de décision responsable des autorités compétentes dans la réduction du risque de cet accident.

C'est dans ce contexte que la Coordination Nationale du Comité National de Lutte contre le Sida (CN/CNLS) en collaboration avec Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) a décidé de faire cette enquête pour évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques des victimes survivantes de violences sexuelles à Bangui, Bossangoa, Kaga Bandoro, Bambari, Bria et Bangassou.

1.1 PRESENTATION DE LA REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

1.1.1 Contexte géographique

La République Centrafricaine (RCA) est un pays enclavé situé au cœur de continent africain avec une superficie de 623 000 km². Elle est entourée 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.

1.1.2 Contexte sociodémographique de la République Centrafricaine

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

1.1.3 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, un relèvement post conflit, une paix durable et la reconstruction du pays après la longue période de crise.

1.1.4 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 sol riche (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 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.

1.1.5 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.

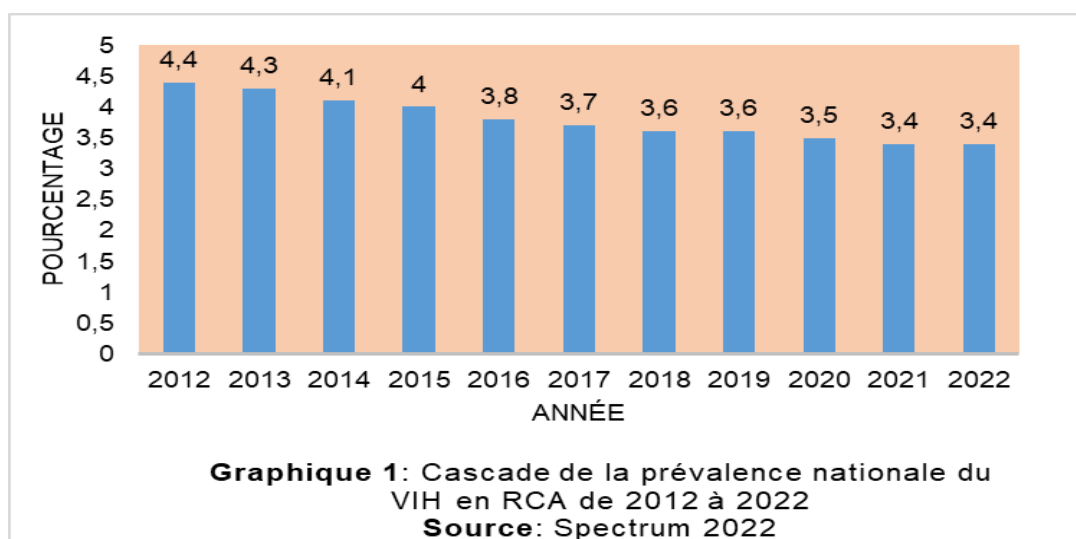
1.2 SITUATION DE L'ÉPIDÉMIE EN RCA

1.2.1 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



1.2.2 Situation épidémiologique des Infections Sexuellement

Transmissibles

1.2.2.1 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 d’échantillonnage axé sur les répondants (Respondent Driven Sampling= RDS) en 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.

1.2.2.3 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. 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 voire Hépatocarcinome. 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 et constitue 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 aigue 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 Districts de la charnière centrale du pays : Ouaka, Bamingui-Bangoran et Vakaga [14]. Dans ce dernier District, 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%. L'association de séroprévalence de l'AgHBs/Ac anti-VIH est 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%.

1.3 HISTORIQUE DES ENQUETES IBBS EN RCA

La première enquête comportementale a été réalisée dans les années 2019 auprès des PS et HSH dans les cinq grandes villes de la RCA à savoir Bangui, Boali, Carnot, Bouar et Berberati.

Il s'en est suivi une seconde auprès des Personnes Privées de Liberté (PPL) 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.

La quatrième et la cinquième étaient simultanément réalisées auprès des PPL dans les villes de Bouar, Bossangoa et Bambari en 2023. Les résultats de ces études constituent un moyen de plaidoyer qui a abouti à l'organisation de la sixième enquête dans les villes de Bangui, Bimbo et Bégoua dans l'optique de contribuer à la réduction du poids des maladies ciblées telles que : le VIH/Sida, la syphilis et les hépatites B et C chez ces différentes catégories de population enquêtées.

II- OBJECTIFS

2.1 Objectif général

Déterminer le profil séro-comportemental lié au VIH, à la syphilis et aux Hépatites B et C chez les victimes survivantes de violences sexuelles à Bangui, Bossangoa, Kaga Bandoro, Bambari, Bria et Bangassou en 2023.

2.2 Objectifs spécifiques

1. Décrire les caractéristiques sociodémographiques des victimes enquêtées ;
2. Déterminer la prévalence liée au VIH, à la syphilis et aux hépatites B et C parmi les enquêtés ;
3. Déterminer le niveau de connaissances sur les modes de transmission du VIH, de la syphilis et des hépatites B et C chez les personnes interrogées ;
4. Déterminer le niveau des connaissances des victimes enquêtées sur les moyens de prévention de la lutte contre le VIH, la Syphilis et les Hépatites B et C ;
5. Identifier les attitudes et les pratiques à risque face aux infections transmissibles parmi les personnes enquêtées ;

III. CADRE DE L'ETUDE ET METHODOLOGIE

3.1 Cadre de l'étude

L'étude s'était déroulée dans les six villes de la RCA à savoir : Bangui, Bossangoa, Kaga Bandoro, Bambari, Bria et Bangassou.

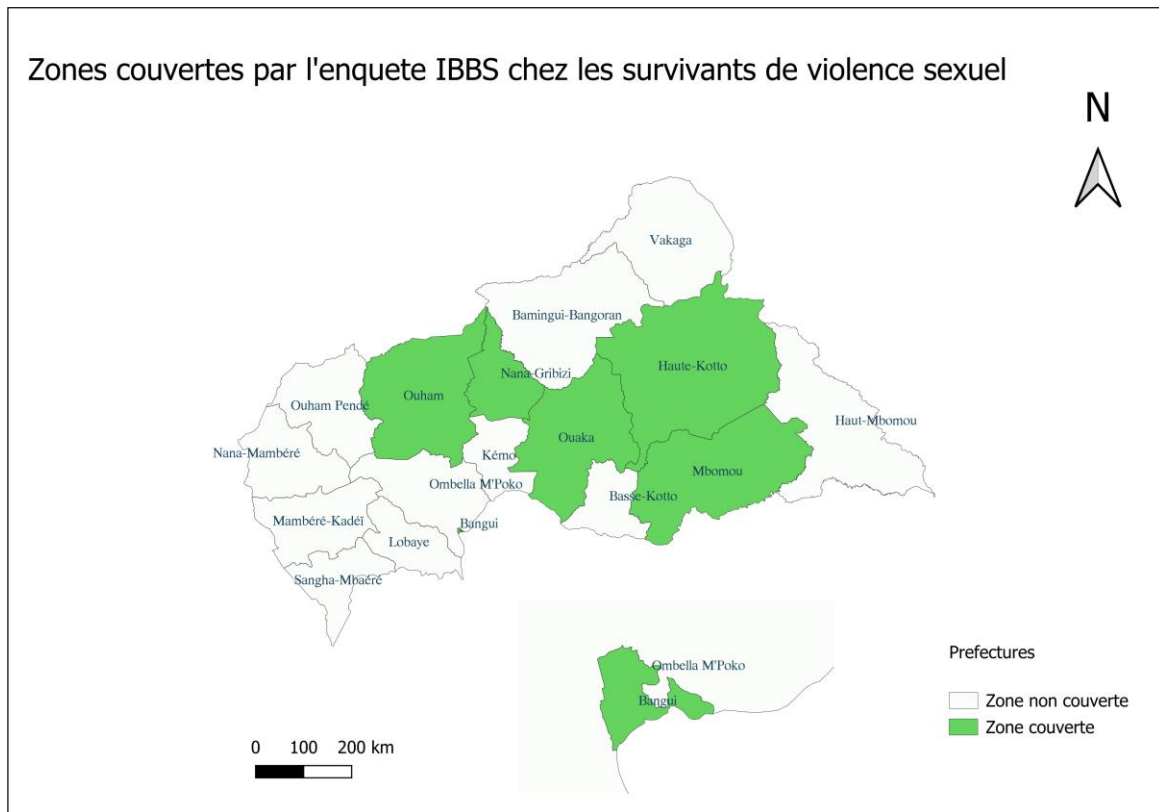


Figure 1 : Carte des préfectures de la RCA couverte par l'étude

Source: S/E. CN/CNLS

3.1.1 Ville de Bangui

Bangui est la capitale de la RCA avec une population totale estimée en 2022 à environ 1 425 276 habitants (Cartographie numérique du RGPH 4, ICASEES 2021), soit le quart de la population nationale. Elle s'étend sur les communes limitrophes de Bégoua au Nord, Bimbo à l'Ouest et Zongo sur la rive Sud de l'Oubangui en République Démocratique du Congo. La ville de Bangui regorge 3 districts sanitaires avec 66 formations sanitaires soit 7% des FOSA totales du pays [11]. Selon le nouveau découpage administratif de la ville de Bangui, celle-ci est élargie, incluant les localités qui se trouvent dans un rayon de 25 km environ, tout autour du centre-ville de Bangui.

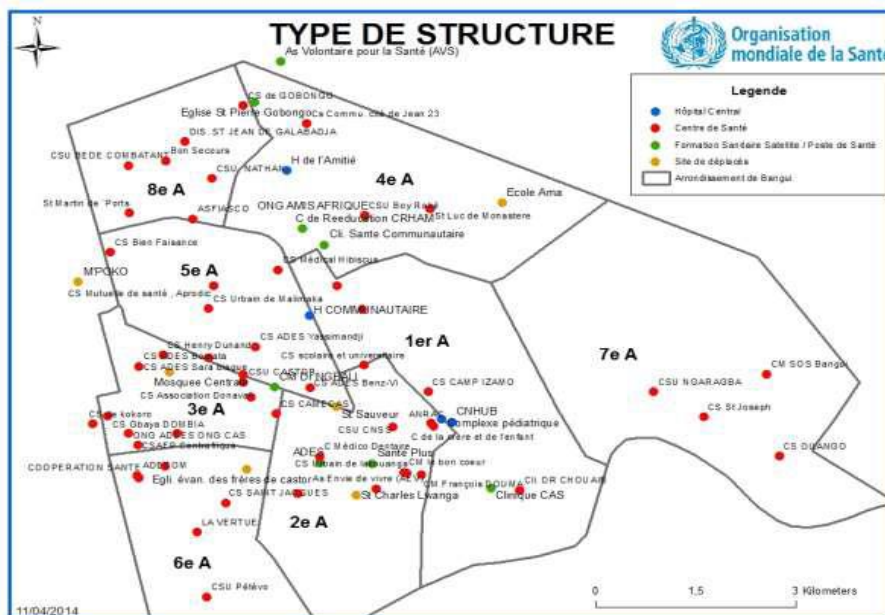


Figure 2 : Carte de la ville de Bangui montrant la localisation des formations sanitaires (Source : HeRAMS RCA 2020)

3.1.2 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%). La ville de Bambari est traversée par la route nationale N°2 (RN 2, allant de Bangui à Bambouti), compte 91 quartiers [11] et alimentée par la rivière Ouaka.

Le climat y est de type tropical durant toute l'année. 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 (aussi appelé hôpital de District de Bambari) est l'hôpital de référence de la Région Sanitaire N°4, qui couvre trois Préfectures Ouaka, Kemo 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. L'enseignement secondaire est assuré au 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.

3.1.3 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 commune de Bossangoa est entourée de 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 féminine. 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 de Bossangoa (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.

3.1.4 Ville de Bria

Le 23 janvier 1961, la RCA indépendante fait de Bria le chef-lieu de la Préfecture de Haute-Kotto [18]. Elle est située sur la route nationale N° 5 à 598 Km au nord-est de la capitale Bangui pour une superficie de 86 650 km² avec une population de 47226 Habitants (selon la cartographie censitaire RGPH4, RCA 2021). La ville de Bria constitue l'une des trois sous-préfectures de cette subdivision. Elle est drainée par la rivière Kotto et compte 43 quartiers. La ville de Bria est la base du District sanitaire et de la Région sanitaire N°5 qui couvre la Haute-Kotto, la Bamingui-Bangoran et la Vakaga. Le District sanitaire dessert 23 FOSA et un Hôpital Régional universitaire appuyé par les partenaires AUDEC, MSF-F et IMC.

3.1.5 Ville de Bangassou

La ville de Bangassou est le Chef-Lieu de la Préfecture de Mbomou, l'une des vingt Préfectures de la RCA. Elle est située dans le sud-est du pays sur la route nationale N° 2 à 750 km de la capitale Bangui. Elle tient son nom de la rivière Mbomou, affluent de l'Oubangui, qui la sépare de la République démocratique du Congo, au sud. Sa superficie est de 61150 km² pour une population de 54 059 habitants en 2021 soit 2,7 hab./km² selon la cartographie censitaire RGPH4, RCA. La ville de Bangassou compte 49 quartiers [18].

3.1.6 Ville de Kaga-Bandoro

Kaga-Bandoro est une ville de la RCA, Chef-lieu de la Préfecture de Nana-Grébizi. Elle a d'abord été appelée Fort-Crampel (1898-1961) puis Crampel (1961-1974). Elle est située à 337 km au nord de la capitale Bangui sur la route nationale N° 8 reliant Sibut à Ndélé. La ville de Kaga Bandoro compte 55 047 habitants selon la cartographie censitaire RGPH 4 en 2021 [18]. La ville dispose d'un hôpital préfectoral et de deux centres de santé : Caritas et Église évangélique [19].

3.1.7 Sites de l'enquête

Les activités se sont déroulées au sein des sièges des associations des victimes de violences sexuelles et des directions régionales des affaires sociales dans les villes de Bangui, Bossangoa, Bambari, Bria, Bossangoa et Bangassou.

3.2. Méthodologie

3.2.1 Type et période de l'étude

Il s'agissait d'une enquête transversale à visée descriptive et analytique auprès des survivants de violences sexuelles identifiées à Bangui, Bossangoa, Kaga-Bandoro, Bambari, Bria, Bangassou pendant la période allant d'Octobre à Décembre 2023.

3.2.2 Population de l'étude

La population de l'étude était constituée de personnes victimes de violences sexuelles enregistrées dans les ONG, les Directions Régionales des Affaires Sociales et les formations sanitaires des villes identifiées pour l'étude et répondant aux critères ci-dessous :

Critères d'inclusion

Etaient inclus dans cette étude :

- ✓ Personnes des deux sexes victimes de violences sexuelles ;
- ✓ Personnes âgées de 15 ans et plus ;

Critères d'exclusion

- Les personnes non enregistrées par les ONG ou par les FOSA ;
- Personnes présentes et non consentantes à participer à l'enquête.

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

La population totale des survivants de violences sexuelles dans les six (6) sites retenus de l'étude est de 602 (Voir méthodes de calcul ci-dessous « 3.2.3.2 »).

3.2.3 Plan d'échantillonnage

3.2.3.1 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, de la situation post conflit, d'accessibilité et de sécurité. Chaque commune des villes retenues constitue la base de sondage. Le nombre des personnes victimes de violences sexuelles compris dans chaque commune est proportionnel par rapport à l'effectif total des personnes dénombrées. Toutefois, à l'intérieur de chaque ville, sur la base de la liste des personnes victimes sexuelles des ONG, de la Direction Régionale et de la FOSA, un sondage aléatoire simple a été fait pour sélectionner les personnes auprès desquelles des questionnaires ont été administrés.

3.2.3.2 Taille de l'échantillon

Selon le rapport annuel de l'UNFPA en 2022 (Système de Gestion de l'information sur les Violences Basées sur le genre (GBVIMS) en RCA, la prévalence de la violence sexuelle représente 35% du total des cas de VBG. 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 = 35% ;

k = effet de grappe = 1 ;

d = précision est fixée 4%.

En appliquant la formule de SWARTZ on aboutit ainsi à une taille minimale de personnes victimes de violences sexuelles à Bangui, Bossangoa, Kaga-Bandoro, Bambari, Bria et Bangassou de $n = 547$, en ajoutant une majoration de 10% pour tenir compte d'éventuels cas de non-réponse ou de refus, la taille globale est $547+55= 602$.

La technique d'allocation proportionnelle à la taille de chaque groupe des victimes de violences sexuelles a été faite de la manière suivante :

- ✓ Villes retenues sont au nombre de 6 ;
- ✓ Calculant la proportion que représente la taille de chaque ville par rapport à l'effectif total des personnes victimes de violence sexuelle ;
- ✓ Pour une prévalence nationale de 35% des personnes victimes de violence sexuelle en RCA, nous appliquons la formule de SWARTZ pour avoir la taille de l'échantillon total qui est de 602 ;
- ✓ Appliquons la proportion de chaque ville sur la taille totale 4677 pour avoir l'effectif des personnes à interroger de chaque ville.

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

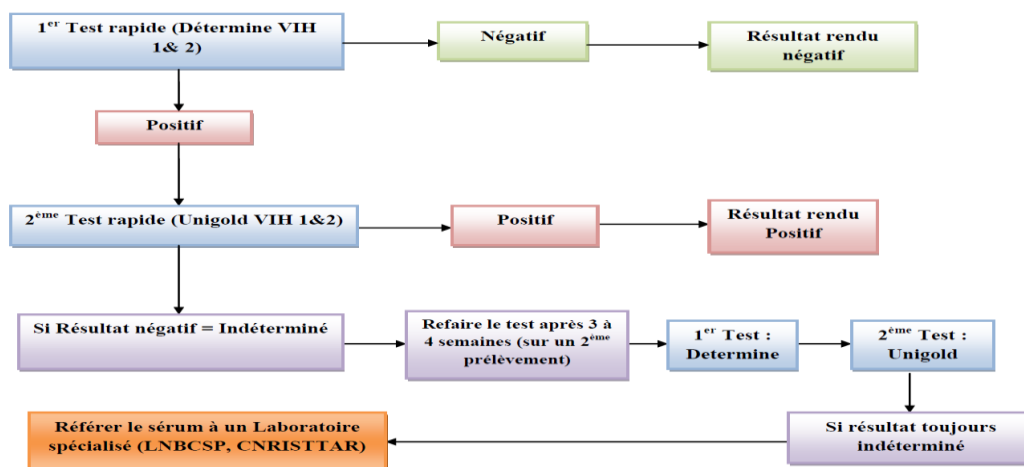
N°	Zones de l'étude	Effectif des victimes de violence sexuelle	Proportion des victimes de violence sexuelle par apport à l'effectif total (%)	Nombre des personnes à interroger
1	Bangui (maison de l'espoir)	1256	26,9	162
2	Bangui (Centre d'Autonomisation Socio des Femmes et des Filles de Bimbo)	905	19,4	117
3	Bangui (Centre d'Autonomisation Socio des Femmes et des Filles du 7ème Arrondissement)	787	16,8	101
4	Bossangoa	305	6,5	39
5	Kaga Bandoro	610	13,0	78
6	Bambari	305	6,5	39
7	Bria	301	6,4	39
8	Bangassou	208	4,4	24
TOTAL		4677	100,0	602

En moyenne, 10 personnes victimes de violences sexuelles par zone d'étude étaient enquêtées par jour par enquêteur.

