



Recherche & études

VIH & Handicap en Afrique de l'Ouest : Une analyse combinée de 4 études conduites au Burkina Faso, Niger, Guinée Bissau et Cap Vert

Programme régional Afrique de l'Ouest
2019



Auteur

Pierre De Beaudrap

Coordination

Sandrine Busière

Contribution et révision

Caroline Holtz

Corinne Miele

Davide Olchini

Editing et mise en page

Stéphanie Deygas

Droits et licences



L'utilisation de cet ouvrage est soumise aux conditions de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'utilisation commerciale - Pas de modification 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0). Conformément aux termes de la licence Creative Commons - Pas d'utilisation commerciale - Pas de modification -, il est possible de copier, distribuer et transmettre le contenu de l'ouvrage, à des fins non commerciales uniquement, sous réserve du respect des conditions suivantes : **Paternité** - L'ouvrage doit être cité de la manière suivante : Pierre De Beaudrap. VIH & Handicap en Afrique de l'Ouest : Une analyse combinée de 4 études conduites au Burkina Faso, Niger, Guinée Bissau et Cap Vert. Lyon : Humanité & Inclusion, 2019. Licence : Creative Commons Attribution - Pas d'utilisation commerciale - Pas de modification 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0). **Pas d'utilisation commerciale** - Cet ouvrage ne peut être utilisé à des fins commerciales. **Pas de modification** - Cet ouvrage ne peut être modifié, transformé ou utilisé pour créer des œuvres dérivées.

Remerciements : A l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS – Burkina Faso), au Ministère de la Santé Publique et au Laboratoire National de Santé Publique de Guinée Bissau, au Centre d'Epidémiologie et de Santé Communautaire (Guinée Bissau) et au Comité de Coordination de Combat contre le VIH-SIDA (CCS-SIDA – Cap Vert) qui ont conduit les différentes enquêtes présentées dans ce document.

Pour plus d'information : Sandrine Busière - s.busiere@hi.org



Une synthèse infographiée de ce rapport existe. Cliquez [ici](#) pour y accéder

Sommaire

Messages clés	3
Introduction	4
1. Les études : méthodes et données	5
1.1 La nécessité de données de qualité	5
1.2 Une méthode commune et rigoureuse utilisée dans 4 pays d'Afrique de l'Ouest.....	5
1.3 Prise en compte de la diversité du handicap	6
2. Population des 4 études	7
3. Handicap et pauvreté multidimensionnelle	8
3.1 Une exposition à différentes formes de pauvreté.....	8
3.2 Une pauvreté dite multidimensionnelle	9
3.3 Les facteurs associés à la pauvreté	9
4. Vie sexuelle et handicap	10
4.1 Une sexualité parfois à risque	10
4.2 Déterminants et facteurs associés aux comportements.....	11
5. Handicap et violences sexuelles	12
5.1 Situation des violences sexuelles dans le contexte international	12
5.2 Facteurs associés	12
6. Handicap et VIH	14
6.1 Prévalence du VIH	14
6.2 Violences, relations à risque et infection par le VIH	15
6.3 Connaissances sur le VIH	16
6.4 Place des facteurs socio-économiques	16
6.5 Utilisation du préservatif lors des rapports à risque	17
6.6 Perception du risque	17
7. Accès et utilisation des services de prévention	18
7.1 Service 1 : Dépistage de l'infection à VIH.....	18
7.2 Service 2 : Utilisation des préservatifs	19
Conclusion	21
Un groupe fortement affecté qui doit être ciblé en priorité	21
Des environnements à risque multiples.....	21
Des besoins non remplis persistants.....	21
Perspective pratique : Comment atteindre les trois « 90 » dans la population des personnes handicapées ?	22
En développant une approche à double voie !	22
Références	24

Messages clés

- Contrairement aux idées reçues, la majorité des adultes handicapés de plus de 25 ans (85% des hommes et 90% des femmes dans les 4 études) ont eu une expérience sexuelle.
- La vie sexuelle des personnes handicapées est souvent marquée par les violences (25% des femmes et 14% des hommes).
- Les prévalences de l'infection à VIH observées chez les femmes et les hommes handicapés dans les 4 études sont élevées, au moins deux à trois fois plus importantes que celles estimées dans les populations générales de ces pays.
- Avec un milliard de personnes vivant avec un handicap, il est important d'agir pour que la population handicapée soit un groupe inclus en priorité dans la réponse à l'épidémie de VIH. Sans cela, il sera difficile d'atteindre l'objectif 90–90–90 proposé par l'ONUSIDA.
- Les personnes handicapées sont exposées à de multiples facteurs de risques tels que la pauvreté, les violences, les restrictions d'accès aux services. Les interactions entre ces facteurs résultent en un « environnement à risque de VIH ».
- Les résultats observés varient d'un pays à l'autre montrant l'importante influence des facteurs socio-économiques, politiques et culturels sur les risques en santé sexuelle. Ils varient aussi selon la nature et la sévérité des limitations.
- Les interventions de prévention ciblant uniquement les facteurs individuels n'auront qu'un effet limité. Il est donc nécessaire de prendre en compte le contexte et d'inclure les personnes handicapées pour identifier les barrières et solutions possibles.
- Un suivi régulier des indicateurs sur le VIH concernant ce groupe est nécessaire, mais nécessite d'identifier des approches innovantes.

Introduction

“Our mission is to build a better world. To leave no one behind. To stand for the poorest and the most vulnerable in the name of global peace and social justice”.

Ban Ki-Moon¹

En 2014, le directeur exécutif de l’ONUSIDA lançait un appel pour renforcer l’effort international afin de mettre un terme à l’épidémie de VIH (1). Il rappelait la nécessité, pour atteindre cet objectif, de prendre en compte tous les groupes, en particulier ceux plus vulnérables, parmi lesquels on compte les personnes handicapées (2).

Où en sommes-nous 5 ans plus tard ?

Plus d’un milliard de personnes vivent avec une forme de handicap dans le monde, constituant ainsi la plus grande minorité. Il existe un nombre grandissant de données montrant que les personnes handicapées sont plus souvent victimes de discriminations et d’inégalités (3). Ce constat traduit le fait que le handicap n’est pas seulement un problème médical, mais aussi la conséquence des environnements physiques et sociaux défavorables dans lesquels évoluent ce milliard de personnes. Trop souvent privées d’autonomie, les personnes handicapées doivent faire face à de nombreuses barrières et contraintes lorsqu’il s’agit de décider de leur propre vie, et ont beaucoup de difficultés pour accéder aux services dont elles auraient besoin. La santé sexuelle et reproductive est un exemple caricatural de cette situation dans la mesure où les personnes handicapées sont à la fois considérées comme n’étant pas concernées par la sexualité, et en même temps très souvent victimes de violences sexuelles (particulièrement les femmes) et d’autres problèmes comme les infections sexuellement transmissibles.

Il est important de garder à l’esprit que les personnes handicapées ne sont pas toutes pareilles. Dans un environnement économique, social et culturel donné, la possibilité d’accéder à une pleine participation sociale dépend non seulement de la nature et de la sévérité des déficiences, mais également de l’âge et du genre.

