



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

**PRÉVENTION DU VIH : LES RISQUES LIÉS À LA DISCRIMINATION
DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH EN HAÏTI. CAS DES
PATIENTS DU CENTRE HOSPITALIER ELIAZAR GERMAIN DE
PÉTION VILLE**

Présenté par

Rodeans DUOGENE

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité Santé Internationale

Le 15 avril 2013

Devant le jury composé de :

Docteur Christian Mesenge Président

Directeur du département santé- Université Senghor

Docteur Marc Steben Examineur

Professeur de Médecine sociale et préventive-Obstétrique
Gynécologue-faculté de médecine-Université de Montréal

Professeure Anne-Marie Moulin Examineur

Directrice du centre de recherche CNRS-France

Remerciements

Tous mes remerciements à mon **frère Donald et mes sœurs Ketelie, Christine et Darline**, votre amour, vos soutiens et vos encouragements étaient inestimables pendant ces deux années. Ce travail est le fruit de vos supports psychologiques.

Je remercie **Dr Duperval Harold**, vous m'avez reçu sans aucune hésitation et vos supports étaient incommensurables pour la réalisation de l'enquête pour ce mémoire. Je vous transmets toute ma gratitude.

Mes plus profonds remerciements au personnel du centre Hospitalier Eliazar Germain et à tous les patients qui ont accepté de répondre à nos questions.

Toute ma gratitude à tous les **professeurs** et le **staff de l'Université Senghor** pour la qualité de la formation offerte et le temps consacré à notre formation.

Je tiens avant tout à exprimer mes plus chaleureux remerciements au **Dr Christian Mésenge**. Directeur du département santé. Vos conseils et vos encouragements étaient exceptionnels durant ces deux années passées en Egypte.

Vos qualités humaines et intellectuelles, votre disponibilité permanente et votre simplicité font de vous un modèle. Recevez cher maître l'expression de notre profonde gratitude et notre grande admiration.

Je remercie **Dr Marc Steben** pour son encadrement durant le stage et la réalisation de ce travail.

- Médecin conseil de la Direction des risques biologiques et de la santé au travail à l'Institut national de santé publique du Québec ;
- Professeur de clinique en Médecine sociale et préventive et Obstétrique gynécologie (Faculté de médecine) l'Université de Montréal.

Franchement maître vos qualités de leadership, prêt à écouter, disponible, bon communicateur, enthousiasme, soucieux restent une référence pour la suite de ma carrière professionnelle. Je vous transmets encore toute ma gratitude.

Toute ma gratitude à professeure **Anne-Marie Moulin** qui, en dépit de ses multiples activités, a accepté de consacrer une partie de son temps pour lire ce travail et apporter son jugement.

Dédicace

Ce mémoire est dédié à mon épouse **Marie Judith** et à ma fillette **Nohemie** pour l'amour, la compréhension et la patience dont elles ont fait preuve et pour toutes les épreuves qu'elles ont endurées pendant mon absence.

Ce travail est pour ma mère **Rose Marie Duogene**. Femme modeste, humble et infatigable, l'admiration que j'ai pour toi est sans limite.

En acceptant ma scolarisation, l'objectif est pleinement atteint. Une bonne éducation est au-dessus de tout. Ce travail est le tien. Que Dieu te protège et te donne longue vie pour récolter le fruit de ce travail.

Je ne peux pas rester insensible, en dépit de sa disparition sur cette terre, pour dédier ce travail à ma grand mère **Francicoeur Estimable**. Les principes inculqués depuis mon jeune âge, ta bonté, ta droiture et ton sens du devoir restent pour moi un exemple dans la vie.

Résumé

Ce mémoire est réalisé dans le cadre de mes études à l'Université Senghor d'Alexandrie, une des conditions indispensable pour l'obtention du grade de master de santé internationale.

Haïti est le pays avec la plus forte prévalence de la zone caraïbéenne. En dépit de nombreux progrès et une grande mobilisation pour la prise en charge des PVVIH, ces derniers vivent dans des conditions très difficiles car la discrimination est très répandue dans le milieu social haïtien. Dans ce travail, on cherche à présenter les effets néfastes de la discrimination sur le comportement sexuel des PVVIH. Pour réaliser ce travail, on a fait une enquête quantitative auprès des PVVIH en suivi au centre hospitalier Eliazar Germain de Pétiion-Ville. Les données sont collectées par interview direct à partir d'un questionnaire préparé à cet effet. Elles ont été analysées avec le logiciel SPSS 17.

Quelques constats sont ressortis de ces analyses. Premièrement, la discrimination envers les PVVIH est très répandue dans le milieu social en Haïti et se manifeste sous différentes formes et dans tous les milieux : en famille ou au travail. Deuxièmement, ces réactions sociales ont un impact négatif sur la lutte contre le VIH. Les PVVIH cachent leur séropositivité à leur famille notamment à leur conjoint par peur des réactions violentes et de rejet. Cette situation entraine le plus souvent un comportement sexuel à risque des PVVIH car ils ne peuvent pas déclarer sa séropositivité et ils ne peuvent pas aussi négocier un usage systématique du condom afin d'éviter toute suspicion de son statut. Troisièmement, les PVVIH refusent d'intégrer les associations de PVVIH pour participer dans les activités de prévention. Ce refus vient par la peur de s'identifier comme PVVIH afin de fuir les réactions sociales négatives de la société.

Ce travail vise à sensibiliser la société haïtienne sur les pratiques de discrimination très répandues en Haïti comme partout ailleurs, mais très souvent ignorées ou négligées dans les programmes de lutte contre le VIH et de prise en charge des PVVIH.

Mots clés

Discrimination, Stigmatisation, Prévention, PVVIH, VIH/sida, Haïti, Condom

Abstract

This thesis is carried out as part of my study program at the University of Senghor, one of the conditions necessary for obtaining the degree of Master of International Health.

Haiti is the country with the highest prevalence of HIV of the Caribbean area. Despite many advances and mobilization for the support of PLWHIV, they live in very difficult conditions because discrimination is widespread in the social environment in Haiti. In this work, we try to present the negative effects of discrimination on sexual behavior of PLWHIV. To accomplish this work, we made a quantitative survey of PLWHIV followed at Eliazar Germain Hospital in Petion-Ville. Data was collected by direct interview using a questionnaire specifically prepared for this purpose. We analyzed the data using SPSS 17.

Some interesting findings emerged from these analyzes. First, discrimination against PLWHIV is widespread in the social environment of Haiti and manifests itself in different forms and in all settings: at home or at work. Second, these social reactions have a negative impact on the efforts against HIV. PLWHIV hide their status to their family, including their spouse for fear of violent reactions and rejection. This leads most often a risky sexual behavior of PLWHIV because they cannot declare their HIV status and therefore cannot negotiate condom use to avoid suspicions of his status. Third, PLWHIV refuse to integrate PLWHIV associations to participate in prevention activities. This refusal comes from fear to identify themselves as HIV positive people to flee the negative social reactions of society.

This work aims to raise awareness of Haitian society on discriminatory practices widespread in Haiti as elsewhere, but often ignored or overlooked in programs against HIV and care for PLWHIV.

Keywords

Discrimination, Stigma, Prevention, PLWHIV, HIV / AIDS, Haiti, Condom

Liste des acronymes et abréviations utilisés

ARV	: Anti Rétroviral
ASPC	: Agence de la santé publique du Canada
CARE	: Cooperation for American Relief Everywhere
CASEC	: Conseil d'administration des sections communales
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention
CDV	: Centre de Dépistage Volontaire
EMMUS	: Enquête, Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services
FDA	: Food and Drug Administration
FM	: Fond Mondial
HARSAH	: Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
IHE	: Institut Haïtien de l'Enfance
IHSI	: Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique
INSPQ	: Institut national de santé publique du Québec
ITSS	: Infections Transmissibles Sexuellement et par le Sang
LSPQ	: Laboratoire de santé publique du Québec
MSP	: Ministère de la Santé Publique et de la Population
NASTAD	: Système National de surveillance VIH/sida
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PEPFAR	: President's Emergency Plan for AIDS Relief
PNLS	: Programme National de Lutte contre le Sida
PTME	: Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant.
PVVIH	: Personnes Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine
UDI	: Utilisateur de Drogues Injectables
UNGASS	: Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies
USAID	: United States Agency for International Development
VCT	: Voluntary Counseling and Testing
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

Table des matières

Remerciements	i
Dédicace	ii
Résumé	iii
Mots clés.....	iii
Abstract.....	iv
Keywords.....	iv
Liste des acronymes et abréviations utilisés	v
Table des matières.....	vi
Introduction.....	1
1 Problématique de la prévention du VIH	4
1.1 Situation du VIH dans le monde.....	4
1.2 Situation du VIH dans les Caraïbes	5
1.3 Situation du VIH/SIDA en Haïti.....	6
1.4 Les facteurs favorisant la propagation du VIH.....	8
1.5 Non partage du secret comme facteur de risque.....	11
1.6 Objectif.....	12
1.6.1 Objectif général.....	12
1.6.2 Objectifs spécifiques	12
1.7 Hypothèses.....	12
2 Revue de littérature.....	14
2.1 Définition des concepts clés.....	14
2.1.1 Prévention.....	14
2.1.2 Stigmatisation	16
2.1.3 Discrimination	16
2.2 Discrimination et VIH/sida.....	17
2.3 Comportement des PVVIH	18
2.4 Discrimination un obstacle à la prévention du VIH.....	19
3 Méthodologie.....	21
3.1 Stage de mise en situation professionnelle	22
3.2 Lieu d'étude.....	23
3.3 Population d'étude	23
3.3.1 Taille de l'échantillon	24

3.3.2	Sélection de l'échantillon.....	24
3.4	Critères d'inclusion et d'exclusion	24
3.5	Collecte des données	24
3.6	Aspects Ethiques	25
3.7	Traitement et analyse des données	25
3.8	Difficultés et limites de l'étude	25
4	Résultats.....	26
4.1	Caractéristiques de la population de PVVIH.....	26
4.2	Discrimination et les différents types rencontrés par les PVVIH	27
4.3	Divulgence de la séropositivité et les réactions des personnes informées	28
4.4	Réactions des PVVIH face au message de prévention	29
4.5	Comportement des PVVIH	29
5	Discussion	32
5.1	Caractéristiques sociodémographiques.....	32
5.2	Les événements vécus	32
5.3	Comportement des PVVIH	34
	Conclusion.....	37
	Bibliographie.....	39
	Liste des illustrations.....	44
	Liste des tables	44
	ANNEXE	45

Introduction

«Si nous ne prenons pas la mesure de la nature et de l'impact de la stigmatisation, aucune de nos interventions ne pourra porter ses fruits. Le sida est probablement la maladie la plus stigmatisée de l'histoire» (Cameron, 2007).

Tout au long de l'histoire, de nombreuses épidémies ont frappé sporadiquement des populations du monde entier. Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) notamment le VIH et la syphilis en font partie. Depuis 1980, l'année de diagnostic du premier cas de VIH aux États-Unis, le monde poursuit de chercher des solutions pour faire face à cette maladie qui reste incurable, plus de trois décennies après sa découverte. Depuis, on estime à soixante millions le nombre de personnes ayant contracté le VIH avec environ trente millions de décès. Grand problème pour le développement en particulier pour les pays de faible ou moyen revenu, le VIH reste un tribut très lourd pour les pays sous développés. Ce qui entraîne depuis 2001, une mobilisation des responsables politiques, les partenaires du développement et la société civile.

S'il est vrai que cette mobilisation apporte des améliorations dans la prise en charge thérapeutique des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (PVVIH) en rendant les anti rétroviraux (ARV) disponibles et en apportant quelques améliorations sur le plan préventif. Cependant, cette mobilisation n'a pas pu tout régler car les réactions discriminatoires qui apparaissent depuis le début de la pandémie continuent à créer des obstacles à la lutte contre le VIH.