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

Les personnes victimes de violences sexuelles 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 au VIH déjà connues et mises sous traitement étaient escomptées et n'étaient testées que pour les autres pathologies. L'enquêteur formé fournissait des informations pour obtenir un consentement éclairé. Le dépistage du VIH était effectué selon l'algorithme national de dépistage avec test rapide du Ministère de la Santé selon la figure 1. Cependant, dans le cadre de cette étude, tous les échantillons positifs pour le VIH, la syphilis et les hépatites B et C ou indéterminés pour le VIH, 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 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 était fournis tout au long du déroulement de collecte des données. Les déchets étaient séparés et transmis à la structure sanitaire la plus proche pour élimination appropriée. Des procédures opérationnelles standards étaient développées pour l'élimination des déchets biomédicaux et pour le transport vers les sites d'élimination.



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

3.2.3.4 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.

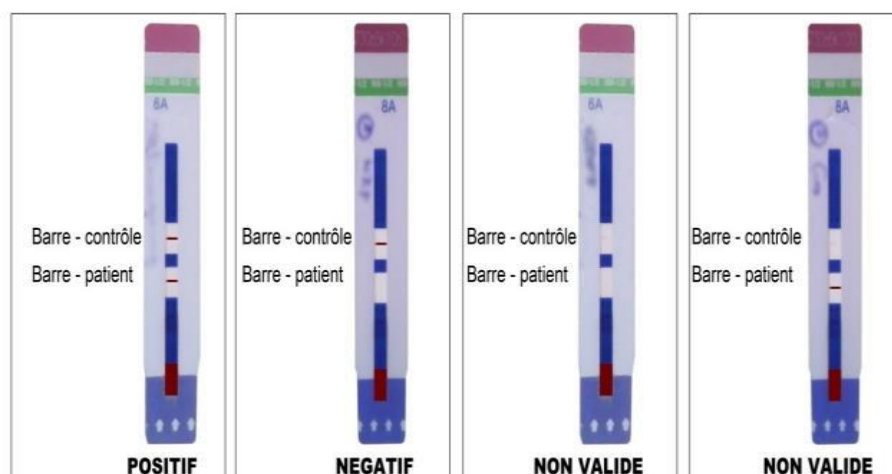
- ✓ **Condition de conservation**

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: Lecture des résultats du test de Determine HIV

<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.

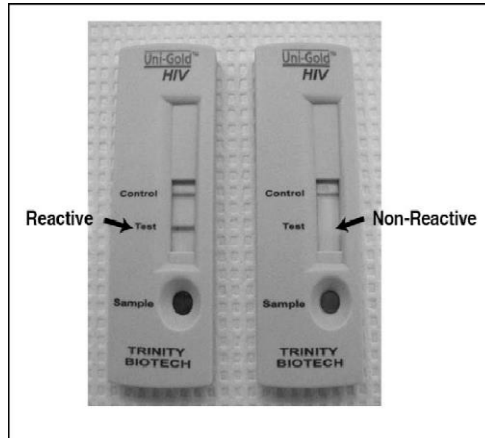
- ✓ **Condition de conservation**

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 sont utilisés pour le diagnostic de la syphilis, des hépatites B et C dans le cadre de cette enquête étaient : **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**



Test positif

Test négatif

Graphique 5: Lecture des résultats de Bioline BW, AgHBs et HCV

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

3.2.4 Phase de mise en œuvre

3.2.4.1 Recrutement et formation des enquêteurs et superviseurs

La sélection de l'agent était appropriée tenant compte de sa capacité de travailler en équipe pour achever la collecte des données en temps opportun. C'est pourquoi l'identification des enquêteurs et des superviseurs était géré avec beaucoup de rigueur. Le profil requis pour conduire cette enquête a nécessité la présence d'un candidat ayant le niveau Bac+ 3, avec habilité à manipuler la tablette android pour la collecte électronique des données. Les candidats ayant réalisé des enquêtes similaires antérieures, étaient privilégiés. Un entretien avec présence physique était réalisé à chaque candidat retenu pour évaluer son aptitude en termes de communication, de compréhension et de traduction du questionnaire.

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 en une 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.

3.2.4.2 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 les 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.
4. 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 vers un service de prise en charge étaient effectués le cas échéant.

3.2.4.3 Circuit du participant à l'enquête

1. Poste d'accueil pour orientation et pour le counseling pré-test et post-test (Rendu des résultats et référencement) ;
2. Poste de laboratoire pour prélèvement et test ;
3. Poste d'administration du questionnaire.

3.2.4.4 Technique de collecte de données quantitatives

Un questionnaire électronique a été utilisé pour des entretiens avec les enquêtés. Ceux qui ont accepté de participer, se sont rendus à un endroit où l'entrevue devrait se dérouler avec confidentialité et discrétion.

Le questionnaire comprend 39 questions et l'interrogation a une durée de 20 à 30 minutes en moyenne.

3.2.4.5 Dispositif de collecte de données

Une tablette assistée par ordinateur était utilisée pour la collecte de données quantitatives et qualitatives. Les enquêteurs ont 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 pour l'analyse. Ces données étaient présentées quotidiennement en fonction du processus de nettoyage de et de l'accès à l'Internet pour le téléchargement de celles-ci. Le questionnaire était transcrit sur une application de collecte de données mobile (KOBOTOOLBOX).

3.2.4.6 Assurance de qualité

La sécurité des données et l'assurance de la 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 de la qualité (AQ).

3.2.4.7 Contrôle de la qualité et supervision sur le terrain

Lors de la collecte des données, le superviseur appuyé par le coordonnateur de terrain a la responsabilité de superviser toutes les activités, y compris les vérifications ponctuelles de l'assurance qualité des données. Il menait des visites régulières auprès des acteurs de la chaîne de l'enquête (cliniciens, spécialistes de

laboratoire et enquêteurs) pendant leurs activités pour s'assurer de l'engagement des répondants à participer à l'étude. Il vérifiait l'exactitude des données avant l'envoi sur le serveur.

3.2.4.8 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 l'ID 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.

3.2.4.9 Nettoyage et analyse des données

Les données issues de cette analyse de la situation étaient compilées et nettoyées. Pour assurer le contrôle de la 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 affectaient 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 expliquées. Des contrôles aléatoires de la qualité des données étaient également institués à l'aide de décomptages de fréquences, de statistiques descriptives et d'une analyse des variables manquantes pour identifier toute structure inhabituelle.

3.2.4.10 Plan d'analyse des données

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

- Données démographiques ;
- 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.

3.2.4.11 Sécurité et sauvegarde des données

La base de données est stockée sur le serveur du Conseil en Suivi-Evaluation de la CN/CNLS pour conservation pour une durée de 5 ans. Par ailleurs, les échantillons du sang sont conservés au LNBCSP pour une durée de 5 ans.

3.2.4.12 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 Santé de l'Université de Bangui sous le N°37/UB/FACSS/IPB/CES.23 du 26/10/2023.

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 et maximiser les avantages et

répartir équitablement les risques et les avantages en utilisant des procédures conformes à des plans de recherche solides qui tiennent compte de ces questions.

- **Respect de l'autonomie**

La participation à l'enquête est strictement volontaire. Aucune forme de contrainte n'était utilisée pour obtenir la participation du personnel de santé des maternités enquêtés. Le refus de participation n'avait affecté en rien la manière dont ces agents ont été traités dans leurs services.

- **Consentement éclairé**

Aucune collecte de données n'avait eu lieu avant l'obtention du consentement éclairé. Afin de s'assurer que les participants soient aptes de donner un consentement éclairé, toutes les informations nécessaires ont été mises à leur portée. L'information portait sur les objectifs de l'enquête, les méthodes qui étaient utilisées pour mener cette enquête, sur l'identité et appartenance des personnes qui mènent l'enquête, 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 consentement éclairé portant sur la participation à un entretien, la collecte et l'entreposage d'échantillons biologiques, l'encodage et l'analyse des données était demandé par écrit à tous les répondants.

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 sa 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 ont accepté de participer à l'enquête, ont signé le formulaire de consentement éclairé.

- **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 principaux chercheurs. 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 ont été abordés en détail au cours de la formation des enquêteurs. Tous les enquêteurs, chercheurs et gestionnaires de base de données ont signé un document de confidentialité.

Les interviews et tests ont été 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 ont été transférés au bureau du Conseil en Epidémiologie de la CN/CNLS à Bangui et entreposés dans des classeurs verrouillés avec un accès restreint au personnel de l'enquête.

- **Avantages**

Les répondants ont bénéficié 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, ont été conseillés et orientés aux UPEC. Cependant, les sujets positifs à la syphilis ont reçu un traitement gratuit dans le service de médecine du site de l'enquête. Pour ceux dont les résultats étaient positifs aux hépatites B et C, ils ont été orientés dans le service d'Hépatogastro-entérologie pour une prise en charge adéquate. Tous les enquêtés ont bénéficié des frais pour le remboursement de transport.

En outre, l'enquête a permis de rendre disponibles les données factuelles auprès du gouvernement afin de développer une planification stratégique au profit du personnel de santé en RCA.

Par ailleurs, cette étude contribuera à fournir des données dans le domaine de recherches scientifiques et permet de faire de comparaisons à l'échelle internationale.

- **Risques**

L'enquête comportait des procédures qui présentaient généralement un risque minimal pour les répondants. L'entrevue était faite 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 gratuitement 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'examens 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 ont été 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 pour 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.

3.2.4.13 Composition des équipes et rôles des différentes catégories d'agents

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

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

N°	Qualité des membres de l'enquête	Effectif
01	Investigateur principal	01
02	Co-investigateur/ Coordonnateur terrain	04
Total		05

Tableau III : Répartition des autres membres de l'équipe

N°	Qualité des membres de l'enquête	Effectif
01	Coordonnateurs de terrain	07
02	Superviseurs de terrain	08
03	Enquêteurs	20
04	Spécialistes en laboratoire	12
05	Cliniciens	12
06	Statisticiens	02
Total		61

Le rôle assigné à chaque membre de l'équipe est résumé de la manière suivante :

- ✓ L'Investigateur principal avait pour mission de définir les orientations stratégiques de l'enquête et la validation des différents outils de collecte des données.
- ✓ Les Co-investigateurs et les Coordonnateurs de terrain avaient la charge d'élaborer le draft du protocole ; de procéder au recrutement et la formation des membres de l'équipe ; de coordonner toutes les étapes de l'enquête sur le terrain et de veiller sur la rédaction du rapport final de l'enquête.
- ✓ Les superviseurs ont pour tâche de faciliter les contacts avec les Autorités locales ; de superviser les activités de terrain ; de travailler en collaboration avec les coordonnateurs de terrain ; de répondre aux éventuelles questions et préoccupations des enquêteurs; d'accompagner les participants à toutes les étapes de l'enquête par le respect de circuit établi; de conseiller et vérifier la qualité du travail des enquêteurs; d'assurer la sauvegarde des données et d'élaborer un rapport journalier.

- ✓ Les cliniciens avaient comme charge d'accueillir et d'installer les participants ; de vérifier que le participant répond aux critères d'éligibilité ; de faire le counseling pré et post-test dans le cadre du VIH ; de remplir les bons de dépistage ; de dépouiller et communiquer les résultats ; de référer tous les cas positifs pour la prise en charge médicale ; d'élaborer un rapport journalier.
- ✓ Les enquêteurs étaient chargés d'assurer le chargement régulier des tablettes ainsi que les Power-Banks ; de saisir les données de l'enquête dans la tablette ; de faire des rapports journaliers de ses activités et les soumettre au superviseur ; de réaliser toute autre tâche dévolue pour la réussite de l'enquête.
- ✓ Les spécialistes en laboratoire avaient la responsabilité d'accueillir et d'installer les participants ; d'expliquer le but des tests à réaliser ; de faire le prélèvement des participants ; de réaliser les tests ; d'interpréter les résultats ; de remplir et valider les fiches de rendu des résultats ; de gérer les déchets biomédicaux générés pour l'enquête ; d'élaborer un rapport journalier et les soumettre au superviseur.
- ✓ Les statisticiens avaient pour charge de paramétrer les tablettes ; de codifier les participants ; de former les agents sur l'utilisation des tablettes et l'administration de questionnaire ; de 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.

IV. RESULTATS

L'enquête a été réalisée simultanément dans six (6) villes auprès des survivants de violences sexuelles enregistrés dans les FOSA ainsi que les Associations et les Directions Régionales du Ministère des Affaires Sociales. Elle s'est déroulée du 11 au 20 Octobre 2023 à Bangui et du 13 au 23 Novembre 2023 à Bossangoa, Kaga-Bandoro, Bambari, Bria et Bangassou. Au total 615 personnes sur 602 prévues ont été enrôlées soit un taux de participation de plus de 100,0%.

Tableau IV : Répartition de la taille de l'échantillon enquêté par site de l'étude

<i>N°</i>	<i>Zones de l'étude</i>	<i>Nombre des personnes prévu pour l'interrogation</i>	<i>Nombre des personnes réellement interrogées</i>	<i>Taux de représentativité participation (%)</i>
1	Bangui (maison de l'espoir)	162	159	25,9
2	Bangui (Centre d'Autonomisation Socio des Femmes et des Filles de Bimbo)	117	82	13,3
3	Bangui (Centre d'Autonomisation Socio des Femmes et des Filles du 7ème Arrondissement)	101	105	17,0
4	Bossangoa	39	51	8,3
5	Kaga Bandoro	78	80	13,0
6	Bambari	39	48	7,8
7	Bria	39	50	8,1
8	Bangassou	24	40	6,5
	TOTAL	602	615	102,15

A. PARTIE DESCRIPTIVE

4.1 Caractéristiques sociodémographiques des sujets enquêtés

Au total 615 personnes ont été enrôlées sur 602 attendues. Les hommes étaient au nombre de 31 et les femmes étaient au nombre 584 soit le sexe ratio H/F est de 0,05. Les victimes de violence sexuelle sont à majorité du sexe féminin soit 94,9% (584/615). L'âge moyen est de 30 ans \pm 11,1 avec les extrêmes (minimum= 15 ans et maximum= 67 ans). La tranche d'âge de 20 – 24 est plus touchée par la violence sexuelle (25%) et ce taux est beaucoup plus représenté à Bria (56,0%) contrairement à Bambari (14,6%), Bangassou et Kaga – Bandoro (20,0%) comme l'indique le tableau V.

Tableau V : Répartition des participants par sexe et par tranches d'âge selon les villes enquêtées

Variables	Bambari		Bangassou		Bangui		Bossangoa		Bria		Kaga-Bandoro		TOTAL	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Sexe														
Féminin	48	100,0	40	100	329	95,1	50	98,0	46	92,0	92,0	12,2	584	95,0
Masculin	0	0,0	0	0	17	4,9	1	2,0	4	8,0	8,0	29	31	5,0
Total	48	100,0	40	100	346	100,0	51	100,0	50	100,0	100,0	13	615	100,0
Tranche d'âge(ans) Min= 15 Maxi= 67 Moyenne= 30 SD= 11,1														
15 - 19	27	56,3	11	27,5	19	5,5	1	2,0	6	12,0	18	27,5	82	13,3
20 - 24	7	14,6	8	20,0	89	25,7	7	13,7	28	56,0	15	20,0	154	25,0
25 - 29	6	12,5	3	7,5	55	15,9	13	25,5	7	14,0	9	7,5	93	15,1
30 - 34	0	0,0	5	12,5	51	14,7	6	11,8	4	8,0	13	12,5	79	12,8
35 - 39	3	6,3	5	12,5	41	11,8	5	9,8	3	6,0	5	12,5	62	10,1
40 - 44	3	6,3	2	5,0	35	10,1	4	7,8	0	0,0	5	5,0	49	8,0
45 - 49	1	2,1	5	12,5	36	10,4	4	7,8	0	0,0	4	12,5	50	8,1
≥ 50	1	2,1	1	2,5	20	5,8	11	21,6	2	4,0	11	2,5	46	7,5
Total	48	100,0	40	100,0	346	100,0	51	100,0	50	100,0	80	100,0	615	100,0

4.1 Caractéristiques sociodémographiques des sujets enquêtés (suite)

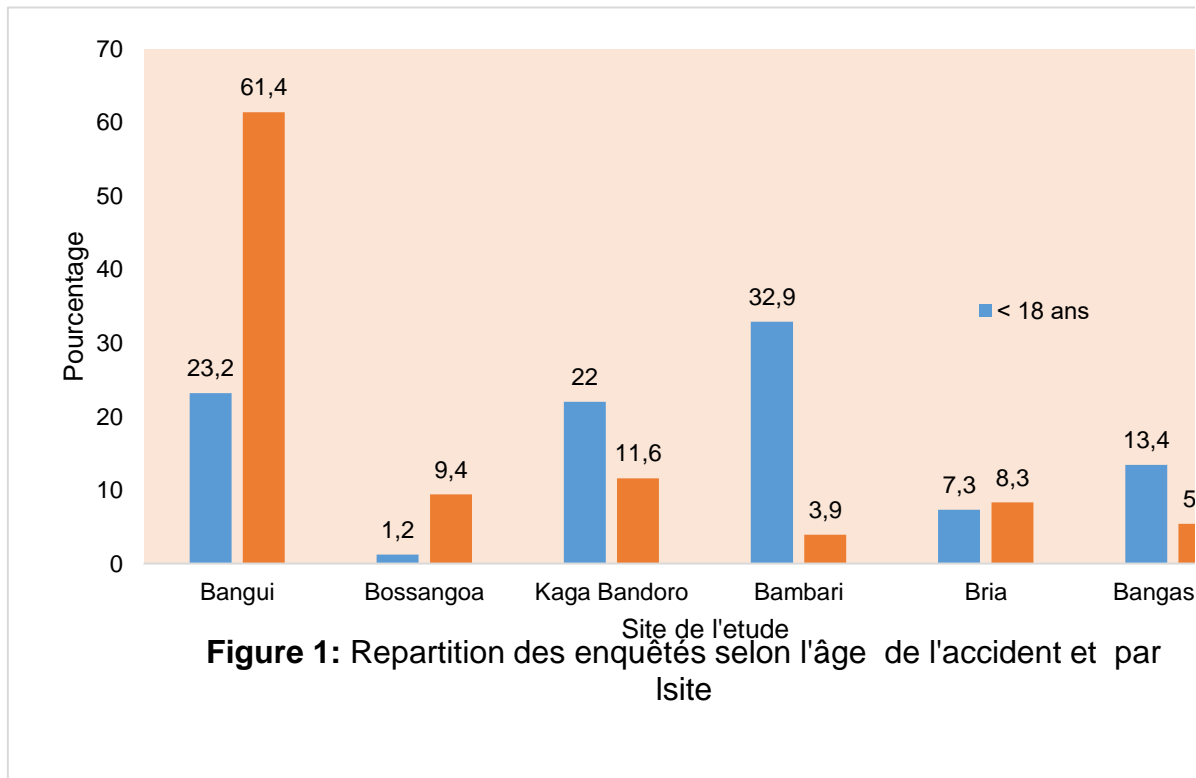
De manière générale, les victimes de violences sexuelles, n'ont pas d'emploi soit 65,4% contrairement au fonctionnaire qui sont moins touchés 7 soit 1,1%. Les participants du niveau primaire et secondaire sont majoritaires à 40,2 et 38,5% respectivement. Les personnes vivant seul représentent 71,9% avec une prédominance à Bangui 61,1%.