L’objectif des 4 recherches conduites par Humanité & Inclusion (HI) et présentées dans ce rapport a d’abord été de répondre à l’appel de l’ONUSIDA de n’oublier personne dans la réponse à l’épidémie. Pour cela, ces 4 études ont cherché à mieux comprendre la situation par rapport au VIH d’hommes et de femmes handicapés vivant en Afrique de l’Ouest. Associant enquête épidémiologique, entretiens qualitatifs et recueil de témoignages, ces études offrent un portrait riche et contrasté de ce groupe ainsi qu’un éclairage unique sur la vulnérabilité des personnes handicapées dans le domaine de la santé sexuelle.

¹ « Notre mission est de construire un meilleur monde, de ne laisser personne derrière, de soutenir les plus pauvres et les plus vulnérables au nom de la paix et de la justice sociale dans le monde » (Gap Report, Ban Ki-Moon, OMS, 2014).

1. Les études : méthodes et données

« Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres ».

Convention relative aux droits des Personnes Handicapées - Nations Unies (4).

1.1 La nécessité de données de qualité

Pour améliorer leur participation à la société de façon efficace, il est indispensable de disposer de données qui documentent la situation des personnes handicapées, ainsi que la nature des difficultés qu'elles rencontrent.

Ces données doivent mesurer de façon fiable le handicap et les barrières associées, avoir le moins de biais possible, et être comparables entre des contextes culturels différents.

Entre 2000 et 2015, plusieurs études ont été conduites pour mieux comprendre la vulnérabilité des personnes handicapées par rapport au VIH, en particulier dans le contexte africain (5-7).

Toutefois, la portée des résultats de ces études était souvent limitée par le fait que ces études portaient sur des populations très sélectionnées.

1.2 Une méthode commune et rigoureuse utilisée dans 4 pays d'Afrique de l'Ouest

Dans les 4 études HI, une approche épidémiologique et une approche qualitative ont été combinées afin d'obtenir la description la plus complète possible. Dans la composante épidémiologique, les participants ont été recrutés à l'aide d'un échantillonnage aléatoire en plusieurs phases afin de garantir une bonne représentativité de la population.

Le questionnaire du Washington Group a été utilisé pour identifier la population handicapée.

Une méthode rigoureuse commune aux 4 études	
1.	 National Tirage aléatoire de zones d'enquête
2.	 Zones tirées Recensement des ménages dans chaque zone
3.	 Ménages Identification de personnes handicapées [#]
4.	 Participants Enquête bio-comportementale et test VIH

basée sur le questionnaire du *Washington group*



Le questionnaire du Washington Group (WG)

Même si l'expérience du handicap est universelle, la façon dont il peut être perçu est extrêmement variable selon le contexte, ce qui peut conduire à des données contradictoires quand il s'agit de le mesurer (3,8). Un groupe de travail appelé Washington Group a été mis en place avec le soutien des Nations Unies pour développer de façon collaborative des méthodes de mesure du handicap (9). Ce groupe a développé un outil basé sur l'identification de difficultés à accomplir un certain nombre d'activités de base (voir, entendre, marcher), qui a été utilisé dans les 4 études HI.

1.3 Prise en compte de la diversité du handicap

Les personnes handicapées ne forment pas un groupe uniforme, et les problématiques peuvent être très différentes selon la nature et la sévérité des limitations fonctionnelles et l'âge de leur survenue.

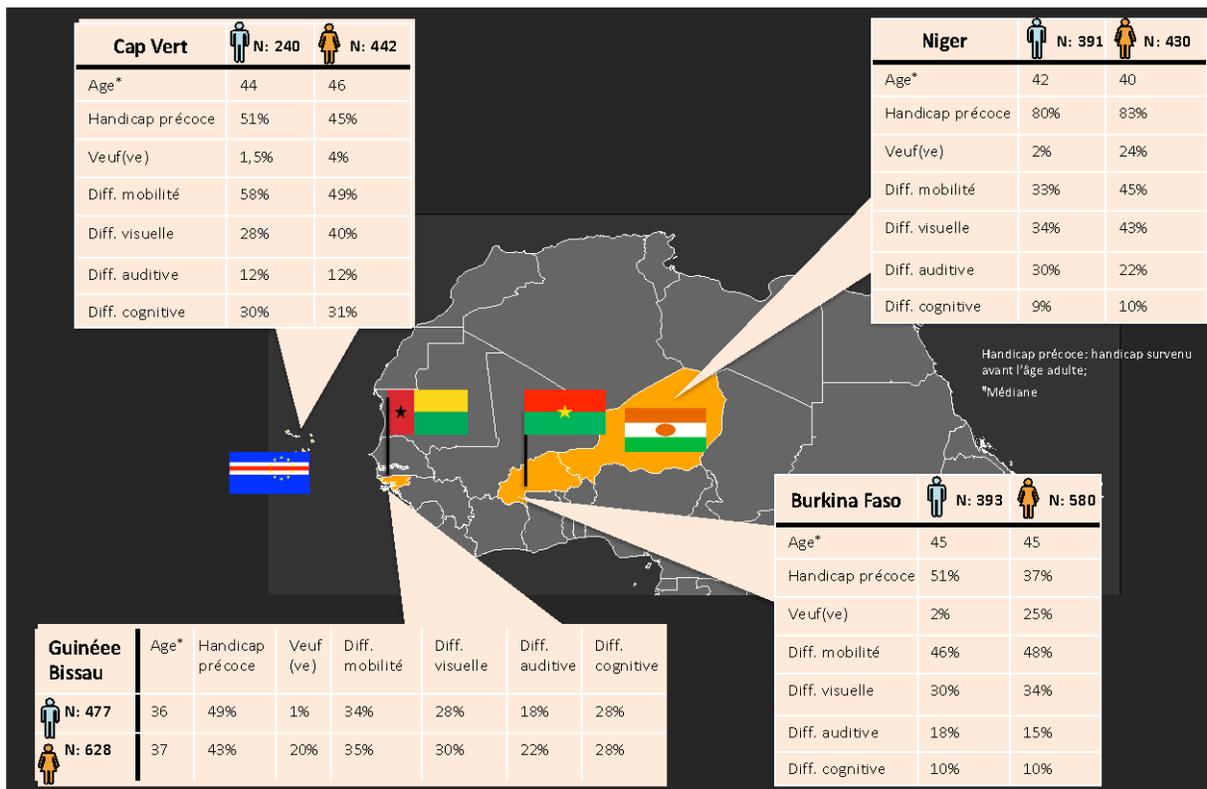
De plus, les restrictions de participation sociale associées à des incapacités se manifestent différemment selon l'âge et le sexe de personne.

Afin de prendre en compte cette diversité, les analyses ont été réalisées séparément pour les sous-groupes suivants : hommes & femmes, nature de la limitation (déplacement, vision, audition, cognitif, prendre soin de soi) et âge de survenue (enfance, adolescence, adulte).

2. Population des 4 études

Entre février 2016 et août 2018, plus de 100 000 personnes ont été interrogées permettant d'inclure un total de 3580 personnes handicapées âgées de 15 à 69 ans, vivant dans les 4 pays d'Afrique de l'Ouest de l'étude et présentant au moins une limitation sévère selon les questions du WG.

Les limitations les plus fréquentes étaient par ordre décroissant : difficultés de déplacement (43%), visuelles (33%), auditives (20%), cognitives (19%) et pour prendre soin de soi (11%).



Les caractéristiques des participants handicapés étaient différentes entre les 4 études.

Ceux de Guinée Bissau étaient plus jeunes que dans les autres pays.