Un des éléments essentiels de la lutte contre la transmission du VIH est le dépistage. Malheureusement, être testé séropositif signifie risquer de perdre son emploi, d'être exclu de l'école, d'être mis au banc de son groupe d'appartenance sociale, de ne pas avoir l'autorisation de se marier (UNESCO, 2002).

La transmission du VIH est spécifiquement liée au comportement humain. Le danger relié aux pratiques sexuelles et d'injection pourrait être réduit par des programmes d'information, de l'éducation et de communication. Cependant, certains états pensent pouvoir contrôler la transmission de la maladie en appliquant des lois de criminalisation sur la transmission de la maladie (Pearshouse, 2007). Ces lois discriminatoires ne font qu'entraver la lutte contre la maladie, comme dans le cas des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), les utilisateurs de drogues injectables (UDI) et les personnes vivant du sexe commercial.

En Haïti, il n'y a pas de lois qui criminalisent la transmission du VIH. Cependant, les PVVIH ont toujours des difficultés à parler de leur séropositivité, suivre correctement leur suivi et leur traitement et appliquer

les mesures de prévention. Cette difficulté à dire la séropositivité repose principalement sur le discours social qui fait du sida « une maladie honteuse » (Pierret, 1997). Cette représentation sociale du VIH entraîne la discrimination et la stigmatisation. La peur de la maladie et les croyances culturelles restent des obstacles de la lutte contre le VIH/sida.

Depuis 2002, avec le Fond Mondial (FM) et President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) en 2004, Haïti a fait beaucoup de progrès dans la lutte contre le VIH/sida passant à 1,9% de prévalence en 2012 (UNGASS, 2012) par rapport à 1993, 6,2% de prévalence (EMMUS IV, 2006).

Par ailleurs, en dépit des efforts réalisés dans l'extension de la riposte ces dernières années, l'endémie du VIH demeure la plus grave menace de santé publique pour la première république noire. Haïti étant un pays essentiellement agricole, les ruraux constituent le moteur de l'agriculture en Haïti et devant cette menace qu'est le VIH/sida, le pays risque ne pas pouvoir sortir de son marasme économique si les ITSS continuent d'affecter la population qui reste et demeure le socle de l'économie haïtienne ; *les principaux fléaux infectieux, tels que le VIH/SIDA, la tuberculose et la malaria, perpétuent la pauvreté et participent de façon négative au développement économique et social* (Joep, 2006). La lutte contre la faim est l'un des Objectifs du Millénaire du Monde (OMD) des Nations Unis cependant, si le VIH continue d'affecter la population, cet OMD deviendra encore plus difficile à réaliser. *Le sida ce n'est pas simplement un problème médical, c'est un vrai problème de développement. Les milliers de vies qui sont emportées par cette maladie font payer un lourd tribut aux économies du Sud et handicapent sérieusement les efforts de développement* (Jacob, 2004). En Juin 2001, l'assemblée générale de l'ONU s'est réunie en session extraordinaire et a déclaré le sida « menace contre la sécurité mondiale ».

S'il est vrai qu'un large consensus intersectoriel est déjà trouvé au niveau national quant à la réponse à donner, et que beaucoup de campagnes ont diffusé des informations sur les modes de transmission et de prévention de la maladie, il semble que les changements d'attitudes, de pratiques et de comportements discriminatoires envers les PVVIH restent un élément clé pour la réussite de la lutte contre le VIH. D'où l'importance de s'intéresser à cette situation.

Ce présent travail sur la situation des PVVIH en Haïti contient six (6) chapitres :

- ❖ Le premier chapitre fait une présentation de la problématique de la prévention du VIH, les obstacles liés à la discrimination et la situation actuelle de l'épidémie en Haïti. C'est dans cette partie aussi que la question de recherche, les objectifs et les hypothèses se dégagent.
- ❖ Le second chapitre est une recension des écrits sur le VIH et la discrimination, la prévention et la définition des thèmes clés.

- ❖ Le troisième chapitre du document est constitué de la méthode utilisée pour réaliser cette étude ainsi que les limites de l'étude et les difficultés rencontrées.
- ❖ Le quatrième chapitre présente les différents résultats de l'étude à partir des objectifs définis au départ.
- ❖ Le cinquième chapitre est constitué de la discussion sur les principaux résultats enregistrés au cours de l'étude.
- ❖ le sixième et dernier chapitre est la conclusion générale de ce travail.

1 Problématique de la prévention du VIH

Malgré les efforts réalisés jusqu'à maintenant, le VIH, agent responsable du sida, est encore un problème majeur de santé publique partout à travers le monde particulièrement dans les pays en développement. Le manque de ressources et d'éducation sont toujours mises en cause dans la propagation de cette maladie, cependant, la discrimination et la stigmatisation alimentent la non divulgation dans les sociétés. Ce qui entrave l'efficacité de la lutte contre cette pandémie.

1.1 Situation du VIH dans le monde

Depuis l'apparition du VIH/sida en 1981 aux États Unis chez les HARSAH, cette maladie a posé beaucoup de défis à l'humanité et aux scientifiques avant d'être identifiée et finalement nommé sida maladie causé par le VIH en 1986. *« Il y aura donc des maladies nouvelles. C'est un fait fatal. Un autre fait, aussi fatal, est que nous ne saurons jamais les dépister dès leur origine. Lorsque nous aurons notion de ces maladies, elles seront déjà toutes formées, adultes pourrait-on dire. Elles apparaîtront comme Athéna parut, sortant toute armée du cerveau de Zeus. Comment les reconnaitrons-nous, ces maladies nouvelles, comment soupçonnerions-nous leur existence avant qu'elles n'aient revêtu leurs costumes de symptômes ? Il faut bien se résigner à l'ignorance des premiers cas évidents. Ils seront méconnus, confondus avec des maladies déjà existantes et ce n'est qu'après une longue période de tâtonnements que l'on dégagera le nouveau type pathologique du tableau des affections déjà classées ».* (Nicolle, 1933)

Après la découverte de la maladie chez les HARSAH vivant aux États Unis, d'autres groupes seront touchés par l'épidémie avant que nous découvriions que l'infection se transmettait par des comportements sexuels et d'utilisation de drogues injectables et non pas une maladie transmissibles comme la grippe, la malaria ou la varicelle. . Depuis, plus de 60 millions de personnes ont été identifiés porteurs du VIH à travers le monde avec environ 30 millions de morts. En 2011 seulement, le nombre de décès liés au VIH est estimé à 1,7 million (ONUSIDA, 2012).

Selon l'ONUSIDA (2012), le nombre de PVVIH à travers le monde est de 34 millions à la fin de l'année 2011. On estime à 2,5 millions de nouvelles infections au cours de cette même année. L'Afrique sub saharienne reste la région la plus touchée par cette pandémie avec 5% de prévalence suivi de la région caribéenne avec 1% (Annexe I). En 2010 uniquement, on décelait 390 000 cas de VIH chez les enfants de moins de 15 ans (ONUSIDA 2011).

On peut constater d'énormes progrès dans la lutte contre le VIH par rapport aux années antérieures. La réduction des risques de transmission materno-infantile à moins de 5% chez les femmes enceintes séropositives bénéficiant de l'option B+ et l'impact positif des ARV qui peuvent faire chuter de 96% le taux de transmission du VIH (Scott, 2011). En dépit de tout, la lutte contre le VIH est loin d'être gagnée car la discrimination et la stigmatisation sans oublier l'homophobie constituent un défi énorme. *En 2009, 90% des gouvernements déclarent être dotés de programme de riposte au VIH qui lutte contre la stigmatisation et la discrimination, mais moins de 50% d'entre eux ont évalué ou budgétisé de tel programme.* (ONUSIDA - Aide mémoire du rapport sur l'épidémie mondiale de sida, 2010).

1.2 Situation du VIH dans les Caraïbes

La prévalence du VIH dans les Caraïbes est la plus élevée de toutes les régions du monde hormis l'Afrique sub saharienne. Le nombre de PVVIH s'élève à 220 000 environ en 2010 avec près de 12 000 nouvelles infections (ONUSIDA, 2011). Le VIH/sida est l'une des principales causes de décès dans la zone malgré une légère baisse de l'incidence passant de 19 000 en 2001 à 12 000 en 2009 (ONUSIDA, aide mémoire Caraïbes 2010).

Selon ONUSIDA, les femmes représentent 53% des PVVIH dans la zone caribéenne. Les rapports hétérosexuels non protégés particulièrement les rapports tarifés constituent la principale mode de transmission des caraïbes. Cependant les autres modes de transmission ne peuvent être négligés de par la proximité de la zone avec l'Amérique du Nord ou les HARSAH et les UDI jouent un rôle important dans la propagation de l'épidémie comme c'est le cas en Jamaïque où 32% des HARSAH sont séropositifs. A Trinidad Tobago, Un homme sur cinq ayant des rapports sexuels avec des hommes était séropositif et un sur quatre déclarait avoir régulièrement des rapports sexuels avec des femmes. Alors qu'aux Bermudes et à Porto Rico, la consommation de drogues injectables sans respect de l'hygiène contribue de manière significative à la propagation du VIH. À Porto Rico, l'utilisation de matériel d'injection contaminé était à l'origine d'environ 40% (chez les hommes) et 27% (chez les femmes) des nouvelles infections à VIH constatées en 2006 (ONUSIDA, aide mémoire sur les caraïbes 2010).

Malgré cette situation inquiétante de la plus petite région du monde, certains pays comme le Cuba 0,1% arrivent à contrôler l'épidémie et garder une prévalence très faible, mais dans des pays comme Bahamas, République Dominicaine l'épidémie reste encore généralisée malgré une diminution de l'incidence de plus de 20% durant ces dernières années.

1.3 Situation du VIH/sida en Haïti

Le VIH/SIDA a touché Haïti plus sévèrement que tout autre pays de l'Amérique latine ou de la Caraïbe, atteignant un taux de prévalence de près de 6,2% dans la population générale au début des années 90. On estime que 85% des adultes séropositifs de la Caraïbe vivent en Haïti et en République dominicaine (Putnam *et al*, 2001). Parmi les facteurs essentiels qui contribuent à l'endémie du VIH en Haïti se trouve: l'instabilité sociopolitique, la pauvreté, l'accès limité aux soins de santé et aux informations relatives à la santé, la stigmatisation des personnes vivant avec le SIDA et de leurs familles ainsi que les normes sociales encourageant la multiplicité des partenaires sexuels et les mécanismes mal développés de contrôle et traitement des IST (Hempstone *et al*, février 2004). Plusieurs auteurs pensent également qu'un manque d'engagement constant du gouvernement et de la société haïtienne en général pour la prévention et le contrôle du VIH/sida a contribué au développement de l'épidémie (Brutus, 1996 ; Putnam *et al*, 2001)

Les recherches effectuées en Haïti laissent croire que le VIH a probablement été introduit dans le pays vers la fin des années 70 par le tourisme HARSAH venant principalement des États-Unis (Pape, Liataud *et al*. 1986; Pape and Johnson 1988; Farmer 2006). Cependant la discrimination et la stigmatisation des HARSAH en Haïti entraînent la bisexualité de ces derniers pour cacher leur orientation sexuelle, ce qui a facilité le passage du virus dans la population féminine (Deschamps, Pape *et al*, 1996).