Tableau VI : Répartition des enquêtés par profession, niveau d'instruction et statut matrimonial par sites de l'étude

Variables	Bambari		Bangassou		Bangui		Bossangoa		Bria		Kaga - Bandoro		TOTAL	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Catégorie professionnelle														
Fonction libérale non professionnelle	5	2,9	18	10,4	121	69,9	12	6,9	16	9,2	1	0,6	173	28,1
Fonction libérale professionnelle	0	0,0	0	0,0	5	15,2	24	72,7	4	12,1	0	0,0	33	5,4
Fonctionnaire	0	0,0	0	0,0	4	57,1	1	14,3	0	0,0	2	28,6	7	1,1
Sans emploi	43	10,7	22	5,5	216	53,7	14	3,5	30	7,5	77	19,2	402	65,4
TOTAL	48	7,8	40	6,5	346	56,3	51	8,3	50	8,1	80	13,0	615	100,0
Niveau d'instruction														
Aucun niveau	5	4,1	13	10,7	51	41,8	14	11,5	10	8,2	29	23,8	122	19,8
Primaire	22	8,9	19	7,7	125	50,6	21	8,5	22	8,9	38	15,4	247	40,2
Secondaire	19	8,0	8	3,4	165	69,6	16	6,8	18	7,6	11	4,6	237	38,5
Supérieur	2	22,2	0	0,0	5	55,6	0	0,0	0	0,0	2	22,2	9	1,5
TOTAL	48	7,8	40	6,5	346	56,3	51	8,3	50	8,1	80	13,0	615	100,0
Statut matrimonial														
Seul (e)	40	9,0	30	6,8	270	61,1	30	6,8	29	6,6	43	9,7	442	71,9
Union	8	4,6	10	5,8	76	43,9	21	12,1	21	12,1	37	21,4	173	28,1
TOTAL	48	7,8	40	6,5	346	56,3	51	8,3	50	8,1	80	13,0	615	100,0

4.3 Antécédents de l'accident

4.3.1 Répartition des enquêtés selon l'âge de l'accident et par site



La figure 1 ci-dessus, montre que les mineurs sont plus représentés dans les villes de Bambari (32,9%), Kaga Bandoro (22%) et Bangassou (13,4%). Contrairement à Bangui (23,2%).

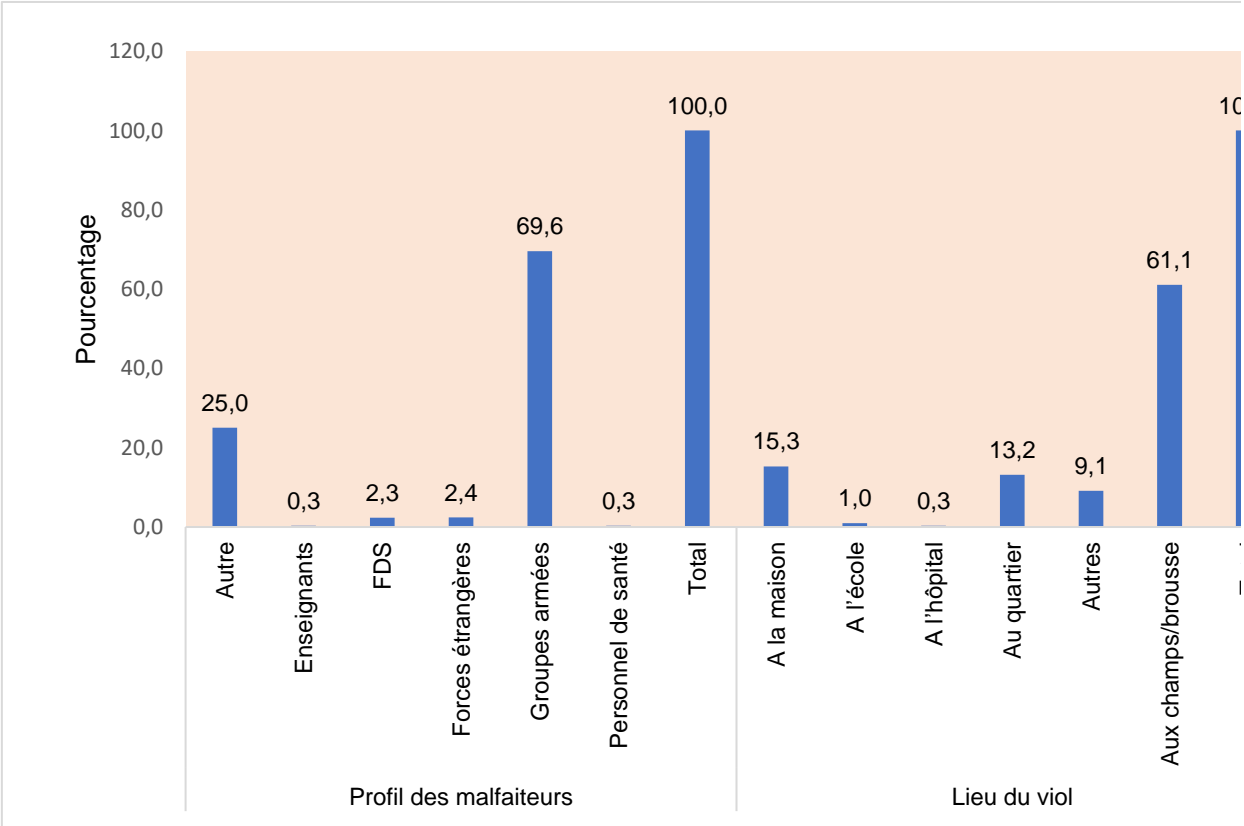
4.3.2 Répartition du taux de violences physiques avant le viol et l'effectif des agresseurs

Les violences physiques avant le viol représentent 51,3% à Bangui et 16,2% à Kaga-Bandoro. Cependant, la proportion des agresseurs (2 à 5 agresseurs) sur une victime est plus élevée à Bangui soit 60,7% par rapport aux autres localités, tandis que celle de plus de 5 agresseurs est élevée à Bangui et Bria soit respectivement 63,0% et 18,5%.

Tableau VII : Répartition de l'antécédent du viol et l'effectif des Agresseurs selon les sites de l'enquête

Variables		Localité													
		Bambari		Bangassou		Bangui		Bossangoa		Bria		Kaga - Bandoro		TOTAL	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Violences physiques avant le viol	Non	3	2,1	3	2,1	103	73,0	13	9,2	16	11,3	3	2,1	141	22,9
	Oui	45	9,5	37	7,8	243	51,3	38	8,0	34	7,2	77	16,2	474	77,1
	Total	48	7,8	40	6,5	346	56,3	51	8,3	50	8,1	80	13,0	615	100,0
Nombre des personnes qui ont commis le viol	1	27	18,0	26	17,3	63	42,0	9	6,0	15	10,0	10	6,7	150	24,4
	2 à 5	19	4,3	14	3,2	266	60,7	41	9,4	30	6,8	68	15,5	438	71,2
	> 5	2	7,4	0	0,0	17	63,0	1	3,7	5	18,5	2	7,4	27	4,4
	Total	48	7,8	40	6,5	346	56,3	51	8,3	50	8,1	80	13,0	615	100,0

4.3.3 Répartition des enquêtés selon le profil des agresseurs



Cette figure démontre que les principaux agresseurs sont des groupes armés (69,6%) et qui n'ont pas de lien avec la victime (92,8%). Les champs et brousses sont les lieux fréquents de viol (61,1%).

4.3.4 Répartition des enquêtés selon les modalités d'alerte

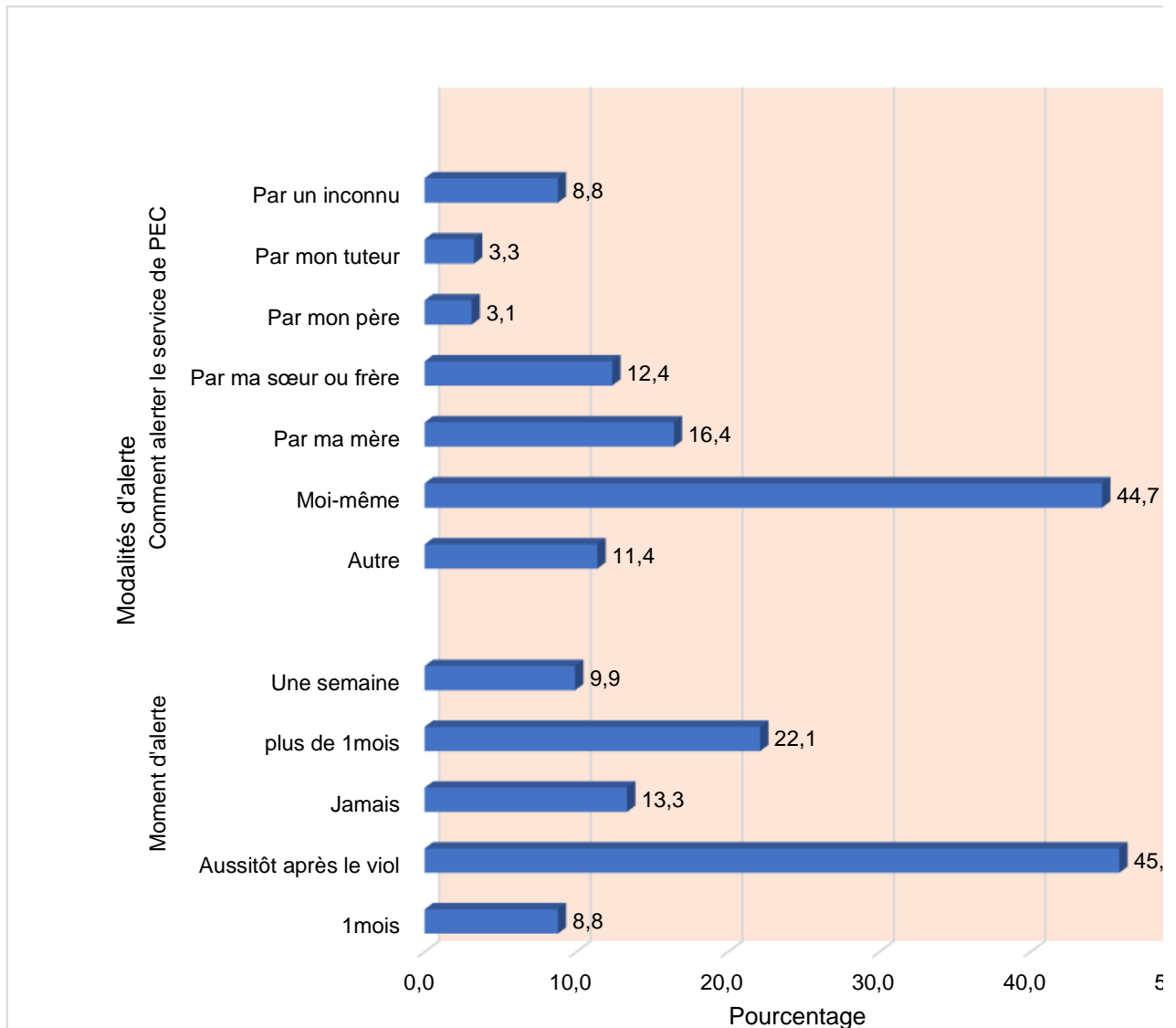


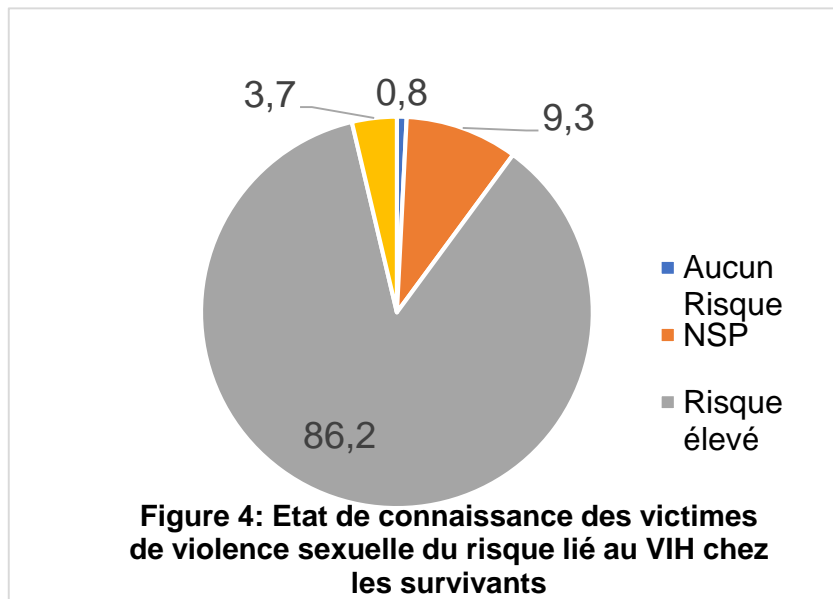
Figure 3 : Modalité d'alerte par les victimes de violences sexuelles enquêtées

On observe que l'alerte est donnée en majeure partie par les victimes elles-mêmes (44,7%), aussi par les mères des victimes (16,4%).

Par ailleurs, dans la majorité des cas, l'alerte de service de prise en charge est aussitôt signalée après le viol (45,9%) ou un mois plus tard (22,1%) (figure 3).

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

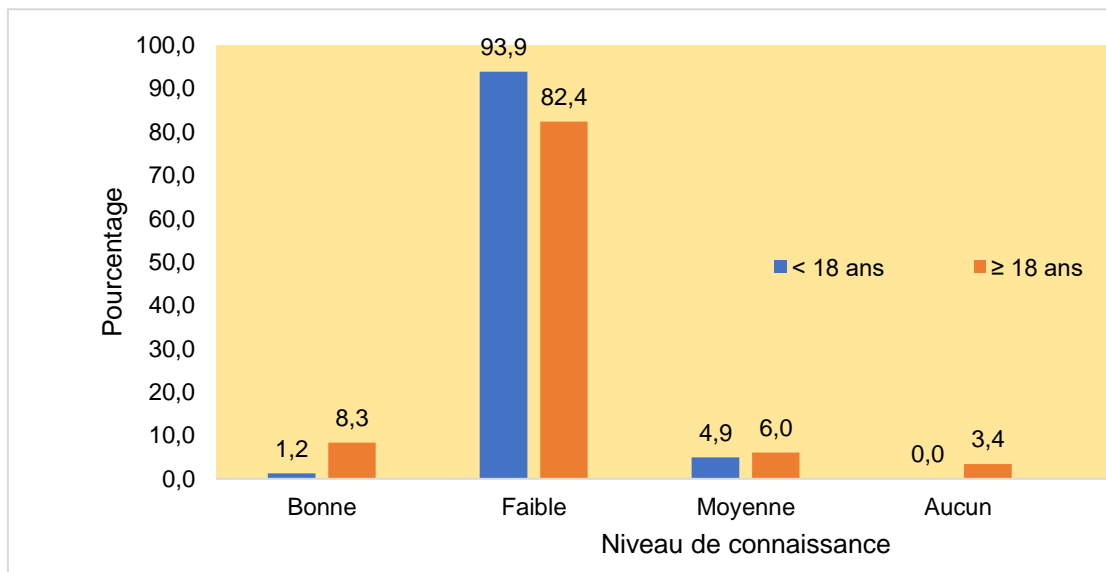
4.4.1 Connaissance de risque du VIH



Environ 86% des victimes pensent qu'il y a un risque de contracter le VIH pendant les agressions sexuelles. Par contre, environ 9% n'ont aucune notion de tel risque.

4.4.2 Connaissances du VIH

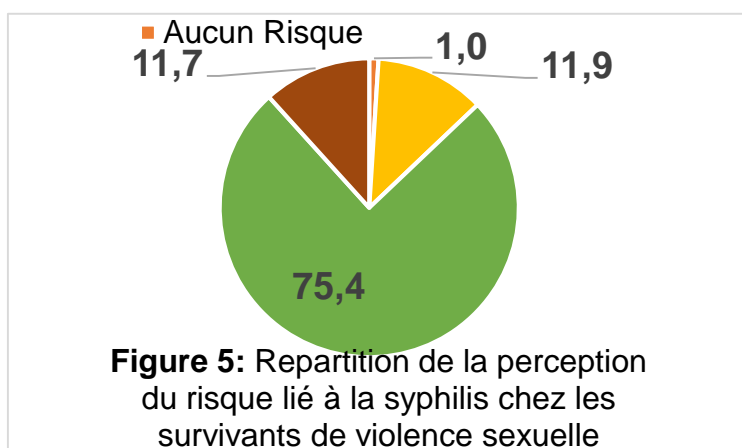
4.4.2.1 Niveau de connaissance des victimes sur les risques liés au VIH



La majorité des victimes de violences sexuelles a un faible niveau de connaissance sur le VIH quel que soit l'âge (plus de 80%) (figure 5).