Au Niger, le handicap est survenu dans l'enfance chez la majorité des participants (« handicap précoce »), ce qui est différent des autres pays où les limitations sont survenues à l'âge adulte chez la moitié des participants.

Enfin, on peut remarquer qu'au Burkina Faso, Niger et en Guinée Bissau, mais pas au Cap Vert, une proportion significative des femmes incluses dans les études étaient veuves.

3. Handicap et pauvreté multidimensionnelle

« Lorsque je tombe malade, personne ne veut m’amener à l’hôpital. Ils se disent que s’ils m’amènent à l’hôpital, ils vont s’occuper des charges ».

Homme avec handicap visuel, Burkina Faso

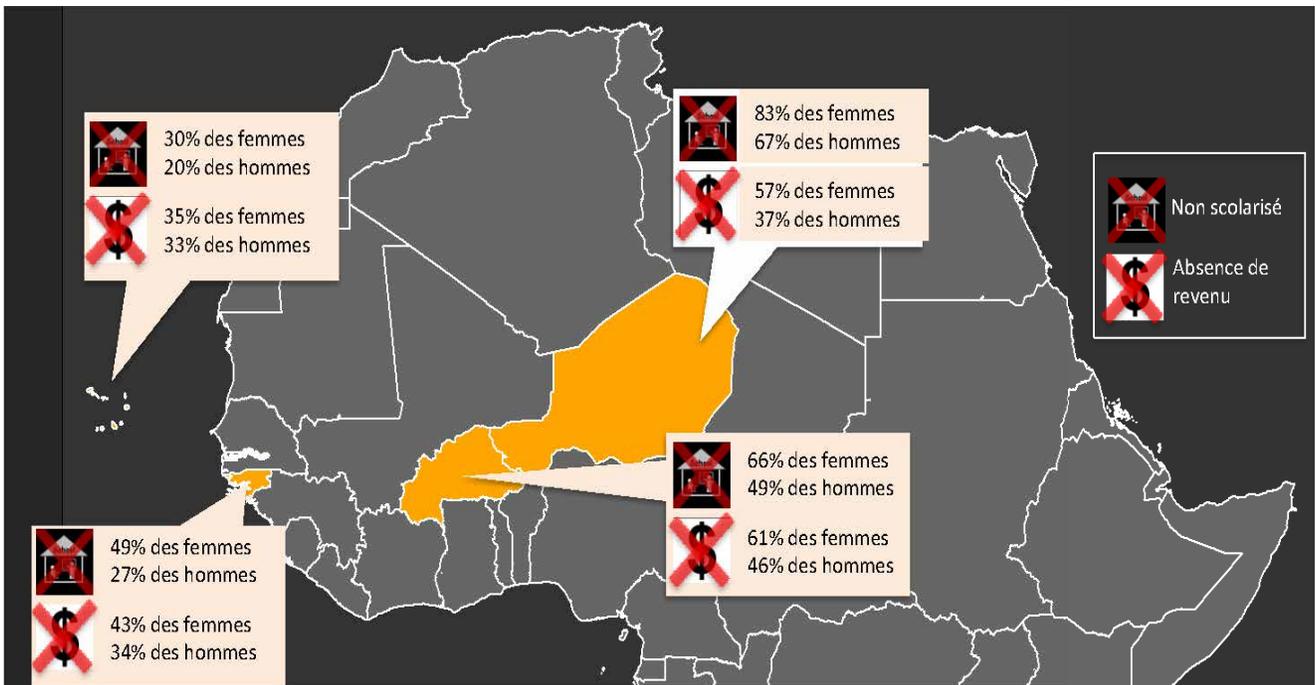
3.1 Une exposition à différentes formes de pauvreté

Une caractéristique commune des participants des 4 études est leur exposition à **différentes formes de pauvreté**.



- 52% des participants (H : 44% - F : 58%) n’ont pas été scolarisés ;
- 44% déclarent ne pas avoir de revenu propre ;
- 66% ont dû renoncer à des soins, faute de moyens financiers suffisants.

Proportion de personnes handicapées n’ayant pas été scolarisées et n’ayant pas de revenu propre par site et sexe



3.2 Une pauvreté dite multidimensionnelle

Les études économiques montrent que les personnes handicapées sont exposées à différents types d'inégalités socio-économiques. Ces inégalités peuvent concerner divers domaines, tels que le travail, l'éducation, la santé, les ressources financières, et sont regroupées sous le terme de **pauvreté multidimensionnelle** (10).

>< Des situations différentes selon le contexte

Comme le montre la carte ci-dessus, les situations peuvent être différentes selon le contexte.

Par exemple, la **mendicité** est une source de revenu fréquente pour les personnes handicapées au Niger (H : 19%, F : 23%), mais pas dans les autres pays (<1%).

3.3 Les facteurs associés à la pauvreté

Le genre

Par exemple, le risque de n'avoir jamais été à l'école est 2,6 fois plus important chez les femmes que chez les hommes ($p < 0,0001$).

Sévérité de l'atteinte fonctionnelle

Le risque de ne pas avoir été à l'école ou d'avoir renoncé à des soins est augmenté chez les personnes avec des limitations fonctionnelles plus importantes².

² Absence d'école : Odds Ratio [OR] 1,4, Intervalle de confiance à 95% [IC95%] 1,2 – 1,7 ; Renoncement aux soins : OR 1,3 IC95% 1.1 - 1.5 pour ≥ 2 limitations versus 1 seule.

4. Vie sexuelle et handicap

Contrairement aux idées reçues, la grande majorité des personnes handicapées des 4 études (78% des hommes et 86% des femmes) ont eu des relations sexuelles.

Ceci conforte les données déjà disponibles concernant les pays riches ou encore ceux à ressources limitées (3,11).

Toutefois, les personnes handicapées sont particulièrement exposées à la survenue de problèmes de santé sexuelle (en particulier, infections par le VIH et violences sexuelles qui sont présentées en détail dans les chapitres suivants).

Les personnes handicapées se retrouvent également engagées dans des conduites sexuelles potentiellement à risque (avec un partenaire occasionnel ou contre de l'argent).

4.1 Une sexualité parfois à risque

Partenaire occasionnel

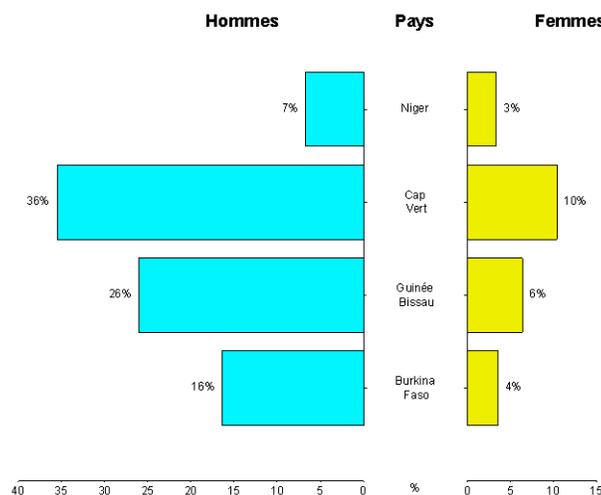
20% des hommes et 5% des femmes handicapées rapportaient avoir eu des partenaires occasionnels.

Il existe toutefois de grandes différences entre les pays montrant l'importance des facteurs culturels dans ce domaine.

