

Analyse comparative de la prévalence du VIH chez les personnes handicapées et les personnes non handicapées (groupe témoin) à Bujumbura

INTRODUCTION

La déclaration politique sur le VIH et le SIDA d'accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de SIDA à l'horizon 2030 adoptée par l'assemblée générale des Nations unies en Juin 2016 a été une étape cruciale dans l'histoire de la pandémie du SIDA dans le monde. Dans cette déclaration les chefs d'états et des gouvernements se sont engagés à mettre fin à l'épidémie du SIDA d'ici 2030 et de faire de cette réalisation un legs aux générations présentes et futures. Mettre fin à l'épidémie du SIDA impliquera de progresser ensemble en ne laissant aucune personne derrière. Pourtant, certaines personnes sont plus à risque, plus vulnérables que d'autres. Parmi les populations laissées-pour-compte, figure les personnes vivant avec handicap. Selon le rapport mondial sur le handicap de l'OMS, les personnes handicapées (PH) représentent environ 15% de la population mondiale et 80% d'entre elles vivent dans les pays à ressources limitées. Il existe de nombreuses preuves montrant que les PH souffrent de plus d'inégalités socio-économiques que celles qui ne le sont pas, ce qui inclut des taux plus élevés de pauvreté et de chômage et un niveau d'instruction inférieur. En outre, les personnes handicapées sont souvent victimes des désavantages, d'exclusions et d'oppressions résultant de diverses croyances et actions directement liées à leur handicap. Toutes ces iniquités entraînent des inégalités en matière de santé, y compris un accès restreint aux services de santé et des états sanitaires médiocres. Il existe peu d'études de bonne qualité pour comparer la prévalence du VIH des personnes handicapées à un groupe témoin des personnes non handicapées. Cet article vise à comparer la prévalence de l'infection au VIH chez les personnes handicapées à un groupe témoin des personnes non handicapées ayant les mêmes caractéristiques sociodémographiques.

METHODOLOGIE

Les données utilisées dans cet article sont issues d'une enquête transversale auprès des personnes handicapées avec un groupe témoin. Les ménages ont été choisis dans la population générale selon un processus qui limite le biais de sélection et les personnes handicapées identifiées à l'aide du questionnaire du WG dans chaque ménage sélectionné (phase de dépistage). Les personnes handicapées éligibles ont été invitées à passer un test de dépistage du VIH et à répondre à un questionnaire sur leur handicap, leurs caractéristiques socio-économiques, leurs connaissances et leurs attitudes face au VIH. Les personnes du groupe témoin ou de contrôle ont été choisies dans le voisinage proche des PH sélectionnées. Elles ont été appariées aux personnes handicapées selon le sexe, l'âge et la zone de dénombrement.

Les personnes handicapées ont été sélectionnées suivant une méthode d'échantillonnage aléatoire stratifiée en deux étapes qui limite les biais de sélection. Dans la première étape, les zones de dénombrement (ZD) ont été sélectionnées avec une probabilité proportionnelle au nombre de ménages sur la base de sondage retenue par l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2016 qui elle-même est issue de celle du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2008. Le nombre total de zones de dénombrement calculées à partir de la taille de l'échantillon ciblée.

Un témoin par personne handicapée a été sélectionné. Les témoins ont été appariés selon l'âge, le sexe et la zone de dénombrement. D'une manière générale, les témoins ont été tirés au hasard sur la base de la liste des personnes éligibles produites pendant la phase de

dépistage. Un témoin répondant aux critères d'inclusion a été d'abord recherché dans le ménage le plus proche du sujet index (PH). Si aucun témoin n'est trouvé, le prochain ménage est contacté, et ainsi de suite jusqu'à l'inclusion d'un témoin.

Taille de l'échantillon

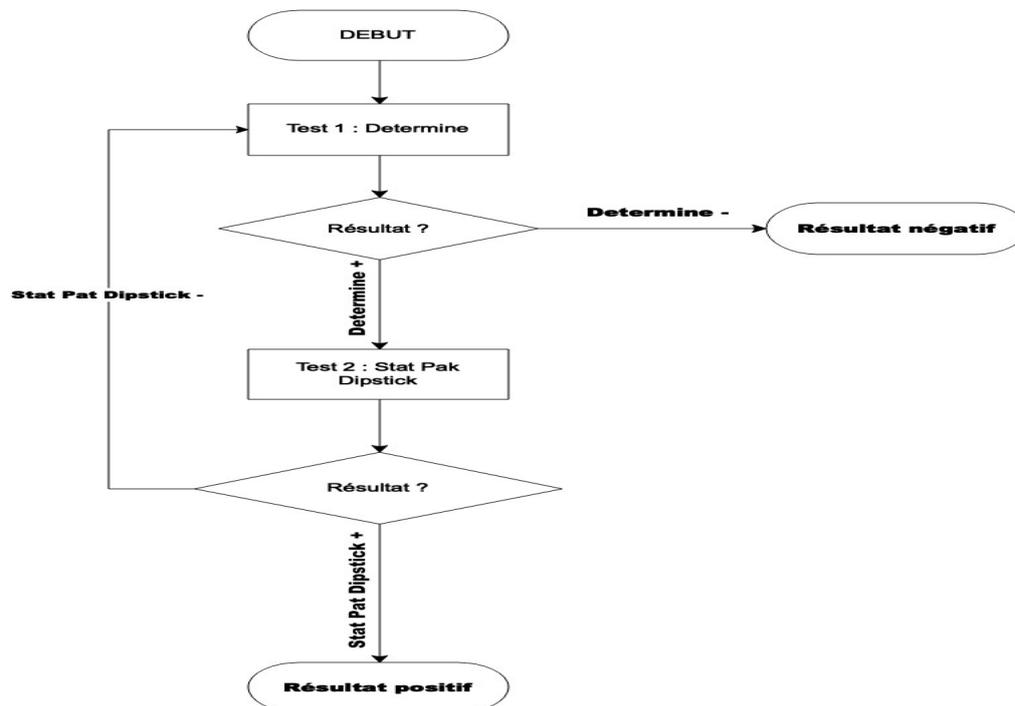
Au départ 600 personnes handicapées âgées de 15 à 49 ans et 600 personnes du groupe de contrôle appariées ont été ciblées pour être incluses dans l'enquête avec une puissance de 80% pour estimer une proportion de 50% avec une précision de 5%.

