

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA
ET LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

(CNLS-IST)



REPUBLIQUE TOGOLAISE

Travail – Liberté – Patrie



Enquête sur l'Index de Stigmatisation des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH)

RAPPORT FINAL

Mai 2014



LE SECRETARIAT PERMANENT

01 BP : 2237 Lomé 01 Tél. : +228 22 61 62 77 Fax : +228 22 61 62 81

Email : cnls@laposte.tg Site Web : www.cnlstogo.org

REMERCIEMENTS

Le Coordonnateur du Secrétariat Permanent du Conseil National de lutte contre le Sida et les IST (SP/CNLS-IST) adresse ses incères gratitudees :

- Au PNUD, à l'ONUSIDA, et l'OOAS pour leur soutien financier pour la réalisation de cette étude
- Aux membres du groupe national de référence de suivi-évaluation du CNLS-IST pour leur soutien technique de tout le processus de cette enquête.
- Au Réseau des associations des personnes vivant avec le VIH (RAS+ Togo) pour leur collaboration et leur leadership dans la réalisation de cette enquête.
- Au Bureau de Haut-Commissariat de l'Homme de au Togo pour son soutien technique.
- A toutes les personnes ressources des ministères de la justice, des droits de l'homme, de la commission nationale de droit l'homme et de la société civile pour leurs apports qui ont permis d'améliorer la rédaction de ce rapport.
- Au Docteur EKOUEVI Didier et son équipe du Cabinet CARESP pour leur expertise.

AVANT-PROPOS

La vision de la politique nationale de lutte contre le Sida du gouvernement est c'est celle d'avoir une génération sans sida au Togo à l'horizon 2020. C'est pourquoi toutes les énergies sont mobilisées pour la mise en œuvre des interventions retenues dans les plans stratégiques nationaux pour matérialiser cette vision.

Le Togo a adopté dans son plan stratégique 2012-2015, la stratégie Zéro : *zéro nouvelle infection, zéro discrimination lié au Sida, et zéro décès lié au sida*. Si des progrès notables ont été observés dans la riposte contre le VIH et le Sida ces dernières années en matière de prévention et en matière de soins et des traitements, parmi par les goulots d'étranglement qui entravent l'extension des services et l'amplification des résultats, il y a les problèmes de stigmatisation de discrimination. Pour prévenir et lutter contre la stigmatisation et de discrimination dans notre le pays, le gouvernement a voté une loi des personnes en matière de VIH/SIDA en 2005 ; cette loi a été améliorée en 2010. Par cette loi, le gouvernement permet d'éviter les discriminations institutionnelles des personnes vivant avec le VIH.

Pour lutter efficacement contre les problèmes de stigmatisation et de discrimination au quotidien, il fallait disposer des données factuelles sur le terrain afin de mieux planifier les actions à mener. C'est dans cette perspective que la présente étude nationale a été menée à partir d'un protocole internationalement validé. Les résultats de cette étude montrent que près 38 % des PVVIH ont fait l'objet de discrimination et de stigmatisation de la part d'autres personnes au cours des douze derniers mois ; sur le plan individuel, plus d'un tiers (35,4%) de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) souffrait d'auto stigmatisation.

Ces résultats doivent conduire à des interventions par les principaux acteurs sur le terrain pour inverser les tendances de ces indicateurs. D'ores et déjà je voudrais remercier le réseau de personnes vivant (RAS+) qui lancer le processus de mise en place d'un observatoire national en matière de discrimination et stigmatisation. Cet observatoire constitue un bon mécanisme pour mener des actions de prévention et prise en charge et monitoring de ce genre de problème.

Je saisi l'occasion pour renouveler mes sincères gratitude à tous les partenaires techniques et financiers qui accompagnent notre pays dans la réponse contre cette épidémie dans notre pays depuis plusieurs années.

***Professeur Vincent P. PITCHÉ,
Coordonnateur du SP/CNLS-IST***

TABLE DES MATIERES

Remerciements.....	2
Avant-propos.....	3
Table des matieres.....	4
Liste des tableaux.....	6
Liste des figures.....	7
Lexique.....	8
Résumé exécutif.....	9
1. CONTEXTE DE L'ETUDE.....	14
1.1. L'épidémie du VIH/SIDA.....	14
1.2. Définition de la stigmatisation et de la discrimination.....	14
1.3. Expériences de la Stigmatisation et de la discrimination chez les PVVIH dans la sous-région.....	15
1.4. Conséquences psychologiques de la discrimination et de la stigmatisation chez les PVVIH.....	16
1.5. Lois contre la discrimination Etude du cadre normatif de lutte contre la discrimination....	16
2. JUSTIFICATION DE L'ETUDE.....	17
2.1. L'infection à VIH au Togo.....	17
2.2. L'Index de la stigmatisation des PVVIH : Stigma Index.....	18
3. OBJECTIFS.....	19
3.1. Objectif Principal.....	19
3.2. Objectifs spécifiques.....	19
4. METHODE.....	20
4.1. ETUDE QUANTITATIVE.....	20
4.1.1. Schéma et période de l'étude.....	20
4.1.2. Population de l'étude.....	20
4.1.3. Sélection des sites.....	20
4.1.4. Sélection des participants.....	21
4.1.5. Calcul de la taille de l'échantillon.....	21
4.1.6. Critères de jugement.....	22
4.1.7. Collecte des données.....	22
4.1.8. Gestion des données.....	23
4.1.9. Considérations éthiques.....	23
4.2. ETUDE QUALITATIVE.....	24
4.2.1. Choix de la méthode d'enquête et recrutement.....	24
4.2.2. La collecte des données.....	25
4.2.3. L'analyse.....	25
4.2.4. Considérations éthiques.....	26
5. RESULTATS.....	27
5.1. Caractéristiques sociodémographiques des personnes vivant avec le VIH au Togo.....	27
5.1.1. Composition de l'échantillon.....	27
5.1.2. Genre et âge des PVVIH.....	28
5.1.3. Connaissance du statut VIH.....	29
5.1.4. Statut matrimonial et comportement sexuel.....	29
5.1.5. Education et emploi.....	30
5.1.6. Appartenance à une population clé et handicap.....	31
5.1.7. Caractéristiques des ménages.....	32

5.2. Expériences de stigmatisation et de discrimination	33
5.2.1. Exclusion	33
5.2.2. Commérages, agression, harcèlement	35
5.2.3. Autres formes de discrimination ou de stigmatisation rapportées.....	37
5.2.4. Les raisons de stigmatisation liées au VIH.....	38
5.3. Accès au logement, au travail, aux services de santé et à l'éducation	39
5.3.1. Accès au logement	39
5.3.2. Accès au travail	39
5.3.3. Accès à l'éducation.....	40
5.3.4. Accès aux structures de santé.....	41
5.4. Stigmatisation interne ou auto-stigmatisation.....	42
5.5. Droits, lois et politiques.....	44
5.5.1. Connaissance sur la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA	44
5.5.2. Violation des droits des PVVIH	44
5.5.3. Implication dans la lutte contre la stigmatisation	45
5.6. Dépistage et diagnostic.....	45
5.6.1. Raison de réalisation du test de dépistage.....	45
5.6.2. Décision de réalisation du test VIH	47
5.6.3. Conseil pré et post test	47
5.7. Divulgaration et partage du statut VIH à une tierce personne	49
5.7.1. Divulgaration du statut à une tierce personne	49
5.7.2. Sentiment de pression ressentie sur la divulgation du statut VIH	50
5.7.3. Réaction des personnes après la divulgation du statut VIH	50
5.7.4. Comportement des agents de santé et confidentialité du dossier médical	51
5.8. Accès au traitement antirétroviral et aux infections opportunistes	52
5.9. Interruption de grossesse et Prévention de la TME du VIH.....	53
5.10. Avoir des enfants.....	53
5.11. Aspects qualitatifs.....	54
5.11.1. Index de la stigmatisation et de la discrimination chez les femmes séropositives au VIH par rapport aux femmes infectées allaitantes	54
5.11.2. Index de la stigmatisation et de la discrimination chez les enfants.....	55
5.11.3. Index de la stigmatisation et de la discrimination chez les hommes.....	56
5.11.4. Index de la stigmatisation et de la discrimination chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes(HSH)	57
5.11.5. Cadre réglementaire ou juridique sur la stigmatisation et la discrimination des PVVIH et/ou des HSH.....	58
6. CONCLUSION.....	59
7. RECOMMANDATIONS.....	61
7.1. A l'endroit du RAS+ Togo	61
7.2. A l'endroit de la Société Civile.....	62
7.3. A l'endroit du CNLS et du PNLs	63
7.4. A l'endroit du Gouvernement	63
7.5. A l'endroit de la commission nationale des droits de l'homme.....	64
8. REFERENCES	65
9. Annexe : Liste des participants à l'atelier de validation.....	67

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des PVVIH sous traitement antirétroviral selon les régions sanitaires.....	21
Tableau 2 : Répartition des PVVIH à enquêter selon la ville d'étude et le genre.....	22
Tableau 3 : Nombre de PVVIH recrutées selon les régions du Togo.....	27
Tableau 4 : Répartition des PVVIH enquêtées en fonction de l'âge et du genre.....	28
Tableau 5 : Répartition des PVVIH vivant en couple selon la durée de leur relation.....	30
Tableau 6 : Répartition des PVVIH selon le niveau d'éducation.....	31
Tableau 7 : Répartition des PVVIH selon la situation d'emploi.....	31
Tableau 8 : Répartition des PVVIH selon l'appartenance à une population clé et selon l'habitat.....	32
Tableau 9 : Exclusion des PVVIH d'activités ou de manifestations sociales en fonction du genre.....	33
Tableau 10 : Raisons liées à l'exclusion d'activités ou de manifestations sociales en fonction du genre.....	34
Tableau 11 : Exclusion d'activités religieuses en fonction du genre.....	34
Tableau 12 : Raisons liées à l'exclusion d'activités religieuses en fonction du genre.....	34
Tableau 13 : Exclusion d'activités familiales selon le genre.....	34
Tableau 14 : Raisons liées à l'exclusion d'activités familiales selon le genre.....	35
Tableau 15 : Raisons liées au commérage en fonction du genre.....	35
Tableau 16 : Expérience d'agression verbale rapportée en fonction du genre.....	36
Tableau 17 : Raisons liées aux cas d'agressions verbales en fonction du genre.....	36
Tableau 18 : Expérience d'agression physique rapportée en fonction du genre.....	36
Tableau 19 : Raisons liées aux cas d'agressions physiques en fonction du genre.....	37
Tableau 20 : Personnes désignées responsables de l'agression physique en fonction du genre.....	37
Tableau 21 : Expérience d'agression physique rapportée en fonction du genre.....	38
Tableau 22 : Raisons de la stigmatisation ou discrimination liées au VIH au cours des 12 derniers mois.....	38
Tableau 23 : Difficulté d'accès au logement en fonction du genre.....	39
Tableau 24 : Raisons liées aux difficultés d'accès au logement.....	39
Tableau 25 : Raisons liées aux difficultés d'accès au travail.....	40
Tableau 26 : Raisons liées aux difficultés d'accès à l'éducation.....	41
Tableau 27 : Raisons liées aux difficultés d'accès au structure de santé.....	41
Tableau 28 : Sentiment de stigmatisation interne.....	42
Tableau 29 : Sentiment de stigmatisation interne (auto-stigmatisation).....	43
Tableau 30 : Violation de droit rapportée par les PVVIH au cours des 12 derniers mois.....	44
Tableau 31 : Implication des PVVIH dans la lutte contre la stigmatisation.....	45
Tableau 32 : Réalisation d'un conseil pré et post pour le test VIH selon le genre.....	47
Tableau 33 : Réalisation d'un conseil pré et post pour le test VIH selon le lieu de résidence.....	48
Tableau 34 : Divulgence du statut VIH à une tierce personne.....	49
Tableau 35 : Sentiment de pression ressentie après la divulgation du statut VIH selon le genre.....	50
Tableau 36 : Réaction de l'entourage après la divulgation du statut VIH.....	50
Tableau 37 : Comportement des agents de santé sur la confidentialité du statut VIH selon le genre.....	51
Tableau 38 : Accès au traitement antirétroviral et de prévention des infections opportunistes selon le genre.....	52
Tableau 39 : Prévention de la transmission mère-enfant du (VIH N=651).....	53
Tableau 40 : désir de procréation selon le genre.....	53

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Cycle de la stigmatisation, de la discrimination et des violations des droits de la personne. (Source ONUSIDA)	15
Figure 2. Répartition des PVVIH enquêtées selon le genre (N=891)	28
Figure 3. Durée de connaissance du statut VIH selon le genre (N=891)	29
Figure 4. Répartition des PVVIH selon le statut matrimonial et le genre	30
Figure 5. Répartition des PVVIH selon leur zone d'habitation.....	32
Figure 6. Cas de stigmatisation ou discrimination liées à des commérages	35
Figure 7. Raisons de réalisation du test VIH chez les PVVIH	46
Figure 8. Décision de réalisation du test VIH.....	47

LEXIQUE

Index stigma : Index de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH. C'est un projet qui a été développé et mis en œuvre par et pour les personnes vivant avec le VIH. Il vise à recueillir des informations sur les expériences des personnes vivant avec le VIH en rapport avec la stigmatisation, la discrimination et leurs droits.

Stigmatisation :

- La stigmatisation, c'est le fait de pointer du doigt un individu à cause de sa différence. C'est une réaction négative réelle ou perçue comme telle par des particuliers d'une communauté ou d'une société à l'encontre d'une personne ou d'un groupe de personnes. Elle se caractérise par le rejet, la dénégation, le discrédit, le mépris, la dévalorisation et la mise à distance sur le plan social. Elle conduit souvent à la discrimination et à la violation des droits de l'homme. La stigmatisation des PVVIH: « le traitement injuste d'un individu, basé sur son statut sérologique, perçu ou réel.
- La loi de 2010 au Togo définit la stigmatisation comme le fait de rejeter, de fustiger, de blâmer, d'avilir, ou de châtier une personne, sur le fondement de son statut sérologique réel ou supposé.

Discrimination :

- C'est la «Stigmatisation traduite par des actions». « Le fait de faire une différence injuste entre deux éléments ». La **discrimination est une manifestation de la stigmatisation**. La discrimination est toute forme de distinction, exclusion ou restriction arbitraires, soit par action, soit par omission, basée sur un attribut qui fait l'objet de stigmatisation
- Selon la loi togolaise de 2010, la discrimination : c'est toute distinction, exclusion ou restriction fondée sur le statut sérologique à VIH, réelle ou supposée d'une personne qui a pour effet ou pour but de compromettre ou détruire la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice à cette personne sur la base de l'égalité avec les autres membres de la communauté des droits de la personnes et des libertés dans les domaines politiques, économiques, culturels, civils et sociaux ou dans toutes autres domaines. Autrement, la discrimination qui est une conséquence de la stigmatisation, se produit lorsqu'on fait une distinction entre des personnes et qu'elles sont traitées de façons inégales et injustes parce que infectées par le VIH.

Auto-stigmatisation ou stigmatisation interne

On parle d'auto stigmatisation, quand une PVVIH elle-même peut intérioriser les réactions négatives des autres, ce qui conduit à une auto-stigmatisation. L'auto-stigmatisation se manifeste par un sentiment de honte, de culpabilité, de dévalorisation associé au sentiment d'être en retrait de la société. Il peut conduire à la dépression, au mépris voire au désir de se suicider.

RESUME EXECUTIF

Contexte

Depuis le début de l'épidémie de SIDA, la stigmatisation et la discrimination ont largement aggravé les répercussions négatives de l'épidémie en favorisant la transmission du VIH. La stigmatisation et la discrimination associées au VIH continuent à se manifester dans tous les pays et dans toutes les régions du monde et constituent des obstacles majeurs à la prévention de nouvelles infections. En effet, elles limitent l'accès à une prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH et constituent une barrière pour la prévention, les soins et le traitement des PVVIH. L'ampleur de la stigmatisation et de la discrimination à travers le monde a conduit en Juin 2001 à l'adoption d'une déclaration d'engagement de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/Sida, soulignant le consensus mondial pour lutter contre la discrimination et la stigmatisation liées au VIH dans tous les pays.

Au Togo, les expériences de stigmatisation vécues ou ressenties n'ont jamais été évaluées bien que rapportées par de nombreuses PVVIH et/ou associations de PVVIH. Cette étude menée par le Réseau National de Personnes vivant avec le VIH (RAS+) en collaboration avec le Centre Africain de Recherche en Epidémiologie et Santé Publique (CARESP), de Lomé, fait partie d'une initiative internationale développée par le GNP+, l'IPPF, l'ICW et l'ONUSIDA.

La stigmatisation et la discrimination envers les PVVIH empêchent ou retardent l'accès universel aux services de prévention, de traitement et de soins du VIH/sida avec pour conséquence leur dévalorisation dans la société. La stigmatisation et la discrimination des PVVIH se caractérisent par le rejet, l'exclusion, l'isolement et surtout par la violation des droits humains des PVVIH. Elles peuvent aussi toucher les enfants ou les membres de la famille entraînant une l'exclusion sociale des PVVIH. C'est dans ce contexte que l'étude sur l'index de la Stigmatisation contre les PVVIH au Togo a été menée.

Les objectifs de cette étude étaient de documenter, analyser et rapporter les expériences des personnes vivant avec le VIH en matière de stigmatisation et de discrimination dans différents pays afin d'améliorer l'accès universel aux soins et l'épanouissement des PVVIH.

Méthode

L'enquête a été menée entre novembre et décembre 2013 et a inclus 891 PVVIH sélectionnés de façon aléatoire dans les six régions sanitaires que compte le Togo : Savane, Kara, Centrale, Plateaux, Maritime et Lomé Commune. L'échantillonnage a été conçu afin d'assurer la représentativité des PVVIH selon la répartition par genre (2/3 de femmes et 1/3 d'hommes). Un tirage au sort des centres a été réalisé dans chaque localité, puis les enquêtés ont été tirés au sort de façon aléatoire dans chaque centre en pondérant sur le genre. Le questionnaire utilisé était celui décrit par les promoteurs (www.stigmaindex.org). Des entretiens qualitatifs semi-directifs ont également été réalisés dans le but de mieux comprendre et analyser les problèmes et défis soulevés par les enquêtés en réponse aux questions ouvertes du questionnaire standardisé.

Résultats

- **Population d'étude**

La population enquêtée était constituée de 891 PVVIH dont 651 femmes (73%) et 240 hommes (27%), avec plus de la moitié qui étaient âgés d'au moins 40 ans et connaissaient leur statut sérologique depuis plus de 5 ans. Environ, 54% des PVVIH avaient une relation suivie (mariage, union libre ou concubinage) et 45% vivaient en zone urbaine. Seuls 3% des PVVIH avaient fait des études supérieures, 7,6% étaient employés à temps plein et le revenu médian des ménages de PVVIH était de 27 000 FCFA (54\$). Près de 16% des PVVIH vivaient dans des ménages composés d'au moins 4 personnes et 63,5% de ces ménages comprenaient des enfants, dont 20% d'orphelins et enfants vulnérables du fait du Sida (OEV). Près de 10% des PVVIH présentaient un handicap physique. Les personnes issues des populations clés, notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), les professionnelles du sexe

(PS), les usagers de drogues par voie intraveineuses (UDI), et les ex-prisonniers représentaient 2,4% de la population totale de cette étude. Par ailleurs, 35% d'entre eux rapportaient avoir eu des difficultés à s'alimenter au moins un jour au cours du dernier mois.

- **Stigmatisation ou discrimination par un tiers**

Globalement, environ 2 PVVIH sur 5 (37.9%) ont rapporté avoir vécu au moins une expérience de stigmatisation et ou de discrimination de la part d'autres personnes au cours des 12 derniers mois. Il s'agissait principalement de commérages et d'agression verbale ou physiques (25% à 37%), de rejet sexuel et pression psychologique (7,5% à 14%) et d'exclusion d'activités sociales, familiales ou religieuses (2% à 10%). Ces formes de discrimination étaient liées au statut VIH dans plus de 81% des cas, et la principale raison évoquée était la peur de se faire contaminer par les PVVIH (34,9%). Les difficultés d'accès au logement (33,5%), au travail (28,2%), à l'éducation (36%) ainsi qu'aux services de santé et de planification familiale (<10%) ont également été rapportées parmi les formes de discrimination et de stigmatisation subies par les PVVIH de la part d'autres personnes ou d'autres PVVIH.

- **Stigmatisation interne ou auto stigmatisation et craintes ressenties**

Sur le plan individuel, plus d'un PVVIH enquêté sur trois (35,4%) souffrait d'auto stigmatisation, se manifestant principalement par un sentiment permanent de culpabilité (37,6%) et une auto dévalorisation de soi (36%) et conduisant à des idées suicidaires (11,4%). Par ailleurs, 27% à 33% des PVVIH s'abstenaient de se marier, d'avoir des relations sexuelles et de faire des enfants, tandis que 7% à 17% s'auto excluaient d'activités sociales et familiales, ou refusaient un emploi ou une promotion du fait de leur statut VIH. Enfin plus de 30% des PVVIH exprimaient la crainte d'être victimes de commérages, d'être insultées ou agressées physiquement, ou encore d'être rejetées sexuellement.

- **Lois et recours en cas de discrimination et de stigmatisation**

Plus de 63% des PVVIH rapportaient connaître l'existence de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA mais seuls 34% en avaient déjà discuté le contenu. Au moins 8% des PVVIH avaient déjà été victimes d'une violation de leurs droits et les recours déposés avaient été traités de façon satisfaisante dans 60% des cas.