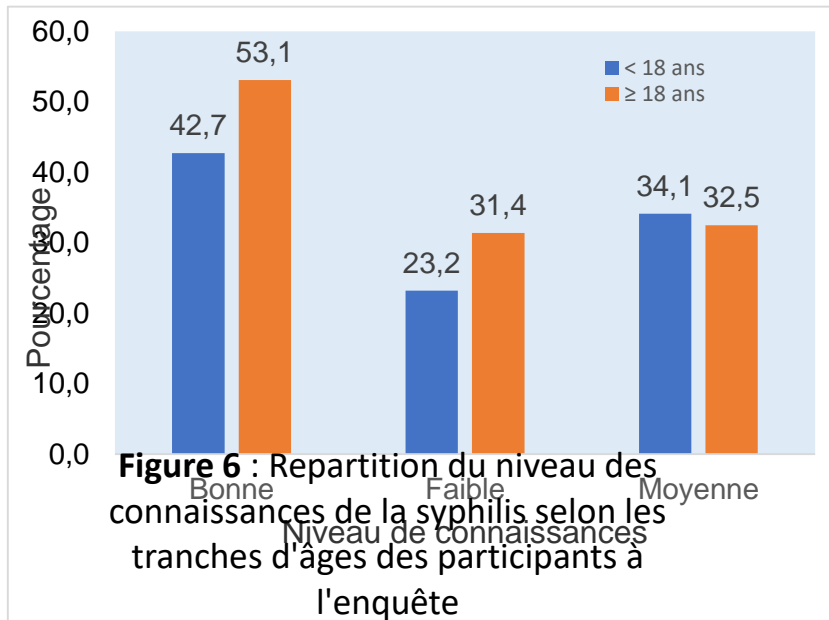
4.4.2.2 Connaissance de risque de la syphilis

4.4.2.2.1 Connaissance de risque de la syphilis en milieu des survivants des violences sexuelles



75,4% des personnes enquêtées ont une connaissance du risque élevé de la syphilis en cas de violence sexuelle.

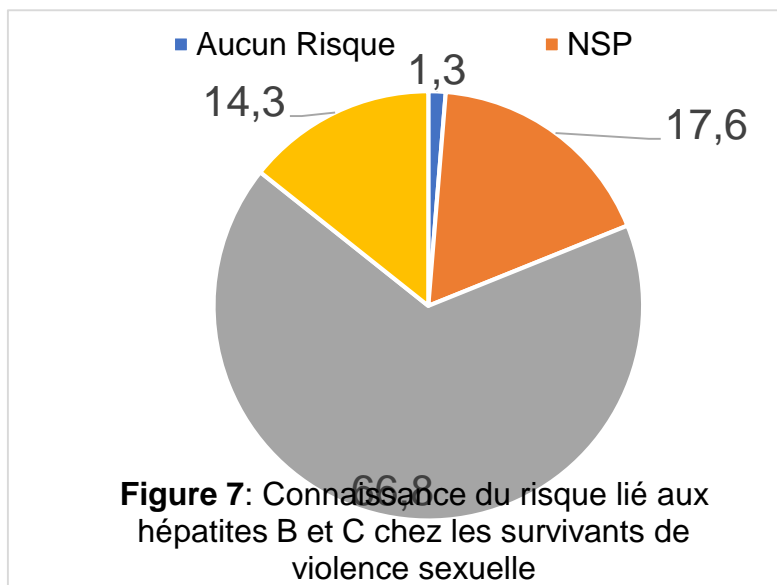
4.4.2.2 Niveau de connaissances liées à la syphilis en milieu des survivants des violences sexuelles



Plus de 23% des victimes de violences sexuelles à un faible niveau de connaissance sur la syphilis quel que soit l'âge (figure 6).

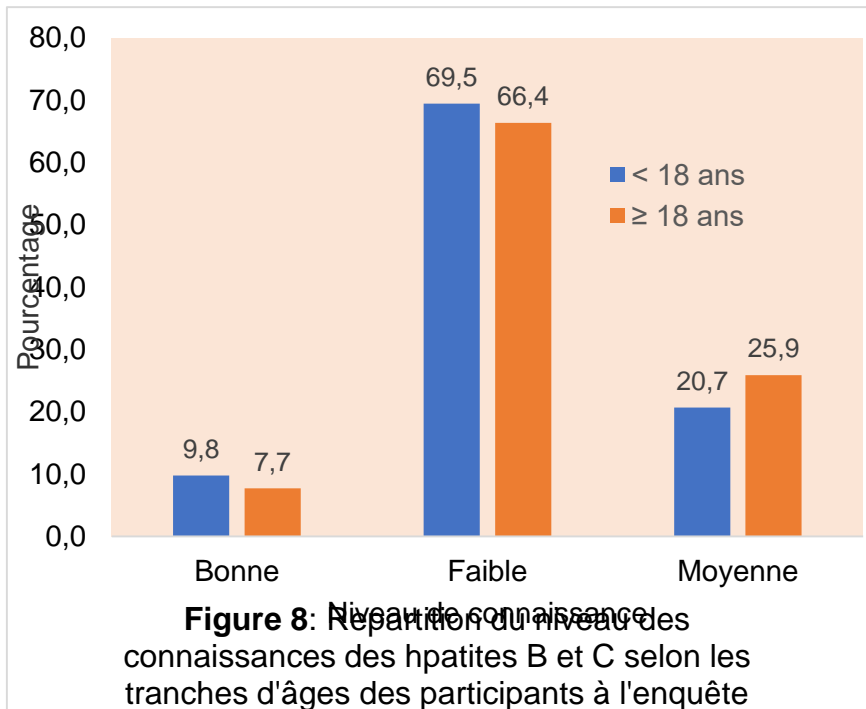
4.4.2.3 Connaissance de risque de la syphilis

4.4.2.3.1 Connaissance de risque lié aux hépatites B et C en milieu des survivants des violences sexuelles



66,8% des personnes enquêtées ont une connaissance sur les risques des hépatites B et C et des agressions sexuelles. Par contre, 17,6% des enquêtés n'ont aucune notion de tel risque.

4.4.2.3.2 Connaissances des hépatites B et C



La majorité des victimes de violences sexuelles ont un faible niveau de connaissances sur les hépatites B et C quel que soit l'âge (plus de 60%) (figure 8).

4.5 Connaissances des modes de transmission du VIH

4.5.1 Connaissances des modes de transmission du VIH par voix sexuelles

Environ 97% des enquêtés ont déclaré connaître les moyens de transmission par les rapports sexuels vaginaux sans condom, 91,9% par les rapports sexuels anaux sans préservatif, 86,0% par les rapports bucco-labiale. Par contre, environ 34% des enquêtés pensent que les rapports sexuels anaux avec préservatif constituent un risque de transmission de la syphilis (tableau XX). Ces données sont variables d'une localité à une autre.

Tableau VIII: Répartition des connaissances des participants sur les moyens de transmission par voix sexuelles de la syphilis par site de l'étude

Variables	Bangui		Bossangoa		Kaga-Bandoro		Bambari		Bria		Bangassou		Total	
	Oui	%	Oui	%	Oui	%	Oui	%	Oui	%	Oui	%	Oui	%
Le VIH peut être transmis par														
Par des rapports sexuels vaginaux sans condom	344	99,4	50	98,0	80	100,0	48	54,2	50	100,0	38	95,0	610	99,2
Par des rapports sexuels vaginaux sans condom	328	94,8	49	96,1	60	75,0	48	14,6	49	98,0	39	97,5	573	93,2
Par des rapports sexuels anaux avec un condom	109	31,5	2	3,9	26	32,5	36	93,8	31	62,0	10	25,0	214	34,8
Par relations sexuelle bucco-labiale	273	78,9	46	90,2	77	96,3	46	4,2	46	92,0	36	90,0	524	85,2

4.5.2 Connaissances des modes de transmission du VIH par contact physique

La majorité de la population (plus de 93%) ont une bonne connaissance des voies de transmission du VIH. Toutefois, on note un faible niveau de connaissance chez certains enquêtés ou 24,2% et 9,1% pensent, respectivement, que partager les ustensiles au même moment et serrer les mains constituent un risque de transmission de VIH.

Tableau IX : Répartition des connaissances des participants sur les moyens de transmission par contact physique du VIH par site de l'étude

Variables	Bangui		Bossangoa		Kaga-Bandoro		Bambari		Bria		Bangassou		Total	
	Oui	%	Oui	%	Oui	%	Oui	%	Oui	%	Oui	%	Oui	%
Le VIH peut être transmis par														
Boire ou manger dans la même assiette d'une PVVIH	73	21,0	10	19,6	3	3,8	26	54,2	21	42	16	40,0	149	24,2
Embrasser une PVVIH	98	28,2	36	70,6	8	10,0	7	14,6	39	78	29	72,5	217	35,3
Injection avec une aiguille usagée	332	95,7	45	88,2	75	93,8	45	93,8	49	98	37	92,5	583	94,8
Partage de lame de rasoir ou objets tranchants	339	97,7	49	96,1	76	95,0	47	97,9	47	94	36	90,0	594	96,6
Partage des matériels de tatouage	325	93,7	48	94,1	116	145,0	44	91,7	47	94	36	90,0	615	100,0
Partage de sang dans des rites de fraternité	317	91,4	48	94,1	79	98,8	43	89,6	47	94	39	97,5	573	93,2
Serrer la main	29	8,4	3	5,9	1	1,3	2	4,2	14	28	7	17,5	56	9,1

4.5.3 Connaissances des modes de transmission du VIH par voie sanguine et de la mère à l'enfant

On note que 93,2% des enquêtés ont déclaré connaître les moyens de transmission par partage de sang dans des rites de fraternité, de mère à l'enfant (92,4) et par l'allaitement (85,2%). Cependant selon les résultats, on estime que 10% des enquêtés ne connaissent pas des modes de transmission du VIH par voie sanguine et de la mère à l'enfant. Ces données sont variables d'une localité à une autre.

Tableau X: Répartition des connaissances des participants sur les moyens de transmission par voie sanguine et de la mère à l'enfant du VIH par site de l'étude

Variables	Bangui		Bossangoa		Kaga-Bandoro		Bambari		Bria		Bangassou		Total	
	Oui	%	Oui	%	Oui	%	Oui	%	Oui	%	Oui	%	Oui	%
Le VIH peut être transmis par														
Partage de sang dans des rites de fraternité	317	91,4	48	94,1	79	98,7	43	89,6	47	94	39	97,5	573	93,2
Allaitement	294	84,7	49	96,1	64	80,0	34	70,8	49	98	34	85,0	524	85,2
De la mère à l'enfant pendant la grossesse et l'accouchement	312	89,9	50	98,0	78	97,5	46	95,8	49	98	33	82,5	568	92,4

4.6 Connaissances des modes de transmission de la syphilis

4.6.1 Connaissances des modes de transmission de la syphilis par voix sexuelles

Environ 97% des enquêtés ont déclaré connaître les moyens de transmission par les rapports sexuels vaginaux sans condom, 91,9% par les rapports sexuels anaux sans préservatif, 86,0% par les rapports bucco-labiale. Par contre, environ 34% des enquêtés pensent que les rapports sexuels anaux avec préservatif constituent un risque de transmission de la syphilis (tableau xxx). Ces données sont variables d'une localité à une autre.

Tableau XI: Répartition des connaissances des participants sur les moyens de transmission par voix sexuelles de la syphilis par site de l'étude

La syphilis peut être transmise par	Bangui		Bossangoa		Kaga-Bandoro		Bambari		Bria		Bangassou		Total	
	Oui	%	Oui	%	Oui	%	Oui	%	Oui	%	Oui	%	Oui	%
Rapports sexuels vaginaux sans préservatif	332	96,0	49	96,1	79	98,8	48	100,0	50	100,0	39	97,5	597	97,1
Rapports sexuels anaux sans condom	321	92,8	50	98,0	59	73,8	48	100,0	49	98,0	38	95,0	565	91,9
Rapports sexuels anaux avec condom	109	31,5	2	3,9	20	25,0	35	72,9	40	80,0	4	10,0	210	34,1
Rapports sexuels bucco-labiale	279	80,6	48	94,1	77	96,3	47	97,9	45	90,0	33	82,5	529	86,0

4.6.2 Connaissances des modes de transmission de la syphilis par contact physique

Selon le tableau ci-dessous, 39,8% des enquêtés ont déclaré connaître que la syphilis ne se transmet pas par contact avec le siège des toilettes, ni par boisson ou repas dans une même assiette d'une personne avec syphilis (76,4%), ni embrasser une personne atteinte de syphilis 62,6% ni serrer la main d'une personne atteinte de syphilis (88,5%) mais 89,9% des enquêtées savent que peut se transmettre par injection avec les aiguilles usagées, 91,1% par injection des drogues avec une aiguille partagée et 88, 8% par partage de lame de rasoir ou objet tranchant.

Tableau XII : Connaissances des participants sur les moyens de transmission par contact physique de la syphilis par site de l'étude

La syphilis peut être transmise par	Bangui		Bossangoa		Kaga-Bandoro		Bambari		Bria		Bangassou		Total	
	Oui	%	Oui	%	Oui	%	Oui	%	Oui	%	Oui	%	Oui	%
Transmission par contact physique														
Contact avec le siège des toilettes	218	63,0	40	78,4	30	37,5	34	70,8	16	32,0	32	80,0	370	60,2
Boire ou manger dans la même assiette d'une personne avec Syphilis	64	18,5	12	23,5	1	1,3	29	60,4	20	40,0	19	47,5	145	23,6
Embrasser une personne avec Syphilis	104	30,1	39	76,5	9	11,3	12	25,0	41	82,0	25	62,5	230	37,4
Injection avec une aiguille usagée	305	88,2	43	84,3	75	93,8	46	95,8	47	94,0	37	92,5	553	89,9
Injection de drogues avec une aiguille partagée	309	89,3	47	92,2	77	96,3	41	85,4	48	96,0	38	95,0	560	91,1
Partage de lame de rasoir ou objets tranchants	344	99,4	51	100,0	79	98,8	0	0,0	32	64,0	40	100,0	546	88,8
Serrer la main	23	6,6	6	11,8	1	1,3	14	29,2	15	30,0	12	30,0	71	11,5

4.6.3 Connaissances des modes de transmission de la syphilis par voie sanguine et de la mère à l'enfant

Le tableau ci-dessous, montre que 89,4% des enquêtés ont déclaré connaître que la syphilis peut se transmettre par voie sanguine et de mère à l'enfant par partage de sang dans des rites de fraternité, 80,7% par l'allaitement et 89,1% de la mère à l'enfant pendant la grossesse et l'accouchement.

Tableau XIII : Connaissances des participants sur les moyens de transmission par contact physique de la syphilis par site de l'étude

La syphilis peut être transmise par	Bangui		Bossangoa		Kaga-Bandoro		Bambari		Bria		Bangassou		Total	
	Oui	%	Oui	%	Oui	%	Oui	%	Oui	%	Oui	%	Oui	%
Transmission par voie sanguine et de la mère à l'enfant														
Partage de sang dans des rites de fraternité	297	85,8	47	92,2	77	96,3	44	91,7	47	94,0	38	95,0	550	89,4
Allaitement	275	79,5	46	90,2	56	70,0	39	81,3	48	96,0	32	80,0	496	80,7
De la mère à l'enfant pendant la grossesse et l'accouchement	293	84,7	49	96,1	77	96,3	47	97,9	46	92,0	36	90,0	548	89,1

4.7 Connaissances des modes de transmission des hépatites B et C

4.7.1 Connaissances des modes de transmission des hépatites B et C par voix sexuelles

Le tableau ci-dessous, montre que 92,0% des répondants considèrent le rapport vaginal sans préservatif comme un risque de transmission de l'hépatite B et C tandis que le rapport sexuel anal sans préservatif représente 85,0% et 81,8% pour les rapports sexuels bucco-labiale.

Tableau XIV : Répartition des connaissances des participants sur les moyens de transmission par voix sexuelles des hépatites B et C par site de l'étude

Variables	Bangui		Bossangoa		Kaga-Bandoro		Bambari		Bria		Bangassou		Total	
	Oui	%	Oui	%	Oui	%	Oui	%	Oui	%	Oui	%	Oui	%
Les hépatites B et C peuvent être transmis par														
Rapports sexuels vaginaux sans condom	308	88,8	47	92,2	77	96,3	47	97,9	48	96,0	39	97,5	566	92,0
Rapports sexuels anaux sans condom	289	83,3	47	92,2	60	75,0	47	97,9	41	82,0	39	97,5	523	85,0
Rapports sexuels anaux avec condom	103	29,7	6	11,8	23	28,8	37	77,1	37	74,0	5	12,5	211	34,3
Rapports sexuels bucco-labiale	254	73,2	46	90,2	77	96,3	47	97,9	43	86,0	36	90,0	503	81,8

4.7.2 Connaissances des modes de transmission des hépatites B et C par voie sanguine et de mère à l'enfant

Selon le tableau ci-dessous, la majorité des enquêtés (86,2%) connaissent que les hépatites B et C peuvent se transmettre par partage de sang dans des rites de fraternité, 84,9% de mère à l'enfant pendant la grossesse et l'accouchement et 76,9% pendant l'allaitement.

Tableau XV : Répartition des connaissances des participants sur les moyens de transmission par contact physique des hépatites B et C par site de l'étude

Variables	Bangui		Bossangoa		Kaga-Bandoro		Bambari		Bria		Bangassou		Total	
	Oui	%	Oui	%	Oui	%	Oui	%	Oui	%	Oui	%	Oui	%
Les hépatites B et C peuvent être transmis par :														
Partage de sang dans des rites de fraternité	277	79,8	49	96,1	79	98,8	39	81,3	47	94,0	39	97,5	530	86,2
Allaitement	255	73,5	47	92,2	60	75,0	31	64,6	48	96,0	32	80,0	473	76,9
De la mère à l'enfant pendant la grossesse et L'accouchement	272	78,4	51	100,0	76	95,0	43	89,6	47	94,0	33	82,5	522	84,9

4.8 Attitudes vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH

Selon le tableau ci-dessus, les attitudes des répondants vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH sont craintives et stigmatisantes. 32,4% refuserait de partager le repas avec elles, 48,1% de continuer de les rencontrer et 53,7% de partager le lit avec elles. Par ailleurs 31,1% accepteraient d'avoir des rapports sexuels avec préservatif avec elles et 67,6% refuseraient d'avoir des rapports sexuels même avec le préservatif.