Relations sexuelles contre de l'argent

Des relations sexuelles contre de l'argent ont été rapportées par 2% des participants interrogés, avec également des différences entre les pays (1% à 4%).

Proportion de participants rapportant avoir eu une relation occasionnelle (par sexe et site)



4.2 Déterminants et facteurs associés aux comportements

Relations avec des partenaires occasionnels

Chez les **femmes**, ce type de relations est plus souvent observé chez celles dont le handicap est apparu dans l'enfance ou l'adolescence (7%), et chez celles ayant des difficultés pour prendre soins d'elles-mêmes (8%).

Chez les **hommes**, ce type de relations est plus souvent observé chez ceux ayant des difficultés sur le plan cognitif (32% versus 18%).

Relations contre de l'argent

Chez les **femmes**, ce type de relations est plus souvent observé chez celles qui sont dépendantes financièrement (6% chez les femmes avec des revenus irréguliers provenant de la famille³), mais qui ont été à l'école.

Chez les **hommes**, ce type de relations est plus souvent observé chez ceux ayant au moins une limitation fonctionnelle élevée (3%).

³ OR : 3,6 IC95% 1,2 – 10,6

5. Handicap et violences sexuelles

« Quand les hommes viennent me violenter, ils me menacent soit avec un couteau, soit avec un gourdin. Ils ferment ma bouche pour m'empêcher de crier ».

Femme avec trouble de la santé mentale, Burkina Faso

Environ une femme sur 3 est victime de violences sexuelles au cours de sa vie (12).

Les femmes handicapées sont particulièrement touchées.



- 25% des participantes handicapées ont été victimes de rapports sexuels non consentis.
- Les violences sexuelles surviennent dès le 1^{er} rapport sexuel dans 80% des cas.
- Les violences sexuelles sont répétées pour 75% des victimes (régulières chez 25%)
- L'auteur des violences est le plus souvent le partenaire intime.

5.1 Situation des violences sexuelles dans le contexte international

Les données disponibles montrent sans équivoque que les enfants et les adultes handicapés sont plus à risque d'être victimes de violences.

En 2012, une méta-analyse qui regroupait 26 études montrait que les adultes handicapés, en particulier ceux avec un handicap psychique, étaient plus à risque de violences récentes que les adultes non handicapés (13). Cette étude pointait le manque de données sur les violences sexuelles et sur les pays à ressources limitées.

Depuis, le nombre d'articles portant sur le risque de violences sexuelles des femmes handicapées a augmenté, mais les données disponibles proviennent surtout des pays à ressources élevées, en particulier d'Amérique du Nord.

5.2 Facteurs associés

Facteurs socio-économiques

La survenue de violences touche toutes les femmes, quel que soit leur niveau économique ou de scolarisation. Ainsi, 18% des femmes n'ayant jamais été à l'école, 32% de celles ayant atteint un niveau primaire ou un niveau secondaire, et 25% de celles ayant fait des études supérieures rapportent avoir été victimes de violences dans les 4 études HI.

Facteurs associés au handicap

Les femmes présentant les limitations fonctionnelles les plus importantes, celles ayant des difficultés cognitives et/ou pour prendre soins d'elles-mêmes étaient les plus à risque d'avoir été victimes de violences.

>.< Les hommes handicapés sont aussi touchés

Les violences faites aux hommes sont mal connues. Un certain nombre d'études récentes, pour la plupart conduites en Amérique du Nord, ont montré que les hommes handicapés sont également très à risque d'être victime de violences, y compris de violences sexuelles (14).

Environ 14% des répondants hommes des 4 études ont rapporté avoir été victimes de rapports non consentis.

Ces violences sont plus fréquentes chez les hommes présentant des limitations fonctionnelles plus importantes, ayant des difficultés pour se déplacer et/ou des difficultés cognitives.

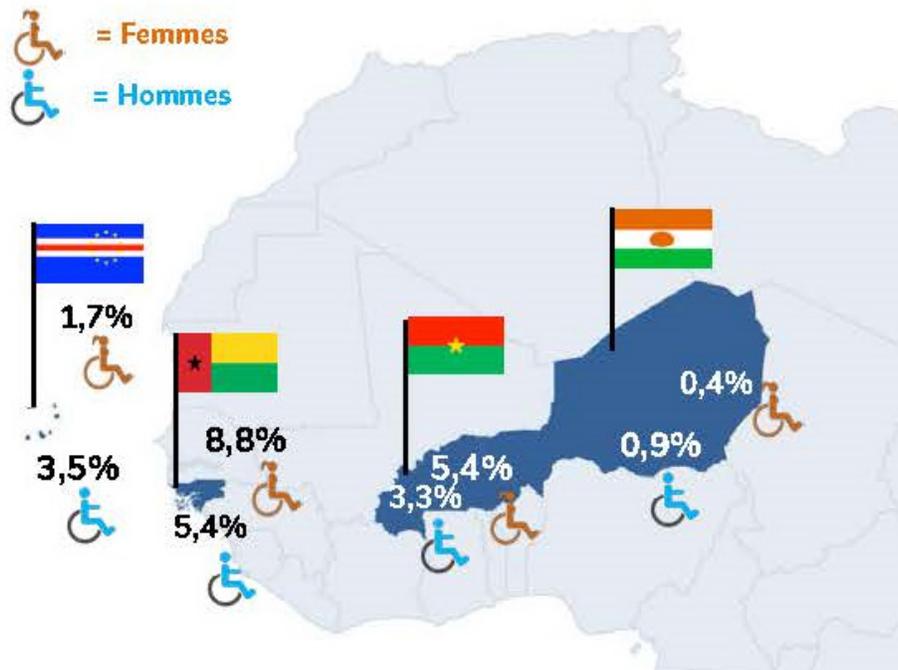
6. Handicap et VIH

6.1 Prévalence du VIH

Les données disponibles indiquent que la prévalence du VIH chez les adultes handicapés en Afrique Sub-saharienne est au moins plus importante ou égale à celle observée dans la population non handicapée (7). Toutefois, ces études ont été conduites en Afrique Australe, de l'Est ou Centrale, et aucune donnée n'était disponible en Afrique de l'Ouest jusqu'à présent.

Les 4 études du projet ont **confirmé la prévalence élevée du VIH chez les personnes handicapées**, et donc la forte association entre handicap et VIH.

Prévalence de l'infection à VIH chez les personnes handicapées (Burkina Faso, Cap Vert, Guinée Bissau et Niger)⁴



Les prévalences de l'infection par le VIH dans la population générale et dans la population handicapée varient beaucoup d'un pays à l'autre.

⁴ Source : Rapports des études bio comportementales sur la vulnérabilité des personnes handicapées face au VIH (Burkina Faso, Niger, Cap Vert et Guinée Bissau).

Prévalence du VIH dans la population générale par pays et par sexe

	Burkina Faso		Guinée Bissau		Cap Vert		Niger	
	H	F	H	F	H	F	H	F
Prévalence	0,7%	1,1%	2,8%	4,1%	0,5%	0,7%	0,3%	0,3%

H : hommes ; F : femmes. Source : données Spectrum des 4 pays (plus de détails dans Stover et al. AIDS 2017)(15).

Il faut noter par ailleurs que la prévalence du VIH observée parmi les participants handicapés des études résulte de deux phénomènes :

- Nouvelles infections survenant chez des personnes handicapées ;
- Handicap survenant chez des personnes vivant avec le VIH.