- **Dépistage et prise en charge du VIH**

Plus de $\frac{3}{4}$ des PVVIH avaient volontairement décidé de faire le test VIH, même si 18% rapportaient avoir été influencées et 3% avoir été forcées par une tierce personne. Moins de 10% des PVVIH rapportaient des cas de divulgation de leur statut à un tiers sans leur accord, 13,8% d'entre eux remettaient en cause la confidentialité du statut VIH dans le dossier médical et 7% à 10% rapportaient des réactions très discriminatoires après divulgation de leur statut dans l'entourage familiale et professionnel.

Sur le plan individuel, seuls 4,5% des PVVIH s'estimaient en mauvais état général et plus de 91% estimaient avoir un accès facile aux traitements ARV.

- **Désir de maternité et PTME**

Environ 82% des PVVIH ont déclaré avoir des enfants, parmi lesquels près de 13% seraient infectés par le VIH. Parmi les femmes PVVIH enquêtées, 4,6% rapportaient avoir été dissuadées dans leur désir de maternité par un professionnel de santé. Par ailleurs, 20,3% des femmes PVVIH rapportaient avoir reçu des traitements de PTME et 13,5% avoir eu recours à une pratique d'alimentation spécifique après leur accouchement.

RECOMMANDATIONS

A l'endroit du RAS+ Togo

La première recommandation est d'assurer une diffusion à large échelle des résultats de cette étude auprès des associations de PVVIH, du CNLS, de la société civile, du gouvernement, des agences onusiennes (OMS, PNUD, ONUSIDA), de tous les partenaires au développement (Banque mondiale, CEDEAO, OOAS) et de toutes autres institutions publiques et privées concernées par la thématiques des PVVIH.

Un vrai plan de communication doit être mis en place afin que chaque cible reçoive une information précise et claire, correspondant à ses champs et mécanismes d'action.

Des recommandations plus ciblées sont présentées en fonctions des partenaires et champs d'action du RAS+.

A la coordination du RAS+ Togo

- Développer un partenariat stratégique avec les structures étatiques en charge de la lutte contre les discriminations et la stigmatisation (ligue togolaise des droits de l'homme) et autres ONG travaillant pour la promotion et la défense des droits de l'homme au Togo ;
- Développer un partenariat avec la commission nationale des droits de l'homme pour le référencement des plaintes potentielles en cas de violation des droits des PVVIH et pour obtenir un soutien en matière de sensibilisation sur les droits de l'homme ;
- Intensifier les actions de Plaidoyer au niveau du CNLS et du ministère de la santé pour que la lutte contre les discriminations et la stigmatisation à l'endroit des PVVIH soit mieux prise en compte dans l'élaboration de la politique nationale de riposte contre le VIH/sida au Togo ;
- Plaidoyer au niveau du Ministère de la Santé pour que l'infection par le VIH soit prise en compte de manière spécifique dans les mécanismes de couverture maladie communautaire et professionnelle (public et privée), ainsi que dans la mise en place d'une Couverture Médicale Universelle au Togo ;
- Mener des actions de plaidoyer auprès des partenaires au développement et des organismes étatiques, pour la création d'un fonds de soutien aux structures offrant une aide alimentaire et des micros financements pour des activités génératrices de revenus aux PVVIH.

Aux associations de PVVIH membres du RAS+ Togo

- Développer un plan de communication permettant aux associations de PVVIH locales et régionales d'avoir plus de visibilité et d'être plus accessibles et attrayantes pour les PVVIH n'ayant pas encore adhéré à une association ;
- Développer des programmes sociaux visant à venir en aide aux PVVIH les plus vulnérables (population clé, personnes en situation de stress financier ou alimentaire) et à promouvoir l'autonomisation des PVVIH ;
- Former les leaders et les membres d'associations de PVVIH sur les problématiques du genre et les sensibiliser sur la situation des femmes PVVIH plus souvent victimes de discrimination et de stigmatisation.
- Créer des liens avec les organisations de défenses des droits de l'homme et les organisations de groupes spécifiques (personnes handicapées, femmes, personnes âgées détenues en milieu carcéral) et les sensibiliser sur les droits des PVVIH et la problématique du VIH/Sida ;
- Renforcer les connaissances et les compétences des leaders et des membres d'associations de PVVIH sur la législation en matière de droit des PVVIH et les conduites à tenir en cas de discrimination ou de stigmatisation ;
- Former les leaders et les membres des associations de PVVIH à l'accompagnement des familles de PVVIH et à la sensibilisation des communautés sur le statut des PVVIH et leur intégration communautaire ;

- Renforcer les capacités des membres d'association de PVVIH en matière d'auto-entrepreneuriat et de gestion d'activités génératrices de revenus.

Aux PVVIH et à leurs familles

- Promouvoir l'adhésion aux associations de PVVIH ;
- Animer ou participer à des activités de groupe apportant un soutien psychosocial aux PVVIH et favorisant l'épanouissement et l'auto-revalorisation des PVVIH ;
- Former des Pairs Educateurs PVVIH et renforcer leurs capacités en matière d'accompagnement psychologique et d'aide à l'insertion sociale ;
- Intégrer les questions de droits humains dans les activités d'auto-support et de groupe des personnes vivant avec le VIH et les groupes vulnérables ;
- Impliquer davantage les familles dans la prise en charge et le soutien psychologique ou l'accompagnement des PVVIH.

A l'endroit de la Société Civile

- La société civile (représentée entre autre par les associations de défense de droits de l'homme, les associations de malades, les associations de consommateurs, les ONG de santé, de développement ou d'utilité publique, les fondations des grandes entreprises citoyennes, les syndicats et les corporations etc.), doit jouer un rôle de choix dans la lutte contre les discriminations et la stigmatisation dont sont victimes les PVVIH. Les recommandations suivantes permettent de guider les différents acteurs de la société civile dans le choix de priorités pour la lutte contre la stigmatisation et les discriminations.
- Renforcer les connaissances sur la problématique du VIH/Sida et travailler avec les associations de PVVIH pour identifier les domaines d'action communes : plaidoyer, formation sur les droits humains, référencement en cas de violation des droits et assistance juridique.
- Renforcer l'autonomisation économique et l'insertion socioprofessionnelle des PVVIH à travers l'initiation à des métiers, l'accompagnement dans l'auto-entrepreneuriat et l'octroi de micros crédits pour des activités génératrices de revenus
- Sensibiliser les communautés sur la stigmatisation et les discriminations dont sont victimes les PVVIH et renforcer l'implication communautaire dans la prise en charge et le soutien aux PVVIH
- Valoriser les PVVIH et véhiculer dans les médias écrits et audiovisuels l'image des PVVIH épanouis et intégrés dans la société ou dans leur communauté
- Développer des programmes de soutien offrant aux PVVIH les plus démunis l'accès à la nourriture, à l'eau potable, aux services de santé et à un hébergement temporaire en cas de nécessité
- Développer un réseau de soutien aux PVVIH victimes de discrimination et de stigmatisation et leur assurer ainsi qu'à leur famille, un accompagnement psychosocial et juridique
- Impliquer les PVVIH et les associations de PVVIH dans les programmes d'Élimination de la Transmission Mère-Enfant du VIH (eTME) et intégrer les services de santé de la reproduction et de planification familiale dans les activités de soutien et d'accompagnement des PVVIH

A l'endroit du CNLS et du PNL

- Renforcer les capacités du RAS+ Togo en matière de lutte contre la discrimination à travers l'organisation et le financement de formations sur les aspects communicationnels, réglementaires et psychosociaux de la prise en charge et de la lutte contre la discrimination et la stigmatisation des PVVIH
- Familiariser le personnel de santé avec les standards et règles de prise en charge du VIH et les droits des PVVIH
- Sensibiliser les agents chargés de l'application des lois et les magistrats sur la législation en matière de droit des PVVIH et les sensibiliser sur la problématique de la discrimination et de la stigmatisation

- Appuyer le plaidoyer du RAS+ Togo auprès des partenaires au développement et des acteurs de la société civile en faveur de la création d'un fond de soutien aux PVVIH en situation de stress alimentaire ou financier
- Promouvoir la création et assurer l'encadrement d'une plateforme d'échange permettant aux différentes composantes du RAS+ Togo de rencontrer les partenaires locaux, régionaux et internationaux pouvant répondre de façon ciblée à leurs préoccupations particulières
- Informer les associations patronales, les syndicats et les associations corporatistes de la législation en matière de droits des PVVIH et les sensibiliser sur les discriminations et la stigmatisation à l'encontre des PVVIH.
- Organiser des campagnes d'information et de vulgarisation de la loi N°2010 – 018 modifiant la loi N° 2005 – 012 du 14 décembre 2005 portant protection des personnes en matière du VIH/SIDA, en utilisant des supports adaptés à chaque population cible (séminaires, conférence, affiches, dépliants, etc.)
- Développer en partenariat avec le RAS+ des approches innovantes permettant d'intensifier la participation des femmes vivant avec le VIH dans les programmes d'ETME, en particulier les femmes les plus jeunes.
- Renforcer l'intégration des services de prise en charge des PVVIH en vue d'en faciliter l'accès, plus spécifiquement les services de santé de la reproduction et de planification familiale.
- Promouvoir l'intégration des populations clés dans les associations de PVVIH et proposer des actions spécifiques visant à lutter contre la discrimination de ces groupes très vulnérables
- Elaborer en partenariat avec le RAS+ Togo des indicateurs de stigmatisation et de discrimination pouvant être suivis et l'évaluer dans le cadre des activités du programme national de lutte contre le Sida

A l'endroit du Gouvernement

- Impulser et soutenir la création d'un fonds de soutien aux PVVIH les plus démunis en garantissant un cadre légal pour les partenaires au développement et en proposant des formules fiscales incitatives aux entreprises
- Favoriser la participation et l'inclusion des PVVIH dans le processus d'élaboration des lois et politiques publiques, plus particulièrement celles les concernant ou pouvant avoir un impact sur leur situation.
- Renforcer ou prendre des mesures (politiques, allocation de ressources financières, programmes, etc.) visant à lutter contre les discriminations et la stigmatisation des PVVIH et plus particulièrement des populations clés.
- Intégrer le RAS+ Togo dans le processus d'élaboration des politiques et programmes sociaux et sanitaires à l'échelle nationale pour une meilleure prise en compte des PVVIH dans ces programmes
- Intégrer de façon spécifique la problématique de l'infection par le VIH/SIDA dans les réflexions sur la mise en place d'une couverture maladie universelle

A l'endroit de la commission nationale des droits de l'homme

- Sensibiliser les associations de PVVIH sur le mandat de la CNDH concernant le mandat de protection et la possibilité de recevoir les plaintes individuelles
- Promouvoir les droits des PVVIH au sein des populations

1. CONTEXTE DE L'ETUDE

1.1. L'épidémie du VIH/SIDA

Depuis le début de l'épidémie actuelle de VIH /sida en 1981, l'Afrique subsaharienne a payé le plus lourd tribut à cette maladie et aujourd'hui encore, 4,9% des habitants sont infectés par le VIH en Afrique subsaharienne (1, 2). L'introduction des antirétroviraux en 1995 a freiné l'épidémie et a permis à un plus grand nombre de personnes de vivre plus longtemps(1, 3). En 2012, on estimait à environ 34 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde, dont 69% en Afrique (1, 2). Ainsi, l'augmentation du nombre de personnes vivant avec le VIH a ouvert la voie à la troisième phase de l'épidémie de VIH qui est la phase des conséquences sociales, marquée par un niveau élevé de stigmatisation(4).

Les récents progrès réalisés dans l'optique d'atteindre les OMD et ceux de l'Accès Universel ont permis de renverser la tendance de l'épidémie et de la diminuer de 20% depuis 2001. Selon le Directeur Exécutif de l'ONUSIDA, alors que tous les efforts sont engagés pour faire fléchir la tendance de l'épidémie, l'on doit toujours se battre contre les préjugés, la stigmatisation, la discrimination, l'exclusion et la criminalisation, pas seulement dans les familles, mais dans les rues, les commissariats, dans les classes et centre de formation, dans les centres de soins. De plus, la violence basée sur le genre, les pressions sociales sont des facteurs entre autres qui entretiennent la propagation du VIH au sein des communautés et alourdissent l'impact de l'épidémie sur les individus, la famille, les communautés au point de compromettre le développement humain durable. La stigmatisation et la discrimination sapent sévèrement les efforts de la riposte à l'épidémie en limitant l'accès aux services de prévention, soins, traitements et appuis aux personnes qui sont dans le besoin

1.2. Définition de la stigmatisation et de la discrimination

Ervin Goffman en 1963 définissait le terme « stigmatisation » comme étant « un attribut que possède un individu, très discréditant et très indésirable. Cet attribut réduit donc le statut de l'individu au sein de la société »(5).

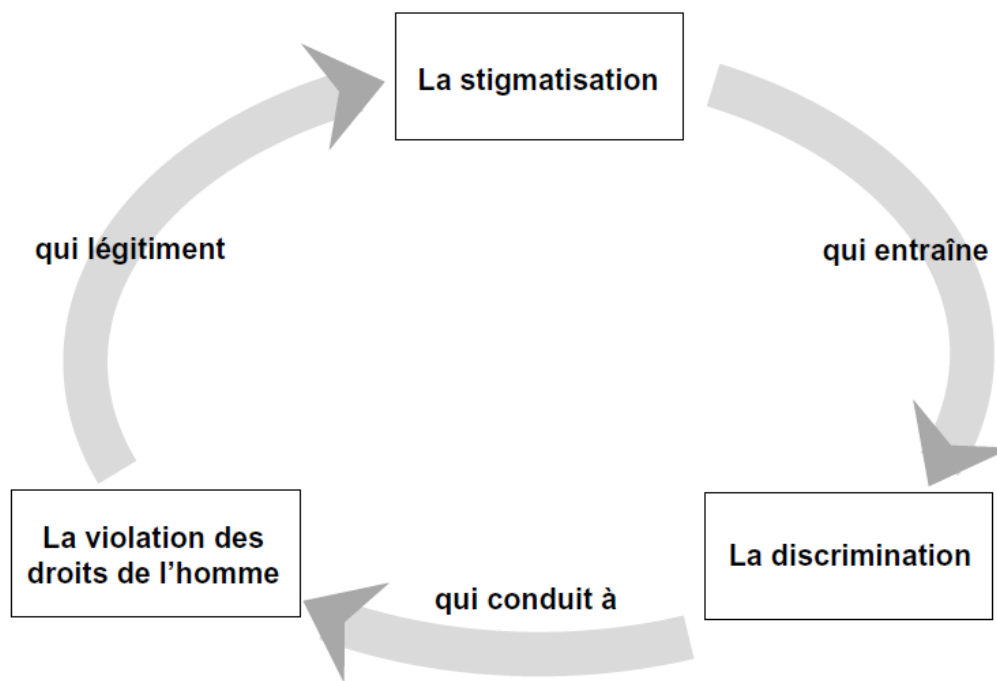
Une autre définition de la stigmatisation est « le fait de pointer du doigt un individu, de lui faire porter un stigmate » (2). Quand cette stigmatisation est traduite par des actions, nous parlons de discrimination (6).

La discrimination est aussi définie comme étant « le fait de faire une différence injuste entre deux éléments » (7-9) ; plus spécifiquement, la discrimination dans le cadre du VIH/SIDA est « le traitement injuste d'un individu, basé sur son statut sérologique, perçu ou réel. » (2, 7, 8, 9). La stigmatisation et la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) continuent de sévir dans le monde et constituent un blocage pour atteindre l'objectif Zéro discrimination en 2015, particulièrement en Afrique Subsaharienne (1).

La stigmatisation et la discrimination sont étroitement liées, se renforçant et se légitimant mutuellement. La stigmatisation est à l'origine d'actes discriminatoires, et conduit les individus à des actions, ou à des omissions, qui mettent les autres en danger ou à leur refuser des services ou des droits. La discrimination est définie comme l'application de la stigmatisation. A son tour, la discrimination encourage et renforce la stigmatisation.

La discrimination est une violation des droits de la personne. Le principe de non-discrimination, au cœur de la notion de reconnaissance de l'égalité pour tous, est consacré par la Déclaration universelle des droits de l'homme et par d'autres instruments fondamentaux relatifs aux droits de la personne. Ces instruments interdisent, entre autres, la discrimination fondée sur la race, la

couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou autre, la propriété, la naissance, ou tout autre statut. Par ailleurs, la Commission des droits de l'homme des Nations Unies, dans ses résolutions, a déclaré que le terme 'ou tout autre statut' devrait être interprété comme couvrant également l'état de santé, y compris le VIH et le sida, et que la discrimination fondée sur une séropositivité au VIH (réelle ou présumée) est prohibée par les normes existantes relatives aux droits de l'homme.



¹⁰ Diagramme élaboré par Miriam Maluwa et Peter Aggleton.

Figure 1. Cycle de la stigmatisation, de la discrimination et des violations des droits de la personne. (Source ONUSIDA, *Stigmatisation, discrimination et violations des droits de l'homme associées au VIH, Etudes de cas des interventions réussies*, 2005)

1.3. Expériences de la Stigmatisation et de la discrimination chez les PVVIH dans la sous-région

Plusieurs études et rapports nationaux ont démontré la prépondérance des cas de violence, d'abus et de discrimination contre les PVVIH surtout dans les pays d'Afrique subsaharienne(1, 2). Les cas de stigmatisation et de discrimination à l'endroit des PVVIH ont un impact important non seulement sur la qualité de vie de celles-ci, mais aussi sur les efforts nationaux fournis pour la prévention du VIH/sida. En effet, la stigmatisation favorise la transmission du VIH, en rendant l'accès aux services de santé difficile (4). Certaines études réalisées en Afrique de l'Ouest, spécifiquement au Nigéria, rapportent que la stigmatisation prononcée contre le VIH/sida empêche l'accès aux services de prévention, de dépistage, et de prise en charge des PVVIH, ce qui pourrait de façon directe ou indirecte, favoriser et faciliter la transmission du VIH (5, 10). Le dépistage du VIH est une phase primordiale dans la stratégie de prévention contre la transmission du VIH/sida. En effet, plus tôt un individu sera dépisté, plus rapidement il bénéficiera d'une prise en charge médicale et psychosociale, améliorant ainsi son confort de vie et réduisant les risques de transmission du virus (11). Chez les femmes enceintes par exemple, le dépistage constitue la première étape pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME). La peur de la stigmatisation peut réduire la motivation d'une femme enceinte à

faire un test de dépistage du VIH, surtout dans certains pays africains où le dépistage n'est pas systématique (4).

Les PVVIH sont aussi victimes d'une forme institutionnelle de stigmatisation, définie par la perte des moyens d'existence (accès à l'emploi, à l'éducation, au logement et aux services de santé, etc.), du fait de leur statut sérologique(7-9). Ainsi, au Nigéria, lors de l'étude sur la Stigmatisation des PVVIH(Index Stigma),près de 20% des PVVIH interviewés ont déclaré avoir été victimes d'un refus d'accès aux services de santé et près de 30% auraient perdu un emploi ou une source de revenus, la majorité d'entre eux attribuant ce préjudice à leur statut VIH (12). Des enquêtes menées au Cameroun et au Burkina Faso ont également rapporté des refus d'emploi et même le gel des salaires après un test positif du VIH (13). En Afrique du Sud, il a été rapporté que les enfants séropositifs ne seraient pas autorisés à accéder à l'école (14).Une étude longitudinale réalisée dans cinq pays d'Afrique (Lesotho, Malawi, Afrique du Sud, Swaziland, Tanzanie) et portant sur les expériences de stigmatisation chez les PVVIH rapportait 83,6% d'évènement stigmatisant chez les PVVIH et64,9%chez les agents de santé s'occupant des PVVIH(15). Au Nigeria, l'index stigma réalisé en 2011 rapportait 34% de PVVIH victimes d'exclusion, dont47% d'exclusion à cause du statut VIH(12),des proportions peu près similaires ont été rapportées en Ethiopie où40% de PVVIH auraient été exclues des rencontres et activités sociales du fait de leur séropositivité (16, 17).

1.4. Conséquences psychologiques de la discrimination et de la stigmatisation chez les PVVIH

La stigmatisation a des conséquences psychologiques graves sur l'individu en termes de confiance en soi, d'estime de soi et d'identité personnelle et collective. A la stigmatisation et / ou discrimination provoquée par un tiers vient souvent s'ajouter une auto- stigmatisation, qui se manifeste par une bataille interne entre la vraie identité et celle perçue du fait de la maladie (4). En effet, l'individu faisant l'objet de stigmatisation et d'actes discriminatoires du fait de sa séropositivité peut se sentir isolé, honteux et coupable (14). Au Nigéria et en Ethiopie, environ 20% des PVVIH ont attesté avoir eu des pensées suicidaires, 62, 5% ont rapporté avoir des sentiments de honte tandis que 53,3% rapportaient une faible estime de soi (12)(16, 17). Les sentiments d'auto-stigmatisation semblent être plus courants dans les pays à faibles prévalences du VIH (pays de l'Afrique de l'Ouest), que dans les pays à forte prévalence (Afrique australe et du Sud). En effet, au Burkina Faso, l'auto-stigmatisation a été rapportée par 45% des PVVIH, alors qu'au Malawi seuls 9,6% de PVVIH en faisaient état (6). Cette auto-stigmatisation qui résulte de la peur d'être victimes d'attitudes négatives et d'actes discriminatoires de la part d'un tiers, conduit les PVVIH à éviter les activités et services les mettant en contact avec les autres (éducation, emploi, services de santé), ce qui accentue leur isolement et réduit leur confort de vie et la qualité de leur prise en charge(12).