L'épidémie du VIH/sida continue d'être une grande préoccupation en Haïti, malgré les progrès réalisés au cours de ces dernières années et une plus grande disponibilité des ressources financières. Les résultats de l'enquête sérologique réalisée à l'échelle du pays en 2005-2006 dans le cadre de l'EMMUS-IV révèlent un taux de prévalence de 2,2% pour la population en général et 1,9% chez le groupe 15-49 ans (UNGASS, 2012). L'épidémie est donc toujours au stade généralisé. Elle est active dans toutes les strates de la société. La dernière enquête séro sentinelle (2009) révèle un taux de séroprévalence chez les femmes enceintes de 2.7% (MSPP, IHE, LNSP et CDC, 2009).

Le nombre de PVVIH en Haïti, selon les projections épidémiologiques, est estimé à 120,000 ; seulement 34 927 sont placées sous ARV (UNGASS, 2012). Le sida constitue l'une des principales causes de décès en Haïti avec près de 5 800 personnes décédées en 2011 (ONUSIDA, 2012, consulté le 25 décembre 2012)¹.

¹ <http://www.unaids.org/fr/Regionscountries/Countries/Haiti/>

Cependant, une légère baisse de la prévalence 1,9% est observée dans la population 15-49 ans en 2011. En dépit de cette baisse de prévalence dans ce groupe, l'incidence de la maladie reste très élevée avec près de 11 549 cas de VIH notifiés en 2011 et 61,1% de ses nouveaux cas sont des femmes. Le groupe des HARSAH a la plus forte prévalence à 18,1% suivi des travailleuses du sexe à 8,4% (UNGASS, 2012).

La séroprévalence de l'infection varie dans les différents départements du pays, le département des Nippes à la plus forte prévalence à 3%. Le département de l'Ouest, se situe la commune de Pétiion Ville où se situe le Centre hospitalier Eliazar Germain, à 2,4% ferme le quatuor des régions avec le plus haut taux de prévalence. (Annexe 2).

La séroprévalence varie aussi selon les groupes d'âges et selon le sexe. La prévalence la plus élevée chez les femmes à 4,1% se trouve dans le groupe d'âge 30-34 ans alors que c'est le groupe 40-44 ans qui a la plus haute prévalence chez les hommes 4,4%. Le groupe 20-24 ans est très touché chez les femmes 2,3% contre 1,1% chez les hommes (EMMUS IV, 2006).

Les Haïtiens sont beaucoup mieux informés des modes de transmission du VIH qu'ils ne l'étaient en 2000. En 2006, plus de la moitié des adultes enquêtés savaient que les moustiques ne peuvent pas transmettre le virus du VIH et les trois-quarts d'entre eux savaient qu'on ne peut pas contracter le virus en partageant la nourriture d'une PVVIH. Malgré l'amélioration de la connaissance de la transmission du virus, les PVVIH sont toujours stigmatisées. Par exemple, 73 % des femmes savent qu'on ne contracte pas le VIH en partageant un repas avec une PVVIH, mais seulement 28 % achèteraient des légumes frais chez un commerçant séropositif (EMMUS IV, 2006).

Environ 3% des couples mariés sont discordants. En Haïti, il y a deux fois plus de couples discordants que de couples où les deux conjoints sont séropositifs. Dans la plupart de ces couples discordants, c'est l'homme qui le plus souvent est infecté. Cette discordance entre les couples est d'autant plus inquiétante que seulement 25 % des séropositifs connaissent leur statut sérologique. Les hommes sont moins bien informés à cet égard que les femmes. Des PVVIH femmes, 30% connaissent leur statut, contre seulement 16 % des PVVIH hommes (EMMUS IV, 2006).

Contrairement aux pays du Nord, la transmission du VIH est essentiellement hétérosexuelle représentant en 1996 plus de 90% des cas de transmission du VIH en Haïti (Deschamps *et al*, 1996). Selon toutes les études, les travailleurs sexuels et les personnes s'adonnant au multi partenariat sexuel restent les groupes les plus à risque en Haïti. Très peu de données sont disponibles sur les HARSAH malgré une prévalence de 18% mentionnée dans ce groupe (UNGASS, 2012). Haïti ne dispose aucune étude sur les UDI or avec la déportation des haïtiens des États Unis et des autres pays des caraïbes, cette population devrait faire l'objet d'une étude particulière.

1.4 Les facteurs favorisant la propagation du VIH

Depuis 2003, grâce à la communauté internationale notamment le Fond Mondial (FM) et les pays amis, Haïti accentue la lutte contre la maladie, cependant « *les facteurs de propagation du virus sont multiples et dominés par la pauvreté, la jeunesse de la population, l'ignorance, le manque d'informations* » (Toure et al, 2005). Par contre, pour Marie Claude Couture : « *L'accès limité aux services de santé, l'absence de système de contrôle efficace du VIH et des ITS, les croyances et normes sociales, ainsi que la violence, sont tous des facteurs sous-jacents essentiels qui ont contribué à une évolution progressive de l'épidémie de VIH/sida en Haïti* » (Couture, 2009. Thèse de doctorat, Université de Montréal).

En Haïti, la pauvreté et le manque d'accès à l'information, constituent les obstacles principaux pour la lutte contre le VIH car l'accès à l'éducation et aux soins sont très difficile. On estime que 2/3 de la population vit en dessous du seuil de pauvreté c'est-à-dire moins de deux dollars par jour (UNGASS, 2005) et en 2000 plus d'un tiers de la population adulte était au chômage (IHE, 2002). En Haïti, les campagnes de prévention de la maladie se font essentiellement à travers la radio et la télévision alors qu'on note une déficience du secteur de l'énergie et de télécommunication en Haïti (EMMUS III, 2000). En milieu rural 31% des ménages possèdent une radio et 3% une télévision (Hempstone et al, 2004). La transmission du VIH est liée spécifiquement aux comportements sexuels et de consommation de drogues. Les pratiques préventives en lien avec certains comportements, attitudes et pratiques sexuelles pourraient être améliorées par des programmes d'information, éducation et communication pour contrôler les ITSS. Cependant, certaines croyances persistent sur la maladie dans la population haïtienne, « *d'une façon ou d'une autre, la sorcellerie est invoquée comme cause distale ou proximale dans les cas de sida* » (Farmer, 1996). Pour d'autres, la maladie est une sanction qui consiste à rendre les personnes atteintes responsables et coupables. Cette conception vient avec comme fait de la transgression des tabous sanctionnée par des puissances surnaturelles (Desclaux, 2003). Cette approche constitue une des sources de discrimination supplémentaire en Haïti car les gens ont une croyance démesurée dans les puissances surnaturelles. Il y en a d'autres facteurs qui influencent la discrimination et la stigmatisation des PVVIH comme l'étiquetage des personnes atteintes, les femmes atteintes de la maladie sont considérées comme des prostituées qui dérogent aux normes sociales de la sexualité. Les hommes touchés sont étiquetés comme des HARSAH ou des bambocheurs sexuels que Dieu punit. Ensuite s'ajoutent : le manque d'éducation, méconnaissance des modes de transmission et la peur qui se développe suite aux messages véhiculés dans les médias sur la maladie.

Dans une étude réalisée entre 1985 et 2000, on a trouvé que la progression du VIH dans une cohorte haïtienne était presque deux fois plus rapide que dans les pays développés (Deschamps et al, 2000). Cette propagation fulgurante peut s'expliquer par l'insuffisance des centres de soins sur le territoire national mais aussi par une inégalité d'accessibilité aux soins. On peut facilement remarquer une mauvaise répartition des centres de dépistage du VIH et de soins sur le territoire car seulement 13,8% se trouvent en milieu rural alors que le VIH gagne du terrain dans les zones reculées (UNGASS 2012). Pour une lutte efficace et efficiente contre le VIH, tous les facteurs (biologiques, socioéconomiques, politiques et géographiques) doivent être considérés: « à travers des mécanismes biologiques et sociaux, la pauvreté accroît considérablement la vulnérabilité des personnes face aux maladies infectieuses » (Joep, 2006).

Beaucoup d'organisations (PNLS 2007) interviennent dans la lutte contre les ITSS en Haïti notamment le VIH/sida, cependant le milieu rural haïtien reste encore dépourvu de tout, la situation socio économique reste inchangée, et presque tous les organisations se concentrent dans les grandes villes pour mener leur action et le gouvernement haïtien reste encore impuissant, comme l'a dit Martine Bernier : « *Un programme d'éducation contre les MST et le sida n'atteindra jamais totalement ses objectifs si des changements ne sont pas apportés à la situation socio économique politique* » (Bernier et Ascensio, 1995).

Plusieurs études ont abouti au résultat que la propagation des ITSS dont le VIH/sida dans le pays reste liée aux insuffisances en termes de prévention. Cependant, il manque une analyse sociologique du milieu (Buton, 2005). En effet, il est établi que le mode le plus commun de la transmission du VIH en Haïti reste le contact hétérosexuel. Il en résulte qu'au fur et à mesure que l'épidémie du VIH continue à se propager et tant qu'il n'existe ni vaccin ni traitement, la prévention primaire par l'abstinence et l'utilisation du condom et la prévention secondaire par dépistage et traitement des PVVIH ainsi que la notification des partenaires demeurent les principales stratégies pour enrayer cette pandémie.

En Haïti, les messages diffusés à travers les médias sont destinés essentiellement à faire de la prévention primaire en se basant sur le système de prévention américain nommé ABC (Abstinence, Be faithfull and Condom). Depuis la disponibilité des ARV, les PVVIH vivent plus longtemps et ils sont susceptibles de contaminer beaucoup plus de personnes s'ils ne sont pas éduqués à maintenir les moyens de prévention. Or, on néglige la prévention secondaire qui devrait destiner aux PVVIH à protéger les autres et eux-mêmes. Cette situation est un facteur qui favorise la propagation de la maladie. Certes, on accentue les activités de prévention chez les séronégatifs pour éviter de nouvelles infections, mais, peut on négliger le rôle des PVVIH identifiés dans la propagation du virus? Par rapport

aux normes sociales en Haïti, les messages véhiculés et les croyances développés autour de la maladie, on considère toutes personnes infectées comme un danger pour la société et les recherches de 2003 dans le Nord-Ouest ont indiqué que les orphelins du sida étaient victimes d'humiliation publique, de soins inadéquats et d'une faible scolarisation. Les participants à l'étude ont identifié le manque de connaissance, la peur du VIH/sida et le refus de côtoyer les PVVIH (CARE, 2003).

Au cours des années 80, Haïti fut associé avec le VIH/sida lorsque l'hypothèse fut émise que c'était le point d'origine du virus. Les haïtiens figuraient dans la liste 4H des CDC pour les groupes à risque pour le VIH aux États-Unis d'Amérique, les 3 autres groupes qui figuraient dans cette liste étaient les homosexuels, les héroïnomanes, et les hémophiles. La stigmatisation qui s'en est suivie a contribué au développement en Haïti d'un large déni du VIH/sida (St. Cyr-Delpe, 1995). En dépit des progrès réalisés dans la lutte contre cette maladie, les haïtiens ne sont pas encore prêts à vivre avec une PVVIH car près de 90% des enquêtés de l'EMMUS III croyaient qu'une PVVIH était obligée de révéler son statut sérologique aux autres. Seulement 20% des femmes enquêtées et 25% des hommes ont déclaré qu'une PVVIH devrait être autorisée à continuer à travailler en compagnie des autres. Parmi les hommes et les femmes, la croyance qu'une PVVIH ne devrait pas être autorisée à travailler était plus répandue chez les jeunes, les analphabètes et les personnes résidant en milieu rural (EMMUS III, 2000). La discrimination et la stigmatisation des PVVIH sont encore très répandues en Haïti. Des pratiques comme des tests obligatoires avant le mariage, des tests avant l'inscription à l'école ou encore avant l'embauche, sont des exemples flagrants du non-respect des droits de l'homme. Le niveau d'auto stigmatisation reste également très élevé. Par peur de rejet, très peu de PVVIH informent leurs conjoints de leur séropositivité (PNLS 2007).