Ce second aspect est important à prendre en compte, car il reflète la qualité de la prise en charge globale du VIH.



6.2 Violences, relations à risque et infection par le VIH

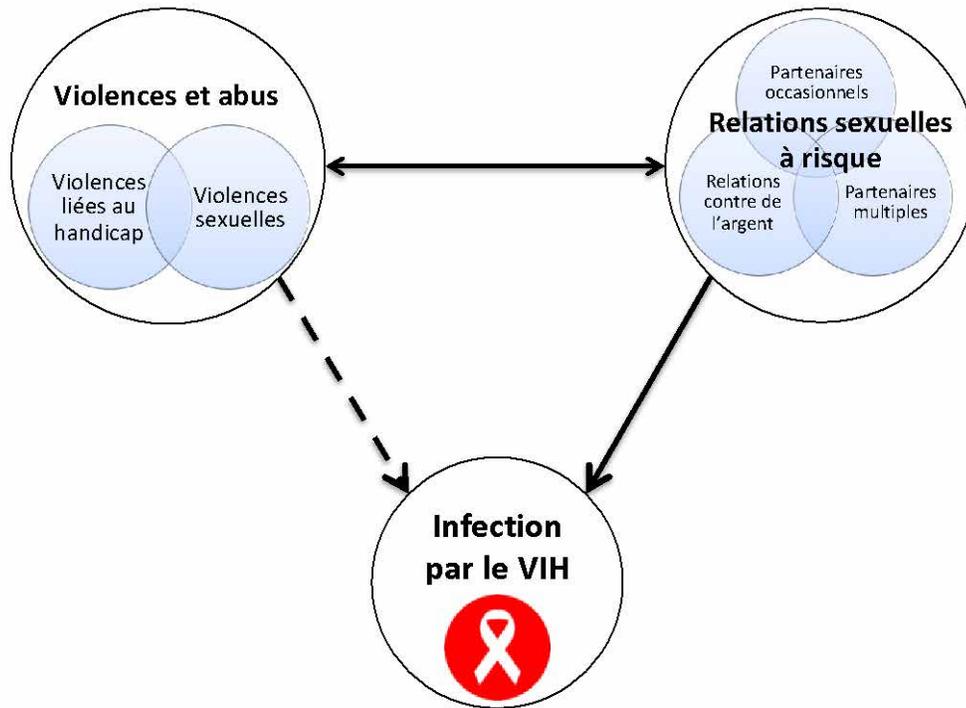
Chez les femmes comme chez les hommes, les deux principaux facteurs associés au risque d'être infectés par le VIH sont :

- **L'exposition à des violences sexuelles** : Le risque d'être infecté par le VIH était respectivement 2 et 3 fois plus élevé chez les femmes et les hommes handicapés qui rapportaient des violences sexuelles⁵. Il était également augmenté chez les femmes qui rapportaient avoir été victimes d'abus liés à leur handicap (mais pas chez les hommes)⁶.
- **Les relations sexuelles à risque** : Le risque d'être infecté par le VIH était respectivement 8 et 3 fois plus élevé chez les femmes et les hommes handicapés qui rapportaient des relations avec des partenaires occasionnels⁷. Chez les femmes, il était également très associé au fait d'avoir eu des rapports contre de l'argent ou d'avoir eu des relations multiples⁷.

⁵ OR : 2 IC95% 1,1 – 3,6 chez les femmes et 3 IC95% 1,4 – 6,7 chez les hommes.

⁶ OR : 2,6 IC95% 1 – 6,5 chez les femmes.

⁷ OR chez les femmes : 8 IC95% 2,8 – 22,8 pour partenaires occasionnels, 26,3 IC95% 5,5 – 124,9 pour les rapports payés et 4,7 IC95% 1,4 – 15,4 pour partenaires multiples. Chez les hommes : 3,4 IC95% 1,1 – 9,9 pour partenaires occasionnels (p = 0,7 pour les autres associations).



6.3 Connaissances sur le VIH

Même si la majorité des participants (80%) a entendu parler du VIH, les connaissances sur le VIH, son mode de transmission et les moyens de prévention restent incomplètes :

Au Niger, moins de la moitié des femmes citent les relations sexuelles comme mode de transmission de l'infection, et 21% citent le préservatif comme moyen de prévention.

Le niveau des connaissances sur le VIH mesuré par un score standardisé augmente avec le **niveau scolaire** et les **ressources financières** chez les hommes, comme chez les femmes⁸.

6.4 Place des facteurs socio-économiques



Si le niveau scolaire n'est pas directement associé au risque d'être infecté par le VIH, il l'est avec le niveau global de connaissances sur le VIH et avec le fait d'avoir eu des partenaires occasionnels. Toutefois, ces associations sont opposées.

⁸ Score médian : -0,1 si pas scolarisé, 0,4 si primaire et 0,5 si secondaire ou plus, $p < 0,0001$, et 0,1 si pas de revenu, 0,3 si revenus irréguliers et 0,5 si revenus réguliers.

6.5 Utilisation du préservatif lors des rapports à risque

La majorité des hommes et des femmes handicapés ayant eu des relations potentiellement à risque (respectivement 79% et 76%) rapportaient avoir utilisé un préservatif masculin lors du dernier rapport sexuel potentiellement à risque. Mais les fréquences d'utilisation du préservatif dans ce type de relations différaient entre les pays (33% au Niger versus 85% dans les autres pays). Chez les femmes (mais pas chez les hommes), le niveau d'instruction était associé à l'utilisation d'un préservatif lors de rapports à risque (elle était deux fois plus fréquente chez les femmes ayant atteint le secondaire [94%] que chez celles n'ayant jamais été à l'école [48%]).

6.6 Perception du risque

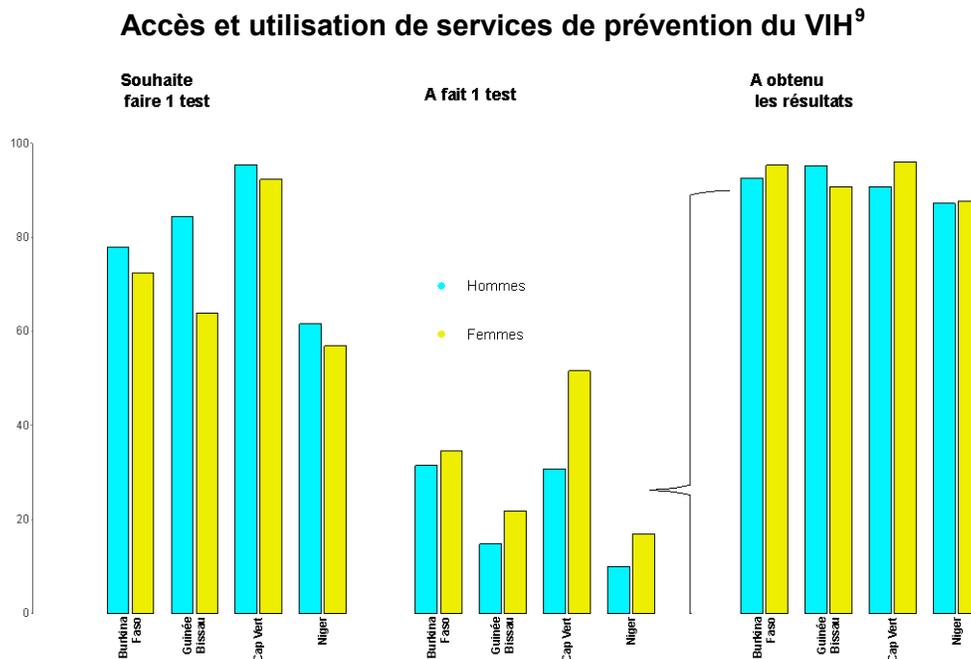
Dans l'ensemble, 13% des participants se considéraient comme très à risque d'infection par le VIH et 13% comme étant à risque modéré. Cette perception du risque était plus importante chez les femmes qui se savaient infectées par le VIH, alors que ce n'était pas le cas chez les hommes. En outre, plus de la moitié des répondants (56%) percevaient le VIH comme un risque modéré ou important pour les personnes handicapées en général. On ne notait pas de différence significative entre hommes et femmes ($p = 0,7$) mais, en revanche, les proportions étaient différentes entre sites d'étude.