1.5. Lois contre la discrimination Etude du cadre normatif de lutte contre la discrimination

Avec la persistance de la stigmatisation et de la discrimination à l'encontre des PVVIH et les conséquences que celles-ci ont sur l'épidémie du VIH /sida, il est important que des lois et des plaidoyers de lutte contre la stigmatisation des PVVIH soient mis en place. A ce jour, 61% des pays ont affirmé avoir une loi contre la discrimination et pour la protection des PVVIH (1, 2). L'étude du contexte juridique de la stigmatisation et de la discrimination des PVVIH en Afrique de l'Ouest et en Afrique Centrale a révélé que plusieurs accords et traités ont été signés par les Etats africains afin de réduire la stigmatisation et la discrimination contre les PVVIH(9). En 2006,

aux sorties du sommet extraordinaire de l'Union Africaine sur le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, les chefs d'Etats africains se sont engagés à « garantir la protection des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA... » ... et à « adapter les législations nationales dans le but de prendre en compte les questions liées au VIH/SIDA, notamment la discrimination et la stigmatisation et à encourager les Etats membres à ratifier les conventions internationales pertinentes telles que la Convention sur la discrimination et l'emploi »(18).

Cependant, bien que ces lois existent, très peu de mesures sont prises pour les appliquer et les mettre en vigueur (2). Un rapport sur les lois pour la protection des PVVIH en Ethiopie, Tanzanie et Zambie a révélé qu'aucune loi ne faisait cas de disposition spécifique en cas de discrimination (19). Au Nigeria, des 70% des PVVIH qui ont tenté de faire valoir leurs droits à travers le système juridique après une violation, près de 42% ont déclaré que rien n'aurait été fait (12). De plus, la plupart des lois en Afrique de l'Ouest criminalisent les PVVIH et constituent un obstacle à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH (13). Par exemple, les lois en vigueur dans les pays d'Afrique de l'Ouest (Mali, Benin, Guinée) et d'autres pays d'Afrique subsaharienne (ex., Malawi, Tchad), obligent les individus infectés par le VIH à divulguer leur statut à leurs partenaires sexuels ou conjoints, sous peine de sanctions pénales. D'autres encore condamnent les personnes séropositives qui, connaissant leur statut VIH, commettraient volontairement des gestes pouvant infecter d'autres personnes (13, 20). Ces lois qui ont pour objectif de protéger les citoyens contre le risque de contamination volontaire n'encadrent cependant pas le partage du statut et ne prévoient aucune disposition contre les divulgations secondaires du statut pouvant accentuer la stigmatisation et la discrimination.

2. JUSTIFICATION DE L'ETUDE

2.1. L'infection à VIH au Togo

Au Togo, la prévalence du VIH dans la population générale est estimée à 3,2% (Rapport ONUSIDA 2010) et chez les jeunes de 15-24 ans à 1,5 % (2,4 % chez les jeunes filles et 0,6 % chez les jeunes garçons selon l'étude CAP/prévalence du VIH réalisée en 2010). L'épidémie est de type généralisé avec des disparités entre les groupes de population, entre les différentes régions du pays et entre les sexes. Le contexte épidémiologique du Togo est marqué par une féminisation de l'épidémie ; sur 100 adultes vivant avec le VIH, un peu plus de 60 sont de sexe féminin. Entre 2001 et 2011, plusieurs études de séroprévalence, comportementales et de mise en œuvre ont été effectuées dans le pays afin de mieux connaître notre épidémie. Ainsi au Togo comme dans de nombreux pays africains, la voie fréquente de transmission du VIH/sida reste la voie sexuelle comme le montre le profil des personnes vivant avec le VIH. Le poids des autres modes de transmission n'est pas bien documenté (transmission par injection de drogue, par transfusion sanguine et usage d'injections médicales). Au Togo, le nombre total de personnes vivant avec le VIH/SIDA est estimé à 115 000 et le nombre d'orphelins du fait du SIDA à 60000. En décembre 2012, on estimait à 30 334, le nombre de PVVIH sous traitement antirétroviral soit une couverture en traitement antirétroviral de 49%.

Cadre juridique au Togo

Au Togo, plusieurs organisations de défense des droits de l'Homme, en l'occurrence le Réseau de Personnes Vivant avec le VIH (RAS+), la Ligue Togolaise des Droits de l'Homme et les institutions étatiques comme la Commission Nationale des Droits de l'Homme (CNDH) veillent au respect des droits des PVVIH. Aussi, pour pallier au vide juridique qui existe en matière des droits humains et VIH, le Togo a promulgué la loi 2005 qui, suite à la consultation de Dakar sur la criminalisation et la pénalisation des lois élaborées a procédé à sa révision en 2010.

Le Togo a adopté depuis 2005 une loi portant protection des personnes en matière du VIH et Sida. A la suite de certaines observations, la loi n°2005-012 du 14 décembre 2005 a été modifiée. Ainsi, le 31 décembre 2010, le Président de la République, Président du CNLS-IST, a promulgué la loi n°2010-018 votée par l'Assemblée Nationale, modifiant ainsi celle de 2005 portant protections des personnes en matière de VIH et Sida. Cette loi est appliquée sur plainte de la victime qui peut saisir les tribunaux. Elle protège aussi bien la population générale que les personnes vivant avec le VIH. C'est un important outil de protection des personnes infectées et affectées par le VIH contre les actes de discrimination et de stigmatisation. Elle prévoit des peines contre ceux qui commettent ces infractions.

La loi n°2010-018 du 31 décembre 2010, portant protection des personnes en matière du VIH et Sida, s'adresse à toutes les personnes. Cette loi comporte 79 articles répartis en huit (8) chapitres. A la base de ce texte de loi, il y a la protection de toute la communauté en général, et plus particulièrement des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) contre toute forme de violation des droits humains. Il s'agit de mettre à la disposition du pouvoir judiciaire, un instrument, une loi pour prévenir et agir contre ces divers actes pour protéger les PVVIH et les personnes non infectées.

Même s'il existe des organisations de défense, de protection et de promotion des droits de l'homme ainsi que de noyaux anti-sida au sein des Ministères de la Justice et des Droits de l'homme, force est de constater l'inexistence d'un dispositif formel de prise en charge et de documentation des cas de violation des droits de PVVIH. Bien qu'il existe des textes juridiques en matière de droits humains, très peu de personnes sont concernées et connaissent ces droits. Certaines organisations de prise en charge des PVVIH ont mené des actions parcellaires pour enregistrer les cas de stigmatisation, de discrimination, de violence basée sur le genre et initier des approches de solutions.

A ce jour, aucune étude n'a encore été réalisée au Togo pour identifier et comprendre les problèmes de stigmatisation et de discrimination auxquels sont confrontés les PVVIH, afin de pouvoir proposer des solutions ciblées et adaptées.

2.2. L'Index de la stigmatisation des PVVIH : Stigma Index

L'Index Stigma est un outil destiné à collecter les informations sur la stigmatisation, la discrimination et les droits des personnes vivant avec le VIH qui pourront contribuer aux efforts de plaidoyer. L'Index de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH. C'est un projet qui a été développé et mis en œuvre par et pour les personnes vivant avec le VIH. Il vise à recueillir des informations sur les expériences des personnes vivant avec le VIH en rapport avec la stigmatisation, la discrimination et leurs droits. Il est le fruit de la coopération entre le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+), la Communauté Internationale des femmes vivant avec le VIH (ICW), l'ONUSIDA et la Fédération internationale de régulation des naissances (IPPF). Cette initiative a pour but de mieux documenter la discrimination et la stigmatisation chez les PVVIH. La particularité de ce projet est l'implication des PVVIH dans les études, faisant de ces derniers les acteurs principaux de la collecte et de l'analyse des données, ainsi que les principaux destinataires et utilisateurs des résultats de ces études. A l'issue des différentes enquêtes menées, les résultats seront utilisés par les partenaires nationaux pour proposer et orienter des actions ciblées, appuyer les programmes et projets de lutte contre le VIH et renforcer le plaidoyer pour l'application effective des résolutions.

Peu d'études traitant de la stigmatisation des PVVIH ont été entreprises en Afrique subsaharienne et plus particulièrement en Afrique de l'Ouest. A notre connaissance, les études sur l'index de stigmatisation ont été finalisées au Sénégal, en Gambie et au Nigeria. Quelques

études conduites au Nigeria et dans d'autres pays de l'Afrique de l'Ouest ont révélé qu'une grande proportion de la population (44%) n'accepterait pas de prendre soins d'un membre de la famille s'avérant séropositif ; 58% ne voudrait pas travailler avec un séropositif et 68% se retireraient d'une école ayant un élève séropositif (12).Devant l'ampleur de la stigmatisation dans les autres pays de la sous-région, il est important que des mesures soient prises pour protéger les droits des PVVIH.

Le but de la présente étude est d'évaluer et de quantifier les différents aspects de la stigmatisation et de la discrimination vécues par les PVVIH au Togo, afin d'orienter les décideurs et leurs partenaires locaux et internationaux dans la mise en œuvre d'actions effectives pour la protection des PVVIH.

3. OBJECTIFS

3.1. Objectif Principal

- Evaluer l'ampleur de la stigmatisation et de la discrimination à l'endroit des PVVIH au Togo en 2013.

3.2. Objectifs spécifiques

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des PVVIH au Togo en 2013
- Estimer la proportion de PVVIH victimes de stigmatisation et/ou de discrimination au Togo en 2013
- Décrire les différentes formes de stigmatisation et de discrimination dont sont victimes les PVVIH au Togo
- Identifier les facteurs associés au fait d'être victime de stigmatisation et/ou de discrimination
- Décrire le rôle joué par les tiers PVVIH et non PVVIH dans la discrimination à l'endroit des PVVIH au Togo
- Décrire l'accès aux dispositifs de recours en cas de stigmatisation ou de discrimination et leurs efficacités
- Décrire la situation des PVVIH concernant l'accès aux ARV et la PTME.

4. METHODE

Cette étude a été menée par le Réseau National de Personnes vivant avec le VIH (RAS+) en collaboration avec le Centre Africain de Recherche en Epidémiologie et Santé Publique (CARESP), de Lomé. Pour documenter les expériences de stigmatisation et de discrimination vécues par les PVVIH et pour atteindre les objectifs fixés, cette étude a comporté deux volets :

- une étude quantitative
- une étude qualitative.

4.1. ETUDE QUANTITATIVE

4.1.1. Schéma et période de l'étude

Une étude transversale descriptive a été effectuée au Togo sur les expériences de la stigmatisation et de la discrimination chez les PVVIH. L'étude s'est déroulée sur une période de deux mois : du 19 novembre 2013 au 29 décembre 2013.

4.1.2. Population de l'étude

4.1.2.1. Population cible

L'ensemble des personnes vivant avec le VIH au Togo y compris les PVVIH issus des groupes cibles.

4.1.2.2. Population source

Les PVVIH fréquentant les centres de prise en charge et de suivi (ONG, structures publiques, centre communautaire, structures hospitalières) durant la période d'étude : du 07 novembre 2013 au 15 décembre 2013.

4.1.2.3. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants

- Etre PVVIH sous traitement ARV ou non
- Etre suivi dans un centre de prise en charge des PVVIH
- Etre âgé de 18 ans et plus

4.1.2.4. Critères de non-inclusion

Les critères de non inclusion étaient les suivants :

- Les orphelins et enfants vulnérables du fait du SIDA (OEV) n'ayant pas été diagnostiqués infectés par le VIH
- Les personnes ayant déjà participé à une étude similaire sur un autre site de prise en charge

Les personnes participant à l'étude ont été recrutées sur les sites de prise en charge médicale des PVVIH dans les six régions sanitaires du Togo (Savanes, Kara, Centrale, Plateaux, Maritime, Lomé-Commune).

4.1.3. Sélection des sites

4.1.3.1. Critères de sélection des sites

Dans le dernier rapport 2012 du PNLS, il existait 141 sites de prise en charge des PVVIH au Togo, répartis dans les six régions sanitaires. L'enquête s'est donc déroulée dans des localités sélectionnées de façon aléatoire dans chaque région sanitaire. Le tableau 1 indique la répartition des localités sélectionnées par région, ainsi que le nombre de sites par région et la file active des PVVIH.

Tableau 1. Répartition des PVVIH sous traitement antirétroviral selon les régions sanitaires

Régions	Localités sélectionnées	Sites de Prise en Charge des PVVIH dans la région	File active des patients sous traitement
Savane	Dapaong	10	814
Kara	Kara	12	2357
Centrale	Sokodé	12	1489
Plateaux	Atakpamé Kpalimé	20	3117
Maritime	Aného Tsévié	23	7075
Lomé - Commune	Lomé	38	15482
Total		141	30334

4.1.3.2. Sélection des sites

La sélection des sites a été faite par sondage aléatoire stratifié sur la localité. Dans chaque ville, nous avons procédé à un tirage aléatoire simple, pondéré sur la taille de la file active de chaque site. Les trois premiers sites sélectionnés ont été retenus pour l'étude. Les deux premiers sites ont été retenus d'emblée pour l'étude et le troisième a été retenu sur une liste complémentaire et visité seulement lorsque le nombre de participants recrutés sur les autres sites était insuffisant ou encore lorsque la proportion d'hommes et de femmes dans chaque site n'équivalait pas au ratio prévu.

4.1.4. Sélection des participants

Dans chaque site sélectionné et visité, nous avons procédé à un sondage aléatoire systématique quotidien pour sélectionner les participants selon la taille de l'échantillon prévue. Durant les trois jours de l'enquête sur chaque site, les participants ont été informés de l'étude et la procédure de sélection leur a été expliquée.

4.1.5. Calcul de la taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été déterminée par le pourcentage de PVVIH susceptibles d'être victimes de stigmatisation et de discrimination. Aucune étude n'ayant été réalisée sur la question, nous avons fait l'hypothèse qu'environ la moitié des PVVIH pourraient être victimes de stigmatisation et de discrimination, d'où une probabilité (p) pour une PVVIH d'être discriminée ou stigmatisée de 50%. La formule suivante du calcul d'échantillonnage a été utilisée :

$$n = \frac{(Z\alpha)^2 \times p(1-p)}{e^2}$$

- n = Taille de l'échantillon requise
- $z\alpha$ = Niveau de confiance à 95% = 1,96
- p = 0,5
- e = marge d'erreur = 0,05
- Effet grappe = 2

Le nombre de sujets nécessaire a été évalué à 769. En assumant que 10% des données pourraient être inexploitable, l'étude a envisagé d'inclure un minimum de 847 participants au total. (Le calcul a été fait avec le logiciel Epi-info Version 6.0).

En tenant compte du nombre de localités (n=8) et du poids de la ville de Lomé, un nombre de participants pour chaque ville a été estimé à 85. Avec l'aide du logiciel Excel, 85 PVVIH ont été tirés au sort dans chaque ville. Le sex-ratio Femmes /Hommes a été estimé à 2, basé sur le ratio de femmes et d'hommes dans les sites de prise en charge des PVVIH au Togo. Le tableau 2 présente la répartition des PVVIH à enquêter selon la ville d'étude et le sexe.

Tableau 2. Répartition des PVVIH à enquêter selon la ville d'étude et le genre

Régions	Villes sélectionnées	Hommes	Femmes	Total
Savane	Dapaong	28	57	85
Kara	Kara	28	57	85
Centrale	Sokodé	28	57	85
Plateaux	Atakpamé	28	57	85
Plateaux	Kpalimé	28	57	85
Maritime	Aneho	28	57	85
Maritime	Tsévié	28	57	85
Lomé - Commune	Lomé	84	171	255
Total		280	570	850

4.1.6. Critères de jugement

4.1.6.1. Le critère de jugement principal était :

- Le pourcentage de participants ayant été victimes de plusieurs formes de stigmatisation et de discrimination.

4.1.6.2. Les critères de jugement secondaires étaient :

- Le pourcentage de participants ayant été victimes de stigmatisation et de discrimination au niveau de la famille.
- Le pourcentage de participants ayant été victimes de stigmatisation et de discrimination au niveau de la communauté.
- Le pourcentage de participants ayant été victimes de stigmatisation et de discrimination au niveau de l'emploi et de l'éducation.
- Le pourcentage de participants ayant été victimes de stigmatisation et de discrimination au niveau des services de santé

4.1.7. Collecte des données

4.1.7.1. Outils de collecte des données

Le questionnaire développé par le GNP+, l'ICW, l'IPPF et l'ONUSIDA a été utilisé pour la collecte des données. Ce questionnaire couvre les thèmes de l'expérience de la stigmatisation et de la discrimination, l'accès au travail et autres ressources, l'auto-stigmatisation et la peur, les lois et les droits des PVVIH, la confidentialité, le traitement du VIH, la conception des enfants et l'auto-évaluation de la stigmatisation et de la discrimination. Un pré-test du questionnaire a été effectué à Lomé avant la mise en place de l'étude sur un site n'ayant pas été sélectionné pour l'étude.

4.1.7.2. Déroutement de la collecte des données

Afin de faciliter la collecte des données, deux représentants de l'alliance des PVVIH, ont effectué des missions de sensibilisation de la communauté des PVVIH dans les principales villes retenues. Une moyenne d'un jour par ville a été requise pour les villes de l'intérieur et 2 jours pour Lomé, soit 10 jours de sensibilisation.

4.1.7.3. Mode de collecte des données

Pour respecter l'esprit de l'Index de la stigmatisation (Stigma Index) par et pour les PVVIH, la méthode traditionnelle de collecte de données par questionnaire (face à face) n'a pas été utilisée. Les enquêteurs et les participants étaient assis côte -à- côte pour faciliter l'échange et la collecte des données. La collecte des données a lieu dans un endroit privé dans le but de protéger la confidentialité des participants. Les enquêteurs ont pris quelques minutes (3- 5 minutes) avant le début de l'administration du questionnaire pour expliquer les mots clés et les concepts difficiles à assimiler.

4.1.8. Gestion des données

4.1.8.1. Saisie des données

Après que tous les questionnaires de l'étude aient été remplis, ils ont été envoyés au siège de RAS+ et contrôlés par le chef de projet. Trois opérateurs de saisies ont été chargés de saisir les données de chaque questionnaire à l'aide du logiciel EpiData. Ces opérateurs de saisies ont été formés à l'utilisation du logiciel et au stockage des données. Les données entrées dans le logiciel ont aussi été sauvegardées au moins une fois par jour sur un disque dur externe, gardé dans un tiroir fermé à clef. Tous les opérateurs de saisie ont signé une clause de confidentialité avant la saisie des données.

4.1.8.2. Analyse des données

L'analyse des données avait pour but de décrire les expériences vécues par les PVVIH et de comparer les différents groupes sur les différents aspects de la stigmatisation et de la discrimination. Les variables qualitatives ont été présentées sous forme de proportion, avec les pourcentages et les intervalles de confiance (95%). Les médianes et les étendues interquartiles ou les moyennes avec les écart-types ont été calculés pour présenter les variables quantitatives. Le test de Chi2a été utilisé pour comparer les proportions dans les différents groupes ou un test exact de Fisher. La comparaison des moyennes a été faite avec un test t de Student et la comparaison des médianes par un test U de Mann-Withney. Toutes les données ont été analysées à l'aide du logiciel STATA®.

4.1.9. Considérations éthiques

Le protocole d'étude a reçu l'approbation du comité bioéthique pour la recherche en santé du ministère de la santé.

4.1.9.1. Le consentement éclairé

Les normes éthiques ont été respectées tout au long de l'étude. Avant le début de l'entretien, les enquêteurs ont signé une clause de confidentialité, puis se sont assurés que le participant a donné son consentement libre et éclairé à participer à l'étude. Le participant a signé le formulaire de consentement. Aussi, pour des raisons éthiques, les enfants âgés de moins de 18 ans et les personnes ayant des déficiences mentales qui limitent la compréhension et/ou la communication n'ont pas été incluse dans l'étude.

4.1.9.2. La confidentialité

Cette étude en particulier nécessite que les enquêteurs respectent la confidentialité étant donné la nature du sujet. De ce fait, tout a été mis en œuvre de telle sorte qu'aucune information concernant la personne interviewée ne soit révélée ou décryptée. Cela concerne aussi bien les informations sur les questionnaires, que les données recueillies dans les bases de données. Au lieu du nom, un code spécifique a été attribué à tous les questionnaires. Les noms des personnes interviewées ont été recodés sur une liste sécurisée dans un tiroir fermé à clef. Cette liste n'était accessible qu'aux enquêteurs et au chef de projet. Il en était de même pour tous les documents portant le nom du participant tel que le formulaire de consentement.

4.2. ETUDE QUALITATIVE

4.2.1. Choix de la méthode d'enquête et recrutement

Des « focus groups » ont été utilisés pour le volet qualitatif de l'étude. Les critères de sélection des participants aux focus groups étaient basés sur l'âge et le genre. Ainsi, les catégories citées ci-après seront retenues pour participer aux focus groups :

- jeunes femmes et jeunes hommes entre 18 et 24 ans ;
- femmes et hommes de 24 ans et plus ;
- femmes enceintes, femmes allaitantes ;
- hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ;
- professionnelles de sexe ;
- Consommateurs de drogues par voie intraveineuse ;

Au total, **12 focus groups** ont été organisés dont sept dans les principales localités de l'intérieur du pays (**Dapaong, Kara, Sokodé, Atakpamé, Tsévié, Kpalimé, Aného**) et cinq à Lomé.

Un échantillon de convenance a été constitué à chaque fois, comprenant **Cinq à huit personnes par focus group**. Ces personnes ont été recrutées à travers les sites de prise en charge médicale des PVVIH. Une équipe constituée de représentants de l'alliance des PVVIH et du PNLS s'est chargée d'installer un stand dans les sites de prise en charge médicale des PHHIV pendant trois jours afin de recruter un nombre suffisant de participants aux focus groups, **c'est-à-dire entre 60 et 96 participants au total**.