Quand les tests de dépistage sont devenus disponibles, les programmes ont été développés dans les zones urbaines. À cette époque la maladie affectait surtout les hommes, cependant depuis le début des années 2000, on assiste à une inversion de la tendance, la maladie gagne le milieu rural haïtien et affecte beaucoup plus les femmes que les hommes, 2,3% de prévalence chez les femmes contre 2% chez les hommes (EMMUS IV, 2006). Cette féminisation peut s'expliquer par les relations non équitables sur le plan social et économique entre l'homme et la femme au sein de la société haïtienne (www.haiticulture.ch, document électronique, consulté le 26 février 2013)². Ces facteurs empêchent aux femmes de discuter ou de prendre des décisions au sujet de leur sexualité afin de prévenir le VIH et les autres ITSS.

² www.haiticulture.ch/Sida-femmes-vulnerables.html

Pour combattre la propagation des ITSS, il faut une synergie de la classe politique et sociale car les instabilités politiques et sociales et la précarité socio économique sont des éléments qui favorisent la féminisation de la maladie et son expansion. Comme l'a déclaré Jean Louis Debré : « *Le sida se soigne aussi par la politique* » (Romero, 2004).

Cependant, il est essentiel de faire une analyse de tous les facteurs qui augmentent la vulnérabilité de la population haïtienne et de nombreux écrits ont orienté leurs études sur les situations socioéconomiques et politiques. Dans cette étude, nous ne négligerons pas ces paramètres cependant, on va prendre en considération le regard discriminatoire et stigmatisant de la société haïtienne face aux PVVIH comme obstacle à la lutte contre la prévention et le traitement de la maladie. Déjà, les recherches effectuées en l'an 2000 dans la Grande-Anse suggèrent que la peur d'être infecté au cours de contacts occasionnels avec des PVVIH était encore relativement courante. En ce sens, un certain nombre de participants à l'étude ont pensé que les PVVIH devraient être physiquement isolées des autres personnes, ou du moins avoir des couverts, des couvertures et des vêtements séparés (Vilgrain, 2000). Les actions discriminatoires et stigmatisantes persistent encore contre les PVVIH dans la communauté haïtienne et restent des obstacles importants pour la lutte contre l'épidémie en Haïti.

La stigmatisation et la discrimination envers les PVVIH demeurent des obstacles importants dans la lutte contre le VIH. Les personnes infectées et qui connaissent leur statut sérologique se trouvent dans un dilemme et sont incapables de déclarer leur séropositivité à leurs partenaires sexuels ou d'autres membres de la famille par peur de discrimination et de stigmatisation. En dépit de l'amélioration des connaissances de la population sur la maladie, on continue à développer des attitudes négatives envers les PVVIH en Haïti. L'ONUSIDA, conscient du rôle de la stigmatisation et de la discrimination dans la propagation du VIH/SIDA, a attiré l'attention de tous les pays sur leur impact. Deux campagnes internationales (2001-2002 et 2002-2003) ont été consacrées à la stigmatisation et à la discrimination des PVVIH. Depuis, Haïti intègre toujours un volet de lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le programme national de lutte contre le sida (PNLS). Ces initiatives ont le mérite d'attirer l'attention de tous les acteurs nationaux sur ces aspects dans la lutte contre l'endémie, cependant, elles n'ont pas permis de régler cette situation.

1.5 Non partage du secret comme facteur de risque.

Le point de départ de ce travail, est une reconnaissance de la situation des PVVIH qui sont discriminées et stigmatisées en Haïti. Les Organisations qui interviennent dans la prise en charge des PVVIH en Haïti réclament souvent et toujours le respect du droit des PVVIH. Cependant, dans les

messages de prévention, on néglige toujours le rôle des personnes infectées dans la propagation de l'épidémie et très peu d'activités sont développées pour aider les PVVIH à parler de leur séropositivité à leur partenaire afin d'adopter des comportements sexuels à moindre risque. Les messages se dirigent surtout vers les personnes séronégatives. La prise en charge psychosociale se concentre au counselling mené auprès des personnes candidates avant un test de dépistage VIH. Les activités qui devraient être destinées à accompagner les PVVIH pour notifier les partenaires de son statut sérologique sont très peu abordées. Or, Les réactions sociales négatives sont très répandues, les PVVIH préfèrent garder l'anonymat pour éviter l'abandon, le rejet ou des commentaires désagréables à son insu. Une situation qui pourrait entraîner des comportements à risque chez les PVVIH. Partant du constat général que le non partage du secret est un moteur important de la transmission du VIH en Haïti, notre question de recherche se formule ainsi :

L'absence de déclaration du statut sérologique engendrée par la peur de la discrimination, n'est elle pas un facteur de transmission important pour le VIH en Haïti ?

1.6 Objectif

1.6.1 Objectif général

Analyser chez les PVVIH les réactions discriminatoires et stigmatisantes ressenties et vécues dans leur milieu de vie et de soins.

1.6.2 Objectifs spécifiques

- 1- Etudier les caractéristiques sociodémographiques des PVVIH enquêtées
- 2-Analyser leur comportement quant à la divulgation du statut sérologique aux parents et aux partenaires sexuels
- 3-Analyser le comportement sexuel des PVVIH face à la stigmatisation et discrimination
- 4 Analyser les perceptions des PVVIH face aux messages de prévention.

1.7 Hypothèses

Pour traiter cette question, nous formulons quatre (4) hypothèses :

- 1-les PVVIH vivent et ressentent de la discrimination suffisamment pour altérer leur comportement sexuel
- 2-Les PVVIH cachent leur statut sérologique par peur de réactions discriminatoires dont la violence des partenaires sexuels

3-L'incapacité de parler de leur séropositivité avec leur partenaire sexuel est un élément clé dans la transmission du VIH

4-Les PVVIH ont de la difficulté à intégrer dans leur vie sexuelle les messages de prévention qui leur sont présentés

2 Revue de littérature

Une veille scientifique consistante et permanente a été effectuée et les recherches bibliographiques sont portées sur les stratégies de prévention du VIH/sida et des ITSS, la communication pour la prévention et quelques documents sur l'anthropologie de prévention. Les documents concernant les différentes étapes de la prévention ont été consultés aussi. Pour la recherche des revues, livres et articles, différentes pistes ont été explorées comme la littérature scientifique à partir des moteurs de recherche Google Scholar, Santécom ainsi que Pubmed à partir des mots clés définis ou des noms d'auteurs provenant d'une autre publication. La recherche a commencé à l'Université Senghor et on l'a poursuivi au Canada à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) qui a mis à notre disposition plusieurs sources de documents dans le domaine de prévention et communication des différents groupes à risque du Québec ou du Canada.

2.1 Définition des concepts clés

2.1.1 Prévention

La prévention regroupe l'ensemble des actions individuelles ou collectives qui visent à éviter l'apparition des maladies ou d'un état indésirable chez les personnes en bonne santé (Lamoureux, 2009). L'auteur distingue 3 phases dans la prévention :

- A. La prévention primaire, qui intervient avant l'apparition de la maladie pour empêcher sa survenue.
- B. La prévention secondaire, à laquelle on fait appel lorsque la survenue de la maladie n'a pu être empêchée. Elle permet de gagner du temps sur l'évolution de celle-ci et de rendre le soin plus efficace, car plus précoce.
- C. La prévention tertiaire, qui survient après le déclenchement de la maladie et des soins. Elle vise à réduire les conséquences de la pathologie.

La vision des auteurs sur le concept de prévention est rarement unanime. Estimant que la définition de l'OMS est surtout basée sur la maladie. En 1983 Gordon prit appui sur la population cible et il distingua :

- 1. Prévention universelle, dirigée vers la population générale.
- 2. Prévention sélective ou orientée, qui vise les sujets à risque et tente d'éviter la survenue de la maladie
- 3. Prévention indiquée ou ciblée qui ne concerne que les malades et les aide à gérer leur traitement pour améliorer les résultats

Par rapport aux comportements à risque que les PVVIH peuvent avoir, on ne peut pas se limiter à contrer l'apparition de maladie chez les personnes en bonne santé, il faut prendre en compte les différentes phases de la prévention c'est-à-dire : primaire, secondaire et tertiaire. Les résultats des stratégies de prévention axées sur la distribution de condom et de tests VIH sont sceptiques, il est préférable de mener des actions pour changer les mœurs et coutumes en agissant sur les facteurs sociaux, psychologiques, démographiques et autres (Green, 2003).

La prévention primaire est la plus appliquée dans le cadre de la lutte contre le sida, cependant cette pratique peut avoir des effets néfastes sur les PVVIH car souvent, ils sont ciblés comme vecteur du VIH et soulève des questions aux stigmates et à la discrimination à l'endroit de ces derniers (Société canadienne du sida, 2010).

La prévention secondaire est complémentaire de la prévention primaire. La prévention secondaire a des bénéfices pour la personne infectée mais aussi pour les autres. Elle permet de prévenir la réinfection par d'autres souches de VIH, ou d'autres ITSS chez les PVVIH et la transmission par ces derniers du VIH à d'autres personnes séronégatives. La prévention secondaire tente aussi de réduire les cofacteurs de risque comme les ITSS, les infections opportunistes et le développement du sida chez les séropositifs. (Société canadienne du sida, 2010). S'il est vrai que cette démarche serait la plus rentable, cependant on ne peut pas négliger la prévention primaire. Le mieux ne serait il pas d'améliorer les relations interpersonnelles et communautaires des PVVIH afin qu'elles puissent s'engager dans la lutte contre le sida et ceci dans toutes les phases de la prévention?

Pour trouver des solutions aux questions de prévention posées par le VIH, le concept de prévention combinée a fait son apparition. La prévention combinée se définit comme une combinaison des aspects biomédicaux, comportementaux et structurels de la réponse préventive en apportant un soutien juridique aux groupes vulnérables par la promotion des droits humains. Ce modèle de prévention implique aussi des activités pour réduire les risques immédiats et les vulnérabilités sous jacents (sanitaires, socioculturelles et juridiques) (Andreo et al, 2011).

Pour les personnes séropositives, l'utilisation des méthodes de bases de prévention primaire et secondaire nécessite une appropriation au niveau individuel et un cadre social et politique qui réduit les discriminations. Dans de nombreux pays aujourd'hui, cet axe de la politique de prévention est appelé « prévention positive », terme qui associe aux dimensions médicales et préventives, les déterminants sociaux et politiques : la répression de l'homosexualité, les droits des femmes et les rapports de genre, la criminalisation de la transmission, la pauvreté et la discrimination (Lert, Pialoux et al. 2009).

Dans le cas du VIH/sida, tous les concepts de prévention doivent être pris en compte pour faciliter l'accès au dépistage, au traitement et prévenir la transmission mère-enfant. Cependant, l'approche de prévention positive contient quelques éléments qui peuvent être aussi néfastes que la discrimination.

L'application des lois de criminalisation de transmission du VIH et la répression de l'homosexualité ne pourraient pas conduire à des résultats satisfaisants. Nous pensons que l'accompagnement des PVVIH par une médiation sociale après un test positif et le développement des activités de réduction des méfaits auprès des HARSAH et les autres groupes vulnérables seraient beaucoup plus bénéfiques.

2.1.2 *Stigmatisation*

Le mot « stigmatisation » est d'origine grecque (stigma=pique au fer rouge) et fait référence aux marques de malformations physiques des étrangers ou des personnes considérées comme inférieures (United Nations AMICAALL Partnership Programme, 2007). Larousse le définit comme le fait de porter un jugement critique sur quelqu'un ou sur un acte que l'on juge moralement condamnable ou répréhensible. Sociologiquement, le dictionnaire Javeau (1999) définit la stigmatisation comme « un processus par lequel un stigmaté, c'est-à-dire un signe de déclassement, est attribué à un individu ou à une catégorie d'individus ».