7. Accès et utilisation des services de prévention

En 2016, le « Gap Report » de l'ONUSIDA insistait sur le fait que les personnes handicapées n'étaient pas bien prises en compte dans les services de prévention et de prise en charge du VIH (2). Dans les 4 études HI, à peine 14% des participants rapportaient avoir participé à une activité de prévention (20% en Guinée Bissau, 6% au Niger). Cette participation était plus fréquente chez les personnes ayant des revenus réguliers (18%) ou un niveau de scolarisation plus élevé (secondaire : 26%, supérieur : 43%). Pour mieux comprendre ces barrières et les déterminants associés, l'accès et l'utilisation de deux services de prévention, le dépistage de l'infection à VIH et l'utilisation des préservatifs, ont été examinés de façon plus approfondie.

7.1 Service 1 : Dépistage de l'infection à VIH

Comme on peut le voir dans la figure ci-dessous, une majorité des participants aux études HI étaient disposés à réaliser un test, mais à peine 30% ont réalisé un test au cours de leur vie. La principale difficulté rapportée était le manque d'information disponible (19% des hommes et 23% des femmes). Ainsi, seulement 42% des personnes interrogées connaissaient un lieu où faire un test.

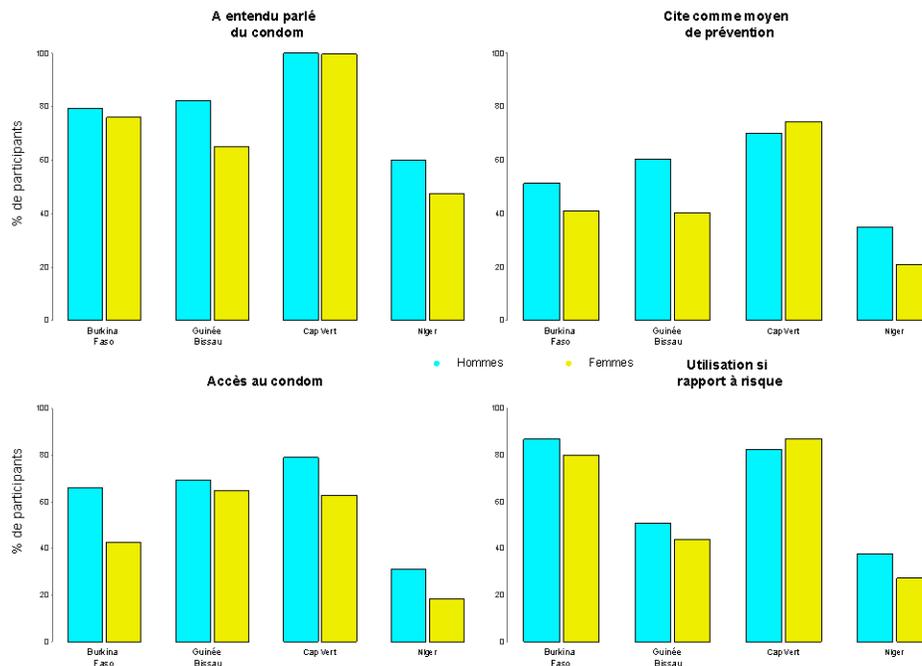


⁹ Proportion de participants handicapés ayant rapporté qu'ils souhaitaient faire un test VIH, qu'ils avaient fait un test et qu'ils avaient obtenu les résultats après avoir fait un test (par sexe et site).

La réalisation d'un test VIH était moins fréquente chez les personnes ayant des difficultés cognitives ou des difficultés pour prendre soin d'elles comparées aux autres participants (24% versus 32%, respectivement). Par ailleurs, les personnes ayant de meilleures connaissances sur le VIH ou ayant été victimes de violences sexuelles étaient plus susceptibles d'avoir réalisé un test. Celles sans revenu propre ou n'ayant pas été à l'école l'étaient moins¹⁰.

7.2 Service 2 : Utilisation des préservatifs

Accès et utilisation de services de prévention du VIH : condom



75% des participants ont entendu parler du préservatif masculin, mais à peine la moitié d'entre eux le cite comme moyen de prévention de la transmission du VIH. Toutefois, ces proportions varient beaucoup entre les sites de l'étude.

L'accès aux préservatifs est plus difficile chez les participants avec des limitations plus sévères¹¹, chez les femmes par rapport aux hommes¹² et chez les participants sans revenus propres¹³. Les participants avec un niveau scolaire élevé¹⁴ ou de bonnes connaissances sur le VIH¹⁵ rapportent également plus de difficultés.

¹⁰ OR: 0,35, IC95% 0,25 – 0,49 pour l'absence de scolarisation; OR: 0,63, IC95% 0,45 – 0,88 pour l'absence de revenu (vs revenus réguliers) et 1,46, IC95% 1,22 - 1,71 pour les personnes exposées à des violences sexuelles.

¹¹ $p = 0.0006$.

¹² OR: 0,4, IC95% 0,3 – 0,6.

¹³ Sans versus avec revenu: OR 0,6, IC95% 0,4 – 0,9.

**Difficultés par rapport à l'utilisation des services
(% des hommes et des femmes rapportant les difficultés listées)**

Services \ Difficultés	Test VIH		Condom	
Accès physique	3% 	1% 	10% 	7% 
Coût	1% 	1% 	1% 	2% 
Communication	2% 	1% 		
Information	1% 	0%	 77%	 76%
Distance			7% 	6% 

¹⁴ Education (comparée avec pas de scolarisation): OR 1,5, IC95% 1,1 – 2,2 si niveau primaire, 3,6, IC95% 2,1 – 6 si niveau secondaire et 5,1, IC95% 1,1 – 24 si études supérieures.

¹⁵ p = 0,0008.

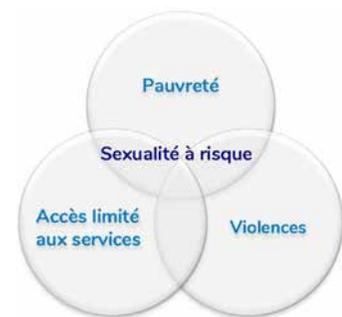
Conclusion

Un groupe fortement affecté qui doit être ciblé en priorité

Les résultats de ces 4 études montrent de façon concordante que la prévalence de l'infection à VIH est particulièrement élevée dans la population handicapée d'Afrique de l'Ouest. Ils complètent les données disponibles en provenance d'Afrique Australe, Centrale et de l'Est (16). Ceci est important d'un point de vue de santé publique car, pour mettre fin à cette épidémie, les efforts doivent porter en priorité sur l'identification des groupes les plus affectés et l'amélioration de leur accès aux traitements antirétroviraux (1).