Le focus group chez les HSH a été organisé uniquement à Lomé compte-tenu de la sur-représentativité des HSH à Lomé.

Chaque focus group était animé par deux modérateurs, ayant reçu une formation préalable dans les techniques d'entretien. Les modérateurs ont participé à la formation des enquêteurs, avec en addition un volet spécifique pour la mise en œuvre des focus groups.

4.2.1.1. Préparation du guide d'entretien

Avant le début du focus group, il était important de déterminer les informations que l'on aimerait obtenir ou faire ressortir. Dans cette étude, il s'agissait de mieux comprendre les informations reçus à travers l'étude quantitative et de détailler d'avantage les expériences, attitudes et croyances des participants en ce qui concerne la stigmatisation et la discrimination.

4.2.1.2. Les axes thématiques

Les axes thématiques explorés durant les focus groups étaient les suivants :

- Définition personnelle et interprétation de la stigmatisation et de la discrimination
- Provenance et manifestations de la stigmatisation
 - o Qui stigmatise ?
 - o Comment ils/elles stigmatisent ?
- Contexte de la stigmatisation et de la discrimination
 - o Contexte social : où est ce que la stigmatisation et la discrimination se produisent ?
 - o Contexte institutionnel.
- Causes de la stigmatisation (perception)
- Conséquences de la stigmatisation et de la discrimination
 - o Psychologiques
 - o Médicales
 - o Economiques
 - o Sociales
- Assistance légale et connaissance sur les lois concernant la protection des PVVIH
- Perspectives et recommandations

Les thèmes de ce guide ont été utilisés et adaptés aux différentes catégories de participants. Le modérateur a été formé de tel sorte qu'il/elle ne soit pas figé(e) sur ce guide, mais qu'il/elle utilise la direction et l'énergie du groupe, afin d'orienter la discussion et d'en tirer le maximum d'informations.

4.2.2. La collecte des données

Un questionnaire démographique a été distribué aux participants au début de chaque discussion. Tous les focus groups ont été enregistrés à l'aide d'un enregistreur vocal (magnétophone). Le deuxième modérateur était chargé de prendre des notes complémentaires en tenant compte des réactions des participants, leurs impressions, leurs observations à chaque niveau de la discussion. Ces notes décrivaient le contexte du focus groups, c'est-à-dire le lieu, l'heure et les conditions de la salle dans laquelle se tenait le focus group. Le modérateur a suivi le guide mentionné plus-haut pour orienter et diriger la discussion, sans oublier que la particularité des focus groups est la discussion de groupe et la possibilité d'obtenir plusieurs perspectives sur une même question.

4.2.3. L'analyse

La première étape de l'analyse a consisté à transcrire les informations reçues des focus groups. La transcription a été textuelle, tenant compte des questions posées par le modérateur et des réponses des personnes participant au focus group. La transcription a inclus aussi les sondages du modérateur et des participants, les pauses émises par les participants répondant à l'interlocuteur ou à un autre participant, l'utilisation des dialectes et de l'argot. Tout ceci, avec les notes prises par le deuxième modérateur a constitué la transcription totale du focus group. Ensuite, deux équipes de deux sociologues se sont chargées d'analyser les données.

L'analyse a été réalisée de façon inductive. Les deux équipes ont lu toutes les transcriptions et ont identifié les thèmes et catégories récurrents dans les transcriptions des différents focus groups. Ces catégories ont été saisies dans un document Microsoft Excel, et les citations des

thèmes identifiés ont été classés en dessous de chaque catégorie. Par exemple, si à la question de savoir la provenance de la stigmatisation les thèmes récurrents, identifiés par les codeurs incluait : la famille, les amis, les voisins et les professeurs, l'encadré ci-dessous a été complété

Encadré1 : Personne responsable de la stigmatisation

Famille	Amis	Voisins	Professeurs
« Ma famille a décidé de ne plus me parler après l'annonce de mon statut séropositif »	« Mes amis ne m'invitent plus aux fêtes »	« Mes voisins ont interdit qu'on partage la vaisselle comme on le faisait avant »	« Mon professeur m'a interdit de participer à ses cours »

Pour vérifier l'uniformité des codes, la transcription des groupes a été remise à un codeur indépendant qui, après avoir lu les objectifs de l'étude et la description de chaque catégorie a assigné des sections du texte aux différentes catégories. Ce travail a été ensuite comparé à celui déjà fait et les points divergents ont été discutés entre les codeurs.

4.2.4. Considérations éthiques

Comme pour l'étude quantitative, les règles d'éthiques ont été respectées. Les participants ont été informés de l'objet de leur participation au focus groups. Une notice d'information a été remise au moment du recrutement, pendant que le recruteur expliquait au participant le but et les attentes du focus group. Le participant a signé cette notice d'information mentionnant qu'il/elle l'avait compris (e). Au début de chaque focus group, la nature et l'objet de l'étude ont été rappelés à chaque participant, puis ils ont été informés du caractère volontaire de leur participation et de la possibilité de l'interrompre à tout moment. En ce qui concerne la confidentialité, le modérateur a fait signer à chaque participant une fiche indiquant qu'ils s'engageaient à garder confidentiel tout ce que allait se dire dans le groupe. Au début de chaque focus group, les modérateurs ont partagés les règles de la discussion avec les participants, en incluant l'importance de maintenir la confidentialité des groupes. Les questionnaires démographiques ont été gardés par le chef de projet dans un tiroir fermé à clef, ils seront détruits après leur utilisation. Les modérateurs ont signé une clause de confidentialité au début de l'étude et étaient tenus de la respecter même après la fin de l'étude.

5. RESULTATS

5.1. Caractéristiques sociodémographiques des personnes vivant avec le VIH au Togo

Cette première partie des résultats, aborde les caractéristiques sociodémographiques des PVVIH et de leurs ménages. Il s'agit notamment des aspects liés au lieu de résidence, à l'âge, au sexe, au statut matrimonial, au vécu avec le VIH, à la sexualité, au handicap, aux revenus, etc. Ces informations sont essentielles à la compréhension du statut social et de l'influence que certains aspects de la vie des PVVIH pourraient avoir sur la stigmatisation dont ils sont souvent victimes.

5.1.1. Composition de l'échantillon

Du 18 novembre 2013 au 29 décembre 2013, 891 PVVIH ont été interviewées au Togo. Le tableau 3 présente le nombre de PVVIH recrutées par région en fonction des effectifs prévus.

Tableau 3 : Nombre de PVVIH recrutées selon les régions du Togo

Régions	Villes sélectionnées	Effectif prévu			Effectif enrôlé		
		Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Savane	Dapaong	28	57	85	17	78	95
Kara	Kara	28	57	85	24	48	72
Centrale	Sokodé	28	57	85	22	65	87
Plateaux	Atakpamé	28	57	85	41	58	99
Plateaux	Kpalimé	28	57	85	26	66	92
Maritime	Aneho	28	57	85	22	67	89
Maritime	Tsévié	28	57	85	21	53	74
Lomé - Commune	Lomé	84	171	255	67	216	283
Total		280	570	850	240	651	891

5.1.2. Genre et âge des PVVIH

5.1.2.1. Le genre

Parmi les 891 PVVIH enquêtées, on comptait 651 femmes (73,1%) et 240 hommes (26,9%), soit un sexe ratio de 2,7 femmes pour un homme. La figure 2 montre la répartition des PVVIH selon le genre.

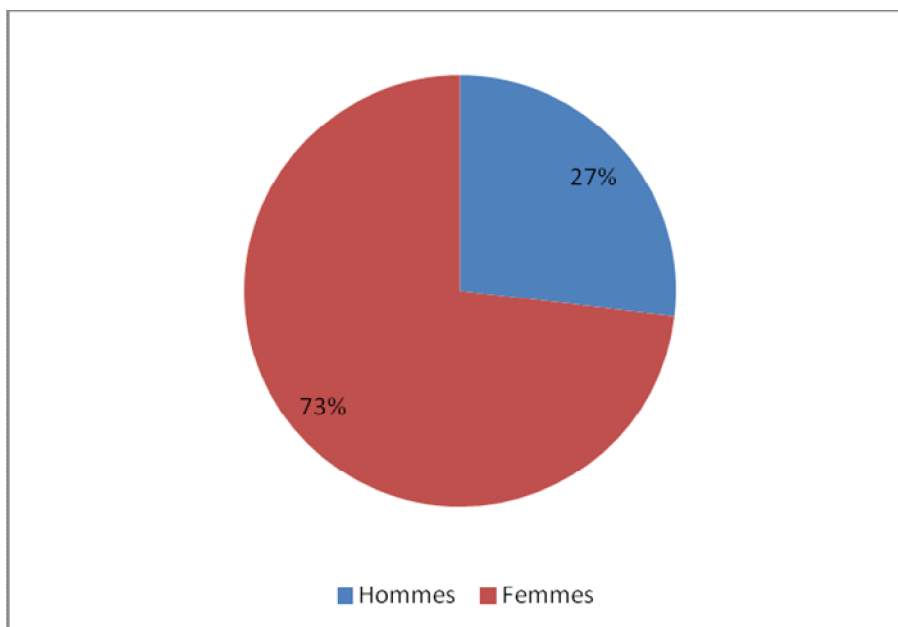


Figure 2. Répartition des PVVIH enquêtées selon le genre (N=891)

5.1.2.2. L'âge

Les PVVIH ayant entre 40 et 49 ans étaient les plus représentées (36,5%), suivie des 30-39 ans (33,8%). La distribution des enquêtés par groupe d'âge variait significativement entre les hommes et les femmes comme le montre le tableau 4. Chez les hommes, les 40- 49 ans (46,3 %) étaient les plus représentés tandis que chez les femmes la tranche d'âge des 30- 39 ans (39,0 %) était la plus représentée ($p=0,001$).

Tableau 4: Répartition des PVVIH enquêtées en fonction de l'âge et du genre

	Homme		Femme		Total	
	n	%	n	%	n	%
18-19 ans	3	1,3	6	0,9	9	1,0
20-24 ans	5	2,1	16	2,5	21	2,4
25-29 ans	18	7,5	67	10,3	85	9,5
30-39 ans	47	19,6	254	39,0	301	33,8
40-49 ans	111	46,3	214	32,9	325	36,5
≥50 ans	56	23,3	94	14,4	150	16,8
Total	240	100,0	651	100,0	891	100,0

5.1.3. Connaissance du statut VIH

Plus d'un tiers des enquêtés (38,4% ; n=342) connaissaient leur statut sérologique depuis 5 à 9 ans, tandis que seuls 12,4% d'entre eux (n=110) connaissaient leur statut depuis moins d'un an. On note que 26 (2,9%) des PVVIH vivaient avec le virus depuis plus de 15 ans et le délai de connaissance du statut sérologique ne variait pas significativement entre les hommes et les femmes ($p=0,069$) (Figure 3).

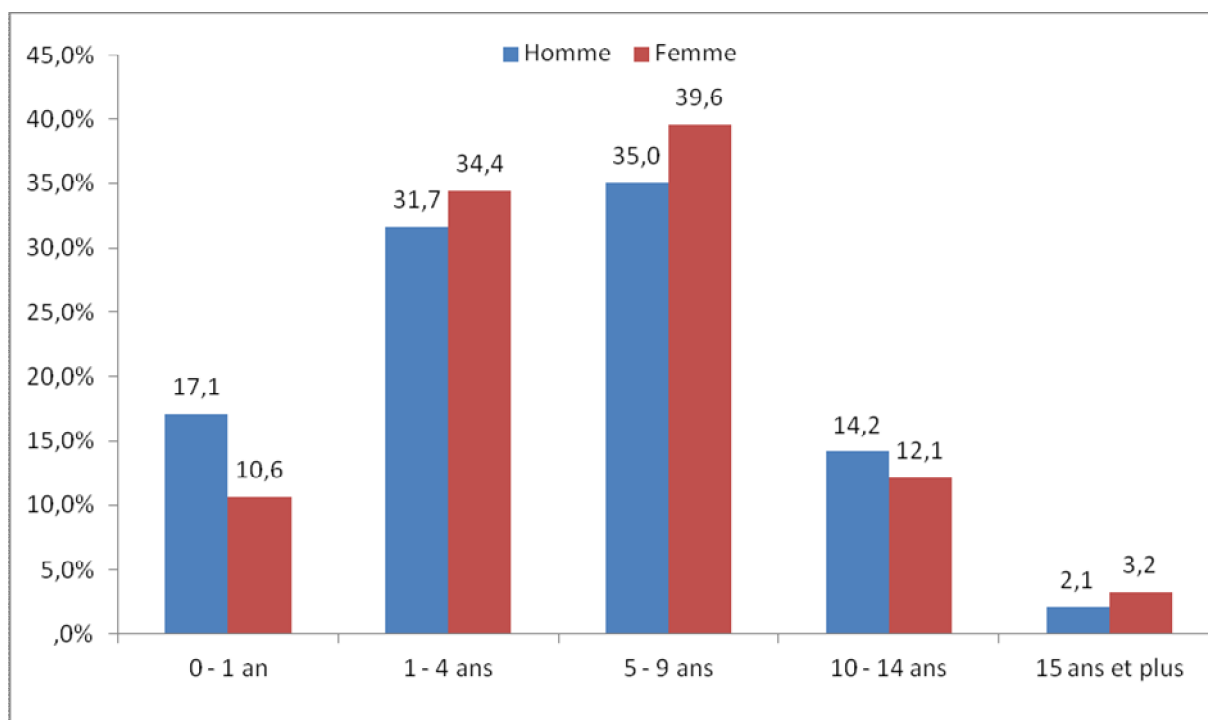


Figure 3. Durée de connaissance du statut VIH selon le genre (N=891)

5.1.4. Statut matrimonial et comportement sexuel

5.1.4.1. Statut matrimonial

Parmi les enquêtés, 482 (54,1%) avaient une relation suivie (mariage, union libre, relation libre), les autres étaient célibataires (11,8%), veufs/veuves (20,8%) ou divorcés (13,4%). Il y avait significativement plus de femmes seules veuves (24,3%) et divorcées (15,1%) que d'hommes veufs (11,3%) ou divorcés (8,8%) ($p=0,001$) (Figure 4).

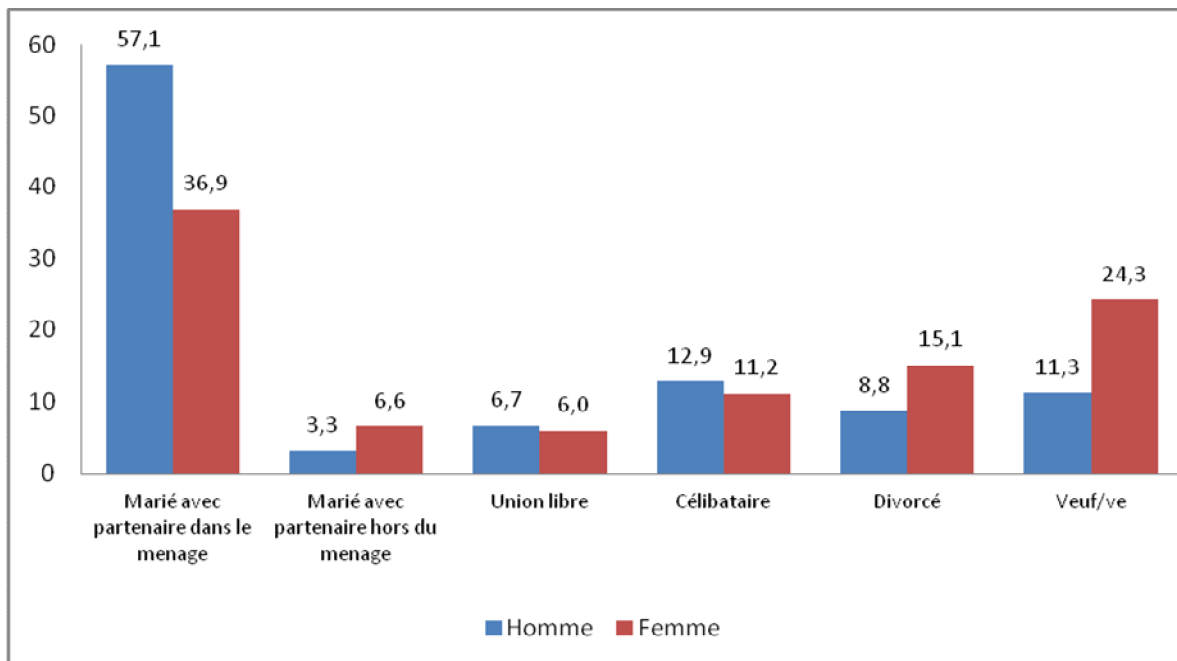


Figure 4. Répartition des PVVIH selon le statut matrimonial et le genre

5.1.4.2. Relation de couple et comportement sexuel

Le tableau 5 montre la répartition des 480 PVVIH ayant déclaré vivre en couple selon la durée de leur relation. On constate que 12,7% des PVVIH étaient en relation depuis moins d'un an tandis que 63,5% étaient en relation depuis plus de 5 ans. On note également une différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes dans la durée de la relation de couple. Les hommes PVVIH étaient plus souvent engagés dans des relations d'une durée de 15 ans et plus (31,7%) que les femmes (19,4%) ($p=0,033$). La majorité des PVVIH ($n=498$; 55,9%) se déclaraient sexuellement actives, avec une nette prédominance masculine (72,1% vs 49,9% ; $p=0,001$).

Tableau 5: Répartition des PVVIH vivant en couple selon la durée de leur relation

	Hommes		Femmes		Total	
	n	%	n	%	n	%
0 - 1 an	19	11,8	42	13,2	61	12,7
1 - 4 ans	35	21,7	79	24,8	114	23,8
5 - 9 ans	29	18,0	80	25,1	109	22,7
10 - 14 ans	27	16,8	56	17,6	83	17,3
≥15 ans	51	31,7	62	19,4	113	23,5
Total	161	100,0	319	100,0	480	100,0

5.1.5. Education et emploi

5.1.5.1. Niveau d'éducation

Parmi les enquêtés, 233 (26,1%) n'avaient reçu aucune éducation formelle, avec une nette prédominance féminine (31,5% vs 11,7% $p=0,0001$). Seuls 328 PVVIH (36,9%) avaient au moins le niveau secondaire (Tableau 6).

Tableau 6: Répartition des PVVIH selon le niveau d'éducation

	Homme		Femme		Total	
	n	%	n	%	n	%
Pas d'éducation formelle	28	11,7	205	31,5	233	26,1
Primaire	74	30,8	256	39,3	330	37,0
Secondaire	118	49,2	181	27,8	299	33,6
Supérieur	20	8,3	9	1,4	29	3,3
Total	240	100,0	651	100,0	891	100,0

5.1.5.2. Emploi

Les femmes se retrouvaient plus souvent sans emploi que les hommes (39,6% vs 32,1%; $p=0,05$). Environ 356 PVVIH (40,0%) travaillaient dans le secteur informel ou à temps partiel, avec une nette prédominance féminine. Seuls 68 (7,6%) PVVIH travaillaient comme employés à temps plein (Tableau 7).

Tableau 7: Répartition des PVVIH selon la situation d'emploi

	Homme		Femme		Total	
	n	%	n	%	n	%
Travail à plein-temps (comme employé)	36	15,0	32	4,9	68	7,6
Travail à temps partiel (comme employé)	13	5,4	10	1,5	23	2,6
Travaille à plein temps, pas comme employé	36	15,0	73	11,2	109	12,2
Travail informel ou à temps partiel	78	32,5	278	42,7	356	40,0
Sans emploi et ne travaillant pas du tout	77	32,1	258	39,6	335	37,6
Total	240	100,0	651	100,0	891	100,0

5.1.6. Appartenance à une population clé et handicap**5.1.6.1. Population clé**

Au total, 24 PVVIH (2,7%) appartenaient ou avaient appartenu aux populations clés les plus exposées au risque d'infection par le VIH. La répartition des PVVIH appartenant à des populations clé ne différait pas significativement en fonction de l'habitat urbain ou rural ($p=0,262$) (Tableau 8).

Tableau 8: Répartition des PVVIH selon l'appartenance à une population clé et selon l'habitat

	Appartenance population clé		Non appartenance population clé		Total
	n	%	n	%	n
Zone rurale	7	4,7	140	95,3	147
zone semi rurale	8	2,3	339	97,7	347
Zone urbaine	9	2,3	386	97,7	397
Total	24	2,7	867	97,3	891

5.1.6.2. Handicap

Dans la population enquêtée, 90 PVVIH (10,1%) déclaraient avoir un handicap physique. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes (9,2 % vs 10,4 %, $p=0,222$).

5.1.7. Caractéristiques des ménages

5.1.7.1. Zone d'habitation

La majorité des PVVIH (44,6% $n=397$) résidaient en zone urbaine quelle que soit la région. Les zones semi-urbaine (petite ville) et les zones rurales abritaient respectivement 347 (38,9%) et 147 (16,5%) des PVVIH (Figure 5). Il y avait significativement plus de PVVIH en zone urbaine qu'en zone rurale ($P=0,001$). En revanche, il n'y avait pas de différence significative entre hommes et femmes selon le lieu d'habitation ($p=0,308$).