Tableau XVI : Répartition des attitudes des participants par rapport au VIH selon les sites de l'étude

ATTITUDES		Localité												Total	
		Bambari n=48		Bangassou n=40		Bangui n=346		Bossangoa n=51		Bria n=50		Kaga - Bandoro n=80		n=615	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
De manger avec elle ?	NON	24	50,0	16	40,0	87	25,1	10	19,6	23	46,0	39	48,8	199	32,4
	NSP	0	0,0	1	2,5	7	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	1,3
	OUI	24	50,0	23	57,5	252	72,8	41	80,4	27	54,0	41	51,3	408	66,3
D'avoir des rapports sexuels sans condom avec elle ?	NON	47	97,9	39	97,5	329	95,1	50	98,0	41	82,0	77	96,3	583	94,8
	NSP	0	0,0	1	2,5	4	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,8
	OUI	1	2,1	0	0,0	13	3,8	1	2,0	9	18,0	3	3,8	27	4,4
D'avoir des rapports sexuels avec un condom avec elle ?	NON	41	85,4	22	55,0	230	66,5	26	51,0	38	76,0	59	73,8	416	67,6
	NSP	0	0,0	1	2,5	7	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	1,3
	OUI	7	0,0	17	42,5	109	31,5	25	49,0	12	24,0	21	26,3	191	31,1
De continuer de la rencontrer ?	NON	37	77,1	15	37,5	163	47,1	23	45,1	29	58,0	29	36,3	296	48,1
	NSP	0	0,0	0	0,0	5	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,8
	OUI	11	22,9	25	62,5	178	51,4	28	54,9	21	42,0	51	63,8	314	51,1
De partager le lit avec lui /elle ?	NON	42	87,5	20	50,0	170	49,1	23	45,1	43	86,0	32	40,0	330	53,7
	NSP	0	0,0	0	0,0	8	2,3	2	3,9	0	0,0	0	0,0	10	1,6
	OUI	6	12,5	20	50,0	168	48,6	26	51,0	7	14,0	48	60,0	275	44,7

4.9 Attitudes des participants par rapport à la syphilis

Le tableau ci-dessous montre que 32,4% des enquêtées déclarent qu'ils n'accepteront pas de manger avec les personnes atteintes de syphilis (50% à Bambari, 40% Bangassou, 25,1% Bangui, 19,6% Bossangoa, 46,0% Bria, 48,8% Kaga-bandoro). 94,8% n'accepteront pas d'avoir des rapports sexuels sans condom avec une personne atteinte de syphilis. 31,1% accepteront d'avoir des rapports sexuels avec condom avec les personnes atteintes de syphilis. 48,1% ont déclaré de ne pas continuer de rencontrer les personnes atteintes de syphilis. 53,7% n'acceptent pas de partager le lit avec les personnes atteintes de syphilis.

Tableau XVII : Répartition des attitudes des participants par rapport à la syphilis selon les sites de l'étude

ATTITUDES		Localité													
		Bambari n=48		Bangassou n=40		Bangui n=346		Bossangoa n=51		Bria n=50		Kaga - Bandoro n=80		Total n=615	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
De manger avec elle ?	NON	24	50,0	16	40,0	87	25,1	10	19,6	23	46,0	39	48,8	199	32,4
	NSP	0	0,0	1	2,5	7	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	1,3
	OUI	24	50,0	23	57,5	252	72,8	41	80,4	27	54,0	41	51,3	408	66,3
D'avoir des rapports sexuels sans condom avec elle ?	NON	47	97,9	39	97,5	329	95,1	50	98,0	41	82,0	77	96,3	583	94,8
	NSP	0	0,0	1	2,5	4	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,8
	OUI	1	2,1	0	0,0	13	3,8	1	2,0	9	18,0	3	3,8	27	4,4
D'avoir des rapports sexuels avec un condom avec elle ?	NON	41	85,4	22	55,0	230	66,5	26	51,0	38	76,0	59	73,8	416	67,6
	NSP	0	0,0	1	2,5	7	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	1,3
	OUI	7	0,0	17	42,5	109	31,5	25	49,0	12	24,0	21	26,3	191	31,1
De continuer de la rencontrer ?	NON	37	77,1	15	37,5	163	47,1	23	45,1	29	58,0	29	36,3	296	48,1
	NSP	0	0,0	0	0,0	5	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,8
	OUI	11	22,9	25	62,5	178	51,4	28	54,9	21	42,0	51	63,8	314	51,1
De partager le lit avec lui /elle ?	NON	42	87,5	20	50,0	170	49,1	23	45,1	43	86,0	32	40,0	330	53,7
	NSP	0	0,0	0	0,0	8	2,3	2	3,9	0	0,0	0	0,0	10	1,6
	OUI	6	12,5	20	50,0	168	48,6	26	51,0	7	14,0	48	60,0	275	44,7

4.10 Risques sexuelles

Selon le tableau ci-dessus, 28,3% des répondants ont eu de rapport sexuel en ce dernier mois parmi lesquels 29,82% ont eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels et 71,93% avec les partenaires habituels. Quant à l'usage de préservatif pendant le rapport sexuel 38,21% qui ont déclaré avoir utilisé les préservatifs pendant les rapports sexuels.

Tableau XVIII: Répartition des risques sexuels encourus par les enquêtés par site de l'enquête

Variables		Localité												Total	
		Bambari		Bangassou		Bangui		Bossangoa		Bria		Kaga - Bandoro			
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Avez-vous eu des rapports sexuels ce dernier mois ?	Non	35	72,9	26	65,0	247	71,4	33	64,7	30	60,0	70	87,5	441	71,7
	Oui	13	27,1	14	35,0	99	28,6	18	35,3	20	40,0	10	12,5	174	28,3
	Total	48	100,0	40	100,0	346	100,0	51	100,0	50	100,0	80	100,0	615	100,0
Si oui, avec quel partenaire ?	Partenaire habituel	1	7,7	11	78,6	68	68,7	18	100,0	15	75,0	10	100,0	123	71,9
	Partenaire occasionnel	12	92,3	3	21,4	31	31,3	0	0,0	5	25,0	0	0,0	51	29,8
	Total	13	100,0	14	100,0	99	100,0	18	100,0	20	100,0	10	100,0	171	100,0
Avez-vous l'habitude d'utiliser les condoms pendant les rapports sexuels ?	Non	6	46,2	5	35,7	29	29,3	7	38,9	6	30,0	7	70,0	378	61,5
	Oui	7	53,8	9	64,3	70	70,7	11	61,1	14	70,0	3	30,0	235	38,2
	Total	13	100,0	14	100,0	99	100,0	18	100,0	20	100,0	10	100,0	615	100,0

4.11 Consommation de drogues (injectables) et autres facteurs de risque associés au VIH, à la Syphilis et aux

Hépatites

4.11.1 Usage de drogues et risques

Le tableau ci-dessous, montre que 22,3% des enquêtés ont déclaré avoir consommé de cannabis (75% à Bambari, 37,5% à Bangassou, 7,2% à Bangui, 7,8% à Bossangoa, 94% à Bria et 12,5% à Kaga-Bandoro); 44,7% reconnaissent avoir pris de l'alcool tandis que ceux qui ont déclaré avoir pris des opiacés représentent 19,3% et 10,2% pour les Benzodiazépines

Tableau XIX : Répartition des participants ayant consommés de la drogue

Avez-vous consommez les drogues suivantes?		Bambari n=48		Bangassou n=40		Bangui n=346		Bossangoa n=51		Bria n=50		Kaga - Bandoro n=80		Total n=615	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Cannabis (herbe, marijuana)	Non	12	25,0	25	62,5	321	92,8	47	92,2	3	6,0	70	87,5	478	77,7
	Oui	36	75,0	15	37,5	25	7,2	4	7,8	47	94,0	10	12,5	137	22,3
Alcool (y compris les liquides alcools auto-brassés)	Non	3	6,3	28	70,0	243	70,2	34	66,7	3	6,0	29	36,3	340	55,3
	Oui	45	93,8	12	30,0	103	29,8	17	33,3	47	94,0	51	63,8	275	44,7
Opiacés (codéine, morphine, Tramadol® etc.)	Non	13	27,1	24	60,0	329	95,1	47	92,2	8	16,0	75	93,8	496	80,7
	Oui	35	72,9	16	40,0	17	4,9	4	7,8	42	84,0	5	6,3	119	19,3
Benzodiazépines (Roches® etc.)	Non	41	85,4	39	97,5	335	96,8	47	92,2	12	24,0	78	97,5	552	89,8
	Oui	7	14,6	1	2,5	11	3,2	4	7,8	38	76,0	2	2,5	63	10,2

4.11.2 Prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues

Le Tableau ci-dessous montre que 0,3% des Personnes vivant avec le VIH consomment de drogues injectables et les séronégatifs en VIH en représentent 0,6%

Tableau XX : Répartition de statut sérologique du VIH des participants ayant consommé de la drogue injectable

Participant ayant consommé de la drogue injectable	Sérologie VIH		Total
	Négatif	Positif	
Non	565 (91,9%)	44 (7,2%)	609 (99,0%)
Oui	4 (0,6%)	2 (0,3%)	6 (1,0%)
Total	569 (92,5%)	46 (7,5%)	615 (100,0%)

4.12 Prévalence du VIH, de la syphilis et des hépatites chez les enquêtés

Selon le tableau ci-dessous, parmi les victimes de violences sexuelles, 7,6% sont séropositifs au VIH, 2,4% séropositifs à la syphilis, 7,5% séropositifs à l'hépatite B et 1,3% séropositif à l'hépatite C.

Tableau XXI : Prévalence du VIH, de la syphilis et des hépatites B et C chez les participants enquêtés

Résultats sérologique		Localité												Total	
		Bambari		Bangassou		Bangui		Bossangoa		Bria		Kaga - Bandoro			
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
VIH	Négatif	45	93,8	36	90,0	327	94,5	40	78,4	49	98,0	71	88,8	568	92,4
	Positif	3	6,3	4	10,0	19	5,5	11	21,6	1	2,0	9	11,3	47	7,6
Syphilitique	Négatif	48	1,0	39	97,5	338	97,7	48	94,1	49	98,0	78	97,5	600	97,6
	Positif	0	0,0	1	2,5	8	2,3	3	5,9	1	2,0	2	2,5	15	2,4
Hépatite B	Négatif	45	0,9	40	100,0	317	91,6	48	94,1	44	88,0	75	93,8	569	92,5
	Positif	3	0,1	0	0,0	29	8,4	3	5,9	6	12,0	5	6,3	46	7,5
Hépatite C	Négatif	48	1,0	39	97,5	343	99,1	49	96,1	50	100,0	78	97,5	607	98,7
	Positif	0	0,0	1	2,5	3	0,9	2	3,9	0	0,0	2	2,5	8	1,3

B. PARTIE ANALYTIQUE

4.13 Tests d'association entre les variables d'intérêt et les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

4.13.1 Répartition de la séropositivité au VIH selon les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

On observe d'après les résultats du tableau ci-dessous, qu'il n'y a pas de différence significative entre l'association des caractéristiques sociodémographiques (âge, niveau d'étude et statut matrimonial) et la sérologie VIH entre les villes enquêtées (Bangui, Bossangoa, Kaga, Bambari).

Tableau XXII : Relation entre la sérologie VIH et le profil sociodémographique

Sérologie VIH	<i>Bangui n=346</i>		<i>Bossangoa n=51</i>		<i>Kaga – Bando n=80</i>		<i>Bambari n=50</i>									
	Négatif N (%)	Positif N (%)	Négatif N (%)	Positif N (%)	Négatif N (%)	Positif N (%)	Négatif N (%)	Positif N (%)								
Tranche d'âge																
≤18	19	5,49	0	0,00	1	1,96	0	3,84	18	22,50	0	0	27	56,25	0	0,00
>18	308	89,02	19	5,49	39	76,47	11	21,57	53	66,25	9	11,25	18	37,50	3	6,25
P-value	P < 0,0001 IC 95% [0,04 - 0,11]				P =0,01 IC 95% [0,16 - 0,81]				p = 0,0007 IC 95% [0,17 - 2,74]				P =0,23 IC 95% [0,11 - 1,69]			
Niveau d'instruction																
Instruit	277	80,06	18	5,20	29	56,86	8	15,69	45	56,25	6	7,50	40	83,33	3	6,25
Non instruit	50	14,45	1	0,29	11	21,57	3	5,88	26	32,5	3	3,75	5	10,42	0	0,00
P-value	P < 0,0001 IC 95% [0,04 - 0,13]				P =0,11 IC 95% [0,19 - 1,20]				P =0,0023 IC 95% [0,09 - 0,59]				P =0,0002 IC 95% [0,02 - 0,31]			
Statut matrimonial																
Seul (e)	254	73,41	16	4,62	25	49,02	5	9,80	37	46,25	6	7,50	37	77,08	3	6,25
Union	73	21,10	3	0,87	15	29,41	6	11,76	34	42,5	3	3,75	8	16,67	0	0,00
P-value	P < 0,0001 IC 95% [0,05 - 0,14]				P =0,58 IC 95% [0,44 - 4,11]				P =0,030 IC 95% [0,13 - 0,90]				P =0,0004 IC 95% [0,03 - 0,36]			

Les résultats du tableau ci-dessous montre une relation statistiquement significative entre le niveau d'instruction et la sérologie VIH avec $p < 0,0001$. Cependant, il n'y a aucun lien entre l'âge et le statut matrimonial avec le VIH.

Tableau XXII (suite) : Relation entre la sérologie VIH selon les tranches d'âge, le niveau d'instruction et le statut matrimonial des enquêtés à Bria et Bangassou

Sérologie VIH	Bangassou n=40				Bria n=50				Total n=615			
	Négatif		Positif		Négatif		Positif		Négatif		Positif	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Tranche d'âge												
≤18	11	27,50	0	0,0	6	14,00	0	0,00	82	13,30	0	0,00
>18	25	62,50	4	10,0	43	86,00	1	100,0	486	79,00	47	7,60
P-value	P = 0,81				P = 0,77				P = 0,41			
Niveau d'instruction												
Instruit	24	60,00	3	7,50	40	80,0	0	0,00	455	73,98	38	6,18
Non instruit	12	30,00	1	2,50	9	18,0	1	2,00	113	18,37	9	1,46
P-value	P = 0,01 IC 95% [0,05 - 0,76]				P = 0,66				p < 0,0001 IC 95% [0,07 - 0,16]			
Statut matrimonial												
Seul (e)	26	65,00	4	10,00	28	56,00	1	2,00	407	66,18	35	5,69
Union	10	25,00	0	0,00	21	42,00	0	0,00	161	26,18	12	1,95
P-value	P = 0,15				P = 0,13				P < 0,29 IC 95% [0,09 - 5,18]			

4 .13.2 Répartition de la séropositivité à la syphilis selon le profil sociodémographique des enquêtés

On observe qu'il n'y a pas de relation significative entre le profil sociodémographique (âge, niveau d'étude et statut matrimonial) et la sérologie syphilitique dans les différentes localités (Bangui, Bossangoa, Kaga, Bambari).

Tableau XXIII : Relation entre la sérologie syphilitique selon les tranches d'âge, le niveau d'instruction et le statut matrimonial des enquêtés à Bangui, Bossangoa, Kaga-Bandoro et Bambari

Sérologie Syphilitique	<i>Bangui n=346</i>				<i>Bossangoa n=51</i>				<i>Kaga – Bandoro n=80</i>				<i>Bambari n=50</i>			
	Négatif		Positif		Négatif		Positif		Négatif		Positif		Négatif		Positif	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Tranche d'âge																
≤18	18	5,20	1	0,28	1	1,96	0	0,00	18	22,5	0	0,00	27	56,25	0	0,00
>18	320	92,48	7	2,02	47	92,15	3	6,00	60	75,0	2	2,50	21	43,75	0	0,00
P-value	P < 0,0001 IC 95% [0,01 - 0,05]				P < 0,0001 IC 95% [0,02 - 0,23]				P = 0,78 IC 95% [0,07 - 33,29]				P = 1			
Niveau d'instruction																
Instruit	290	83,81	5	1,44	35	68,62	2	5,88	50	62,50	1	50,00	43	89,60	0	0,00
Non instruit	48	13,87	3	0,86	13	25,49	1	1,96	28	35,50	1	50,00	5	10,40	0	0,00
	P < 0,0001 IC 95% [0,01 - 0,05]				P = 0,001 IC 95% [0,01 - 0,36]				P = 0,06 IC 95% [0,06 - 1,10]				P = 1			
Statut matrimonial																
Seul (e)	266	76,87	4	1,15	28	54,90	2	3,92	42	52,50	1	50,00	40	83,33	0	0,00
Union	72	20,80	4	1,15	20	39,21	1	1,96	36	45,00	1	50,00	8	16,66	0	0,00
P-value	P = 0,06 IC 95% [0,06 - 1,10]				P = 0,008 IC 95% [0,02 - 0,58]				P = 0,002 IC 95% [0,17 - 0,69]				P = 1			

De manière générale, l'âge adulte et l'instruction étaient significativement associés à l'infection de la syphilis.