Goffman envisage la stigmatisation comme une « identité polluée » (Goffman, 1963). Toujours selon cet auteur, la stigmatisation est un attribut indésirable ou discréditant que possède un individu, réduisant le statut de cet individu aux yeux de la société.

Selon l'ONUSIDA, la stigmatisation associée au VIH s'observe à plusieurs niveaux, et tend à s'appuyer sur des pensées négatives déjà implantées et les renforce, en associant le VIH et le sida à des comportements marginalisés comme le commerce du sexe, la consommation de drogues et l'homosexualité. On dit souvent que les PVVIH ont mérité ce qui leur arrive car elles ont fait quelque chose de mal (ONUSIDA, 2005). La stigmatisation peut avoir des effets négatifs sur l'estime de soi des PVVIH et les place dans une situation d'infériorité aux yeux de la société.

2.1.3 *Discrimination*

En grec « DIS » marque la division, la séparation, et « CRIMEN » se traduit par accusation, reproche. En latin, il est devenu : « DISCRIMEN » : point de séparation, différence, et le verbe « DISCRIMINARE » signifie : mettre à part, diviser. La discrimination, c'est l'action de distinguer et de traiter différemment (le plus souvent plus mal) quelqu'un ou un groupe par rapport au reste de la collectivité ou par rapport à une autre personne (Dictionnaire le Robert, 1994). Partant de ce constat de traitement social négatif envers les PVVIH, la discrimination est une distinction et un élément arbitraire qui peut prendre la forme extrême d'un traitement dégradant (Lascoumes, 1994).

Sur le plan juridique, la discrimination c'est l'action d'isoler un ou plusieurs individus, (une collectivité, une communauté ou une ethnie), par rapport aux autres, en leur appliquant un traitement spécifique,

ignorant ainsi les droits fondamentaux de tout être humain. Pour cela, on peut faire état de son origine, de sa race, de sa couleur, de son sexe, de son âge, de sa santé, de sa religion, de ses mœurs, de ses opinions politiques, de son activité syndicale et de bien d'autres raisons, pour l'exclure et le mettre au ban de la société (Thery, 2011. Version électronique. Consulté le 2 janvier 2013).

La stigmatisation et la discrimination entretiennent une relation étroite. La personne stigmatisée n'est pas considérée comme un humain à part entière, elle est affaiblie aux yeux de la société. Ceci entraîne la perpétuation de divers types de discrimination (Goffman, 1975).

Partout, l'expérience individuelle et collective de l'infection à VIH a été et reste marquée par la stigmatisation et la discrimination, sous une variété de formes en termes de significations et d'actes, qui ont eu pour effet de polariser les relations sociales (Taverne, Desclaux et al, 2012). Certains auteurs ont pu donner une définition en associant les deux termes, « ces notions peuvent être définies comme le fait d'instaurer vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH une distinction ou une différence, dévalorisante ou péjorative, sur la base d'une marque -le "stigmaté"- associée à la maladie ou au risque de transmission (Stuber, Meyer, et Link 2008).

La stigmatisation et la discrimination constituent des réactions complexes et parfois indissociables (Desclaux, 1996). La stigmatisation entretient souvent la discrimination, même si cette dernière est beaucoup plus d'ordre pratique mais traduit en acte les effets abstraits de la première.

2.2 Discrimination et VIH/sida

Avant même que l'on connaisse les manifestations et les répercussions du sida au niveau individuel et collectif, il a été présenté, en particulier par la presse, comme une « punition divine », « la nouvelle lèpre » ou « la malédiction des temps modernes » (Pierret, 1997) ce qui indique que le VIH paraît indissociable de la discrimination. Pour parler de cette coexistence, on voit la discrimination comme une seconde épidémie entraînée par le VIH (Lascoumes, 1994).

La stigmatisation et la discrimination constituent un processus de dévaluation des PVVIH. La discrimination, qui fait suite à la stigmatisation, désigne le traitement injuste fait à une personne au motif de son statut sérologique réel ou supposé (ONUSIDA, 2009).

Depuis l'apparition de l'épidémie du VIH/sida, la discrimination et la stigmatisation se font sentir. D'abord, on estime toujours que tout le monde peut attraper le sida, cependant on fait référence toujours à la pauvreté, les inégalités sociales et l'exclusion comme des facteurs favorisant la propagation de la maladie (Fils-Lien, 2009). C'est comme si on considère le sida comme la maladie des plus démunis ou des pays pauvres. C'est le discours de l'accusation, du rejet et de la faute (Pierret, 1992).

Avec le VIH/sida, Haïti est le pays le plus victime de la discrimination et de la stigmatisation sur le plan international (Farmer, 1996) car la communauté internationale, notamment les États Unis, le Canada et l'Europe Occidentale attribuait l'origine de l'épidémie aux Haïtiens (Fils-Lien, 2009). Comme une personne qui subit la discrimination et la stigmatisation, Haïti était presque isolée du reste du monde. L'impact de la première désignation 4H (homosexuels, Héroïnomanes, Hémophiles, Haïtiens) consacrée par les CDC de ce mal endémique a eu des effets néfastes sur l'économie haïtienne car l'arrêt de mort du tourisme en Haïti a été signé (Fils-Lien, 2009).

Donc, on peut constater que dès l'apparition de la maladie, la discrimination et la stigmatisation se manifestent. *Si les laboratoires des pays développés (Robert Galo, USA et Luc Montagnier, France) se sont battus pour la paternité de la découverte du virus, ils se sont entendus pour alimenter l'opinion publique mondiale de l'idée selon laquelle le berceau du virus serait Haïti ou quelques pays d'Afrique, donc le sida c'est la maladie venant des autres, de ceux du Sud* (Fils-Lien, 2009). Donc, aujourd'hui tout le monde se dit vouloir lutter contre la stigmatisation, mais les pays occidentaux sont les premiers à faire de la discrimination.

En Haïti, le sida est considéré comme une punition de Dieu. On considère les PVVIH comme des personnes qui ont transgressé les commandements de Dieu ou qui ont eu un comportement sexuel en dehors des normes fixés. Déjà, c'est un milieu où l'homophobie est très présente et souvent on pense que c'est la maladie des homosexuels (Farmer, 1996).

2.3 Comportement des PVVIH

De nombreuses personnes se sont déjà penchées sur le comportement des PVVIH et la discrimination. Le comportement des PVVIH ont été toujours remis en cause dans la propagation de la maladie «*Les études démontrent qu'une nette minorité de personnes vivant avec le VIH/sida continuent d'avoir des comportements sexuels qui mettent leurs partenaires et les mettent elles-mêmes à risque de contracter le VIH ou une autre ITSS. Les efforts de diminution des comportements favorisant la transmission du VIH se sont concentrés sur des stratégies adaptées d'interventions utilisées auprès des groupes non infectés, et les résultats se sont révélés décevants*» (Kalichman et al. 2001).

61 études dont 37 chez les HARSAH ont montré que le comportement non sécuritaire des PVVIH est fortement corrélé avec :

- le manque d'informations,
- le manque de confiance dans ses capacités à adopter des pratiques sexuelles à moindre risque,
- des difficultés de communication sur la prévention avec ses partenaires,
- l'existence d'une séro-discordance dans le couple,

- le fait d'avoir eu de nombreux partenaires,
- la perception d'un faible sentiment de contrôle sur l'usage du préservatif,
- la perception d'obstacles à son usage (Crepaz et Marks, 2002).

Le comportement sexuel des PVVIH est un élément qui doit faire l'objet d'une attention particulière et continue dans les centres de prise en charge. Au cours d'une étude réalisée chez 150 PVVIH en Cote d'Ivoire, on a montré que leur comportement sexuel se caractérisait par le multi partenariat, la fréquentation des prostitués et une utilisation occasionnelle du condom par 87%, malgré des connaissances satisfaisantes sur l'infection à VIH (Konan et al, 2008).

2.4 Discrimination un obstacle à la prévention du VIH

La discrimination paraît comme un élément gênant de la lutte contre le VIH/sida dans le monde. Le lien paraît indéniable entre la propagation du virus et la discrimination. Elle favorise le développement et le maintien de l'épidémie. Son impact, à la fois bouleverse le fonctionnement des communautés et complique la prévention et le traitement du VIH (Skinner et Mfecane, 2004). La peur de la discrimination fait souvent obstacle à l'application des mesures de prévention. Cette situation est présente surtout chez les femmes enceintes séropositives qui se trouvent en difficulté pour suivre leur traitement car elles ne peuvent pas parler aux conjoints par peur des réactions discriminatoires allant souvent jusqu'à la violence (Medley et al, 2004). La discrimination n'agit pas seulement sur les PVVIH car les attitudes stigmatisantes et discriminatoires peuvent augmenter la résistance aux services de dépistage volontaire du VIH (Kalichman et Simbayi, 2003). D'autres estiment que la stigmatisation peut empêcher le changement de comportement chez la population générale : « *La stigmatisation cache le VIH du public, de sorte, la pression de changement du comportement est réduite, suscitant un désir de ne pas vouloir savoir son statut sérologique. De ce fait, le dépistage et l'accès au traitement sont retardés. Enfin, la stigmatisation a un impact sur le changement comportemental étant donné qu'elle réduit la possibilité d'avoir des rapports sexuels sans risque. Vouloir utiliser un préservatif peut être considéré comme signe de VIH suivi par le rejet et la stigmatisation. Toutes les interventions doivent mettre l'accent sur la stigmatisation* » (Skinner et Mfecane, 2004).

La Discrimination est produite sous une variété de formes comme les politiques gouvernementales et les lois coercitives, l'apathie et le déni contre le VIH. L'internalisation de ces attitudes discriminatoires de la société par les PVVIH peut donner lieu à l'auto-exclusion de l'information, du traitement et des soins (Malcolm et al, 1998). L'ONUSIDA a présenté le lien entre le VIH et la discrimination comme un

cercle vicieux. Le VIH entraîne la discrimination et cette dernière entraîne la violation des droits humains des PVVIH, entraînant simultanément le maintien et la propagation du VIH (ONUSIDA, 2005).