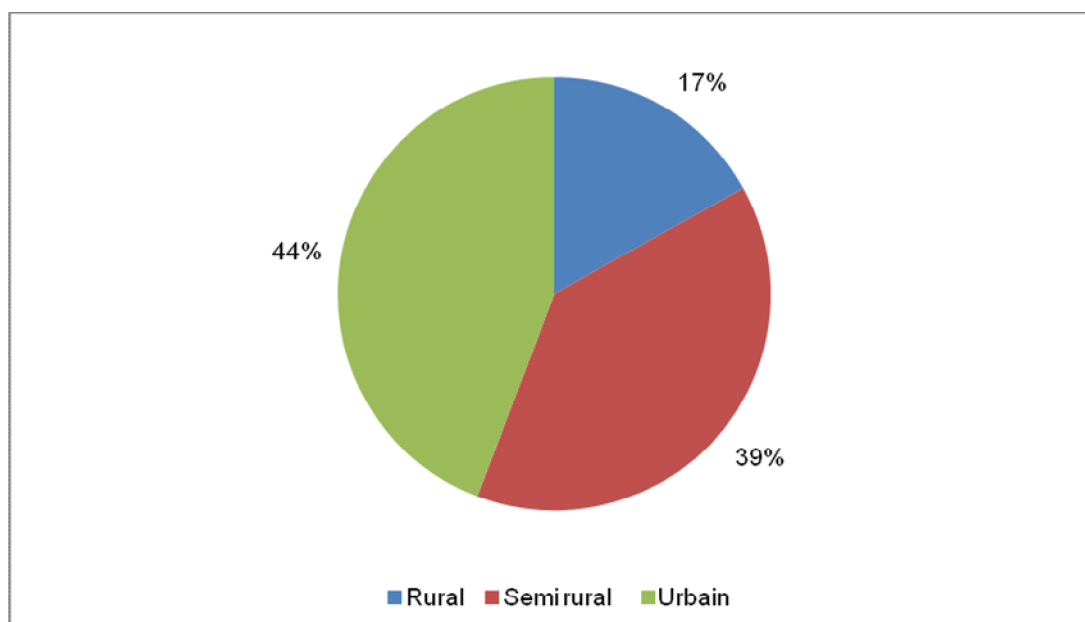


Figure 5. Répartition des PVVIH selon leur zone d'habitation

5.1.7.2. Composition des ménages

La majorité des ménages était composée de 4 personnes (16,6%) tandis que seulement 3,7% des ménages ne comportaient qu'une personne. En outre, un ménage sur deux était composé de plus de trois personnes (IQR [2 - 5]). Au sein de ces ménages, 63,5% avaient des enfants âgés de 0 à 14 ans et 20,0% avaient des enfants orphelins du sida.

5.1.7.3. Revenus des ménages

Le revenu mensuel médian d'un ménage était de 27 000 FCFA (soit 54 \$). Il était de 35 000 FCFA pour les PVVIH vivant dans les zones rurales, 20 000 FCFA pour les PVVIH vivant dans les zones semi-rurales et de 25 000 FCFA pour les PVVIH vivant dans les zones urbaines. Ce revenu était de 30 000 FCFA pour les hommes et de 20 000 FCFA pour les femmes ($p=0,001$).

5.1.7.4. Alimentation

Environ 35,8% des PVVIH déclaraient n'avoir pas eu assez à manger dans leur ménage sur une période d'au moins un jour durant le mois précédent l'enquête, avec des extrêmes de 1 et 30 jours. Les ménages de PVVIH situés en zone urbaine étaient les plus touchés par le problème d'alimentation (39,8%). Il n'existe cependant pas de différence significative entre les femmes et les hommes en ce qui concerne les difficultés alimentaires ($p=0,884$).

5.2. Expériences de stigmatisation et de discrimination

Cette partie aborde les différents aspects de la stigmatisation et de la discrimination dont peuvent être victimes les PVVIH. Il s'agit notamment des aspects relatifs à l'exclusion, à l'accès au travail et aux services de santé et d'éducation, ainsi que la stigmatisation interne et les craintes ressenties.

5.2.1. Exclusion

5.2.1.1. Exclusion des activités ou manifestations sociales

De toutes les PVVIH enquêtées, 62 (6,9%) rapportaient avoir été exclues d'activités ou de manifestations sociales au moins une fois au cours des 12 derniers mois (Tableau 9). Cette exclusion était liée à leur statut VIH pour 57 (91,9%) d'entre eux et les femmes en étaient plus souvent victimes que les hommes ($p=0,033$) (Tableau 10).

Tableau 9: Exclusion des PVVIH d'activités ou de manifestations sociales en fonction du genre

	Jamais		Une fois		Quelques fois		Souvent		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Homme	225	93,7	6	2,5	4	1,7	5	2,1	240
Femme	604	92,8	15	2,3	15	2,3	17	2,6	651
Total	829	93,0	21	2,4	19	2,1	22	2,5	891

Tableau 10: Raisons liées à l'exclusion d'activités ou de manifestations sociales en fonction du genre

	Liée au statut VIH		Autre raison		Statut VIH et autre raison		Non connu		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Homme	13	86,7	0	0,0	2	13,3	0	0,0	15
Femme	44	93,6	0	0,0	0	0,0	3	6,4	47
Total	57	91,9	0	0,0	2	3,2	3	4,9	62

5.2.1.2. Exclusion des activités religieuses

Au cours des 12 derniers mois, 15 PVVIH (1,7%) ont été exclues d'activités religieuses au moins une fois (Tableau 11), dans 93,3% des cas, la raison évoquée était leur statut VIH (Tableau 12).

Tableau 11: Exclusion d'activités religieuses en fonction du genre

	Jamais		Une fois		Quelques fois		Souvent		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Homme	239	99,6	0	0,0	1	0,4	0	0,0	240
Femme	637	97,8	4	0,6	2	0,3	8	1,3	651
Total	876	98,3	4	0,5	3	0,3	8	0,9	891

Tableau 12: Raisons liées à l'exclusion d'activités religieuses en fonction du genre

	Liée au statut VIH		Autre raison		Statut VIH et autre raison		Non connu		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Homme	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1
Femme	13	92,9	1	7,1	0	0,0	0	0,0	14
Total	14	93,3	1	6,7	0	0,0	0	0,0	15

5.2.1.3. Exclusions des activités familiales

On note que 82 PVVIH (9,2%) ont été exclues des activités familiales au moins une fois au cours des 12 derniers mois, avec une prédominance féminine ($p=0,05$) (Tableau 13).

Tableau 13: Exclusion d'activités familiales selon le genre

	Jamais		Une fois		Quelques fois		Souvent		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Homme	227	94,6	2	0,8	8	3,3	3	1,3	240
Femme	582	89,4	11	1,7	26	4,0	32	4,9	651
Total	809	90,8	13	1,5	34	3,8	35	3,9	891

Tableau 14: Raisons liées à l'exclusion d'activités familiales selon le genre

	Liée au statut VIH		Autre raison		Statut VIH et autre raison		Non connu		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Homme	12	92,3	0	0,0	0	0,0	1	7,7	13
Femme	55	79,7	3	4,3	1	1,5	10	14,5	69
Total	67	81,7	3	3,7	1	1,2	11	13,4	82

La principale raison d'exclusion des activités familiales était le statut VIH (81,7%) comme le montre le tableau 14. Il était de 92,3% chez les hommes et de 79,7% chez les femmes.

5.2.2. Commérages, agression, harcèlement

5.2.2.1. Commérage

On note que 325 PVVIH (36,5%) rapportaient des cas de stigmatisation ou discrimination liées à des commérages à leur sujet au moins une fois au cours des 12 derniers mois. Cette stigmatisation était plus fréquente chez les femmes que chez les hommes (40,1 % vs 26,7 %, $p=0,002$) comme le montre la figure 6.

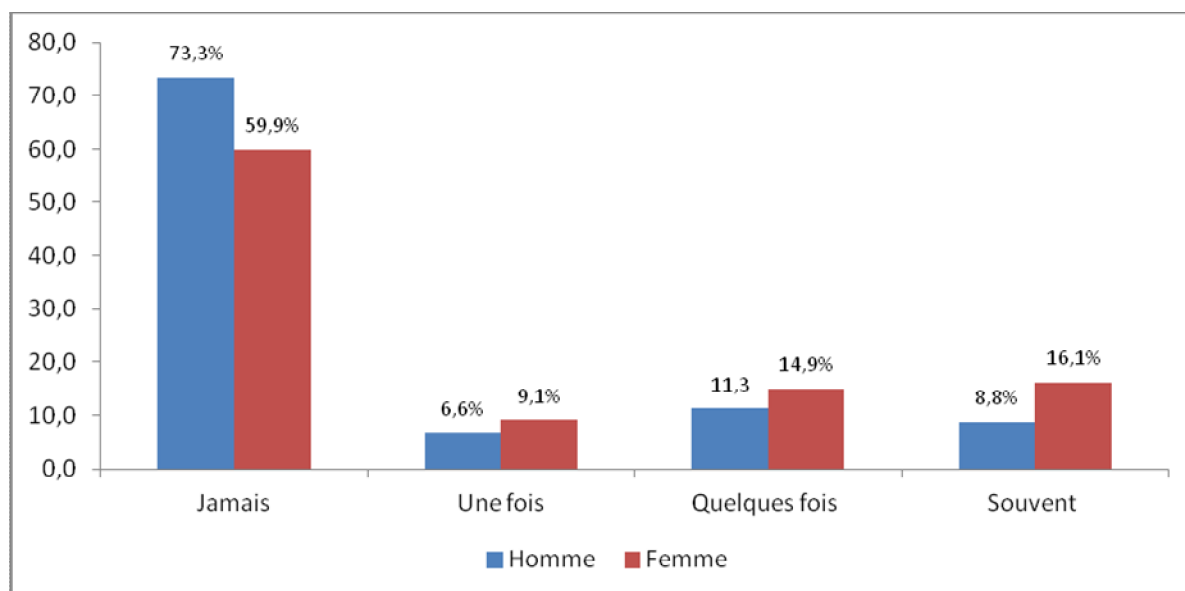


Figure 6. Cas de stigmatisation ou discrimination liées à des commérages

Les commérages autour du statut VIH représentaient 80,9 % des cas de stigmatisation par commérages (Tableau 15).

Tableau 15: Raisons liées au commérage en fonction du genre

	Liée au statut VIH		Autre raison		Statut VIH et autre raison		Non connu		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Homme	46	71,9	14	21,9	3	4,7	1	1,5	64
Femme	217	83,1	26	10,0	4	1,5	14	5,4	261
Total	263	80,9	40	12,3	7	2,2	15	4,6	325

5.2.2.2. Agression ou menace verbale

Au total, 228 (25,6%) PVVIH ont rapporté avoir été victimes de menace ou agression verbale au moins une fois au cours des 12 derniers mois (Tableau 16). Les cas d'agression verbale et de stigmatisation ont été plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes ($p=0,037$).

Tableau 16 : Expérience d'agression verbale rapportée en fonction du genre

	Jamais		Une fois		Quelques fois		Souvent		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Homme	191	79,6	13	5,4	23	9,6	13	5,4	240
Femme	472	72,5	60	9,2	55	8,5	64	9,8	651
Total	663	74,4	73	8,2	78	8,8	77	8,6	891

Les cas de menaces ou agressions verbales liées au statut VIH représentaient 76,7 % avec une prédominance féminine ($p=0,055$) (Tableau 17).

Tableau 17: Raisons liées aux cas d'agressions verbales en fonction du genre

	Liée au statut VIH		Autre raison		Statut VIH et autre raison		Non connu		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Homme	32	65,3	10	20,4	5	10,2	2	4,1	49
Femme	143	79,9	23	12,8	5	2,8	8	4,5	179
Total	175	76,7	33	14,5	10	4,4	10	4,4	228

5.2.2.3. Agression physique

Parmi les enquêtés, 57 (6,4%) ont rapporté avoir été victimes d'agression physique au moins une fois au cours des 12 derniers mois (Tableau 18). Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes ($p=0,139$).

Tableau 18: Expérience d'agression physique rapportée en fonction du genre

	Jamais		Une fois		Quelques fois		Souvent		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Homme	230	95,9	7	2,9	2	0,8	1	0,4	240
Femme	604	92,8	19	2,9	9	1,4	19	2,9	651
Total	834	93,7	26	2,9	11	1,2	20	2,2	891

Les cas d'agressions physiques liées au statut VIH représentaient 75,4% des cas (Tableau 19).

Tableau 19: Raisons liées aux cas d'agressions physiques en fonction du genre

	Liée au statut VIH		Autre raison		Statut VIH et autre raison		Non connu		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Homme	5	50,0	2	20,0	1	10,0	2	20,0	10
Femme	38	80,8	6	12,8	2	4,3	1	2,1	47
Total	43	75,4	8	14,0	3	5,3	3	5,3	57

Les cas d'agressions physiques provenaient essentiellement des autres membres du ménage (36,8%). Il n'existe cependant pas de différence significative entre les hommes et les femmes pour les personnes responsables des agressions physiques ($p=0,185$). (Tableau 20)

Tableau 20: Personnes désignées responsables de l'agression physique en fonction du genre

	Partenaire		Autre membre du ménage		Personne hors ménage		Personnes inconnues		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Homme	1	10,0	2	20,0	4	10,0	3	30,0	10
Femme	7	14,9	19	40,4	14	29,8	7	14,9	47
Total	8	14,0	21	36,9	18	31,6	10	17,5	57

5.2.3. Autres formes de discrimination ou de stigmatisation rapportées

Le tableau 21 décrit les autres formes de stigmatisation rapportées par les PVVIH. Seuls, 8,1% des PVVIH ont rapporté avoir subi des pressions psychologiques exercées par le partenaire au moins une fois. Des cas de rejet sexuel à cause du VIH étaient exprimés par 16,7% des PVVIH.

Tableau 21: Expérience d'agression physique rapportée en fonction du genre

	Jamais		Une fois		Quelquefois		Souvent		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Pression psychologique exercée par le partenaire (p=0,947)									
Homme	220	91,7	9	3,7	6	2,5	5	2,1	240
Femme	599	92,0	21	3,2	14	2,2	17	2,6	651
Total	819	91,9	30	3,4	20	2,2	22	2,5	891
Expérience de rejet sexuel à cause du VIH (p=0,186)									
Homme	188	78,3	3	1,3	35	14,6	14	5,8	240
Femme	554	85,1	6	0,9	63	9,7	28	4,3	651
Total	742	83,3	9	1,0	98	11,0	42	4,7	891
Discrimination par autre PVVIH (p=0,322)									
Homme	234	97,5	1	0,4	4	1,7	1	0,4	240
Femme	617	94,7	14	2,2	14	2,2	6	0,9	651
Total	851	95,5	15	1,7	18	2,0	7	0,8	891
Discrimination d'un tiers à cause du VIH (p=0,023)									
Homme	218	90,8	3	1,3	13	5,4	6	2,5	240
Femme	544	83,6	32	4,9	36	5,5	39	6,0	651
Total	762	85,5	35	3,9	49	5,5	45	5,1	891

5.2.4. Les raisons de stigmatisation liées au VIH

Les raisons de la stigmatisation ou discrimination liées au VIH au cours des 12 derniers mois, les plus évoquées étaient la peur de transmettre le VIH, la peur d'être contaminés par simple contact et la peur d'être associé à une personne infectées par le VIH (Tableau 22).

Tableau 22: Raisons de la stigmatisation ou discrimination liées au VIH au cours des 12 derniers mois

	Effectif	%
Peur que je leur transmette le VIH	311	34,9
Peur d'être contaminé par simple contact	181	20,3
Peur d'être associé à une personne infectée par le VIH	120	13,5
Croyance religieuse ou jugements moraux	31	3,5
Désapprobation du style de vie ou du comportement	15	1,7
Présence des symptômes de la maladie	46	5,2
Ne connaît pas la raison	351	39,4

5.3. Accès au logement, au travail, aux services de santé et à l'éducation

5.3.1. Accès au logement

Parmi les 891 PVVIH, (33,5%), ont rapporté avoir éprouvé des difficultés d'accès au logement au moins une fois au cours des 12 derniers mois (Tableau 23).

Tableau 23: Difficulté d'accès au logement en fonction du genre

	Jamais		Une fois		Quelquefois		Souvent		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Homme	165	68,7	53	22,1	15	6,3	7	2,9	240	100,0
Femme	427	65,5	156	24,0	46	7,1	22	3,4	651	100,0
Total	592	66,4	209	23,5	61	6,8	29	3,3	891	100,0

Les difficultés d'accès au logement liées au statut VIH étaient rapportées par 299 PVVIH (33,8%). Elles étaient de 34,5% chez les femmes et de 31,3% chez les hommes (Tableau 24).

Tableau 24: Raisons liées aux difficultés d'accès au logement

	Lié au Statut VIH		Autre raison		Statut VIH et autre raison		Inconnu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Homme	21	28,0	43	57,3	9	12,0	2	2,7	75	100,0
Femme	80	35,7	127	56,7	8	3,6	9	4,0	224	100,0
Total	101	33,8	170	56,8	17	5,7	11	3,7	299	100,0

5.3.2. Accès au travail

Les pertes d'emploi au cours des 12 derniers mois ont été rapportées chez 25,0% des 138 hommes qui avaient des emplois et par 29,5% des 298 PVVIH femmes qui avaient des emplois. Cette perte d'emploi était liée à l'infection à VIH dans 36% des cas et à d'autre raison dans 40% des cas. Le refus d'emploi au cours des 12 derniers mois a été rapporté par 24 (5,6%) PVVIH. Les changements à un poste de travail ont été rapportés par 34 (7,8%) PVVIH (Tableau 25).

Tableau 25: Raisons liées aux difficultés d'accès au travail

	Homme		Femme		Total	
	n	%	n	%	N	%
Fréquence de perte d'emploi au cours des 12 derniers mois						
Jamais	103	74,6	210	70,5	313	71,8
Une fois	18	13,0	41	13,8	59	13,5
Quelque fois	14	10,1	38	12,8	52	11,9
Souvent	3	2,2	9	3,0	12	2,8
Total	138	100,0	298	100,0	436	100,0
Raison de la perte d'emploi						
Lié au statut VIH	15	33,3	41	37,6	56	36,4
Autre raison	17	37,8	46	42,2	63	40,9
Statut VIH et autre raison	1	2,2	3	2,8	4	2,6
Inconnu	12	26,7	19	17,4	31	20,1
Total	45	100,0	109	100,0	154	100,0
Raisons liées au statut VIH						
Discrimination par employeur et collègues	6	13,0	15	15,6	21	14,8
Raisons de santé	10	21,7	10	10,4	20	14,1
Discrimination par employeur et collègues et raison de santé	5	10,9	13	13,5	18	12,7
Autre raison	25	54,3	58	60,4	83	58,5
Total	46	100,0	96	100,0	142	100,0
Refus d'emploi						
Oui	9	6,6	15	5,2	24	5,6
Non	127	93,4	276	94,8	403	94,4
Total	136	100,0	291	100,0	427	100,0
Changement de poste ou refus de promotion						
Jamais	128	92,8	276	92,0	404	92,2
Une fois	5	3,6	13	4,3	18	4,1
Quelque fois	2	1,4	5	1,7	7	1,6
Souvent	3	2,2	6	2,0	9	2,1
Total	138	100,0	300	100,0	438	100,0
Raisons liées à un changement de poste ou un refus de promotion						
Discrimination par employeur et collègues	3	17,6	12	30,0	15	26,3
Raisons de santé	0	0	2	5,0	2	3,5
Discrimination par employeur et collègues et raison de santé	2	11,8	4	10,0	6	10,5
Autre raison	12	70,6	22	55,0	34	59,6
Total	17	100,0	40	100,0	57	100,0

5.3.3. Accès à l'éducation

Près d'un tiers de PVVIH ont rapporté avoir été renvoyé, suspendu ou interdit d'accès dans un établissement d'enseignement à cause du statut VIH ($p=0,756$). Il n'y a pas de différence significative sur les difficultés d'accès dans un établissement en fonction du genre. Il était de 36,3% chez les hommes et 36,4% chez les femmes.

Très peu d'enfants ont été renvoyés, suspendus ou interdits d'accès dans un établissement d'enseignement à cause du statut VIH. Il représentait 1,8% des enfants des PVVIH (Tableau 26).

Tableau 26: Raisons liées aux difficultés d'accès à l'éducation

	Homme		Femme		Total	
	n	%	n	%	n	%
Renvoyé suspendu ou interdit d'accès dans un établissement d'enseignement à cause du statut VIH (p=0,756)						
Jamais	153	63,7	414	63,6	567	63,6
Une fois	1	0,4	3	0,5	4	0,4
Quelques fois	86	35,9	233	35,8	319	35,9
Souvent	0	0,0	1	0,1	1	0,1
Total	240	100,0	651	100,0	891	100,0
Enfants renvoyés, suspendus ou interdits d'accès dans un établissement d'enseignement à cause du statut VIH (p= 0,533)						
Jamais	198	83,5	511	80,2	709	81,1
Une fois	2	0,8	7	1,1	9	1,0
Quelque fois	0	0,0	5	0,8	5	0,6
Souvent	0	0,0	2	0,3	2	0,2
Non applicable	37	15,6	112	17,6	149	17,0
Total	237	100,0	637	100,0	874	100,0

5.3.4. Accès aux structures de santé

Le refus d'accès à des structures de soins était pratiquement peu rapporté dans cette étude. Il a été évoqué par moins de 2% des PVVIH et il n'y a pas de différence statistiquement significative selon le genre. Le refus d'accès aux services de planification familiale à cause du statut VIH a été très peu rapporté par les VIH (32 PVVIH soit 3,7% des participants). Il en est de même pour le refus d'accès au service de santé sexuelle et reproductive rapporté que par 46 PVVIH soit 5,2% des enquêtés (Tableau 27).