Tableau XXIII (suite) : Association de la sérologie syphilitique selon les tranches d'âge, le niveau d'instruction et le statut matrimonial des enquêtés à Bria et Bangassou

Sérologie Syphilitique	<i>Bria n=50</i>				<i>Bangassou n=40</i>				<i>Total n=615</i>			
	Négatif		Positif		Négatif		Positif		Négatif		Positif	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Tranche d'âge												
≤18	6	12,00	0	0,00	11	27,50	0	0,00	81	13,17	1	0,16
>18	43	86,00	1	2,00	28	70,00	1	2,50	519	84,39	14	0,16
P-value	P = 0,63				P = 0,90				P < 0,0001 IC 95% [0,01 - 0,05]			
Niveau d'instruction												
Instruit	39	78,00	1	2,00	26	65,00	1	2,50	483	78,54	10	0,16
Non instruit	10	20,00	0	0,00	13	32,50	0	0,00	117	19,02	5	0,81
P-value	P = 0,89				P = 0,79				P < 0,0001 IC 95% [0,01 - 0,049]			
Statut matrimonial												
Seul (e)	28	56,00	1	2,00	29	72,50	1	2,50	433	70,41	9	1,46
Union	21	42,00	0	0,00	10	25,00	0	0,00	167	27,15	6	0,98
P-value	P = 0,62				P = 0,96				P = 0,30 IC 95% [0,20 - 1,65]			

4.13.3 Répartition de la séropositivité à l'hépatite B selon les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

On observe d'après les résultats du tableau ci-dessous, qu'il y a une association entre la situation matrimoniale et la sérologie de l'hépatite B chez les enquêtés à Bambari, vivre en union est un facteur protecteur ($p = 0,04$ IC 95% [0,006 - 0,98] et $p = OR = 0,07$).

Par contre il n'y a pas d'association des caractéristiques sociodémographiques (âge, niveau d'étude et statut matrimonial) et la sérologie syphilitique entre les villes enquêtées (Bangui, Bossangoa, Kaga-Bandoro).

Tableau XXIV : Association de la sérologie de l'hépatite B selon les tranches d'âge, le niveau d'instruction et le statut matrimonial des enquêtés à Bangui, Bossangoa, Kaga-Bandoro et Bambari

Sérologie Hépatite B	Bangui n=346				Bossangoa n=51				Kaga – Bandoro n=80				Bambari n=50			
	Négatif		Positif		Négatif		Positif		Négatif		Positif		Négatif		Positif	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Tranche d'âge																
≤18	18	5,20	1	0,29	1	1,96	0	0,00	18	22,50	0	0,00	27	56,25	0	0,00
>18	299	86,42	28	8,09	47	92,16	3	5,88	57	71,25	5	6,25	18	37,50	3	6,25
P-value	P < 0,0001 IC 95% [0,07 - 0,16]				P = 0,38 IC 95% [0,15 - 6,49]				P = 0,39 IC 95% [0,01 - 5,35]				P = 0,60 IC 95% [0,23 - 2,29]			
Niveau d'instruction																
Instruit	269	77,75	26	7,51	36	70,59	1	1,96	45	22,50	6	7,50	40	83,33	3	6,25
Non instruit	48	13,87	3	0,87	12	23,53	2	3,92	26	32,50	3	3,75	5	10,42	0	0,00
P-value	P < 0,0001 IC 95% [0,08 - 0,19]				P = 0,15 IC 95% [0,49 - 72,2]				P < 0,0001 IC 95% [0,04 - 0,32]				P = 0,0002 IC 95% [0,02 - 0,31]			
Statut matrimonial																
Seul (e)	248	71,68	22	6,36	28	54,90	2	3,92	41	51,25	2	2,5	39	81,25	1	2,08
Union	69	19,94	7	2,02	20	39,22	1	1,96	34	42,50	3	3,75	6	12,50	2	4,17
P-value	P < 0,001 IC 95% [0,07 - 0,19]				P = 0,41 IC 95% [0,23 - 33,04]				P = 0,52 IC 95% [0,08 - 3,50]				P = 0,04 IC 95% [0,01 - 0,98]			

On observe d'après les résultats du tableau ci-dessous, que le niveau d'instruction et l'âge adulte ont une association significative avec la sérologie de l'hépatite B.

Tableau XXIV (suite) : Association de la sérologie de l'hépatite B selon les tranches d'âge, le niveau d'instruction et le statut matrimonial des enquêtés à Bria et Bangassou

Sérologie Hépatite B	<i>Bria n=50</i>				<i>Bangassou n=40</i>				<i>Total n=615</i>			
	Négatif		Positif		Négatif		Positif		Négatif		Positif	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Tranche d'âge												
≤18	6	12,00	0	0,00	11	27,50	0	0,00	81	13,17	1	0,16
>18	38	76,00	6	12,00	29	72,50	0	0,00	488	79,35	45	7,32
P-value	P = 0,001 IC 95% [0,07 – 0,54]				P = 0,64				P < 0,0001 IC 95% [0,08 - 0,16]			
Niveau d'instruction												
Instruit	37	74,00	3	6,00	27	67,50	0	0,00	457	74,31	36	5,85
Non instruit	7	14,00	3	6,00	13	32,50	0	0,00	112	18,21	10	1,63
P-value	P = 0,016 IC 95% [0,63 – 14,66]				P = 0,72				P < 0,0001 IC 95% [0,07 - 0,15]			
Statut matrimonial												
Seul (e)	25	50,00	4	8,00	30	75,00	0	0,00	411	66,83	31	5,04
Union	19	38,00	2	4,00	10	25,00	0	0,00	158	25,69	15	2,44
P-value	P = 0,05 IC 95% [0,10 – 1,02]				P = 0,59				P = 0,48 IC 95% [0,41 – 1,51]			

4.13.4 Répartition de la séropositivité au VIH selon le profil des malfaiteurs et le lien avec la victime

On observe d'après les résultats du tableau XXV ci-dessous, qu'il n'y a pas de différence significative entre le profil des agresseurs et le lien avec la victime avec la sérologie VIH.

Tableau XXV: Association de la sérologie VIH selon le profil des malfaiteurs et le lien avec la victime à Bangui, Bossangoa, Kaga-Bandoro et Bambari

Sérologie VIH	<i>Bangui n=346</i>		<i>Bossangoa n=51</i>		<i>Kaga – Bandoro n=80</i>		<i>Bambari n=50</i>									
	Négatif	Positif	Négatif	Positif	Négatif	Positif	Négatif	Positif								
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
Profil des malfaiteurs																
<i>Autre</i>	92	26,59	4	1,16	1	1,96	0	0,00	0	0,00	0	0,00	17	35,42	0	0,00
<i>Enseignants</i>	1	0,29	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,25	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<i>FDS</i>	11	3,18	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	6,25	0	0,00
<i>Forces étrangères</i>	9	2,60	0	0,00	2	3,92	1	1,96	2	2,50	0	0,00	1	2,08	0	0,00
<i>Groupes armées</i>	213	61,56	15	4,34	37	72,55	10	19,61	68	85,00	9	11,25	24	50,00	3	6,25
<i>Personnel de santé</i>	1	0,29	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
P-value	P = 0,36		P = 0,60		P = 0,81		P = 0,30									
Lien avec le malfaiteur																
<i>Amis</i>	11	3,18	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,25	0	0	3	6,25	0	0,00
<i>Aucun lien</i>	302	87,28	19	5,90	40	78,43	9	17,65	66	82,5	9	11,25	37	77,08	3	6,25
<i>Parental</i>	12	3,47	0	0,00	0	0,00	2	3,92	2	2,50	0	0,00	1	2,08	0	0,00
<i>Voisin ou voisine</i>	2	0,58	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	2,50	0	0,00	4	8,33	0	0,00
P-value	P= 0,74		P= 0,03		P= 0,82		P= 0,91									

On observe d'après les résultats du tableau XXIX suite ci-dessous, qu'il n'y a pas de différence significative entre l'association des caractéristiques sociodémographiques et la sérologie VIH entre les villes enquêtées. La sérologie est statistiquement liée au sexe ($p < 0,0001$), à l'âge et au niveau d'instruction, car ceux de plus de 18 ans et ceux instruits sont plus touchés respectivement à XX % (XX/XX) et XX% (X/1X).

Tableau XXV (suite) : Association de la sérologie VIH selon le profil des malfaiteurs et le lien avec la victime à Bria et Bangassou

Sérologie VIH	<i>Bria n=50</i>				<i>Bangassou n=40</i>				<i>Total n=615</i>			
	Négatif		Positif		Négatif		Positif		Négatif		Positif	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Profil des malfaiteurs												
<i>Autre</i>	3	6,00	0	0,00	34	85,00	3	7,50	147	23,90	7	1,14
<i>Enseignants</i>	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,33	0	0,00
<i>FDS</i>	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	14	2,28	0	0,00
<i>Forces étrangères</i>	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	14	2,28	1	0,16
<i>Groupes armées</i>	46	92,00	1	2,00	1	2,50	1	2,50	389	63,25	39	6,34
<i>Personnel de santé</i>	0	0,00	0	0,00	1	2,50	0	0,00	2	0,33	0	0,00
P-value	P = 80				P = 0,01				P = 0,07			
Lien avec le malfaiteur												
<i>Amis</i>	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	15	2,44	0	0,00
<i>Aucun lien</i>	49	98,00	1	2,00	32	88,90	4	10,00	526	85,53	45	7,32
<i>Parental</i>	0	0,00	0	0,00	1	100,00	0	0,00	16	2,60	2	0,33
<i>Voisin ou voisine</i>	0	0,00	0	0,00	3	100,00	0	0,00	11	1,79	0	0,00
P-value	P = 0,10				P = 0,98				P = 62			

4.13.5 Répartition de la séropositivité à la syphilis selon le profil des malfaiteurs et le lien avec la victime

On observe d'après les résultats du tableau XXVI ci-dessous, qu'il n'y a pas de différence significative entre l'association des caractéristiques sociodémographiques et la sérologie syphilitique entre les villes enquêtées.

Tableau XXVI : Association de la sérologie syphilitique selon le profil des malfaiteurs et le lien avec la victime à Bangui, Bossangoa, Kaga-Bandoro et Bambari

Sérologie Syphilis	<i>Bangui</i>				<i>Bossangoa</i>				<i>Kaga - Bandoro</i>				<i>Bambari</i>			
	Négatif		Positif		Négatif		Positif		Négatif		Positif		Négatif		Positif	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Profil des malfaiteurs																
Autre	96	27,75	0	0,00	1	1,96	0	0,00	0	0,00	0	0,00	17	35,45	0	0,00
Enseignants	1	0,29	0	0,00	0	0	0	0,00	1	1,25	0	0,00	0	0	0	0,00
FDS	11	3,18	0	0,00	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	6,25	0	0,00
Forces étrangères	9	2,60	0	0,00	3	5,88	0	0,00	2	2,50	0	0,00	1	2,08	0	0,00
Groupes armées	220	63,58	8	2,31	44	86,27	3	5,88	75	93,75	2	2,5	27	56,25	0	0,00
Personnel de santé	1	0,29	0	0,00	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0,00
P-value	P = 0,16				P = 0,71				P = 0,28				P = 1			
Lien avec le malfaiteur																
Amis	11	3,18	0	0,00	0	0	0	0,00	1	1,25	0	0	3	6,25	0	0,00
Aucun lien	313	90,46	8	2,31	46	90,20	3	5,88	73	91,25	2	2,5	40	83,33	0	0,00
Parental	12	3,47	0	0,00	2	3,92	0	0,00	2	2,50	0	0,00	1	2,08	0	0,00
Voisin ou voisine	2	0,58	0	0,00	0	0	0	0,00	2	2,50	0	0,00	4	8,33	0	0,00
P-value	P = 79				P = 55				P = 0,29				P = 1			

On observe d'après les résultats du tableau XXVI suite ci-dessous, qu'il n'y a pas de différence significative entre l'association des caractéristiques sociodémographiques et la sérologie syphilitique entre les villes enquêtées.

Tableau XXVI (suite) : Association de la sérologie syphilitique selon le profil des malfaiteurs et le lien avec la victime à Bria et Bangassou

Sérologie Syphilis	Bria				Bangassou				Total			
	Négatif		Positif		Négatif		Positif		Négatif		Positif	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Profil des malfaiteurs												
Autre	3	6,00	0	0,00	36	90,00	1	2,50	153	24,88	1	0,16
Enseignants	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,33	0	0,00
FDS	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	14	2,28	0	0,00
Forces étrangères	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	15	2,44	0	0,00
Groupes armées	46	92,00	1	2,00	2	5,00	0	0,00	414	67,32	14	2,28
Personnel de santé	0	0,00	0	0,00	1	2,50	0	0,00	2	0,33	0	0,00
P-value	P = 0,38				P = 0,36				P = 0,11			
Lien avec le malfaiteur												
Amis	0	0	0	0,00	0	0	0	0,00	15	2,44	0	0
Aucun lien	49	98,00	1	2,00	35	87,50	1	2,50	556	90,41	15	2,44
Parental	0	0,00	0	0,00	1	2,50	0	0,00	18	2,93	0	0,00
Voisin ou voisine	0	0,00	0	0,00	3	7,50	0	0,00	11	1,79	0	0,00
P-value	P = 0,10				P = 0,14				P = 0,98			

On observe d'après les résultats du tableau XXVII ci-dessous, qu'il n'y a pas de différence significative entre l'association des caractéristiques sociodémographiques et la sérologie de l'hépatite B entre les villes enquêtées.

Tableau XXVII : Association de la sérologie de l'hépatite B selon le profil des malfaiteurs et le lien avec la victime à Bangui, Bossangoa, Kaga-Bandoro et Bambari

Sérologie Hépatite B	<i>Bangui</i>		<i>Bossangoa</i>		<i>Kaga - Bandoro</i>		<i>Bambari</i>										
	Négatif	Positif	Négatif	Positif	Négatif	Positif	Négatif	Positif									
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Profil des malfaiteurs																	
Autre	91	26,30	5	1,45	1	1,96	0	0,00	0	0,00	0	0,00	17	35,42	0	0,00	
Enseignants	1	0,29	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,25	0	0,00	0	0,00	0	0,00	
FDS	10	2,89	1	0,29	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	6,25	0	0,00	
Forces étrangères	9	2,60	0	0,00	3	5,88	0	0,00	2	2,5	0	0,00	1	2,08	0	0,00	
Groupes armées	205	59,25	23	6,65	44	86,27	3	5,88	72	90,00	5	6,25	24	50,00	0	0,00	
Personnel de santé	1	0,29	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	
P-value	P =0,16				P = 0,71				P = 0,54				P = 0,83				
Lien avec le malfaiteur																	
Amis	9	2,60	2	0,58	0	0	0	0,00	1	1,25	0	0,00	3	6,25	0	0,00	
Aucun lien	295	85,26	26	7,51	48	94,12	1	1,96	70	87,5	5	6,25	38	79,17	2	4,17	
Parental	11	3,18	1	0,29	0	0	2	3,92	2	2,50	0	0,00	0	0,00	1	2,08	
Voisin ou voisine	2	0,58	0	0,00	0	0	0	0,00	2	2,50	0	0,00	4	8,33	0	0,00	
P-value	P =0,97				P = 0,31				P =0,83				P = 0,24				

On observe d'après les résultats du tableau XXVI suite ci-dessous, qu'il n'y a pas de différence significative entre l'association des caractéristiques sociodémographiques et la sérologie de l'hépatite B entre les villes enquêtées.

Tableau XXVII (suite) : Association de la sérologie de l'hépatite B selon le profil des malfaiteurs et le lien avec la victime à Bria et Bangassou

Sérologie Hépatite B	<i>Bria</i>				<i>Bangassou</i>				<i>Total</i>			
	Négatif		Positif		Négatif		Positif		Négatif		Positif	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Profil des malfaiteurs												
<i>Autre</i>	3	6,25	0	0,00	37	92,50	0	0,00	149	24,23	5	0,81
<i>Enseignants</i>	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,33	0	0,00
<i>FDS</i>	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	13	2,11	1	7,10
<i>Forces étrangères</i>	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	15	2,44	0	0,00
<i>Groupes armées</i>	41	85,42	6	12,50	2	5,00	0	0,00	388	63,09	40	6,50
<i>Personnel de santé</i>	0	0,00	0	0,00	1	2,50	0	0,00	2	0,33	0	0,00
P-value	P = 0,95				P = 1				P = 0,02			
Lien avec le malfaiteur												
<i>Amis</i>	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	13	2,11	2	0,33
<i>Aucun lien</i>	44	91,67	6	12,50	36	90,00	0	0,00	531	86,34	40	7,00
<i>Parental</i>	0	0,00	0	0,00	1	2,50	0	0,00	14	2,28	4	0,65
<i>Voisin ou voisine</i>	0	0,00	0	0,00	3	7,50	0	0,00	11	1,79	0	0,00
P-value	P = 0,34				P = 1				P = 0,30			

V.DISCUSSION

5.1 Limites et Forces de l'étude

Notre étude présente l'avantage d'explorer la prévalence des quatre maladies (VIH, Syphilis, Hépatites B et C) à partir des échantillons représentatifs des six grandes villes de la RCA. Les intervalles de confiance utilisés nous ont permis d'estimer de façon plus juste la précision des taux.

Par ailleurs, les questions utilisées ne nous permettent pas de mettre en exergue la violence sexuelle comme cause des infections aux maladies étudiées. L'étude s'avère être transversale, elle décrit donc la prévalence et les facteurs associés à la violence sexuelle à partir d'un échantillon représentatif à un moment donné. C'est une étude d'association et non pas d'une relation causale, de ce fait, elle ne permet pas de distinguer la séquence d'apparition de la violence sexuelle subie et du facteur associé. De ce fait, les facteurs associés peuvent donc être des conséquences ou des facteurs de risques.

De plus, nous notons une absence des données fiables sur le nombre exact des victimes de violences sexuelles avec comme conséquence la sous-estimation de la taille de l'échantillon à cause du manque de collaboration de l'équipe Tongolo de Médecins Sans Frontière (MSF) dans le processus.

Les limites méthodologiques présentées par la présente étude devraient servir de pistes de réflexion pour les recherches futures.

5.2 Caractéristiques sociodémographiques de la population

➤ Selon le sexe

Notre population d'étude est majoritairement féminine à 94,9%, avec un sexe ratio (H/F) 0,05. Nos résultats reflètent la féminisation de violences sexuelles d'une part et d'autre part la prédominance féminine de la population centrafricaine.

➤ **Selon l'âge**

La population de notre étude est jeune, avec un âge moyen de 30 ans et la tranche d'âge de 20 à 24 ans représente 25%. Nos données concordent à celles rapportées par Longo et *coll.*, en 2017 sur Groupes à Haut Risque du VIH en RCA où la population à risque est majoritairement jeune (24 ans) [17].

Concernant l'âge de survenue de l'accident de viol, notre étude montre que l'âge supérieur à 18 ans est très élevé chez les victimes de Bangui, Kaga-Bandoro et Bossangoa qui représente respectivement 61,4%, 11,6% et 9,4%. Par contre à Bambari ce taux est élevé au milieu des moins de 18 ans est élevé (32,9%), suivi de Bangui 23,2% et Kaga-Bandoro 22%. Cela s'explique par le fait que les villes de Bambari et Kaga-Bandoro étaient les principales zones occupées par les groupes armés non conventionnels et la crise militaro et socio-politique était trop perçue dans ces zones.