Dépistage du VIH

Il a été proposé à chaque sujet participant (PH ou PT) à l'étude un test de dépistage du VIH ainsi qu'un conseil pré et post test (counseling). Les infirmières de l'étude ont été formées aux techniques de counseling. Le consentement au test de dépistage du VIH a été sollicité séparément et le refus du test n'entraînait pas l'exclusion de l'étude. Le niveau d'acceptation du test de dépistage du VIH était très bonne avec un taux de refus de 3,2%.

L'infection par le VIH a été recherchée en laboratoire par l'analyse sanguine rapide sensible ParallelDetermine® (Abbott, Japan) et confirmée à l'aide de Stat-Pak-Dipstick VIH 1-2 en suivant l'algorithme de la **Erreur ! Source du renvoi introuvable**, tiré des directives officielles du Burundi portée par l'Institut National de Santé Publique (INSP). En cas de résultats discordants entre les deux tests rapides, la séquence Determine / Stat Pat était refaite. Les résultats ont été communiqués aux patients qui le désiraient.

ALGORITHME DE TEST DU VIH



A l'aide des critères du Washington group nous avons construit la variable handicap avec trois modalités : 1) Personnes témoins 2) Personnes avec handicap mineur 3) Personnes avec handicap majeur. Nous avons ensuite procédé à l'analyse des résultats d'abord au niveau bivarié en croisant la variable handicap et la variable statut sérologique ensuite au niveau multivarié à l'aide de la régression logistique.

RESULTATS

En croisant le statut du handicap et la prévalence du VIH nous avons remarqué que la prévalence du VIH est plus élevée chez les personnes handicapées que les personnes non handicapées. La prévalence augmente également en fonction du sévérité du handicap. En effet la prévalence du VIH est plus élevée chez les personnes avec un handicap majeur que chez les personnes avec un handicap mineur.

Statut du handicap et prévalence du VIH

			Statut VIH		Total
			Non	Oui	
Handicap	Population témoin	Effectif	572	15	587
		%	97,4%	2,6%	100,0%
	handicap mineur	Effectif	91	7	98
		%	92,9%	7,1%	100,0%
	handicap majeur	Effectif	469	39	508
		%	92,3%	7,7%	100,0%
Total		Effectif	1132	61	1193
		%	94,9%	5,1%	100,0%

Tests du khi-deux

	Valeur	ddl	Sig. approx. (bilatérale)
khi-deux de Pearson	15,631 ^a	2	,000
Rapport de vraisemblance	16,372	2	,000
Association linéaire par linéaire	14,857	1	,000
N d'observations valides	1193		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 5,01.

Au niveau multi varié, la régression logistique a montré que les personnes avec handicap majeur avaient 2,67 fois plus de risques d'avoir le statut du VIH positif comparativement aux personnes non handicapées quel que soient l'âge, le sexe et le niveau d'éducation. Il n'y a pas de différences statistiquement significatives entre les personnes non handicapées et les personnes avec handicap mineur.

Variables de l'équation

	B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)	Intervalle de confiance 95% pour EXP(B)	
							Inférieur	Supérieur
Handicap (temoins)			7,576	2	,023			
Handicap mineur	,536	,566	,898	1	,343	1,710	,564	5,184
Handicap majeur	,977	,357	7,490	1	,006	2,658	1,320	5,352
Age (15-24 ans)								
25-49 ans	,949	,405	5,480	1	,019	2,583	1,167	5,717
Sexe (Hommes)								
Femmes	1,920	,419	20,948	1	,000	6,821	2,997	15,521
Education (Sans)								
Primaire	,170	,395	,185	1	,667	1,185	,547	2,570
Secondaire	-,990	,459	4,639	1	,031	,372	,151	,915
Superieur	-1,905	1,073	3,151	1	,076	,149	,018	1,219
Constante	-5,197	,662	61,556	1	,000	,006		