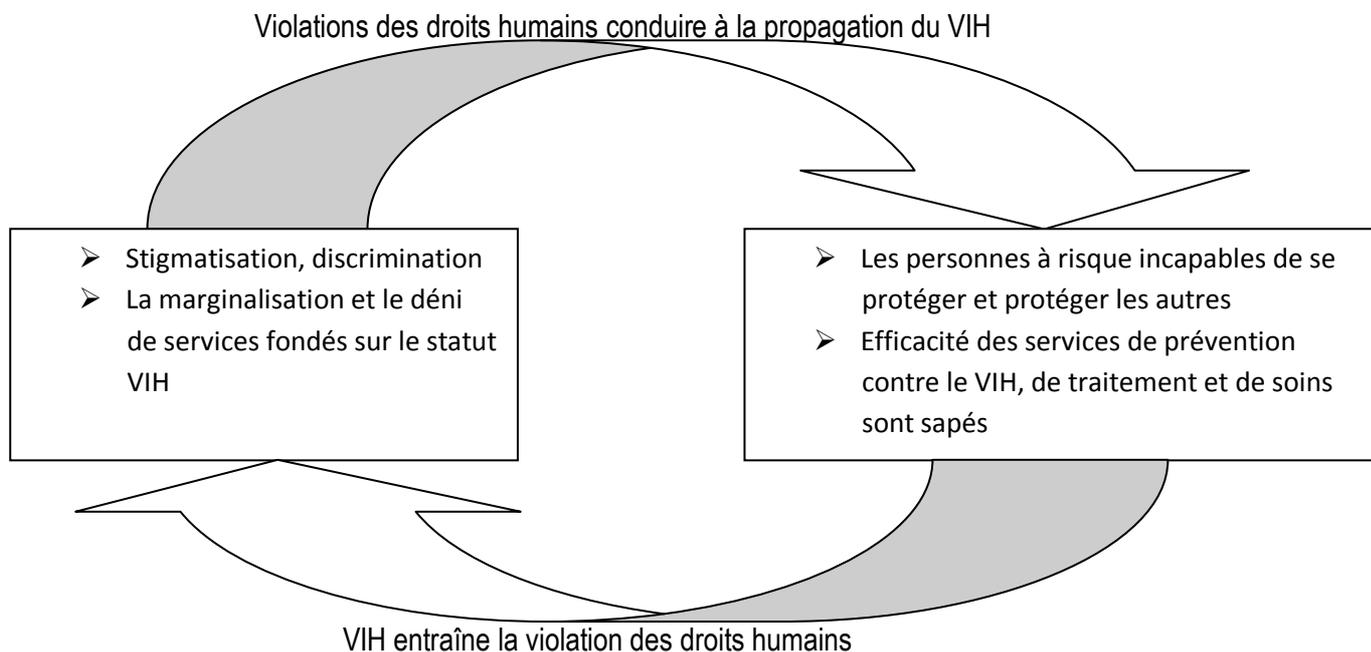


Figure 1: Droits humains et VIH

Source: adaptée d'ONUSIDA 2005

Le dépistage et la prise en charge précoce de la maladie sont des éléments susceptibles de réduire la transmission du VIH, cependant la discrimination fait obstacle à ces paramètres car souvent les gens ne veulent pas venir aux centres de prise en charge par peur de réactions discriminatoires. Les personnes dépistées positives ont du mal à suivre les traitements car elles ne veulent pas parler de leur statut sérologique par peur de réaction discriminatoire.

«Les faibles taux de révélation du statut VIH associés aux soins anténatals ont des répercussions sur les programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, puisqu'il est difficile pour les femmes dont le partenaire n'est pas au courant de la situation ou ne les encourage pas à participer à ces programmes d'en tirer le meilleur profit» (Medley et al, 2004).

En dépit des efforts consentis pour la lutte contre le VIH, la discrimination paraît comme un autre défi dans cette lutte. Le refus des sociétés de vivre avec une personne infectée constitue un fardeau pour la lutte et cette question est souvent très négligée dans les ripostes nationales contre l'épidémie en dépit des cris d'alarmes des organisations des droits de l'homme et de l'ONUSIDA.

3 Méthodologie

Dans le cadre de notre travail, on a choisi de travailler sur la situation comportementale des PVVIH en Haïti par rapport aux réactions discriminatoires et stigmatisantes de la société haïtienne. Par rapport au délai imparti pour présenter ce travail et les difficultés économiques, on a du cibler un centre pour réaliser ce projet. Après de nombreuses demandes, le Centre Hospitalier Eliazar Germain de la commune de Pétiyon Ville était le premier à manifester ses intérêts pour le projet. Ce centre assure la prise en charge des PVVIH depuis 2007, il comprend un médecin, deux infirmières, trois auxiliaires et deux techniciens de laboratoire assurant la prise en charge biomédicale des patients, cependant, l'équipe de prise en charge était incomplète au moment de notre enquête car il n'y a aucune personne ayant la compétence nécessaire pour assurer la prise en charge psychologique et sociale des patients. Dans ce chapitre nous expliquons la nature de notre étude, la nature de l'échantillon, le déroulement de la collecte et les limites de l'étude et les difficultés rencontrés.

Par rapport à notre question de recherche, **l'absence de déclaration du statut sérologique engendrée par la peur de la discrimination n'est elle pas un facteur de comportement à risque chez les PVVIH ?** Nous avons opté pour étude quantitative descriptive transversale. L'enquête a eu lieu du 6 août au 29 août 2012.

Avant de procéder à notre enquête, on a fait un stage à l'INSPQ qui nous a permis d'acquérir les éléments nécessaires pour faire le travail. Nous avons profité pour élaborer la partie théorique de l'étude, préparer notre questionnaire d'enquête. Le tirage au sort et les activités de collecte des données de terrain sont réalisés en Haïti.

Intérêt de l'étude

Cette étude devrait permettre de mieux cibler les faiblesses dans la lutte contre le VIH en Haïti et de mettre l'accent sur certains paramètres souvent négligés dans les politiques de lutte contre le VIH. En prenant en compte les préoccupations des premiers concernés, les PVVIH.

Sur le plan technique et théorique, elle devrait permettre de redéfinir des stratégies efficaces pour assurer une prise en charge globale et complète des PVVIH et de leur apporter un soutien juridique permanent.

3.1 Stage de mise en situation professionnelle

Le stage a eu lieu au Canada, plus précisément dans la ville de Montréal à l'INSPQ durant dix semaines allant du 3 mai au 13 Juillet. Durant cette période, on avait trois objectifs préalablement définis :

- ✚ Prendre connaissance de leur modèle de prévention des ITSS au Québec et d'autres régions du Canada
- ✚ Analyser le modèle de prévention utilisé dans le système canadien et du Québec en particulier.
- ✚ Tirer les points clés de réussite de ce modèle et proposer des pistes pour le cas d'Haïti.

Les actions réalisées lors de ce stage consistent à prendre contact avec les organismes travaillant dans la lutte contre les ITSS. On peut citer :

- ✚ La coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ_SIDA) qui travaille dans le domaine de la communication sur la prévention du VIH et de la lutte pour le respect des droits des PVVIH
- ✚ REZO, qui s'investit pour le respect de l'orientation sexuelle et le soutien aux HARSAH infectés ou non par le VIH et autres IST
- ✚ Service de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et par le sang (SLITSS) du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS)
- ✚ Unité des Infections sexuellement transmissibles et par le sang (UITSS)
- ✚ Le laboratoire de Santé Publique du Québec (LSPQ)

Ensuite on a assisté à un certains nombres de réunions jugées importantes dans la lutte contre les ITSS comme :

- ✚ Le Comité des analyses de laboratoire en lien avec les ITSS (CALI)
- ✚ Le Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (CITSS)
- ✚ Rencontre des différents professionnels de l'UITSS de l'INSPQ pour l'évaluation des stratégies de prévention et des priorités
- ✚ En dernier lieu, j'ai appris à utiliser le logiciel NSS pour la détermination des échantillons dans les populations cibles.
- ✚ J'ai suivi aussi des séances de formation sur le counselling et l'orientation sexuelle

Ces différentes activités nous ont permis de clarifier nos idées et d'acquérir des connaissances sur les stratégies de lutte contre le VIH au Québec et dans d'autres régions du Canada. Avec le soutien des membres de l'INSPQ, on a pu avoir le contact et l'adresse des différents organismes travaillant dans la

lutte contre VIH au Québec et on a eu des échanges de 30 à 60 minutes très enrichissantes sur leurs activités de prévention ainsi que leur action contre la discrimination et la stigmatisation des PVVIH et la lutte contre l'homophobie.

Le respect du droit des PVVIH et la criminalisation de la non divulgation de la séropositivité était un sujet très passionnant durant le stage et on a pu recueillir divers point de vue, notamment la COCQ-SIDA pour le respect du droit des PVVIH dès que ces derniers respectent les normes de la protection des autres.

Durant le stage, on a pu profiter pour élaborer le cadre théorique de notre travail. A la fin du stage, on a présenté notre projet au staff de l'INSPQ pour validation de la méthodologie. Ce qui nous a permis d'aller directement sur le terrain pour faire notre enquête lors de notre arrivée en Haïti.

3.2 Lieu d'étude

Notre étude étant consacrée aux PVVIH du Centre Hospitalier Eliazar Germain situé à la rue panaméricaine, Pétion-Ville, nous utilisons la base de données de ce centre pour notre étude. Cette institution est l'unique centre du MSPP offrant de soins sanitaires à la population de Pétion ville. En 2006, il a débuté avec le service de dépistage volontaire (VCT) avant d'offrir des soins ARV en 2007. Le centre fait partie du réseau de GHESKIO. Il dispose d'un laboratoire modeste, et tous les espaces pour les services de base sont disponibles. Cependant, jusqu'à la date de notre visite, les différents services de soins et d'hospitalisation ne sont pas fonctionnels. Le nombre de personnes en suivi dans ce centre est de 207, incluant ARV et soins palliatifs selon le service statistique du centre.

3.3 Population d'étude

La population de l'étude est constituée des PVVIH qui sont en suivi dans le centre hospitalier Eliazar Germain. Elle est constituée d'hommes et de femmes âgés entre 18 et 45 ans PVVIH qui sont en suivi dans le centre depuis six mois au moins. Les malades sélectionnés peuvent être sous ARV ou en soins palliatifs. Ces patients constituent la base de notre échantillon.

En se basant sur les critères d'éligibilités comme âge et date d'enrôlement et date de dernière visite, 133 patients étaient éligibles pour prendre part à l'enquête. Ces données sont vérifiées à partir du registre électronique médical (EMR) du centre.

3.3.1 Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon est calculée avec le logiciel National Statistical Service(NSS) utilisé par le service statistique de l'INSPQ. La taille de la population est 133, le niveau de confiance utilisée est de 95% et l'intervalle de confiance est de 5%. La taille calculée de l'échantillon est de 42.

3.3.2 Sélection de l'échantillon

Les 133 patients éligibles sont enregistrés sur le logiciel Microsoft Excel 2007 avec leur nom, leur numéro téléphone et leur adresse ainsi que le code national d'identification. On a attribué un numéro à chaque patient de 001 à 133. Un tirage au sort a permis de sélectionner les 42 premiers patients. Ce tirage a été effectué avec le logiciel Microsoft Excel 2007.

3.4 Critères d'inclusion et d'exclusion

Tout patient âgé de moins de 18 ans et plus de 45 ans ne sont pas inclus. Les patients qui ont moins de six (6) mois d'enrôlement ne sont pas pris en compte.

Les patients qui ne sont pas venus au rendez vous depuis plus de 3 mois ne sont pas inclus.

Les patients hospitalisés et qui n'ont pas leur autonomie sont exclus de l'enquête

3.5 Collecte des données

Le recueil d'informations est fait à l'aide d'une fiche d'entretien individuel (annexé 4). L'enquêteur a expliqué l'étude aux patients tirés au sort. Le questionnaire d'enquête anonyme comprend :

- Renseignements généraux démographiques
- Comportement sexuel
- Déclaration de sa séropositivité ou non à ses proches
- Réactions des personnes côtoyées ou proches suite à la déclaration de sa séropositivité.
- Réactions des partenaires sexuels (le)s
- Réactions face à une demande d'utilisation de préservatifs
- Perception sur les messages de prévention
- Participation aux activités des associations de PVVIH

3.6 Aspects Ethiques

Pour réaliser ce travail, une demande d'autorisation pour consulter la base de données du centre Hospitalier Eliazar Germain a été adressée au coordonnateur du centre VCT/ARV, qui nous a donné le droit d'utiliser la base de données du centre et d'interviewer les patients de façon anonyme et confidentielle (Annexe 5). Aucun marqueur ne permettait de lier les réponses à la personne ou à son dossier. Après avoir présenté le projet aux patients, un formulaire de consentement est signé par chaque patient qui accepte de répondre à nos questions (Annexe 3).

Pour garder l'anonymat et pour assurer la confidentialité des informations recueillies, l'enquêteur était obligé de réaliser toutes les entrevues avec les PVVIH. Cette pratique nous a permis de recueillir de meilleures informations possibles.