5.2 Répartition des enquêtés par profession, niveau d'instruction et statut matrimonial par sites de l'étude

➤ **Profession**

Dans notre étude, les victimes sans emploi sont majoritairement touchées 65,4%.

Suivi des victimes ayant de profession libérale libre 25,8%. Nos données diffèrent de celles de NAMBEI et *Coll.*, en 2022 sur l'enquête bio comportementale chez les personnes en situation de handicap en RCA où 41,5% exercent une profession libérale [18]. Toute fois en Centrafrique la violence sexuelle est de type généralisé. Les sans-emplois ou professions libérales libre exigent parfois des absences et déplacements prolongés ce qui les exposerait aux agresseurs de violence sexuelle, facteurs de risque de contamination.

➤ **Niveau d'instruction**

Notre étude met en évidence 40,2% des victimes qui ont atteint le niveau primaire, contre 38,5% de niveau secondaire. Nos résultats sont similaires à ceux de NAMBEI et *Coll.*, en 2022 sur l'enquête bio comportementale chez les personnes en situation de handicap en RCA où 46% des participants ont un niveau d'instruction de l'école primaire [18].

Toute fois en RCA, le niveau d'instruction n'influence pas sur la violence sexuelle.

➤ **Situation matrimoniale**

Les résultats de notre étude montrent que 71,90% des enquêtés sont célibataires et vivent seul contre 28,10% des enquêtés vivant en union. Ces données sont différentes de celles trouvées par NAMBEI et *Coll.*, en 2022 sur l'enquête bio comportementale chez

les personnes en situation de handicap en RCA où 52% des répondants vivent en union. Le fait de vivre seul sans mari ou sans épouse constitue un facteur favorisant de violence sexuelle [18].

5.3 Antécédents avant le viol et effectif des agresseurs par victime

Dans notre étude, les violences physiques précèdent le viol et sont représentées à 56,3% à Bangui et 16,2% à Kaga-Bandoro. Cela confirme que les violences physiques précèdent les rapports sexuels non consentants.

En ce qui concerne l'effectif des agresseurs 60,7% des victimes à Bangui ont été agressées par 2 à 5 agresseurs et 15,5% à Kaga-Bandoro soit 15,5%, tandis que la proportion d'agresseur > 5 personnes est élevée à Bria 18,5%. La crise militaro-politique et sociale a trop perduré à Bria avec déplacement de population vers les sites de fortune ce qui favoriserait l'augmentation des agresseurs de violence sexuelle.

5.4 Profil des Agresseurs, lieu du viol et lien avec les enquêtés

Notre étude démontre que les principaux agresseurs sont des groupes armés (69,6%) et qui n'ont pas de lien avec la victime (92,8%). Les champs et brousses sont les lieux fréquents de viol (61,1%). Ces résultats expliqueraient les dégâts collatéraux liés aux crises militaro-politiques où le comportement des hommes en uniforme n'est pas contrôlé.

5.5 Modalité d'alerte par les victimes

Dans notre étude, l'alerte de service de prise en charge est plus signalée par les victimes elles-mêmes soit 44,7% mais aussi par les mères des victimes 16,4% suivi des sœurs et frères des victimes 12,4%. Ces résultats expliquent que les mœurs et les coutumes influencent sur l'alerte de service de prise en charge car en RCA l'intimité demeure un sujet de confidentialité et ne peut être partagé à un sexe opposé.

Pour ce qui est de l'alerte de service de prise en charge, celle-ci est aussitôt faite après le viol dans 45,9%, suivi d'alerte de plus d'un mois après le viol 22,1% et jamais d'alerte qui représente 13,3%. Cela s'expliquerait par manque d'information sur le circuit de prise en charge des cas.

5.6 Perception des risques et niveau de connaissance sur le VIH

Les données de notre étude montrent que la majorité des personnes enquêtées ont une perception du risque élevé du VIH soit 86,2%. Ces résultats sont légèrement différents à ceux de NAMBEI et Coll., en 2022 sur l'enquête bio comportementale chez les

personnes en situation de handicap en RCA où le niveau de connaissance de risque élevé de la transmission de VIH, était rapporté respectivement dans 76,1% [18]

Pour le niveau de connaissance les victimes de violence sexuelle de moins de 18 ans et plus de 18 ans ont un niveau de connaissance faible respectivement 93,9% et 82,4%. Ces résultats seraient dus à l'insuffisance de partage d'informations à la communauté sur le VIH.

5.7 Perception des risques et niveau de connaissance sur la syphilis

Les résultats de notre étude, montrent que la majorité des personnes enquêtées ont une perception du risque élevé de la syphilis à 75,4%. Ces mêmes résultats sont légèrement différents à ceux retrouvés par NAMBEI et *Coll.*, en 2022 sur l'enquête bio comportementale chez les personnes en situation de handicap en RCA où le niveau de connaissance de risque élevé de la transmission de Syphilis était rapporté respectivement dans 65,1% [18].

Pour le niveau de connaissance, les victimes de violence sexuelle de plus de 18 ans et moins de 18 ans ont un niveau de connaissance Bon sur la syphilis respectivement 53,1% et 42,7%, tandis que le niveau moyen est de 34,1% et 32,5% respectivement pour les moins de 18 ans et plus de 18 ans. Ces résultats seraient dus à l'insuffisance de partage d'informations à la communauté sur la syphilis.

5.8 Perception des risques et niveau de connaissance sur les Hépatites B et C

Notre étude montre que la majorité des personnes enquêtées ont une perception du risque élevé des hépatites B et C à 66,8%. Ces résultats sont similaires à ceux de NAMBEI et *Coll.*, en 2022 sur l'enquête bio comportementale chez les personnes en situation de handicap en RCA où le niveau de connaissance de risque élevé de la transmission des Hépatites B, C était rapporté respectivement dans 63,9% [18].

Les résultats sur le niveau de connaissance, montrent que les victimes de violence sexuelle de moins de 18 ans et plus de 18 ans ont un niveau de connaissance Faible sur les hépatites B et C respectivement 69,5% et 66,4%, tandis que le niveau moyen est de 25,9% et 20,7% respectivement pour les plus de 18 ans et moins de 18 ans. Ces résultats seraient dus à l'insuffisance de partage d'informations à la communauté sur les hépatites B, C.

5.9 Connaissance de mode de transmission de VIH, Hépatites B, C et Syphilis par voie sexuelle

Notre étude montre que 97,1% des enquêtés ont déclaré connaître les moyens de transmission par les rapports sexuels vaginaux sans condom, 91,9% par les rapports sexuels anaux sans condom, 86,0% par les rapports bucco-labiale. Ces résultats sont différents à ceux de NAMBEI et *Coll.*, en 2022 sur l'enquête bio comportementale chez les personnes en situation de handicap en RCA où le niveau de connaissance des répondants sur les modes de transmission du VIH, de la syphilis et des hépatites (B et C) était bon respectivement à 37,5%, 34,2% et 24,1% [18].

5.10 Consommation de drogues (injectables) et autres facteurs de risque associés au VIH, à la Syphilis et aux Hépatites

Les résultats de notre étude, montrent que 22,3% des enquêtés ont déclaré avoir consommé de cannabis (75% à Bambari, 37,5% à Bangassou, 7,2% à Bangui, 7,8% à Bossangoa, 94% à Bria et 12,5% à Kaga-Bandoro); 44,7% reconnaissent avoir pris de l'alcool tandis que ceux qui ont déclaré avoir pris des opiacés représentent 19,3% et 10,2% pour les Benzodiazépines. Les résultats de Longo et *coll.*, en 2017 sur Groupes à Haut Risque du VIH en RCA montrent que les travailleuses de sexe ont presque 3 fois de risque de prendre des drogues avant les rapports sexuels soit un OR ajusté à 2.8 [17].

5.11 Répartition de statut sérologique du VIH des participants ayant consommé de la drogue injectable

Notre étude montre que 0,3% des Personnes vivant avec le VIH consomment de drogues injectables et les séronégatifs en VIH en représentent 0,6%. Ces résultats expliqueraient l'insuffisance ou le manque d'éducation thérapeutique et d'assistance sociale pour minimiser les pensées négatives pouvant entraîner la PVVIH dans la consommation de drogues. Les résultats de Longo et *coll.*, en 2017 sur Groupes à Haut Risque du VIH en RCA montrent que les travailleuses de sexe ont presque 3 fois de risque de prendre des drogues avant les rapports sexuels soit un OR ajusté à 2.8 [17].

5.12 Prévalence VIH, hépatites B, C et Syphilis

Les résultats de notre étude montrent que parmi les victimes de violences sexuelles, 7,6% sont séropositifs au VIH, 2,4% séropositifs à la syphilis, 7,5% séropositifs à l'hépatite B et 1,3% séropositif à l'hépatite C. Ces résultats sont presque similaires à ceux retrouvés par Longo et *coll.*, en 2017 sur Groupes à Haut Risque du VIH en RCA où parmi les Femmes Travailleuses du Sexe non professionnelles, les « élèves/étudiants », « fonctionnaires ou salariées » et « femmes au foyer » étaient moins infectées par le VIH (6,1%, 9,8%, 13,0%, respectivement), tandis que les « vendeuses ambulantes », constituait la catégorie la plus touchées par le VIH (31,9%) [18]. Et, l'infection à VIH était fortement associée à la pratique du sexe anal avec les clients (OR ajusté, 4.3), à l'utilisation ou non du préservatif avec les clients (OR ajusté, 24.9). NAMBEI et *Coll.*, en 2022 sur l'enquête bio comportementale chez les personnes en situation de handicap en RCA ont retrouvé 6,8% de taux de positivité à la syphilis [18]. De Beaudrap P et *coll.*, dans l'Etude bio comportementale de la vulnérabilité des personnes handicapées face au VIH au Burkina Faso ont montré le taux de séroprévalence de 4,6% chez les personnes handicapées soit plus de 5 fois supérieure à la moyenne nationale qui est 1,1% [19].

5.13 Association entre la sérologie VIH, hépatites B, C et Syphilis

A. Séropositivité au VIH et le profil sociodémographique

On observe d'après les résultats de notre étude, qu'il n'y a pas de différence significative entre l'association des caractéristiques sociodémographiques (âge et statut matrimonial) et la sérologie VIH entre les villes enquêtées (Bangui, Bossangoa, Kaga, Bambari). Ces résultats corroborent avec une étude antérieure menée par Heidi Lary et *all.*, en Tanzanie en 2007 qui n'a pas révélé d'association entre les expériences de rapports sexuels forcés des femmes et leur séropositivité au VIH [24]. En ce qui concerne le niveau d'instruction, nos résultats ont montré une relation statistiquement significative avec la sérologie VIH ($p < 0,0001$). Bien que la littérature fasse de plus en plus état de cette association, les mécanismes en demeurent peu clairs. Certaines hypothèses laissent entendre que la violence limite la capacité des femmes à négocier l'utilisation des moyens de prévention pour le VIH [24] que les hommes violents sont moins susceptibles d'utiliser le préservatif [25] que les hommes non violents même si ces derniers sont séropositifs au VIH. Aussi, le traumatisme physique des rapports sexuels forcés accroît le risque de transmission du VIH [26,27].

B. Séropositivité à la syphilis et le profil sociodémographique

Nos résultats ont montré qu'il n'y a pas d'association significative entre le statut matrimonial et la sérologie syphilitique dans les différentes localités étudiées (Bangui, Bossangoa, Kaga, Bambari). De manière générale, l'âge adulte et le niveau d'instruction étaient significativement associés à l'infection de la syphilis. En effet, cette observation pourrait se justifier du fait que la violence sexuelle résulte de l'interaction complexe de facteurs individuels, relationnels, sociaux, culturels et environnementaux tels que le niveau d'instruction et l'âge.

C. Séropositivité à l'hépatite B et le profil sociodémographique

L'analyse des données de notre étude a mis en exergue une association significative entre l'âge et le niveau d'instruction avec la sérologie de l'hépatite B chez les enquêtés. En effet, être adulte avec un niveau d'instruction élevé constituent un facteur protecteur ($p = 0,04$ et $p = 0,03$) contre l'agression sexuelle. Par contre il n'y a pas d'association entre le statut matrimonial et la sérologie de l'hépatite B entre les villes enquêtées (Bangui, Bossangoa, Kaga-Bandoro). Ces résultats pourraient avoir comme justification que les personnes adultes et celles instruites comprennent mieux l'importance des mesures préventives dans le cadre de la lutte contre les hépatites B par utilisation des préservatifs même dans une situation de violences sexuelles.

D. Séropositivité au VIH, à la syphilis et aux hépatites B et C selon le profil des malfaiteurs et le lien avec la victime

On observe d'après les résultats de notre étude, qu'il n'y a pas de différence significative entre le profil des agresseurs et le lien avec la victime avec la sérologie VIH, Syphilitique et hépatites B et C. Cependant, le statut groupe armé était significativement lié au VIH spécialement dans la ville de Bangassou ($p= 0,01$). Ces observations pourraient se justifier d'une part du fait que la plupart des agressions sexuelles était produite par les hommes armés non conventionnelles dans les localités enquêtées du pays et ces derniers n'avaient pas le réflexe de l'utilisation de préservatifs en cas d'une relation sexuelle occasionnelle. D'autre part ces viols ont été utilisés comme arme de guerre par les combattants et les hommes en uniforme provenant des pays à prévalence élevée au VIH et autres IST. Ce constat a été aussi révélé dans une étude menée par Omba Kalonda JC en 2008 en RDC DD [28].

CONCLUSION

L'étude bio-comportementale liée au VIH, à la syphilis et aux hépatites B et C réalisée chez les survivants de violences sexuelles à Bangui, Bossangoa, Kaga-Bandoro, Bambari, Bria et Bangassou a montré un taux de participation à 100% avec une forte proportion des femmes soit (97,9%). Plus de 65% des participants n'ont pas de fonction particulière. Au moins 20% des participants ont été agressés à l'âge mineur. La majorité des forfaits a été commise par deux à cinq agresseurs (71,2%). Les groupes armés sont majoritairement cités dans 69,6% avec le champ ou la brousse comme lieux de forfaits. L'alerte était faite par les victimes eux même aux institutions de prise en charge. Plus de 65% ont une bonne connaissance des risques liés au VIH, à la syphilis et aux hépatites B et C.

Au moins 95% des participants maîtrisaient les moyens de transmission des quatre maladies. Cependant, une minorité des participants (35%) a déclaré quand même que le VIH peut se transmettre par embrassement d'une PVVIH, ou à travers les salutations par mains (9,1%).

Les attitudes des répondants vis-à-vis des PVVIH sont craintives et stigmatisantes. Les participants courent un risque élevé de la transmission des quatre maladies en utilisant moins de préservatifs lors des rapports sexuels (38,2%).

Les participants dans une proportion de 22,3% reconnaît avoir consommé de cannabis et Tramadol (19,3%). Cependant la prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables était de 0,3%.

La prévalence du VIH, de la Syphilis et des hépatites B et C étaient respectivement de 7,6% ; 2,4% ; 7,5% et 1,3%.

L'âge adulte et le niveau d'instruction constituent des facteurs protecteurs dans le cadre de l'agression sexuelle selon notre étude.

La violence sexuelle reste une préoccupation majeure de santé publique qui interpelle la vigilance du gouvernement pour une prise de décision adéquate afin de réduire le poids de cet évènement sur la population.

Il s'avère indispensable d'étendre ces travaux à l'ensemble des villes de la République centrafricaine et autres catégories de la population afin de mieux disposer des données pour une meilleure stratégie de planification.

RECOMMANDATIONS/SUGGESTIONS

Les mesures de prévention pour la réduction des nouvelles infections du VIH, de la Syphilis et des Hépatites B et C chez les survivants de violences sexuelles dans les six villes enquêtées 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 survivants de violences sexuelles en RCA ;
- Renforcer l'accès au dépistage, au suivi biologique et au traitement pour le VIH, la syphilis et la TB auprès des survivants de violences sexuelles ;
- Renforcer par les matériels adéquats les structures sanitaires ayant permis l'accès à la prise en charge sanitaires des survivants de violences sexuelles ;
- Former des personnels pour la prise en charge psychologique des survivants de violences sexuelles.

Pour le Ministère de la Promotion du Genre

- Faire le suivi de la mise en œuvre des textes juridiques garantissant les droits des survivants de violences sexuelles en RCA ;
- Créer des centres de convivialité des survivants de violences sexuelles dans les villes des provinces de la RCA ;
- Faire des plaidoyers pour une prise en charge gratuite des survivants de violences sexuelles 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 survivants de violences sexuelles 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 survivants de violences sexuelles 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 survivants de violences sexuelles en RCA.

Pour les ONG

- Développer, en collaboration avec le Ministère en charge de Santé, un système de suivi pour le soutien des survivants de violences sexuelles pour assurer la continuité des traitements à domicile ;
- Développer et mettre en place un programme de soutien à l'adhérence aux traitements pour les survivants de violences sexuelles.

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 survivants de violences sexuelles ;
- Appuyer l'extension de l'étude IBBS auprès des survivants de violences sexuelles dans les Préfectures de la RCA.

COORDINATION DE L'ENQUETE

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.