Tableau 27: Raisons liées aux difficultés d'accès au structure de santé

	Homme		Femme		Total	
	n	%	n	%	n	%
Refus d'accès aux structures de santé à cause du statut VIH (p=0,281)						
Jamais	223	92,9	599	91,9	822	92,1
Une fois	1	0,4	6	0,9	7	0,8
Quelque fois	0	0,0	5	0,8	5	0,6
Souvent	0	0,0	3	0,5	3	0,3
NA*	16	6,7	38	5,9	54	6,2
Total	240	100,0	651	100,0	891	100,0
Refus d'accès aux services de planification familiale à cause du statut VIH (p<0,001)						
Oui	8	3,3	24	3,8	32	3,7
Non	120	49,8	414	62,7	534	59,2
NA*	112	46,9	213	33,5	325	37,2
Total	240	100,0	651	100,0	891	100,0
Refus d'accès au service de santé sexuelle et reproductive (p=0,481)						
Oui	13	5,5	33	5,1	46	5,2
Non	227	94,5	618	94,9	845	94,8
Total	240	100,0	651	100,0	891	100,0

*NA = non applicable

5.4. Stigmatisation interne ou auto-stigmatisation

Près d'un dixième de PVVIH ont déjà eu envie de se suicider et un tiers des PVVIH ont rapporté des sentiments de honte. Des actes volontaires liés à une stigmatisation rapportée était dominée par le refus de se marier rapporté par près un tiers des femmes et 28% des PVVIH et le plus du 1/3 des PVVIH ont déclaré ne plus vouloir avoir des enfants.

Le tableau 28 rapporte les sentiments de stigmatisation interne ou auto-stigmatisation ressentis au cours des 12 derniers mois, Ils étaient dominés par la honte et le sentiment de culpabilité et une piètre estime de soi.

Parmi les actes volontaires liés à une stigmatisation, ils sont dominés par la décision de ne pas se marier (18,3% chez les hommes et 31,2% chez les femmes), la décision de ne plus avoir de relation sexuelle (14,2% chez les hommes et 32,9% chez les femmes) et aussi par la décision de ne pas ou plus avoir d'enfants (28,8% chez les femmes et 34,7% chez les hommes).

Tableau 28: Sentiment de stigmatisation interne

	Homme		Femme		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sentiment de stigmatisation interne ressentis au cours des 12 derniers mois						
J'ai honte	56	23,3	258	39,6	314	35,2
Je me sens coupable	95	39,6	232	35,6	327	36,7
Je me blâme moi-même	74	30,8	211	32,4	285	32,0
Je blâme les autres	13	5,4	129	19,8	142	15,9
J'ai une piètre estime de moi	71	29,6	250	38,4	321	36,0
Je pense que je devrais être puni	30	12,5	94	14,4	124	13,9
J'ai envie de me suicider	16	6,7	86	13,2	102	11,4
Acte volontaire lié à une stigmatisation						
J'ai choisi de ne pas aller à une manifestation sociale	37	15,4	119	18,3	156	17,5
Je me suis isolé de ma famille et de mes amis	31	12,9	92	14,1	123	13,8
J'ai décidé d'arrêter le travail	22	9,2	100	15,4	122	13,7
J'ai décidé de ne pas demander un emploi travail ou promotion	14	5,8	56	8,6	70	7,9
J'ai abandonné l'éducation ou la formation	15	6,3	63	9,7	78	8,8
J'ai décidé de ne pas me marier	44	18,3	203	31,2	247	27,7
J'ai décidé de ne pas avoir de relation sexuelle	34	14,2	214	32,9	248	27,8
J'ai décidé de ne pas plus) avoir d'enfants	69	28,8	226	34,7	295	33,1
J'ai évité d'aller dans un centre de santé local	9	3,8	23	3,5	32	3,6
J'ai évité d'aller à l'hôpital	6	2,5	18	2,8	24	2,7

Parmi les sentiments de stigmatisations évoqués, on note la peur de commérage dans 37% des cas, la peur d'être insulté dans 30% des cas. En outre la peur qu'on ne veuille pas avoir de relation sexuelle avec les participants a été évoquée par plus d'un 1/3 de PVVIH à cause de leur statut VIH. Le tableau 29 présente les sentiments de stigmatisation interne évoqués en fonction du genre.

Tableau 29: Sentiment de stigmatisation interne (auto-stigmatisation)

	Homme		Femme		Total	
	n	%	n	%	n	%
Crainte de stigmatisation interne						
Peur de commérages	52	21,7	278	42,7	330	37,0
Peur d'être insulté, harcelé verbalement	40	16,7	227	34,9	267	30,0
Peur d'être insulté ou harcelé physiquement	17	7,1	114	17,5	131	14,7
Peur d'être agressé physiquement	13	5,4	87	13,4	100	11,2
Peur qu'on ne veuille pas avoir de relation sexuelle avec moi à cause de mon statut VIH						
Oui	58	24,2	223	34,3	281	31,5

5.5. Droits, lois et politiques

Cette partie aborde la perception des lois, les droits et des politiques ainsi que les actions menées par les PVVIH pour faire changer la situation.

5.5.1. Connaissance sur la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA

Parmi les 891 PVVIH interrogées, 566 (63,5%) ont rapporté avoir déjà entendu parler de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA qui protège les droits des personnes vivant avec le VIH. Parmi eux, 192 ont déjà lu ou discuté le contenu de cette déclaration. La connaissance de la déclaration d'engagement sur le VIH/Sida ne variait pas en fonction du genre, elle était de 35,2% chez les hommes et de 33,4% chez les femmes ($p=0,626$). Elle ne variait pas non plus selon le niveau d'éducation (35,6% chez les personnes ayant une éducation formelle, $p=0,270$) et encore moins en fonction du milieu de résidence (29,4% en milieu rural, 34,2% en zone semi-rural et 34,7% dans les grandes villes ou métropoles ; $p=0,477$).

5.5.2. Violation des droits des PVVIH

Parmi les 891 PVVIH, 75 (8,4%) ont déclaré avoir été victimes d'une violation de leurs droits au cours des derniers mois. On notait une différence statistiquement significative selon le milieu de résidence ($p=0,001$). Cependant, il n'existe pas de différence significative en fonction du genre ($p=0,628$), et du niveau d'éducation ($p=0,282$). Le tableau 30 présente quelques exemples de violation de droits rapportés par les PVVIH selon le genre.

Tableau 30 : Violation de droit rapportée par les PVVIH au cours des 12 derniers mois

	Homme		Femme		Total	
	n	%	n	%	n	%
Obligation d'une procédure médicale test VIH	22	9,2	65	10	87	9,8
Refus d'assurance maladie ou assurance vie liée au statut VIH	2	0,8	6	0,9	8	0,9
Arrêté et traduit en justice à cause du statut VIH	2	0,8	5	0,8	7	0,8
Divulguer son statut sérologique pour entrer dans un pays	1	0,4	5	0,8	6	0,7
Divulguer son statut sérologique pour une demande de résidence ou de nationalité	1	0,4	5	0,8	6	0,7
Détenu, mis en quarantaine ou victime de ségrégation	2	0,8	7	1,1	9	1

5.5.3. Implication dans la lutte contre la stigmatisation

L'implication des PVVIH dans la lutte contre la stigmatisation est dominée par le soutien à d'autres PVVIH dans 59,3% des cas et la connaissance d'organisation ou de groupe de soutien aux personnes victimes de stigmatisation dans 49,4% des cas (Tableau 31).

Tableau 31: Implication des PVVIH dans la lutte contre la stigmatisation

	Homme		Femme		Total	
	n	%	n	%	n	%
Interpeller ou éduquer quelqu'un faisant de la stigmatisation	47	19,6	131	20,1	178	20,0
Connaissance d'organisation ou de groupe de soutien aux personnes victimes de stigmatisation	140	58,3	300	46,1	440	49,4
Recherche d'aide auprès d'organisation ou de groupe de soutien	19	7,9	67	10,3	86	9,7
Soutien à d'autres personnes vivant avec le VIH	156	65,0	372	57,1	528	59,3
Membre d'un groupe de soutien ou d'un réseau de PVVIH	101	42,1	260	39,9	361	40,5
Bénévole ou employé dans un programme ou un projet soutenant les PVVIH	30	12,5	63	9,7	93	10,4
Participation à une action d'élaboration d'une législation, de politiques ou de directives liées au VIH	7	2,9	22	3,4	29	3,3

5.6. Dépistage et diagnostic

5.6.1. Raison de réalisation du test de dépistage

Autant chez les hommes (31,3 %) que chez les femmes (25,5 %), les principales raisons de réalisation du test de dépistage du VIH étaient la référence pour la présence de symptômes suspectés liés à l'infection à VIH (Figure 7). La deuxième raison est le décès ou la maladie d'une partenaire. Un dixième des femmes ont été dépistées au cours des consultations prénatales pour une grossesse.

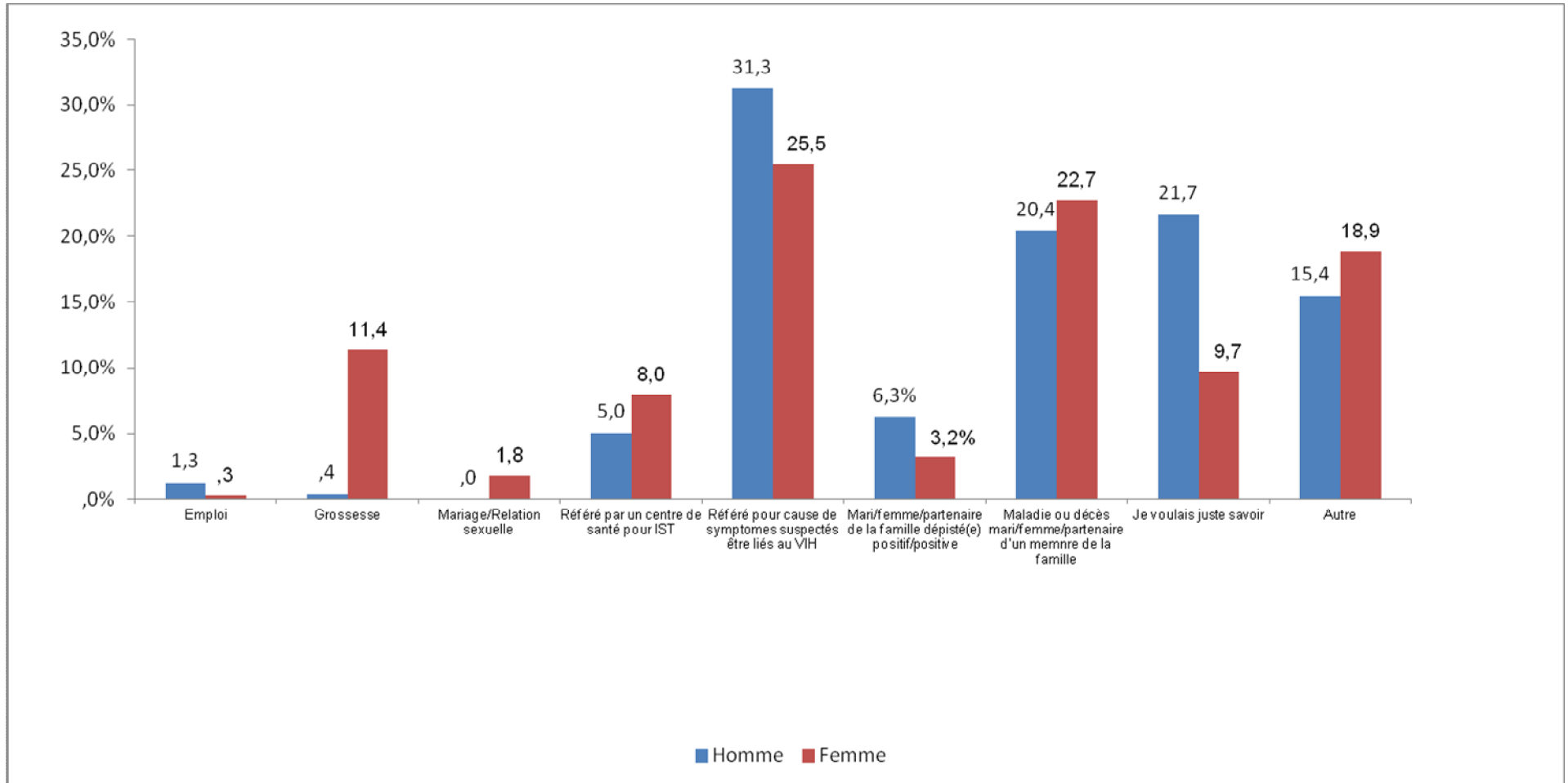


Figure 7. Raisons de réalisation du test VIH chez les PVVIH

5.6.2. Décision de réalisation du test VIH

Environ ¾ des tests VIH réalisées étaient une décision volontaire. Cependant, on note que dans 5% des cas, le test VIH a été réalisé à l'insu du client (Figure 8).

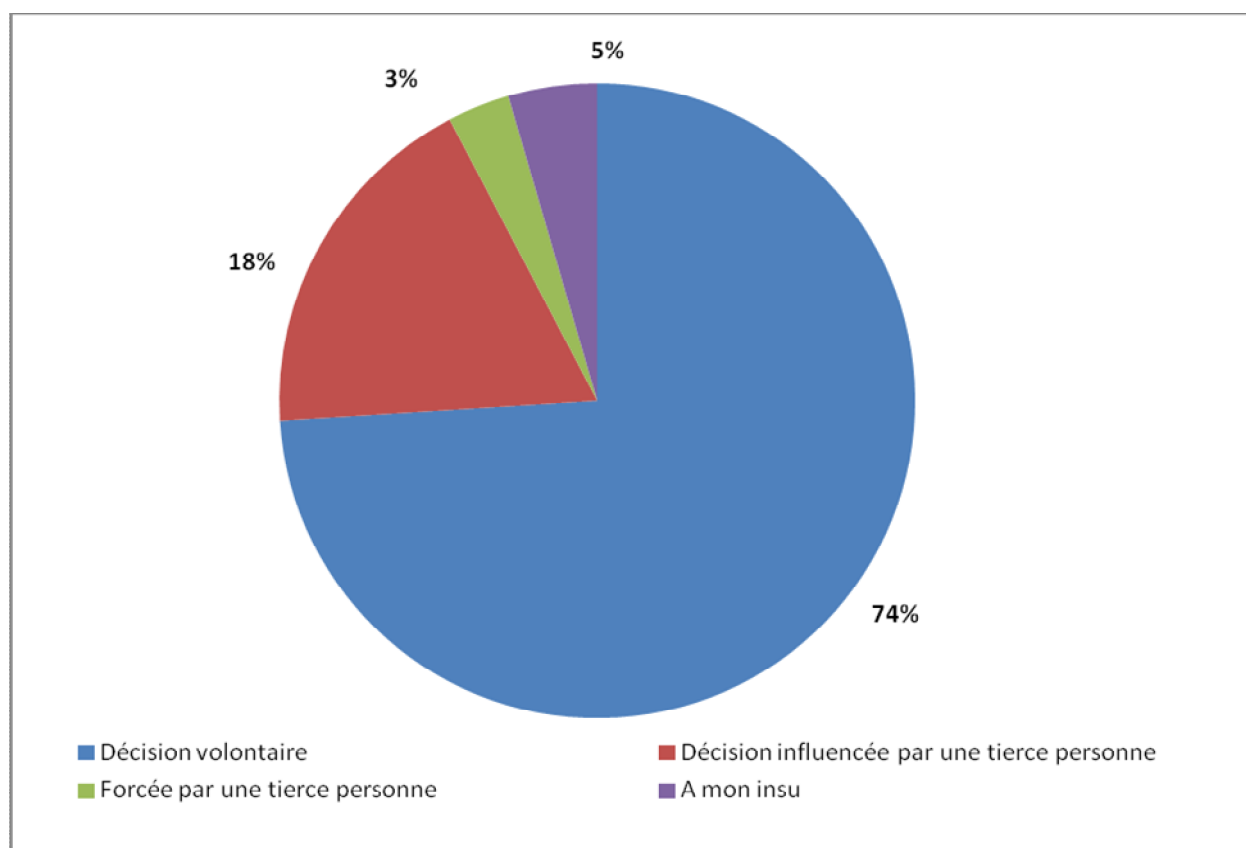


Figure 8. Décision de réalisation du test VIH

5.6.3. Conseil pré et post test

Parmi les 891 PVVIH, 679 (76,8%) ont déclaré avoir bénéficié d'un conseil pré et post test. Il n'y avait pas de différence significative selon le genre $p=0,438$ (Tableau 32) et selon le lieu de résidence ($p=0,777$) (Tableau 33). Cependant, 85 PVVIH soit (9,6%) ont déclaré n'avoir bénéficié d'aucun conseil lors de la réalisation du test VIH.

Tableau 32: Réalisation d'un conseil pré et post pour le test VIH selon le genre

	Hommes		Femmes		Total	
	n	%	n	%	n	%
Conseil Pré et Post test VIH	179	74,9	500	77,4	679	76,8
Conseil Pré test VIH	5	2,1	6	,9	11	1,2
Conseil Post test VIH	33	13,8	77	11,9	110	12,4
Aucun	22	9,2	63	9,8	85	9,6
Total	239	100,0	646	100,0	885	100,0

Tableau 33 : Réalisation d'un conseil pré et post pour le test VIH selon le lieu de résidence

	Rural		Petite ville ou village		Grande ville/Métropole		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Conseil Pré et Post test VIH	116	77,9	271	78,6	292	74,7	679	76,8
Conseil Pré test VIH	1	0,7	5	1,5	5	1,3	11	1,2
Conseil Post test VIH	20	13,4	40	11,6	50	12,8	110	12,4
Aucun	12	8,1	29	8,4	44	11,3	85	9,6
Total	149	100,0	345	100,0	391	100,0	885	100,0

5.7. Divulgence et partage du statut VIH à une tierce personne

5.7.1. Divulgence du statut à une tierce personne

Le tableau 34 présente les résultats sur le partage du statut VIH à une tierce personne.

Tableau 34 : Divulgence du statut VIH à une tierce personne

	Par moi même		Par une tierce personne avec mon accord		Par une tierce sans mon accord		Non informé de mon statut	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Votre mari/femme/partenaire	378	78,4	27	5,6	12	2,5	65	13,5
Autres membres adultes de la famille	483	54,2	42	4,7	104	11,7	238	26,7
Les enfants de votre famille	284	31,9	12	1,4	31	3,5	410	46,0
Vos amis/voisins	120	13,5	9	1,0	106	11,9	520	58,4
Autres personnes vivant avec le VIH	612	68,7	30	3,4	83	9,3	102	11,4
Personnes avec qui vous travaillez vos collègues)	71	8,0	4	0,4	30	3,4	268	30,1
Votre/Vos employeurs)/patrons)	67	7,5	3	0,3	15	1,7	204	22,9
Clients	24	2,7	2	0,2	28	3,1	350	39,3
Leaders religieux	169	19,0	9	1,0	26	2,9	444	49,8
Leaders	113	12,7	4	0,5	23	2,6	452	50,7
Communautaires Agents de soins de santé	771	86,5	52	5,8	14	1,6	38	4,3
Assistants sociaux/conseillers	759	85,2	39	4,4	10	1,1	25	2,8
Enseignants	10	1,1	3	0,3	2	0,2	199	22,3
Autorités publiques	4	0,4	0	0,0	3	0,3	393	44,1
Les médias	6	0,7	0	0,0	2	0,2	389	43,7

La divulgation du statut VIH est réalisé par le sujet lui-même à une tierce personne dans la grande majorité des cas : au partenaire dans 78,4% des cas ou à un autre membre de la famille dans 54,2% des cas, à d'autres personnes VIH dans 68,9% des cas. D'une manière générale on note que 13,5% des PVVIH n'ont pas informé leur partenaire de leur statut VIH.

5.7.2. Sentiment de pression ressentie sur la divulgation du statut VIH

Les sentiments de pression étaient très rarement rapportés aussi bien par des personnes vivant avec le VIH et les personnes non infectées par le VIH (Tableau 35).

Tableau 35: Sentiment de pression ressentie après la divulgation du statut VIH selon le genre

	Jamais		Une fois		Quelques fois		Souvent		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Par des PVVIH									
Homme	234	97,5	1	0,4	2	0,8	3	1,3	240
Femme	627	96,3	7	1,1	12	1,8	5	0,7	651
Par des non PVVIH									
Homme	232	96,6	1	0,4	3	1,3	4	1,7	240
Femme	602	92,5	12	1,8	24	3,7	13	2,0	651

5.7.3. Réaction des personnes après la divulgation du statut VIH

Le tableau 36 résume les réactions de l'entourage après la divulgation du statut VIH. Les réactions discriminatoires et très discriminatoires sont plus observées auprès des proches comme le mari, l'épouse et le partenaire, ainsi que les autres membres adulte de la famille.

Tableau 36 : Réaction de l'entourage après la divulgation du statut VIH

	Très discriminatoire et discriminatoire		Indifférence		Sympathique et très sympathique	
	n	%	n	%	n	%
Votre mari/femme/partenaire	44	9,1	128	26,6	254	52,7
Autres membres adultes de la famille	116	13,0	164	18,4	359	40,3
Les enfants de votre famille	38	4,3	107	12,0	202	22,7
Vos amis/voisins	67	7,5	85	9,5	111	12,5
Autres personnes vivant avec le VIH	7	0,8	183	20,5	476	53,4
Personnes avec qui vous travaillez vos collègues)	11	1,2	42	4,7	67	7,5
Votre/Vos employeurs)/patrons)	7	0,8	31	3,5	64	7,2
Clients	18	2,0	29	3,2	27	3,0
Leaders religieux	8	0,9	50	5,6	161	18,1
Leaders communautaires	5	0,6	81	9,1	84	9,4
Agents de soins de	11	1,2	161	18,1	668	75,0

	Très discriminatoire et discriminatoire		Indifférence		Sympathique et très sympathique	
	n	%	n	%	n	%
santé						
Assistants sociaux/conseillers	7	0,8	157	17,6	640	71,8
Enseignants	1	0,1	8	0,9	15	1,7
Autorités publiques	0	0,0	4	0,4	14	1,6
Les médias	1	0,1	3	0,3	12	1,3

5.7.4. Comportement des agents de santé et confidentialité du dossier médical

Parmi les sujets enquêtés, 5,9% ont déclaré que des agents de santé ont divulgué leur statut VIH sans leur accord. La grande majorité des PVVIH qui ont participé à l'étude pense que leur statut VIH dans le dossier médical est totalement confidentiel et 13,6% estime que leur statut VIH dans le dossier médical n'est pas confidentiel. Le tableau 37 résume les résultats sur la confidentialité du statut VIH dans le dossier médical et sur la supposée divulgation du statut VIH par un agent de santé.