En tout temps, les patients ont le droit de refuser de répondre à nos questions

3.7 Traitement et analyse des données

Les données recueillies sur le terrain sont traitées à partir du logiciel SPSS 17.0. Une première phase de codification a été faite avant l'enregistrement des données. La dernière partie consiste à faire l'analyse des données en croisant les différentes variables avant l'interprétation des données.

3.8 Difficultés et limites de l'étude

L'accessibilité des patients sélectionnés était la principale difficulté rencontrée lors de ce travail. Les adresses données par les PVVIH aux centres sont rarement bonnes et toutes les PVVIH sélectionnées ont refusé de faire l'interview dans leur zone d'habitation. On a utilisé le téléphone pour planifier les rendez-vous et ce sont les PVVIH qui déterminent les lieux de rencontre. Certains entretiens sont réalisés dans les plantations car elles voulaient des endroits les plus discrets possibles. Un patient a refusé de répondre à nos questions pour des raisons économiques car il estime qu'on utilise sa situation pour faire de l'argent.

La petitesse de l'échantillon est la limite principale de l'étude, ce qui entraîne des difficultés pour extrapoler les résultats à l'échelle nationale. En dépit des obstacles rencontrés, on a pu interviewer la majorité des patients sélectionnés.

4 Résultats

4.1 Caractéristiques de la population de PVVIH

Après trois semaines, on a enregistré un taux de participation de 95,2% car on a pu interroger 40 patients sur les 42 PVVIH sélectionnées pour l'enquête. La population interrogée était composée de 26 femmes (65%) et 14 hommes (35%).

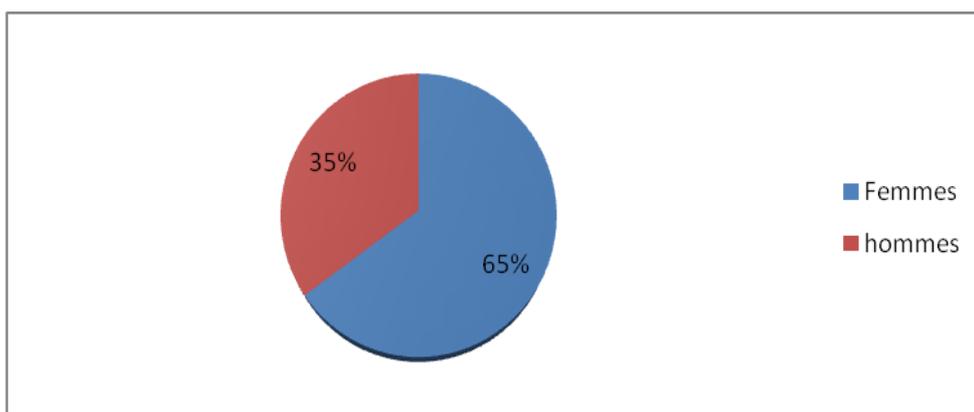


Figure 2: Répartition de la population enquêtée selon le sexe.

Source : Duogene R. (enquête de terrain 2012, Haïti)

L'âge des enquêtés variaient entre 18 à 45 ans, on a fait un regroupement des âges lors de l'analyse des résultats sur le logiciel SPSS 17 et c'est le groupe d'âge 31-35 ans qui est le plus représenté dans la population étudiée.

Table I: Répartition de la population selon les groupes d'âges

Groupes d'âges	N=40	%
18 à 24 ans	6	15,0
25 à 30 ans	9	22,5
31 à 35 ans	11	27,5
36 à 40 ans	9	22,5
41 à 45 ans	5	12,5
Total	40	100,0

Source : Duogene R. (enquête de terrain 2012, Haïti)

Sur le plan de l'éducation, la majorité de la population était instruite avec une prédominance du niveau primaire 40%, suivi du secondaire avec 22,5% le niveau supérieur est représenté avec 5%. Parmi eux, 20% n'ont jamais été à l'école et 12,5% ont connu l'alphabétisation.

La religion catholique était dominante avec 45%, le protestantisme 30%, le vaudouisme avec 20% et 5% n'appartenait pas à aucun cercle religieux.

Concernant la situation matrimoniale, ce sont les célibataires qui prédominent dans la population avec 47,5%, le concubinage (placage ou vivre avec selon le créole haïtien) 30%, mariés 12,5%, divorcés 10%. Les veufs n'étaient pas représentés dans notre échantillon d'étude.

Tous les malades interrogés ont pu remonter l'ancienneté de leur séropositivité, cependant 55% ont accepté qu'ils ont été contaminés lors des contacts sexuels. Alors que 10% pensent qu'ils étaient exposés au sang contaminé sans le savoir et les autres ont ignoré leur mode de contamination. 97,5% affirmaient ne pas toujours utiliser le préservatif avant la connaissance de leur séropositivité.

4.2 Discrimination et les différents types rencontrés par les PVVIH

Des 40 patients qui ont répondu, 75% ont déclaré avoir subi des actes discriminatoires depuis la connaissance de leur séropositivité. Les réactions discriminatoires sont présentées sous différentes formes, la plus répandue reste le rejet dans les groupes qui représente 33,3% parmi les personnes discriminées. Le refus d'attribuer des responsabilités, le renvoi du travail, le refus d'accès aux soins, le refus de donner du travail et les préjugés sont les principales réactions négatives que subissent les PVVIH. Voir la figure 3.

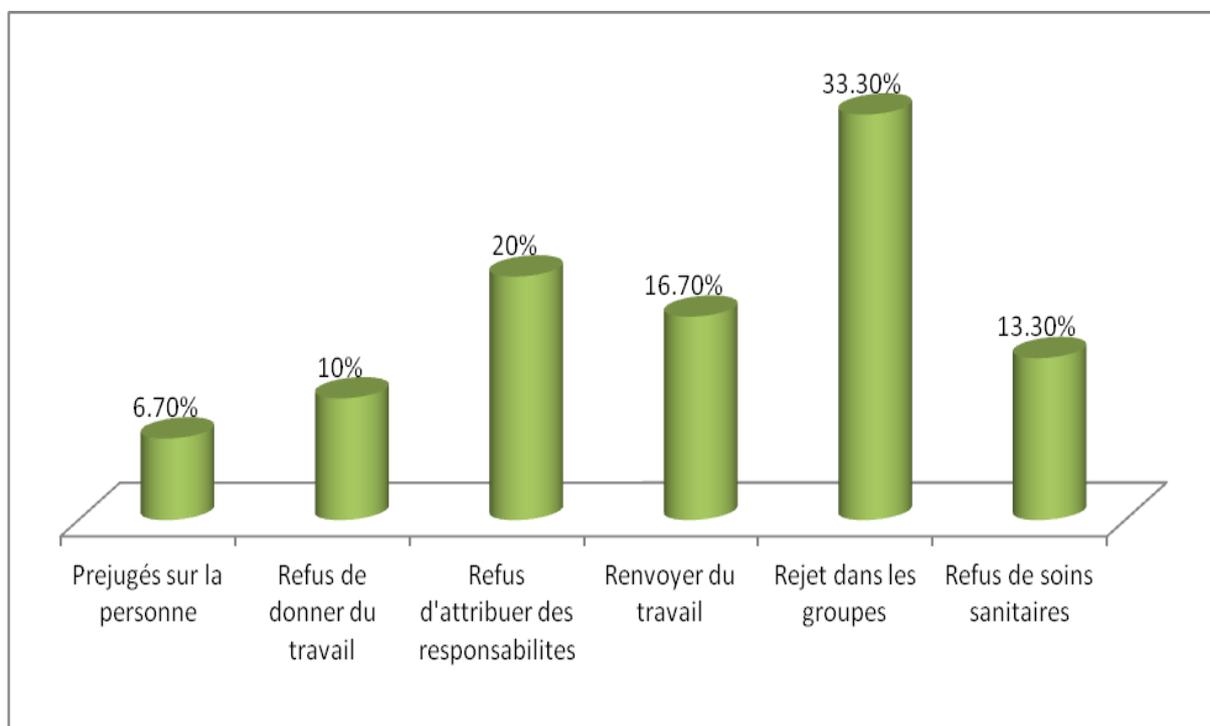


Figure 3: Présentation des différents types de discrimination subie par les PVVIH

Source : Duogene R. (enquête de terrain 2012, Haïti)

4.3 Divulgence de la séropositivité et les réactions des personnes informées

Parmi les personnes interrogées, 18 soit 45% ont partagé leur état de santé avec une personne, alors que 55% ne l'ont pas fait. Cependant, le partage du secret se fait avec différentes personnes et ce sont les conjoints qui bénéficient le plus grand bénéfice du doute de cette divulgation avec 66,7%. (Voir le tableau II).

Table II: Membre de votre famille à qui vous avez parlé de votre statut

	N=18	%
Époux (se)	12	66,7
mère/père	2	11,1
fil(s)/fil(le)	2	11,1
autres	2	11,1
Total	18	100,0

Source : Duogene R. (enquête de terrain 2012, Haïti)

Lors du partage du secret sur la séropositivité, les PVVIH ont fait face à divers types réactions. La violence des partenaires reste prédominant ensuite viennent le rejet et la séparation. La tristesse qui souvent s'exprime par un geste de solidarité envers les PVVIH est la moins représentative.

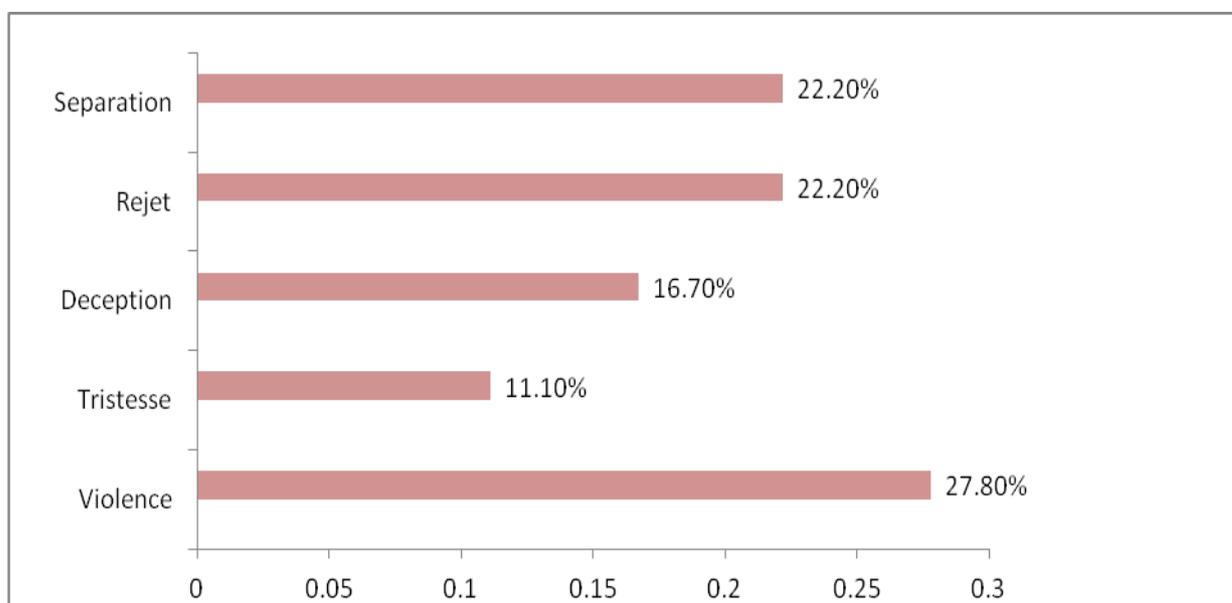


Figure 4: Réactions des personnes lors de la divulgation de la séropositivité des PVVIH

Source : Duogene R. (enquête de terrain 2012, Haïti)

4.4 Réactions des PVVIH face au message de prévention

Parmi les 40 patients qui ont accepté de répondre à nos questions, 95% ont déclaré entendre les messages de prévention véhiculés soit à travers les medias ou dans le centre de suivi lors des visites. Leurs perceptions par rapport à ces messages sont très partagées, 28,2% pensent que ces messages les culpabilisent, 23,1% déclarent qu'ils incitent à la discrimination des PVVIH, 20,5% croient que ces messages peuvent entrainer une application des mesures de prévention, 15,4% ne ressentent aucun intérêt dans ces messages de prévention et 12,8% ne se sentent pas concernés par ces messages car ils sont déjà malades.