Des environnements à risque multiples

Les résultats des 4 études montrent également que la vulnérabilité des personnes handicapées par rapport au VIH est le résultat de **l'interaction entre différents facteurs extérieurs aux individus**, tels que la pauvreté, les violences liées au genre ou les restrictions d'accès aux services. L'importance et l'effet de ces facteurs varient selon l'environnement culturel, social, politique et économique. Il est donc important de bien analyser le contexte dans lequel l'environnement à risque est produit. Ceci a des implications en termes de réponses, puisque les interventions ciblant uniquement les facteurs individuels, tel que le changement de comportement, n'auront qu'un effet limité. En d'autres termes, seules des interventions permettant d'établir des environnements plus soutenant¹⁶ et moins à risque pourront permettre une amélioration de la santé sexuelle des personnes handicapées.



Des besoins non remplis persistants

Les 4 études mettent en évidence un certain nombre de besoins non remplis dans le domaine du VIH parmi lesquels:

- Accès aux connaissances et informations qui reste insuffisant ;
- Disponibilité des préservatifs trop limitée ;
- Dépistage du VIH rare.

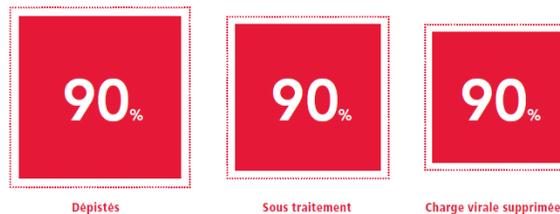
Elles montrent également que les situations sont différentes selon la nature et sévérité des incapacités présentes et selon le sexe. Il est ainsi fondamental d'impliquer les personnes handicapées dans les interventions les ciblant afin de prendre en compte au mieux cette diversité.

¹⁶ Par exemple, environnement adapté aux besoins réels, dans l'écoute, la compréhension, sans jugement ni stigmatisation.

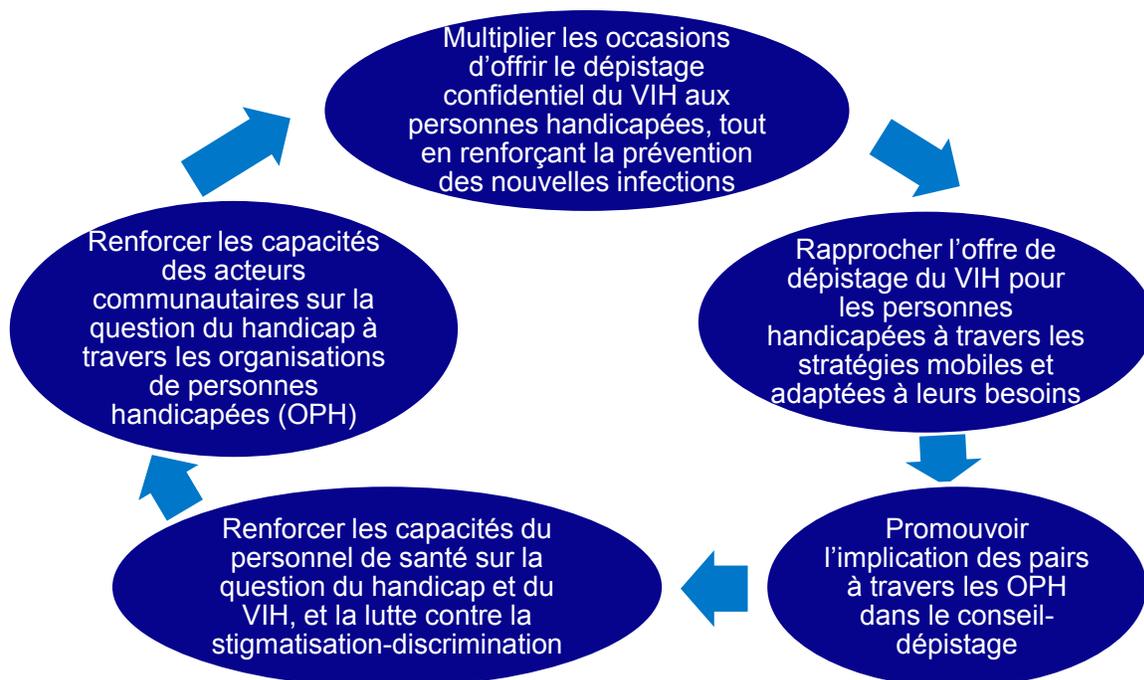
Perspective pratique : Comment atteindre les trois « 90 » dans la population des personnes handicapées ?

En développant une approche à double voie !

1. Poursuivre le plaidoyer au niveau de la région Afrique de l'Ouest, et continuer à produire des données sur la prévalence du VIH chez les personnes handicapées dans des pays qui n'en ont pas encore (Côte d'Ivoire, Togo, Nigéria...)
 - Ceci afin que le groupe cible des « personnes handicapées » soit intégré dans les stratégies nationales et régionales de lutte contre le VIH.
2. Soutenir la mise en œuvre des plans stratégiques nationaux par des projets d'accompagnement pour le dépistage, la prise en charge et le suivi des personnes handicapées atteintes de VIH.

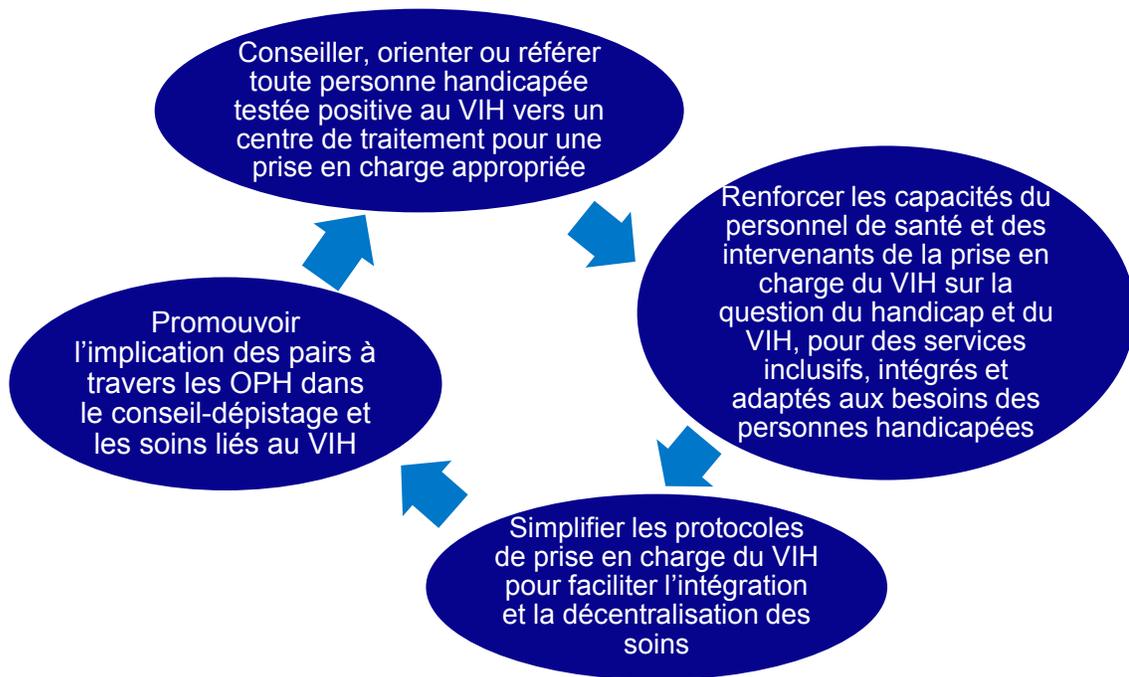


90% Amener 90% des personnes handicapées vivant avec le VIH à connaître leur statut sérologique