Tableau 37: Comportement des agents de santé sur la confidentialité du statut VIH selon le genre

	Homme		Femmes		Total	
	n	%	n	%	N	%
Divulgence de mon statut VIH sans mon accord						
Oui	18	7,5	35	5,4	53	5,9
Confidentialité du statut VIH dans le dossier médical						
<i>Totalement confidentiel</i>	208	86,7	546	83,9	754	84,6
<i>Non confidentiel</i>	28	11,7	95	14,6	123	13,8
<i>Je ne sais pas</i>	4	1,6	10	1,5	14	1,6

5.8. Accès au traitement antirétroviral et aux infections opportunistes

Un tiers des PVVIH a déclaré avoir un état de santé général excellent ou très bon (Tableau 38). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative en fonction du g ($p=0,582$). La grande majorité 95,9% des PVVIH ayant participé à cette enquête était sous traitement antirétroviral et 73,7% avaient un traitement pour des infections opportunistes. Les PVVIH ont rapporté qu'il y a une facilité d'accès au traitement antirétroviral dans leur commune de résidence.

Tableau 38: Accès au traitement antirétroviral et de prévention des infections opportunistes selon le genre

	Homme		Femmes		Total	
	n	%	n	%	N	%
Etat de santé Général						
<i>Excellent</i>	25	10,4	68	10,4	93	10,4
<i>Très bon</i>	51	21,3	152	23,3	203	22,8
<i>Bon</i>	120	50	311	47,8	431	48,4
<i>Correct</i>	37	15,4	87	13,4	124	13,9
<i>Mauvais</i>	7	2,9	33	5,1	40	4,5
Actuellement sous traitement ARV						
Oui	229	95,8	619	96	848	95,9
Actuellement sous traitement pour des IO						
Oui	187	77,9	467	72,2	654	73,7
Facilité d'accès au traitement antirétroviral						
Oui	217	91,2	591	91,3	808	91,3

IO = infections opportunistes

5.9. Interruption de grossesse et Prévention de la TME du VIH

Parmi les 651 femmes enrôlées dans cette étude, 20,3% ont reçu des traitements de PTME et 13,5% ont effectué une pratique spécifique d'une alimentation à cause du statut VIH. Toutefois, quatre femmes ont reçu des recommandations de faire une IVG à cause du statut VIH (Tableau 39).

Tableau 39 : Prévention de la transmission mère-enfant du (VIH N=651)

	Effectif	Pourcentage
Recommandation d'interruption volontaire de grossesse à cause du statut VIH	4	0,6
Traitement de PTME reçu	132	20,3
Pratique spécifique d'une alimentation à cause du statut VIH	88	13,5

IVG = avortement

5.10. Avoir des enfants

Globalement 82,9% des PVIIH ont des enfants et près de 13,3% ont des enfants infectés par le VIH. Environ, 4,6% des PVVIH ont été dissuadés d'avoir des enfants par un professionnel de santé. Toutefois, on note que 1,0% des PVVIH ont été conseillé de subir une stérilisation à cause de leur statut VIH (Tableau 40).

Tableau 40 : désir de procréation selon le genre

	Hommes		Femmes		Total	
	n	%	n	%	N	%
Ont des enfants	199	82,9	540	82,9	739	82,9
Ont des enfants séropositifs	12	6,0	86	15,9	98	13,3
Ont été dissuadés d'avoir des enfants par un professionnel de santé	14	5,8	27	4,1	41	4,6
Ont reçu des conseils en matière de reproduction	139	57,9	413	63,4	552	62,0
Ont été conseillé de subir une stérilisation à cause du statut VIH	2	0,8	7	1,1	9	1,0

5.11. Aspects qualitatifs

Les données de l'enquête qualitative des différents focus groups sont disponibles en audio et retranscrites textuellement sur un total de 49 pages. L'analyse des transcriptions a permis de relever des constats que nous formulons dans ce rapport sous la forme de résultats préliminaires. Ces constats portent sur :

- les expressions de la stigmatisation et de la discrimination
- les auteurs de la stigmatisation et de la discrimination
- les raisons pouvant justifier la stigmatisation et la discrimination
- les conséquences liées à la stigmatisation et à la discrimination
- et l'existence de cadre règlementaire ou juridique sur la stigmatisation et la discrimination des PVVIH et/ou des homosexuels

Dans l'ensemble, ces constats sont les mêmes avec quelques variantes liées à la spécificité du groupe enquêté.

5.11.1. Index de la stigmatisation et de la discrimination chez les femmes séropositives au VIH par rapport aux femmes infectées allaitantes

- *Expressions de la stigmatisation et de la discrimination chez les femmes*

L'expression dont il est question ici renvoie à tout ce qui est fait ou dit qui traduit qu'il y a stigmatisation et/ou discrimination. Ici, elle se manifeste de la même façon mais peuvent connaître, pour une même expression, des déclinaisons.

L'expression de la stigmatisation et de la discrimination se résume donc : aux médisances, aux sobriquets (*dougnakoudom, sidato, quelque chose arrive et le cheval de troie*) qui permettent de l'identifier, aux propos injurieux, au refus de commercer avec elle à cause de l'infection du VIH, au refus à la fois de les approcher et/ou de toucher à leurs affaires, au refus de partager une même pièce de la maison avec elles.

La stigmatisation et la discrimination s'expriment aussi, d'après les enquêtées, par : leur isolement, leur rejet, leur entière mise à l'écart (personne et tout ce qu'elle a une fois touché), la différenciation entre elles et les personnes non-infectées ou qui ne connaissent pas leur statut, leur rejet/leur abandon avec les enfants entièrement à leur charge, la maltraitance, etc.

- *Auteurs des stigmatisations et des discriminations*

Les auteurs de la stigmatisation et de la discrimination subies par les femmes séropositives et/ou allaitantes sont les mêmes à l'aune des données recueillies. Ils se composent entre autre de l'époux, du père, de la mère, des frères et sœurs, et des autres membres de la famille.

Comme auteurs de stigmatisation et de discrimination, l'entourage des enquêtées est aussi à prendre en compte et se constitue des parents issus de la belle-famille, des amis, des voisins (co-locataires), des habitants du même quartier, des membres de la communauté religieuse, des collègues de service et des professionnels de santé.

- *Raisons pouvant justifier la stigmatisation et la discrimination*

Les enquêtées ont fait savoir que la stigmatisation et la discrimination subies **s'expliqueraient par l'insuffisance d'information sur le mode de transmission du VIH**, l'orientation de la sensibilisation sur l'infection à VIH/SIDA fondées plus sur les comportements sexuels à risque au début de l'épidémie, l'ignorance, la peur d'être infecté par une tierce qu'on sait infectée, la curiosité (être séropositive et être en vie, avoir un enfant en bonne santé, etc.) l'insensibilité des proches et de l'entourage, etc.

- *Conséquences de la stigmatisation et de la discrimination*

Elles sont de deux ordres et concernent à la fois les **"victimes" et les "bourreaux"**. Cependant, les victimes endurent plus de difficultés. Ces conséquences sont : *leurs frustrations, leur découragement à la vie / leur encouragement à la mort, leur refus de prendre les comprimés ARV pour ne pas éveiller les soupçons, les soucis, la méfiance, leur refus du partage de la sérologique avec l'entourage, leur auto-isolement, les disputes dans les centre de santé.*

Toutes ces conséquences susmentionnées entraînent pour les femmes séropositives au VIH et/ou allaitantes bien d'autres beaucoup plus désastreuses dont : 1) leur refus des soins dans les centres de santé, leur refus de se rendre dans les centres de santé pour la prise en charge (PEC) ou pour le renouvellement du stock d'ARV ou pour les séances de nutrition de l'enfant, et donc la fuite des centres de PEC des PVVIH. 2) un abandon progressif des centres de santé et donc un engagement à perte de ressources financières, matérielles et humaines, la mort progressive des PVVIH et la décimation de famille par l'infection.

5.11.2. Index de la stigmatisation et de la discrimination chez les enfants

- *Expressions de la stigmatisation et de la discrimination*

Elles sont de deux ordres : l'expression de la stigmatisation et de la discrimination positive et celle négative. La première se résume : aux gestes gentils, gestes sentimentaux (exprimant la compassion, la pitié), aux efforts de soutien, réconfort (par la présence des parents, des proches, d'amis, etc.), souci de partager la douleur, etc. La seconde se résume : aux médisances, aux propos injurieux (le sidéen, le malade), au refus de commercer avec eux, au refus à la fois de les approcher et/ou de toucher à leurs effets.

La stigmatisation et la discrimination s'expriment aussi, d'après les enfants, par : leur isolement, leur rejet, leur entière mise à l'écart (personne et tout ce qu'il a une fois touché), la différenciation entre eux et les personnes non-infectées ou qui connaissent pas leur statut, etc.

- *Auteurs des stigmatisations et des discriminations chez les enfants*

Les auteurs de la stigmatisation et la discrimination subies par les enfants infectés par le VIH sont entre autre leurs amis d'apprentissage, du quartier, de la communauté religieuse, etc.

- *Raisons pouvant justifier la stigmatisation et la discrimination*

La stigmatisation et la discrimination subies s'expliqueraient, selon les enfants par : leur état de séropositivité au VIH, l'insuffisance d'information sur le mode de transmission du VIH, l'ignorance, la peur d'être infecté par un tiers qu'on sait infecter, la curiosité, etc.

- *Conséquences de la stigmatisation et de la discrimination*

Elles sont de deux ordres et concernent à la fois les victimes et les "bourreaux". Cependant, les victimes restent celles qui endurent plus de difficultés. Ces conséquences contre les victimes sont : les frustrations, le découragement à la vie, l'encouragement à la mort, les tentatives au suicide, le non-respect des RDV, le refus de prendre ses comprimés ARV pour ne pas éveiller les soupçons, les soucis, la méfiance, le refus du partage de la sérologique avec l'entourage, l'auto-isolement. Toutes ces conséquences susmentionnées entraînent pour eux bien d'autres beaucoup plus désastreuses dont : la propagation de l'infection, le refus des soins dans les centres de santé, le refus de se rendre dans les centres de santé pour la prise en charge (PEC) ou pour le renouvellement du stock de leur ARV et la mort.

5.11.3. Index de la stigmatisation et de la discrimination chez les hommes

- *Expressions de la stigmatisation et de la discrimination*

Elle se résume : aux médisances, aux sobriquets (***doulignakoudom, sidato, quelque chose arrive et le cheval de troie***) qui permettent de les identifier en tant que personnes infectées, aux propos injurieux, au refus de commercer avec eux, au refus à la fois de les approcher et/ou de toucher à leurs effets, au refus de partager une même pièce de la maison avec la PVVIH. La stigmatisation et la discrimination s'expriment aussi, d'après les enquêtés, par : leur isolement, leur rejet, leur entière mise à l'écart (personne et tout ce qu'il a une fois touché), la différenciation entre eux et les personnes non-infectées ou qui connaissent pas leur statut, le rejet/l'abandon par l'épouse, etc.

- *Auteurs des stigmatisations et des discriminations chez les hommes*

Ils se composent entre autre des épouses, du père, de la mère, des frères et sœurs, et des autres membres de la famille.

Comme auteurs de stigmatisation et de discrimination, l'entourage des enquêtés est aussi à prendre en compte. Il est constitué des parents issus de sa belle-famille, des voisins (colocataires), des habitants du même quartier, des membres de la communauté religieuse, des collègues de service et des professionnels de santé.

- *Raisons pouvant justifier la stigmatisation et la discrimination*

La stigmatisation et la discrimination subies s'expliqueraient, selon les enquêtés, par : l'insuffisance d'information sur le mode de transmission du VIH, l'orientation de la sensibilisation sur l'infection à VIH/SIDA fondées plus sur les comportements sexuels à risque au début de l'épidémie, l'ignorance, la peur d'être infecté par un tiers qu'on sait infecter, la curiosité, l'insensibilité des proches et de l'entourage, etc.

- *Conséquences de la stigmatisation et de la discrimination*

Elles sont de deux ordres et concernent à la fois les hommes infectés par le VIH et leurs "bourreaux". Cependant, les hommes infectés sont ceux qui les endurent plus. Ce sont : les frustrations, le découragement à la vie / l'encouragement à la mort, le refus de prendre ses comprimés ARV pour ne pas éveiller les soupçons, les soucis, la méfiance, le refus du partage de la sérologique avec sa conjointe/l'entourage, l'auto-isolement, les disputes dans les centre de santé.

Toutes ces conséquences susmentionnées entraînent : 1) la propagation de l'infection, le refus des soins dans les centres de santé, le refus de se rendre dans les centres de santé pour la prise en charge (PEC) ou pour le renouvellement du stock de leur ARV, et donc la fuite des centres de PEC des PVVIH. 2) l'abandon progressif des centres de santé et donc un

engagement de ressources financières, matérielles et humaines à perte, la mort progressive des PVVIH et la décimation de famille par l'infection.

5.11.4. Index de la stigmatisation et de la discrimination chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes(HSH)

Les enquêtés HSH font savoir qu'ils sont doublement victimes de stigmatisation et de discrimination. D'abord, ils le sont pour leur orientation sexuelle, choisie et qu'ils préfèrent, qui n'est malheureusement pas acceptée par la "société". Ensuite, les homosexuels disent être victimes de stigmatisation et de discrimination à cause de leur état de séropositivité au VIH.

- *Expression de la stigmatisation et de la discrimination*

Comme avec les femmes séropositives et/ou allaitantes et aussi les hommes séropositifs, l'expression de la stigmatisation et de la discrimination chez les HSH se résume : aux médisances, aux sobriquets (**douignakoudom, sidato, quelque chose arrive, le cheval de troie, etc., carnet bleu, boîte bleu, govitoé, égbinoloto bé atiké**) qui permettent d'identifier les personnes infectées et HSH, aux propos injurieux et méchants, au refus de commercer avec eux, au refus à la fois de les approcher et partager une même pièce de la maison avec eux.

La stigmatisation et la discrimination s'expriment aussi, d'après les enquêtés, par : des fouilles inopinées dans leurs affaires, leur isolement, leur rejet, la différenciation entre eux, les personnes non-infectées ou ignorant leur statut et celles non « HSH », leur rejet/abandon par le père, la mère, la fratrie, les autres membres de la famille, des proches, etc.

- *Auteurs de la stigmatisation et de la discrimination chez les HSH infectés par le VIH*

Ils se composent entre autre des parents (père, mère), de la fratrie et des autres membres de la famille.

Comme auteurs de stigmatisation et de discrimination, l'entourage des enquêtés est aussi à prendre en compte et se constituent des voisins, des habitants du même quartier, des membres de la communauté religieuse, etc.

- *Raisons pouvant justifier la stigmatisation et la discrimination*

Les enquêtés homosexuels et infectés par le VIH ont fait savoir que la stigmatisation et la discrimination qu'ils subissent s'expliqueraient par leur état de séropositivité VIH, de l'intolérance liée au choix de leur orientation sexuelle, des opinions tradico-religieuses relatives à leur orientation sexuelle, l'insuffisance d'information sur le mode de transmission du VIH, l'orientation de la sensibilisation sur l'infection à VIH/SIDA fondées plus sur les comportements sexuels à risque au début de l'épidémie, l'ignorance, la peur d'être infecté par un tiers qu'on sait infecté, la peur des parents de voir corrompre leurs enfants fréquentant un homosexuel, la curiosité, etc.

- *Conséquences de la stigmatisation et de la discrimination*

Elles sont de deux ordres et concernent à la fois les des HSH infectés par le VIH et les "boureaux". Cependant, les enquêtés restent ceux qui endurent plus de difficultés. Ces conséquences sont d'après leurs propos : les frustrations, le découragement à la vie / l'encouragement à la mort, les tentatives manquées de suicide, le refus de prendre ses comprimés ARV pour ne pas éveiller les soupçons, les soucis, la méfiance, la difficulté d'affirmer son homosexualité, le refus du partage de la sérologique avec l'entourage, l'auto-isolement. De telles conséquences, pour eux, entraînent d'autres plus désastreuses. Ce sont : 1) l'absence de liberté, l'absence de prise en charge (PEC) en tant qu'homosexuel du fait de la difficulté d'affirmer son orientation sexuelle, le refus des soins dans les centres de santé, le refus de se

rendre dans les centres de santé pour la PEC ou pour le renouvellement du stock de leur ARV. 2) l'abandon progressif des centres de santé et donc un engagement de ressources financières, matérielles et humaines à perte, la mort progressive des PVVIH et la décimation de famille par l'infection.

5.11.5. Cadre réglementaire ou juridique sur la stigmatisation et la discrimination des PVVIH et/ou des HSH

Le dépouillement des données de l'enquête auprès des enfants infectés par le VIH, des femmes séropositives et/allaitantes, des hommes infectés et des homosexuels séropositifs montrent que les enquêtés sur la question de l'existence d'un cadre réglementaire peuvent se regrouper en deux catégories.

La première se compose des enquêtés qui disent savoir qu'il existe une loi sur la stigmatisation et la discrimination des PVVIH et une autre disposition juridique sur l'interdiction des relations sexuelles entre hommes. Cependant et toujours selon leurs propos, la loi sur l'homosexualité est "dormante".

La seconde catégorie d'enquêtés, elle, n'a aucune idée de l'existence de dispositions légales ni sur la stigmatisation et la discrimination des PVVIH ni sur l'homosexualité.

6. CONCLUSION

Cette enquête réalisée dans huit grandes villes du Togo en 2013 couvrant les six régions sanitaires du Togo, auprès de 891 PVVIH dont 651 femmes a mis en évidence que les PVVIH :

Au niveau social et familial

- 62 (6,9%) PVVIH ont été exclues d'activités ou de manifestations sociales au moins une fois au cours des 12 derniers mois. Les exclusions d'activités ou de manifestations sont en grande partie liées au statut VIH.
- 15 (1,7%) PVVIH ont été exclues d'une d'activité religieuse au moins une fois au cours des 12 derniers mois
- 82 (9,2%) PVVIH ont été exclues d'une d'activité familiale au moins une fois au cours des 12 derniers mois ($p=0,055$).
- **325 (36,5%)** PVVIH ont rapporté des cas de stigmatisation ou discrimination liés au commérage à leur sujet au moins une fois au cours des 12 derniers mois.
- **228 (25,6%)** PVVIH ont rapporté avoir été victimes de menace ou agression verbale au moins une fois au cours des 12 derniers mois.
- 57 PVVIH (soit 6,4 %) ont rapporté avoir été victimes d'agression physique au moins une fois au cours des 12 derniers mois.

Accès au travail, aux services de santé et d'éducation

Au cours des 12 derniers mois,

- Parmi les 891 (33,5%) PVVIH, ont rapporté avoir éprouvé des difficultés d'accès au logement au moins une fois au cours des 12 derniers mois.
- Les pertes d'emploi ont été rapportées par 28,2% des PVVIH

Stigmatisation interne et craintes ressenties

- Près d'un dixième de PVVIH ont déjà eu envie de se suicider et un tiers des PVVIH a rapporté des sentiments de honte. Des actes volontaires liés à une stigmatisation rapportée étaient dominés par le refus de se marier rapporté par près un tiers des femmes et 28% des PVVIH
- Plus du 1/3 des PVVIH ont déclaré ne plus vouloir avoir des enfants.
- Les sentiments de stigmatisation interne ressentis au cours des 12 derniers mois sont dominés par la honte et le sentiment de culpabilité et une piètre estime de soi.
- Parmi les actes volontaires liés à une stigmatisation, ils sont dominés par la décision de ne pas se marier (18,3% chez les hommes et 31,2% chez les femmes),
- La décision de ne plus avoir de relation sexuelle a été exprimée par 14,2% des hommes et 32,9% des femmes
- La décision de ne pas ou plus avoir d'enfants a été exprimée par 28,8% des femmes et 34,7% des hommes.

Droits, lois et politiques

- Plus de 2/3 des PVVIH ont rapporté avoir connaissance de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA qui protège les droits des personnes vivant avec le VIH.
- Près d'un tiers ont déjà lu ou discuté le contenu de cette loi.
- Moins de 10% des PVVIH ont déclaré avoir été victime d'une violation de leurs droits au cours des derniers mois.

Apporter un changement

- L'implication des PVVIH dans la lutte contre la stigmatisation est dominée par le soutien à d'autre PVVVIH dans 59,3% des cas et la connaissance d'organisation ou de groupe de soutien aux personnes victimes de stigmatisation dans 49,4% des cas.

Dépistage du VIH

- Pour presque un tiers: hommes (31,3 %) et femmes (25,5 %), les principales raisons de réalisation du test de dépistage du VIH étaient la présence de symptômes évoquant une infection à VIH
- Environ $\frac{3}{4}$ des tests VIH réalisées étaient une décision volontaire. Cependant, on note que dans 5% des cas le test VIH à été réalisé à l'insu du client.
- 679 (76,8%) ont déclaré avoir bénéficié d'un conseil pré et post test.