REFERENCES

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. JD Longo, M Mbeko Simaleko, H D Diemer, G Gresenguet et al., Risk factors for HIV infection among female sex workers in Bangui, Central African Republic. Plos One. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187654>
18. 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
19. De Beudrap 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
20. Etude bio comportementale de la vulnérabilité des personnes handicapées face au VIH au Niger, 2019
21. Etude bio comportementale de la vulnérabilité des personnes handicapées face au VIH au Cap Vert, 2018
22. Etude bio comportementale de la vulnérabilité des personnes handicapées face au VIH au Burkina Faso, 2018
23. Etude bio comportementale de la vulnérabilité des personnes handicapées face au VIH en Guinée Bissau, 2018
24. Heidi Lary, Suzanne Maman, Maligo Katebalila, Ann McCauley et Jessie Mbwambo. Exploration de l'association entre le VIH et la violence: expériences de l'infidélité, de la violence et de la contrainte sexuelle chez les jeunes à Dar es Salaam, en Tanzanie. Violence Basée sur le Genre et la Santé Reproductive, 2007, pp. 51–57
25. Taquette S et al., Violent relationship in young people and STD/AIDS risk, Cadernos de saude publica, 2003, 19(5):1437–1444.
26. Dunkle K et al., Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. Lancet, 2004, 363(9419):1415–1421.
27. Maman S et al., HIV-positive women report more lifetime partner violence: findings from a voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania, American Journal of Public Health, 2002, 92(8): 1331–1337.
28. Omba Kalonda JC . Les violences sexuelles en République Démocratique du Congo : quelles conséquences sur le plan de la santé publique ? *Médecine Tropicale*. 2008 ;68 ;576-78

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

Enquête bio-comportementale liée au VIH, à la syphilis et aux Hépatites B et C chez les survivants de violences sexuelles à Bangui, Bossangoa, Kaga-Bandoro, Bambari, Bria et Bangassou 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</p> <p>Bonjour, mon nom est Je fais partie d'une équipe de chercheurs qui mènent une étude bio comportementale liée au VIH, à la Syphilis et aux Hépatites B et C chez les survivants de violences sexuelles à Bangui, Bossangoa, Kaga-Bandoro, Bambari, Bria et Bangassou en 2023 afin d'aider à identifier les besoins de services de soins et de prévention, en particulier pour le VIH 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 sociodémographiques du répondant		
QS101.	Sexe du répondant : 1. Masculin, 2. Féminin	/_/
QS102	Quel est votre âge (en année révolue)	/_/_/ ans
QS103	Catégorie professionnelle : 1= élèves/étudiants ; 2=Fonctionnaire, 3= Fonction libérale professionnelle, 4= fonction libérale non-professionnelle ; 5= Sans emploi	/_/
QS104	Quelle est votre résidence actuelle ? (Préciser le numéro d'arrondissement)	/_/
QS105	Quel est le plus haut niveau d'instruction que vous avez atteint ? 1=Aucun niveau, 2=Primaire, 3=Secondaire, 4= Supérieur	/_/
QS106	Quel est votre statut matrimonial ? 1. Vie en couple 2. Vie seule	/_/
Section 2 : Antécédents de l'accident		
QS201	Depuis quel âge que vous avez été victime de viol ? (âge en année révolue)	/_/_/
QS202	Avez-vous subi des violences physiques avant le viol ? 1=Oui 2=Non	/_/
QS203	Vous avez été violé par combien de personne ?	/____/
QS204	Quel est le profil de personne qui vous a violé ? 1=FDS ; 2=Groupes armées ; 3=Enseignants ; 4=Personnel de santé, 5=Forces étrangères ; 6=autres à préciser.....	/____/
QS205	Dans quelle circonstance l'accident s'est survenu ? 1= aux champs/brousse ; 2= à la maison ; 3= à l'école ; 4= au quartier ; 5= à l'hôpital ; 6= autres à préciser.....	/____/
QS206	Quel est le lien entre vous et la personne qui vous a violé ? 1= Parental, 2= Voisin ou voisine, 3= Amis, 4=Aucun lien	/____/
QS207	A quel moment avez-vous alerté les services de prise en charge ou bien les autorités ? 1=Aussitôt après le viol, 2= une semaine, 3=1mois 4= plus de	/____/

	1mois. 5= autres à préciser.....	
QS208	Comment avez-vous alerté les services de prise en charge ou bien les autorités ? 1=Moi-même, 2= Par ma mère, 3= par mon père, 4=par mon tuteur, 5= par ma sœur ou frère, 6= par un inconnu 7= autres à préciser.....	/___/
QS209	Pendant votre prise en charge, avez-vous été dépistés : ✓ du VIH /___/ ✓ des hépatites /___/ ✓ de la syphilis /___/	1=Oui 2=Non
QS209a	Si non, pourquoi ? 1=service non-disponible ; 2=service inaccessible ; 3=mauvais accueil ; 4=rupture des intrants ; 5= autres à préciser.....	/___/
QS209	Avez-vous une idée sur les résultats de vos tests de dépistage ? VIH /___/ ; si oui résultat du test..... Hépatite B/C /___/ ; si oui résultat de test..... Syphilis /___/ ; si oui résultat de test.....	1=Oui 2=Non
QS2010	Si oui, quelle était la structure qui vous prenait en charge?	/_____/
QS2010a	Si non, accepterez-vous qu'on puisse vous dépister ? 1=oui ; 2=non	/___/
Section 3 : Connaissances, Attitudes, comportements et pratiques (CAP)		
QS301	Pensez-vous que vous avez un risque de contracter les maladies suivantes pendant une violence sexuelle ? 1. VIH et sida /___/ 2. Syphilis /___/ 3. Hépatites /___/	1. Risque élevé 2. Risque faible 3. Aucun risque 4. Ne sait pas
QS302	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 /___/ 15. En serrant la main /___/	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

	<p>16. Par l'allaitement /__/ 17. De la mère à l'enfant pendant la grossesse et l'accouchement /__/</p>	
QS303	<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 le lit avec lui /elle ? /__/</p>	<p>1. Oui 2. Non 3. Ne sais pas</p>
QS 304	<p>Pensez-vous que dans cette association/famille, il y a des personnes vivant avec le VIH ? 1. Oui, 2 Non, 3 Ne sais pas</p>	/__/
QS 305	<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 pendant le viol qu'en dehors ? /__/ 2. Qu'une démangeaison ou bouton sur le corps qui dure plus de deux semaines suspecte la syphilis ? /__/ 3. La syphilis peut être guérie avec un traitement approprié /__/ 4. Qu'un patient sous traitement de la syphilis reste contagieux durant l'ensemble du traitement ? /__/</p>	<p>1. Oui 2. Non 3. Ne sais pas</p>
QS 306	<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 /__/ 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 /__/ 15. En serrant la main /__/ 16. Par l'allaitement /__/</p>	<p>1. Oui 2. Non 3. Ne sais pas</p>

	17. De la mère à l'enfant pendant la grossesse et l'accouchement /__/	
QS 307	<p>Pensez-vous que les hépatites B et C peut être transmis par une personne infectée par les hépatites ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 les hépatites /__/ 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 /__/ 15. En serrant la main /__/ 16. Par l'allaitement /__/ 17. De la mère à l'enfant pendant la grossesse et l'accouchement /__/ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 3. Ne sais pas
Section 4 : Consommation de drogues (injectables) et autres facteurs de risque associés au VIH, à la Syphilis et aux Hépatites		
Usage de drogues et risques		
QS401	<p>À votre avis, combien de personnes de votre association/localité utilisent une ou plusieurs des drogues suivantes ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cannabis (herbe, marijuana) /__/ 2. Alcool (y compris les liquides alcools auto-brassés) /__/ 3. Opiacés (codéine, morphine, Tramadol® etc.) /__/ 4. Benzodiazépines (Roches® etc.) /__/ 5. Autre /__/ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aucune 2. Quelques-unes 3. Beaucoup <p>(si 2 ou 3 continuer à la question suivante S302)</p>
QS402	<p>Avez-vous déjà consommé l'une de ces substances précitées ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 	Si NON, passer à la question 404
QS403	<p>Lesquelles, le cas échéant, des substances suivantes avez-vous déjà consommé ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cannabis (herbe, marijuana, hashish) /__/ 2. Alcool (y compris les liquides alcools auto-brassés) /__/ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. À l'intérieur et à l'extérieur de l'association 2. Seulement à l'extérieur de l'association 3. Seulement à

	3. Opiacés (Codéine, Tramadol® , morphine, etc.) /___/ 4. Benzodiazépines (Roches etc.) /___/ 5. Autre à préciser /___/	l'intérieur de l'association
QS404	Avez-vous déjà injecté des drogues ? 1. Oui 2. Non	/___/ (Si non, passez à la question Q 409)
QS405	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)	1. Toujours/souvent 2. Parfois 3. Jamais
Risques sexuels		
QS406	Avez-vous eu des rapports sexuels ce dernier mois ? 1=oui ; 2= non	/___/
QS406a	Si oui, avec quel partenaire ? 1=partenaire habituel ; 2= partenaire occasionnel	/___/
QS407	Avez-vous l'habitude d'utiliser les condoms pendant les rapports sexuels occasionnels ? 1=Oui, 2= Non	/___/
Autres risques de transmission par voie sanguine		
QS408	Avez-vous déjà... ? QCM 1. Partagé une lame de rasoir (rasage ou coupe de cheveux) /___/ 2. Partagé une brosse à dents /___/ 3. Été tatoué /___/ 4. Eu un piercing (par exemple pour boucle d'oreille) /___/ 5. Participé à un rituel de partage de sang /___/	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas
Section 5 : Disponibilité et qualité des services de santé		
QS501	De quelles maladies avez-vous souffert dans votre vie ? (Cochez tous les cas mentionnés) QCM 1. Gale /___/ 2. Paludisme /___/ 3. Pneumonie /___/ 4. Gastro-entérites /___/ 5. Malnutrition /___/ 6. VIH et sida /___/ 7. Syphilis et autres IST 8. Hépatites B /___/ 9. Hépatites C /___/ 10. Hypertension artérielle /___/ 11. Bronchite chronique /___/ 12. Diabète /___/ 13. Autres (Précisez).....	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas
QS502	Comment avez-vous obtenu un traitement pour votre maladie ? (Cochez tout ce qui s'applique) QCM 1. Formation sanitaire /___/ 2. Famille ou amis /___/ 3. S'est soigné soi-même/___/ 4. Guérisseur/___/ 5. Lieu des prières/___/ 6. Aucun traitement /___/ Autres (préciser) -----	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas
QS503	Etes-vous satisfait des services médicaux fournis ? 1. Très satisfait 2. Satisfait Insatisfait	/___/
QS504	Un professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que vous étiez atteint de : (QCM)	1. Oui

	1. VIH /___/ 2. Syphilis /___/ 3. Hépatite B /___/ 4. Hépatite C /___/	2. Non Ne sait pas
QS505	Si oui, avez-vous reçu un traitement pour ? 4. VIH /___/ 5. Syphilis /___/ 6. Hépatite B /___/ 7. Hépatite C /___/	8. Oui 9. Non Ne sait pas
QS506	Avez-vous déjà reçu une information sur? QCM 1. Le VIH /___/ 2. Les Hépatites /___/ 3. la syphilis /___/ 4. L'utilisation des condoms/préservatifs /___/ 5. L'utilisation des lubrifiants /___/ 6. La thérapie antirétrovirale (TAR) /___/ 7. La prévention de la transmission VIH /Syphilis de la mère à l'enfant (PTME) /___/ 8. L'alcool et les drogues /___/ 9. Les tatouages /___/ 10. La santé sexuelle et reproductive /___/ 11. La circoncision médicale /___/ 12. L'excision /___/ 13. Conseils et dépistage volontaires du VIH /___/ 14. La vie positive au VIH /___/ 15. La stigmatisation et la discrimination /___/	1. Oui 2. Non
QS506a	Si oui, par quel canal ? 1=FOSA ; 2=RECO ; 3=radio ; 4=télévision ; 5=ami/parent ; 6=réseaux sociaux ; 7=autre à préciser	
QS507	Dans votre ville les éléments suivants sont-ils disponibles ? QCM 1. Services de dépistage du VIH ? /___/ 2. Service de diagnostic de la syphilis ? /___/ 3. Service de diagnostic des hépatites ? /___/ 4. Unité de traitement antirétroviral (TAR) pour le VIH ? /___/ 5. Service de Circoncision médicale /___/ 6. Unité d'appui alimentation complémentaire pour les patients atteints du VIH ? /___/ 7. Services de santé sexuelle et reproductive /___/ 8. Unité de vente des préservatifs /___/ 9. Services de distribution gratuite des préservatifs /___/ 10. Unité de vente des lubrifiants /___/	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas
Section 6. Résultats de dépistage		
QS601	Sérologie VIH. 1. Positif 2. Négatif 3. Indéterminé	/___/
QS602	Sérologie Syphilitique : 1. Positif 2. Négatif	/___/
QS603	Sérologie Hépatite B : 1. Positif 2. Négatif	/___/
QS604	Sérologie Hépatite C : 1. Positif 2. Négatif	/___/

Annexe 2 : Formulaire de consentement éclairé

Enquête bio-comportementale liée au VIH, à la syphilis et aux Hépatites B et C chez les survivants de violences sexuelles à Bangui, Bossangoa, Kaga-Bandoro, Bambari, Bria et Bangassou en 2023

Vous êtes invité à participer à une étude sur la santé dans les sites de prise en charge des victimes des violences sexuelles 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 survivants de violences sexuelles. 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 victimes de violences sexuelles 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 victime de violences sexuelles en RCA. Votre nom a été tiré au sort parmi tous les survivants de la localité.

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 pré et 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

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 Spécialiste en Laboratoire

Annexe 4: Fiche de 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.

En République centrafricaine (RCA), les VBG sont utilisées en temps de crise par les groupes armés pour soumettre et accroître la vulnérabilité des populations et plus particulièrement des femmes et des enfants ainsi que les populations des plus vulnérables. En 2017, le GBVIMS a enregistré plus de 8321 de VBG dont 1370 soit 16% sont des incidents de violence sexuelle et 6951 soit 84% d'incidents représentent d'autres types de VBG avec une proportion de 90% de sexe féminin.

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 en collaboration avec l'UNFPA 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 survivants des violences sexuelles

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 pratiques 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 des survivants des violences sexuelles 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 victimes des violences sexuelles en RCA.

VII. Personnes à contacter

Si vous avez des problèmes ou questions concernant cette étude vous pouvez contacter Le Pr Wilfrid Sylvain NAMBEI, téléphone : 75 50 90 75 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 survivants de violences sexuelles à Bangui, Bossangoa, Kaga Bandoro, Bambari, Bria et Bangassou 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 les 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 l'Enquête bio-comportementale liée au VIH, à la syphilis et aux Hépatites B et C chez les survivants de violences sexuelles à Bangui, Bossangoa, Kaga-Bandoro, Bambari, Bria et Bangassou en 2023

Je certifie ce jour M, Mme, Mlle :

Enquêteur (ce) de l'Enquête bio-comportementale liée au VIH, à la Syphilis et aux Hépatites B et C chez les survivants de violences sexuelles à Bangui, Bossangoa, Kaga-Bandoro, Bambari, Bria et Bangassou en 2023 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		01
02	Power bank		01
03	Chargeur		01
04	Sac à dos		01
05	Gillet		01
06	Tee shirt Polo		01

L'enquêteur s'engage à retourner ces matériels à la Coordination Nationale du Comité National de lutte contre le Sida (CN/CNLS) à l'exemption de tee shirt Polo. 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 victimes survivantes de violence sexuelle à Bangui, Kaga Bandoro, Bambari, Bria et Bangassou 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



EQUIPE D'ENQUETE

N°	NOMS	ET	PRENOMS	RESPONSABILITE
INVESTIGATEURS				
1	Pr NAMBEI		Wilfrid Sylvain	Investigateur principal
2	Dr BALEKOUZOU		Augustin	Co-investigateur
3	Dr OUAMBITA-MABO		Roch	Co-investigateur
4	Dr BAWA		Maurice	Co-investigateur
5	Dr KPANGBA-MANGBE		Yves	Co-investigateur
COORDONNATEURS DE TERRAIN				
1	Dr BALEKOUZOU		Augustin	Bangui
2	M. MOUSSAPA		Ernest	Bria
3	M. NDAGBIA		André Blaise	Bambari
4	M. BAGAZA		Louis	Bossangoa
5	M. SADIA		Josias	Kaga-Bandoro
SUPERVISEURS DE TERRAIN				
1	Dr BALEBANDA		Ulrich	Bambari
2	Dr NGOAZOU		Christian	Bria
3	Dr DORHIO		Paulin	Bossangoa
4	Dr DEBATO		André	Kaga-Bandoro
LISTE DES SUPERVISEURS DU NIVEAU CENTRAL				
1	M. BAGAZA MBOSSO		JuvénaI	Superviseur
2	Mme NGOUALESSO		Flora	Superviseur
3	M. DANBOY		Ange Florent	Superviseur
4	Mme GAMANZA YAKOUTOU		Etoile Bijoux	Superviseur
LISTE DES CLINIENS				
1	Dr FEILEMA		Roland	Clinicien
2	Dr PATHE		Donald	Clinicien
3	Dr KPEKRA		Francis	Clinicien
4	M. BOKOULA		Valère	Clinicien
5	Dr TELO		Stève	Clinicien
6	Dr YANGUERE		Schella	Clinicien
LISTE DES SPECIALISTES EN LABORATOIRE				
1	M. MALEYANGOU		Albert-John	Spécialiste en Laboratoire

2	M. YETENDJI	Daf Franklin	Spécialiste en Laboratoire
3	M. KPASSA-MAYOVODE	Elcy Grace Audrey	Spécialiste en Laboratoire
4	M. AUBERTEL-KANANGO	Ariel Nathan	Spécialiste en Laboratoire
5	M. BOYBESSANE	Jules Pavlov	Spécialiste en Laboratoire
6	M. SOPIA NGOUMA	Erick Lionel	Spécialiste en Laboratoire
LISTE DES ENQUETEURS			
1	M.BHE-OUADESSE	Bienvenue Aristote Merlan	Enquêteur
2	Mlle BANINZI	Mabelle Manuella	Enquêtrice
3	Mlle.FEIGANANGAI - YASSIMANI	Gladys Petula	Enquêtrice
4	M. INDAITOROUM	Ulrich Claver	Enquêtrice
5	M. KALANGA	Alban Prince Judicaël	Enquêteur
6	Mlle.MALEKATCHIA	Michelle Chance	Enquêtrice
7	Mlle.MBOUHIMI	Guylaine Gloire Correta	Enquêtrice
8	M. NGAIGUENDE	Thibaut Armand	Enquêteur
9	M. NODJOUTOLOUM	Giscard	Enquêteur
10	Mlle.OUANDAKO	Vanessa Ornella	Enquêtrice
PARTENAIRES			
1	M. CISHAHAYO	Edouard	ONG AUDEC
2	M. YANOUE	Prince	ONG AUDEC
3	M. NGANDREMO	Didier	ONG AUDEC
4	M. GRENGBO YAYA	Nicolas	ONG AUDEC
5	M. BANGA-NDOBALA	Elvis	ONG AUDEC
6	Dr NAISSEM	Alexis	UNFPA
7	Mme YONGOWANE	Luce	UNFPA