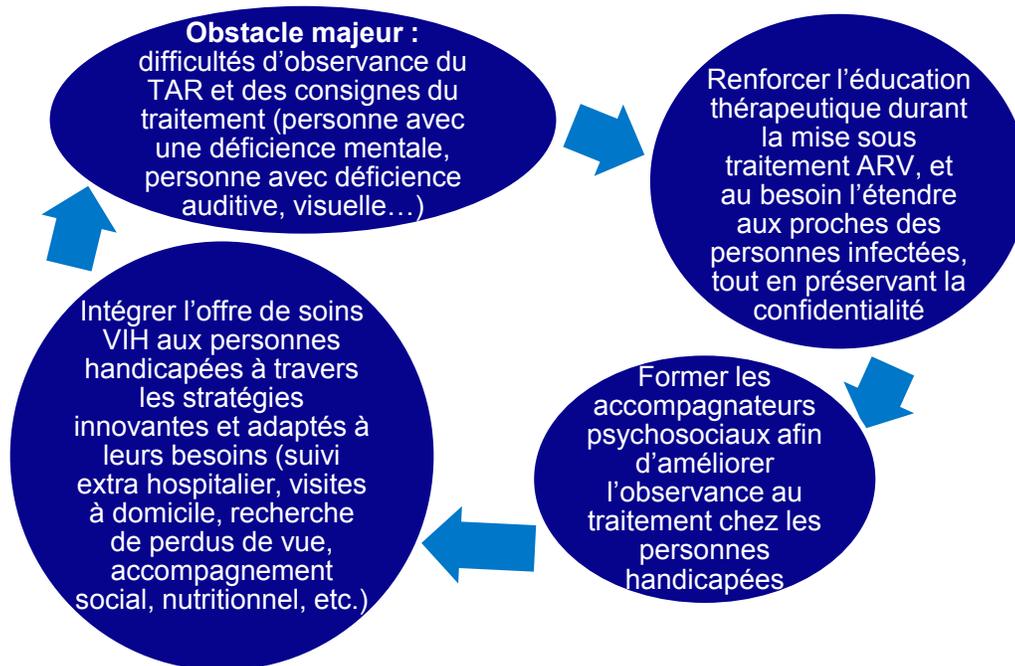
90%

90% des personnes handicapées vivant avec le VIH sont sous traitement antirétroviral



90%

90% des personnes handicapées sous traitement antirétroviral bénéficient d'une charge virale indétectable



Références

Les résultats complets des 4 études sont disponibles :

Etudes Bio comportementales de la vulnérabilité des personnes handicapées face au VIH au Burkina Faso (2018), en Guinée Bissau (2018), au Cap Vert (2018), au Niger (2019) :

- [Etude biocomportementale de la vulnérabilité des personnes handicapées face au VIH au Burkina Faso](#), 2018
- [Estudo bio-comportamental sobre a vulnerabilidade das pessoas com deficiência face ao VIH na Guiné-Bissau](#), 2018
- [Estudo bio comportamental sobre a vulnerabilidade das pessoas com deficiência face ao VIH / SIDA em Cabo Verde](#), 2018
- [Etude biocomportementale de la vulnérabilité des personnes handicapées face au VIH au Niger](#), 2019

Les références citées tout au long du document :

Vision de l'ONUSIDA sur la fin de l'épidémie

- (1) UNAIDS. [The last climb: ending AIDS, leaving no one behind](#). 2014
- (2) UNAIDS. [The Gap Report](#). Geneva 2014

Textes généraux sur le handicap

- (3) WHO, The World Bank. [World report on disability](#). Geneva: World Health Organization; 2011
- (4) United Nations. [Convention of the Rights of persons with disability](#). 2006

Revue sur la question du VIH chez les personnes handicapées

- (5) Groce NE, Rohleder P, Eide AH, MacLachlan M, Mall S, Swartz L. [HIV issues and people with disabilities: a review and agenda for research](#). Soc Sci Med. 2013;77:31-40
- (6) Hanass-Hancock J. [Disability and HIV/AIDS - a systematic review of literature on Africa](#). J Int AIDS Soc. 2009;2(1):9
- (7) De Beudrap P, Mac-Seing M, Pasquier E. [Disability and HIV: a systematic review and a meta-analysis of the risk of HIV infection among adults with disabilities in Sub-Saharan Africa](#). AIDS Care. 2014;26(12):1467-76

Washington Group et mesure du handicap

(8) Mont D. [Measuring disability prevalence](#). The World Bank; 2007

(9) Altman BM. [International Measurement of Disability: Purpose, Method and Application](#). Springer International Publishing; 2016

Texte sur la pauvreté multidimensionnelle

(10) Mitra S, Posarac A, Vick B. [Disability and Poverty in Developing Countries: A Multidimensional Study](#). World Development. 2013;41:1-18

Sexualité et handicap

(11) Carew MT, Braathen SH, Swartz L, Hunt X, Rohleder P. [The sexual lives of people with disabilities within low- and middle-income countries: a scoping study of studies published in English](#). Glob Health Action. 2017;10(1):1337342

Violences sexuelles

(12) WHO. [Multi-country study on Women's Health and Domestic Violence against Women](#). Geneva: 2005

(13) Hughes K, Bellis MA, Jones L, , et al. [Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies](#). Lancet. 2012;379(9826):1621-9

(14) Mitra M, Mouradian VE, Diamond M. [Sexual violence victimization against men with disabilities](#). Am J Prev Med. 2011;41(5):494-7

Divers

(15) Stover J, Brown T, Puckett R, Peerapatanapokin W. [Updates to the Spectrum/Estimations and Projections Package model for estimating trends and current values for key HIV indicators](#). Aids. 2017;31 Suppl 1:S5-s11

(16) UNAIDS. [Disability and HIV](#) Geneva : 2017



**VIH & Handicap en Afrique de l'Ouest :
Une analyse combinée de 4 études conduites
au Burkina Faso, Niger, Guinée Bissau et Cap Vert**

Ce document analyse les résultats de quatre études qui ont été menées séparément au Burkina Faso, Niger, Guinée Bissau et Cap Vert afin de mieux comprendre la situation par rapport au VIH d'hommes et de femmes handicapés vivant en Afrique de l'Ouest. Associant enquête épidémiologique, entretiens qualitatifs et recueil de témoignages, ces études offrent un portrait riche et contrasté de ce groupe ainsi qu'un éclairage unique sur la vulnérabilité des personnes handicapées dans le domaine de la santé sexuelle.

Humanité & Inclusion
138 avenue des Frères Lumière
CS 78378
69371 Lyon CEDEX 08
France

publications@hi.org