Divulgence de son statut et confidentialité

- La divulgation du statut VIH est réalisé par le sujet lui même à une tierce personne dans la grande majorité des cas : au partenaire dans 78,4% des cas ou à un autre membre de la famille dans 54,2% des cas, à d'autres personnes VIH dans 68, 9% des cas. D'une manière générale on note que 13,5% des PVVIH n'ont pas informé leur partenaire de leur statut VIH.
- Les sentiments de pression sont très rarement rapportés aussi bien par des personnes vivant avec le VIH et les personnes non infectées par le VIH.
- Les réactions discriminatoires et très discriminatoires sont plus observées auprès des proches comme le mari, l'épouse et le partenaire, ainsi que les autres membres adulte de la famille.
- 5,9% ont déclaré que des agents de santé ont divulgué leur statut VIH sans leur accord et 13, 6% estime que leurs statut VIH dans le dossier médical n'est pas confidentiel.

Traitement

- Un tiers des PVVIH ont déclaré avoir un état de santé général excellent ou très bon.
- La grande majorité (95,9%) des PVVIH ayant participé à cette enquête était sous traitement antirétroviral et 73,7% avaient un traitement pour des infections opportunistes.
- Les PVVIH ont rapporté qu'il y a une facilité d'accès au traitement antirétroviral dans leur commune de résidence.

Avoir des enfants

- Globalement 82,9% des PVVIH ont des enfants et près de 13,3% ont des enfants infectés par le VIH.
- Environ, 4,6% des PVVIH ont été dissuadés d'avoir des enfants par un professionnel de santé. Toutefois, on note que 1,0% des PVVIH ont été conseillé de subir une stérilisation à cause du statut VIH.
- Parmi les 651 femmes enrôlées dans cette étude, 20,3% ont reçu des traitements de PTME et 13,5% ont effectué une pratique spécifique d'une alimentation à cause du statut VIH.
- Quatre femmes ont reçu des recommandations d'IVG à cause du statut VIH.

7. RECOMMANDATIONS

7.1. A l'endroit du RAS+ Togo

La première recommandation est d'assurer une diffusion à large échelle des résultats de cette étude auprès des associations de PVVIH, du CNLS, de la société civile, du gouvernement, des agences onusiennes (OMS, PNUD, ONUSIDA), de tous les partenaires au développement (Banque mondiale, CEDEAO, OOAS) et de toutes autres institutions publiques et privées concernées par la thématiques des PVVIH.

Un vrai plan de communication doit être mis en place afin que chaque cible reçoive une information précise et claire, correspondant à ses champs et mécanismes d'action.

Des recommandations plus ciblées sont présentées en fonctions des partenaires et champs d'action du RAS+.

A la coordination du RAS+ Togo

- Développer un partenariat stratégique avec les structures étatiques en charge de la lutte contre les discriminations et la stigmatisation (ligue togolaise des droits de l'homme) et autres ONG travaillant pour la promotion et la défense des droits de l'homme au Togo
- Développer un partenariat avec la commission nationale des droits de l'homme pour le référencement des plaintes potentielles en cas de violation des droits des PVVIH et pour obtenir un soutien en matière de sensibilisation sur les droits de l'homme.
- Intensifier les actions de Plaidoyer au niveau du CNLS et du ministère de la santé pour que la lutte contre les discriminations et la stigmatisation à l'endroit des PVVIH soit mieux prise en compte dans l'élaboration de la politique nationale de riposte contre le VIH/sida au Togo ;
- Plaidoyer au niveau du Ministère de la Santé pour que l'infection par le VIH soit prise en compte de manière spécifique dans les mécanismes de couverture maladie communautaire et professionnelle (public et privée), ainsi que dans la mise en place d'une Couverture Médicale Universelle au Togo
- Mener des actions de plaidoyer auprès des partenaires au développement et des organismes étatiques, pour la création d'un fonds de soutien aux structures offrant une aide alimentaire et des micros financements pour des activités génératrices de revenus aux PVVIH.

Aux associations de PVVIH membres du RAS+ Togo

- Développer un plan de communication permettant aux associations de PVVIH locales et régionales d'avoir plus de visibilité et d'être plus accessibles et attrayantes pour les PVVIH n'ayant pas encore adhéré à une association
- Développer des programmes sociaux visant à venir en aide aux PVVIH les plus vulnérables (population clé, personnes en situation de stress financier ou alimentaire) et à promouvoir l'autonomisation des PVVIH.
- Former les leaders et les membres d'associations de PVVIH sur les problématiques du genre et les sensibiliser sur la situation des femmes PVVIH plus souvent victimes de discrimination et de stigmatisation.
- Créer des liens avec les organisations de défenses des droits de l'homme et les organisations de groupes spécifiques (personnes handicapées, femmes, personnes âgées détenues en milieu carcéral) et les sensibiliser sur les droits des PVVIH et la problématique du VIH/Sida.
- Renforcer les connaissances et les compétences des leaders et des membres d'associations de PVVIH sur la législation en matière de droit des PVVIH et les conduites à tenir en cas de discrimination ou de stigmatisation ;

- Former les leaders et les membres des associations de PVVIH à l'accompagnement des familles de PVVIH et à la sensibilisation des communautés sur le statut des PVVIH et leur intégration communautaire ;
- Renforcer les capacités des membres d'association de PVVIH en matière d'auto-entreprenariat et de gestion d'activités génératrices de revenus.

Aux PVVIH et à leurs familles

- Promouvoir l'adhésion aux associations de PVVIH ;
- Animer ou participer à des activités de groupe apportant un soutien psychosocial aux PVVIH et favorisant l'épanouissement et l'auto-revalorisation des PVVIH ;
- Former des Pairs Educateurs PVVIH et renforcer leurs capacités en matière d'accompagnement psychologique et d'aide à l'insertion sociale ;
- Intégrer les questions de droits humains dans les activités d'auto support et de groupe des personnes vivant avec le VIH et les groupes vulnérables ;
- Impliquer davantage les familles dans la prise en charge et le soutien psychologique ou l'accompagnement des PVVIH.

7.2. A l'endroit de la Société Civile

La société civile (représentée entre autre par les associations de défense de droits de l'homme, les associations de malades, les associations de consommateurs, les ONG de santé, de développement ou d'utilité publique, les fondations des grandes entreprises citoyennes, les syndicats et les corporations etc.), doit jouer un rôle de choix dans la lutte contre les discriminations et la stigmatisation dont sont victimes les PVVIH. Les recommandations suivantes permettent de guider les différents acteurs de la société civile dans le choix de priorités pour la lutte contre la stigmatisation et les discriminations.

- Renforcer les connaissances sur la problématique du VIH/Sida et travailler avec les associations de PVVIH pour identifier les domaines d'action communes : plaidoyer, formation sur les droits humains, référencement en cas de violation des droits et assistance juridique ;
- Renforcer l'autonomisation économique et l'insertion socioprofessionnelle des PVVIH à travers l'initiation à des métiers, l'accompagnement dans l'auto-entreprenariat et l'octroi de micros crédits pour des activités génératrices de revenus ;
- Sensibiliser les communautés sur la stigmatisation et les discriminations dont sont victimes les PVVIH et renforcer l'implication communautaire dans la prise en charge et le soutien aux PVVIH ;
- Valoriser les PVVIH et véhiculer dans les médias écrits et audiovisuels l'image des PVVIH épanouis et intégrés dans la société ou dans leur communauté ;
- Développer des programmes de soutien offrant aux PVVIH les plus démunis l'accès à la nourriture, à l'eau potable, aux services de santé et à un hébergement temporaire en cas de nécessité ;
- Développer un réseau de soutien aux PVVIH victimes de discrimination et de stigmatisation et leur assurer ainsi qu'à leur famille, un accompagnement psychosocial et juridique ;
- Impliquer les PVVIH et les associations de PVVIH dans les programmes d'Élimination de la Transmission Mère-Enfant du VIH (eTME) et intégrer les services de santé de la reproduction et de planification familiale dans les activités de soutien et d'accompagnement des PVVIH.

7.3. A l'endroit du CNLS et du PNLS

- Renforcer les capacités du RAS+ Togo en matière de lutte contre la discrimination à travers l'organisation et le financement de formations sur les aspects communicationnels, régaliens et psychosociaux de la prise en charge et de la lutte contre la discrimination et la stigmatisation des PVVIH ;
- Familiariser le personnel de santé avec les standards et règles de prise en charge du VIH et les droits des PVVIH ;
- Sensibiliser les agents chargés de l'application des lois et les magistrats sur la législation en matière de droit des PVVIH et les sensibiliser sur la problématique de la discrimination et de la stigmatisation ;
- Appuyer le plaidoyer du RAS+ Togo auprès des partenaires au développement et des acteurs de la société civile en faveur de la création d'un fond de soutien aux PVVIH en situation de stress alimentaire ou financier ;
- Promouvoir la création et assurer l'encadrement d'une plateforme d'échange permettant aux différentes composantes du RAS+ Togo de rencontrer les partenaires locaux, régionaux et internationaux pouvant répondre de façon ciblée à leurs préoccupations particulières ;
- Informer les associations patronales, les syndicats et les associations corporatistes de la législation en matière de droits des PVVIH et les sensibiliser sur les discriminations et la stigmatisation à l'encontre des PVVIH ;
- Organiser des campagnes d'information et de vulgarisation de la loi N°2010 – 018 modifiant la loi N° 2005 – 012 du 14 décembre 2005 portant protection des personnes en matière du VIH/SIDA, en utilisant des supports adaptés à chaque population cible (séminaires, conférence, affiches, dépliants, etc.) ;
- Développer en partenariat avec le RAS+ des approches innovantes permettant d'intensifier la participation des femmes vivant avec le VIH dans les programmes d'ETME, en particulier les femmes les plus jeunes ;
- Renforcer l'intégration des services de prise en charge des PVVIH en vue d'en faciliter l'accès, plus spécifiquement les services de santé de la reproduction et de planification familiale ;
- Promouvoir l'intégration des populations clés dans les associations de PVVIH et proposer des actions spécifiques visant à lutter contre la discrimination de ces groupes très vulnérables ;
- Elaborer en partenariat avec le RAS+ Togo des indicateurs de stigmatisation et de discrimination pouvant être suivis et l'évaluer dans le cadre des activités du programme national de lutte contre le Sida.

7.4. A l'endroit du Gouvernement

- Impulser et soutenir la création d'un fonds de soutien aux PVVIH les plus démunis en garantissant un cadre légal pour les partenaires au développement et en proposant des formules fiscales incitatives aux entreprises
- Favoriser la participation et l'inclusion des PVVIH dans le processus d'élaboration des lois et politiques publiques, plus particulièrement celles les concernant ou pouvant avoir un impact sur leur situation.
- Renforcer ou prendre des mesures (politiques, allocation de ressources financières, programmes, etc.) visant à lutter contre les discriminations et la stigmatisation des PVVIH et plus particulièrement des populations clés.

- Intégrer le RAS+ Togo dans le processus d'élaboration des politiques et programmes sociaux et sanitaires à l'échelle nationale pour une meilleure prise en compte des PVVIH dans ces programmes ;
- Intégrer de façon spécifique la problématique de l'infection par le VIH/SIDA dans les réflexions sur la mise en place d'une couverture maladie universelle.

7.5. A l'endroit de la commission nationale des droits de l'homme

- Sensibiliser les associations de PVVIH sur le mandat de la CNDH concernant le mandat de protection et la possibilité de recevoir les plaintes individuelles ;
- Promouvoir les droits des PVVIH au sein des populations.

8. REFERENCES

CNLS-Togo. Loi en matière de protection des personnes en matière du VIH/SIDA, 2010 www.cnls.org

PNLS-Togo. Rapport annuel 2012: www.pnls.tg

WHO/UNAIDS/UNICEF. Global HIV/AIDS response: epidemic update and health sector progress towards universal access: progress report 2011. Available from http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20111130_ua_report_en.pdf. Accessed date 12 October 2011.

ONUSIDA. Rapport mondial : rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2012. Available from https://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_fr.pdf. Accessed date 12 October 2013.

WHO/UNAIDS/UNICEF. Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report 2010. Available from: <http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/report/en/>. Accessed date 12 October 2013

Rankin WW, Brennan S, Schell E, Laviwa J, Rankin SH. The stigma of being HIV-positive in Africa. *PLoS medicine*. 2005 Aug;2(8):e247.

Monjok E, Smesny A, Essien EJ. HIV/AIDS-related stigma and discrimination in Nigeria: review of research studies and future directions for prevention strategies. *African journal of reproductive health*. 2009 Sep;13(3):21-35.

Neuman M, Obermeyer CM, Group MS. Experiences of stigma, discrimination, care and support among people living with HIV: a four country study. *AIDS and behavior*. 2013 Jun;17(5):1796-808.

ONUSIDA. Lutter contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH – un élément essentiel des programmes nationaux de lutte contre le sida. 2009. Available from http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1521_stigmatisation_fr.pdf. Accessed date 12 October 2013.

ONUSIDA. Stigmatisation, discrimination et violations des droits de l'homme associées au VIH. Etudes de cas des interventions réussies. 2005. Available from http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc999-humrightsviol_fr.pdf. Accessed date 12 October 2013.

ONUSIDA. Analyse situationnelle de la discrimination et stigmatisation envers les Personnes Vivant avec le VIH/SIDA en Afrique de l'Ouest et du Centre. 2002. Available from http://data.unaids.org/pub/report/2002/20020701_analysis_discrimination_fr.pdf. Accessed date 12 October 2013.

Odimegwu C, Adedini SA, Ononokpono DN. HIV/AIDS stigma and utilization of voluntary counselling and testing in Nigeria. *BMC public health*. 2013;13:465.

Granich RM, Gilks CF, Dye C, De Cock KM, Williams BG. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model. *Lancet*. 2009 Jan 3;373(9657):48-57.

HIV leadership through accountability program: GPN+, NEWHAN+, 2011. PLHIV Stigma Index Nigeria country assessment. 2011.

Tchiombiano S, Daries N. Stigmatisation, l'épidémie cachée Transcriptases. 2013.

Skinner D, Mfecane S. Stigma, discrimination and the implications for people living with HIV/AIDS in South Africa. SAHARA J : journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance / SAHARA , Human Sciences Research Council. 2004 Nov;1(3):157-64.

Holzemer WL, Makoae LN, Greeff M, Dlamini PS, Kohi TW, Chirwa ML, et al. Measuring HIV stigma for PLHAs and nurses over time in five African countries. SAHARA J : journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance / SAHARA , Human Sciences Research Council. 2009 Sep;6(2):76-82.

Lifson AR, Demissie W, Tadesse A, Ketema K, May R, Yakob B, et al. HIV/AIDS stigma-associated attitudes in a rural Ethiopian community: characteristics, correlation with HIV knowledge and other factors, and implications for community intervention. BMC international health and human rights. 2012;12:6.

Feyissa GT, Abebe L, Girma E, Woldie M. Stigma and discrimination against people living with HIV by healthcare providers, Southwest Ethiopia. BMC public health. 2012;12:522.

Union Africaine. Conclusions du sommet extraordinaire de l'union africaine sur le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. ABUJA, (Nigeria – 4 mai 2006). Available from www.africa-union.org/root/UA/.../Mai/.../OutcomesFRENCHAbuja.doc. Accessed date 12 octobre 2013.

Nyblade L, Pande R, Mathur S, MacQuarrie K, Kidd R, Banteyerga H, Kidanu A, Kilonzo G, Mbwambo J, and Bond V. 2003. Disentangling HIV and AIDS Stigma in Ethiopia, Tanzania and Zambia. Washington: ICRW.

Stackpool-Moore L. 'The intention may not be cruel... but the impact may be': understanding legislators' motives and wider public attitudes to a draft HIV Bill in Malawi. Sexually transmitted infections. 2013 Jun;89(4):285-9.

WHO. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public health approach 2013. Available from : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/download/en/index.html>. Accessed date 12 October 2013.

9. Annexe : Liste des participants à l'atelier de validation

ATELIER DE VALIDATION DU RAPPORT DE L'ENQUETE INDEX STIGMA

Lomé, le 28 mars 2014 à l'Hôtel IBIS

LISTE DE PRESENCE DES PARTICIPANTS

N°	NOM ET PRENOMS	FONCTION/INSTITUTION	CONTACTE	ADRESSE ELECTRONIQUE
1	SEHONOU K. Céphas	Chargé de Communication / RAS+TOGO	90 33 36 76	sehonou.pierre@yahoo.fr
2	LOGOSU K. Rodrigue	Bioéthicien	90 13 53 34	logrod22@gmail.com
3	BOURAIÏMA Adjidje	CNDH TOGO		adjidja@yahoo.fr
4	RIGAUDEAU Vanessa	Plateforme OSC- VIH- IST- TOGO		vanessa.rigaudeau@hotmail.fr
5	HLOMEWOO Kokou Amen	Chargé SS/E RAS + Togo	90 39 11 54	amenvitch@yahoo.fr
6	GABA Ayité	Chargé de programme / UNHCR Togo	90 01 98 25	gaba@unchr.org
7	BAKONTON Evalo	UNHCR TOGO		bakonton@unhcr.org
8	AMEGAH Celestine	DSF		celesti_1970@yahoo.fr
9	AMOUDJI K. Saturnin	RSE / PSI-Togo	90 27 99 16	samoudji@atms.tg
10	LAWSON Anoko	GF2D/CRIF	90 13 33 29	lmaryson@gmai.com
11	TOSSOU Lucie	RAS+TOGO/Secrétaire Général		tossid86@yahoo.fr ras_togo@yahoo.fr
12	TCHANGAI Mawaba	Chargé des réseaux communautaire SP/CNLS-IST	90 03 59 17	vtchangai@yahoo.fr
13	GNASSINGBE Amah	Gestionnaire de Bases de données / SP/CNLS-IST	90 18 86 16	gnassingbe@cnlstogo.org

N°	NOM ET PRENOMS	FONCTION/INSTITUTION	CONTACTE	ADRESSE ELECTRONIQUE
14	DEKU Kodzo	Chef Service SE SP/CNLS-IST	90 05 26 76	kodzod@yahoo.fr
15	BOYODA Mondomboyodou	Chargé de Communication / SP/CCM-Togo	91 31 54 79	abaloto@yahoo.fr
16	HODO A. Loewu	Point Focal VIH / MDHCR-MOR/CVJR	90 21 83 04	hodoaime@yahoo.fr
17	AHADHI AZANEDJI Justin	Magistrate, Point Focal VIH du Ministère de la Justice	90 04 09 40	justine1962@yahoo.fr
18	SEDOH Blaise	Chargé VIH / Croix Rouge Togolaise	90 33 84 64	btsedoh@yahoo.fr
19	EKLOU Akolly	Responsable communication / ATBEF	90 02 67 30	joeklou@yahoo.fr
20	AKPAMA Sophie Mawussé	Chargé de Programme / GF2D	90 27 29 22	masophiesse@yahoo.fr
21	DJANGUENANE Jean	Point Focal Ministère / Ministère Développement à la Base		jeandjang@gmail.com
22	AGBEKOU Jérôme	DPS, OMS/Togo	99 13 22 52	agbekouj@who.int
23	KOURA-NAPO Awoussé	Président Association Togolaise « Femme et Sida (ATFS)	90 05 15 60	atfstogo@yahoo.fr
24	AKISSIWA DOULABE	Assistante administrative / ATFS	98 59 47 58	atfstogo@yahoo.fr
25	MABOUDOU Akouavi	CIS/ONUSIDA	99 63 10 98	maboudoua@unaids.org
26	SINGO-TOKOFAÏ Assétina	Coordonnatrice PNLs/IST	23 36 29 32	tina_singo@yahoo.fr
27	FAGNON Abla	Trésorière RAS+	90 85 35 82	odettefagnon@yahoo.fr
28	AMOUSSOU Damien	CNA SP/CNLS-IST	22 61 62 77	damoussou@yahoo.fr

N°	NOM ET PRENOMS	FONCTION/INSTITUTION	CONTACTE	ADRESSE ELECTRONIQUE
29	GNANSA Bénédicte	Point Focal MASPFA	90 24 29 31/ 22 22 15 27	bgnansa@yahoo.fr
30	KELMA B.Hidane	Chargé de Communication au SP/CNLS-IST	90 09 84 94	kelhib2000@yahoo.fr
31	DANKLOU Afiwa	Président ASPROFEM		VDanklou@gmail.com
32	Mehief Ghebray	HCDH		mbahone@ohchr.org
33	AZIAMADO Idia K.	Assistante de S&E SP/CNLS	90 33 36 27	aziamadia@gmail.com
34	ABEVI Hoévi	Assistante en Communication / SP/CNLS	91 36 63 23	abevihoevi@gmail.com
35	MOUKPE Essozimna	Assistante Communication / SP/CNLS	90 13 05 34	ezimna10@yahoo.fr
36	LIMAZIE Abalo Charles	Assistante S&E SP/CNLS	90 84 26 36	limazie@gmail.com
37	NANDJI B. Nestor	Chargé de la Logistique SP/CNLS	91 97 98 27	nesdollar1@yahoo.fr
38	EKOUEVI Didier	Directeur CARESP		didier.ekouevi@gmail.com
39	SALL Tamsir	Directeur ONUSIDA		sallt@unaids.org
40	KOUDAYA A. Roland	Assistant Administratif SP/CNLS	90 35 70 02	rolando15fr@yahoo.fr
41	AKATO Philippe	Agent de Liaison SP/CNLS	90 10 33 49	djosmajors@yahoo.fr

Cette enquête a été réalisée avec l'appui financier des institutions suivantes :