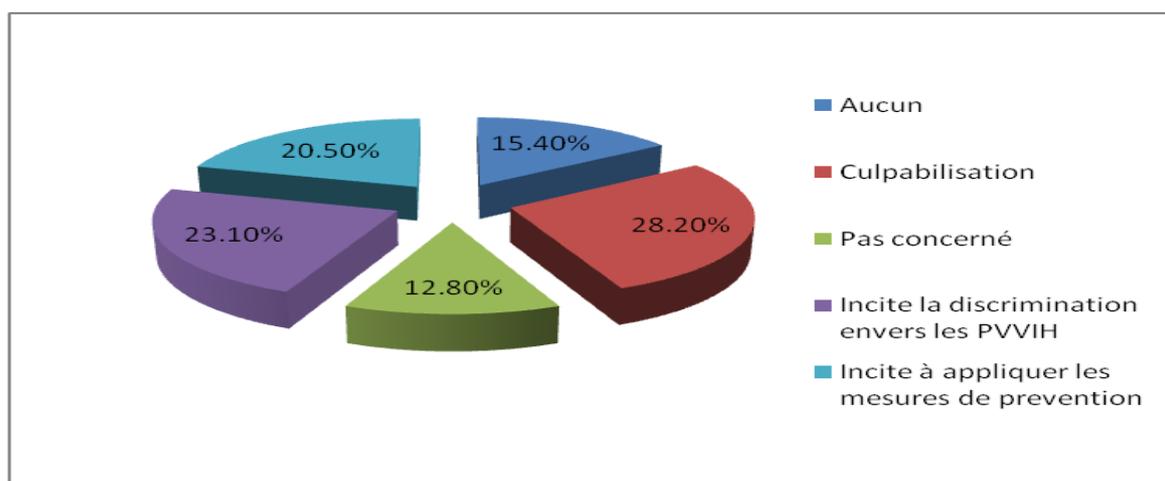


Figure 5: Perceptions des PVVIH sur les messages de prévention

Source : Duogene R. (enquête de terrain 2012, Haïti)

Parmi les interviewés, 92,5% ne faisaient pas partie d'une association de PVVIH contre 7,5% qui participent activement dans une association. Les raisons évoquées pour ne pas faire partie d'une association sont multiples, la peur de s'identifier comme PVVIH reste la raison prédominante avec 56,8%. (Voir le tableau III).

Table III: Les causes du refus de participer à une association des PVVIH

	N=37	%
manque d'information	6	16,2
peu d'importance à une association	9	24,3
Peur de ne pas s'identifier comme PVVIH	21	56,8
Autres	1	2,7
Total	37	100,0

Source : Duogene R. (enquête de terrain 2012, Haïti)

4.5 Comportement des PVVIH

Tous les patients rencontrés ont déclaré qu'ils sont sexuellement actifs durant l'enquête. 40% déclarent avoir eu des relations sexuelles avec une autre personne qui n'est pas leur partenaire régulier depuis la connaissance de leur séropositivité. Cette situation est plus fréquente chez les hommes que les femmes ($p < 0,041$).

Table IV: Risque ou possibilité d'avoir une relation sexuelle avec un partenaire irrégulier selon le sexe

	D'autres partenaires sexuels que le régulier		Total
	oui	non	
Sexe féminin	7	19	26
masculin	9	5	14
Total	16	24	40

Source : Duogene R. (enquête de terrain 2012, Haïti)

37,5% des patients ont un seul partenaire sexuel depuis la connaissance de leur séropositivité. On peut observer une grande diversité de partenaires chez les PVVIH. Voir le tableau V.

Table V: Nombre de partenaires sexuels depuis la connaissance de votre séropositivité

	N=40	%
1 partenaire	15	37,5
2 à 3 partenaires	11	27,5
4 à 5 partenaires	8	20,0
plus de 5 partenaires	6	15,0
Total	40	100,0

Source : Duogene R. (enquête de terrain 2012, Haïti)

La diversité des partenaires est marquée par un refus de divulgation du statut sérologique car 87,5% ne déclarent pas leur séropositivité à tous les partenaires sexuels rencontrés. Les 12,5% qui ont pu le faire, ce sont ceux qui ont connu un seul partenaire depuis la connaissance de leur statut sérologique.

En dépit de ce refus de partage du secret, 65% des patients ont essayé de négocier l'usage de condoms avec les différents partenaires alors que 35% ne le font pas. Les réactions des partenaires lors de la négociation de l'usage du condom sont diverses : 42,3% ont refusé d'utiliser des condoms, 19,2% ont réagi par la violence et 38,5% ont accepté de les utiliser.

L'utilisation du condom par les PVVIH demeure un élément essentiel chez les patients sexuellement actifs pour un ralentissement de la propagation de la maladie du VIH/sida. On a pu constater que c'est

12,5% des PVVIH qui utilisent toujours les condoms lors des relations sexuelles et 37,5% ne l'utilisent jamais.

Table VI: Utilisation de condoms par les PVVIH depuis la connaissance de leur séropositivité

	N=40	%
jamais	15	37,5
parfois	15	37,5
souvent	5	12,5
toujours	5	12,5
Total	40	100,0

Source : Duogene R. (enquête de terrain 2012, Haïti)

Il faut signaler que 62,5% des patients affirment qu'ils n'ont pas reçu régulièrement des condoms lors des visites au sein du centre de suivi.

Parmi les 40 patients, 26 soit 65% ont essayé de négocier l'usage du condom avec leurs partenaires sexuels, et ils ont récolté diverses réactions de la part de ces derniers allant jusqu'à la violence. Le tableau VII ci dessous vous présente la situation entre le sexe et les réactions partenaires lors des négociations à l'utilisation du préservatif ($p < 0,006$).

Table VII: Réactions des partenaires lors de la demande des PVVIH pour utilisation du condom selon le sexe

	Réaction du partenaire pour l'utilisation du condom			Total
	Refus de condom	de violence	acceptation	
féminin	10	5	4	19
masculin	1	0	6	7
Total	11	5	10	26

Source : Duogene R. (enquête de terrain 2012, Haïti)

Ces données recueillies directement auprès des PVVIH nous éclairent sur les difficultés que les patients font face des qu'ils ont reçu leur résultat positif. La discrimination nous parait comme un obstacle majeur pour les patients et ils ne peuvent pas parler de leur séropositivité. Aujourd'hui encore la perte de l'emploi à cause du VIH persiste. Le rapport de force entre l'homme et la femme reste encore un obstacle important pour l'utilisation des condoms.

5 Discussion

5.1 Caractéristiques sociodémographiques

La population de l'étude est relativement jeune avec une moyenne d'âge de $33,6 \pm 5$ ans, en majorité de sexe féminin 65%. S'agissant de la prédominance féminine de notre échantillon, elle est en accord avec les données disponibles sur le plan national, car en 2011, 61,1% des PVVIH en Haïti sont des femmes (UNGASS 2012). Cette féminisation de l'endémie du VIH pourrait s'expliquer par la vulnérabilité sociale, économique et culturelle des femmes (ONUSIDA, 2003).

Le niveau d'instruction primaire est dominant chez les malades avec 40% suivi du secondaire 22,5% et des analphabètes 20%, alors que le niveau supérieur est présent seulement à 5%. Ce qui nous donne un peu le reflet de la population haïtienne sur le plan éducatif car le niveau d'analphabétisme est de 37,4%, le niveau secondaire et supérieur est très faible sur le plan national 1,1% (UNESCO, 2008). Cette différence avec les données nationales peut s'expliquer par le lieu de l'étude car la majorité des personnes avec un niveau d'éducation avancé se concentre dans la zone métropolitaine du pays.

La domination des chrétiens dans notre échantillon avec près de 75% (catholique 45% et protestant 30%) est un indice important de la discrimination par rapport à la position de ces derniers sur le VIH. En dépit de leur implication dans l'organisation des soins pour les PVVIH, l'église, avec son discours moralisateur qui culpabilise les PVVIH peut inciter les gens à la discrimination et la stigmatisation des PVVIH. Le discours de préventions axé sur la fidélité et l'abstinence serait un facteur de propagation de l'épidémie car les chrétiens notamment les catholiques attribuent l'usage du condom à des infidèles.

2,5% des PVVIH utilisaient régulièrement le préservatif avant la connaissance de leur séropositivité, cependant, 35% déclarent ignorer leur mode de contamination et 10% pensent qu'ils ont été exposés au sang contaminé, tandis que 55% ont cité des rapports sexuels non protégés. La voie de transmission prédominante du VIH en Haïti reste encore la voie sexuelle. L'infection au VIH étant considérée comme la maladie de la honte et de mauvaise conduite. Cette situation contraint les malades à cacher leur statut sérologique et parfois à ignorer le mode probable de contamination. La persistance de cette tendance entraîne la peur chez les PVVIH de la divulgation de leur statut sérologique.

5.2 Les événements vécus

Trois quarts des patients affirment qu'ils ont déjà subi des réactions discriminatoires. La forme de discrimination la plus rencontrée est le rejet 33,3%. En regardant le cas de Burkina Faso, le rejet reste

aussi dominant au sein du couple ou en dehors de la famille et peut être manifesté sous plusieurs formes comme rejet par la famille, exclusion, expulsion du domicile familial, séparation au lit ou divorce (Ouedraogo et al, 2005).

Un fait paraît surprenant durant cette étude, en dépit des efforts réalisés en Haïti dans la lutte contre le VIH, il y a des employeurs qui renvoient les personnes séropositives chez eux et cette proportion occupe la troisième place avec 16,7% juste après le refus d'attribuer des responsabilités. Le refus de donner du travail à cause du VIH persiste encore dans la société haïtienne car 10% des enquêtés ont vécu cet événement. Ce qui indique qu'en dépit des campagnes de communication sur la maladie, l'ostracisme qu'on manifestait contre les PVVIH, un tiers accepte de visiter un PVVIH (Adrien, Cayemites et Bergevin, 1991), au début de la maladie persiste encore. De ce fait, la discrimination est un facteur qui accroît la vulnérabilité sociale et économique des PVVIH et de leurs familles en augmentant indirectement la vulnérabilité face au risque du VIH. Lorsque l'urgence est de survivre matériellement, les attitudes de réduction des risques ne peuvent trouver vraiment leur place dans les pratiques (Lascoumes, 1994). En dépit des messages véhiculés sur le VIH, les messages qui circulaient au début de la maladie restent ancrés dans la société haïtienne. Certaines institutions en Haïti continuent de réclamer des certificats médicaux avant les embauches et on trouve certaines institutions de l'Etat haïtien qui ont cette pratique. Ces différentes réactions de la société face au malade du sida ne sont pas sans effet sur le combat mené contre le VIH.

Ces réactions négatives à l'égard des PVVIH entraînent un comportement d'isolation chez ces derniers pour cacher leur séropositivité. La majorité, soit 55% des PVVIH n'ont jamais parlé de leur séropositivité et parmi les 45% qui l'ont fait, ce sont les conjoints qui prédominent pour le partage du secret avec 66,7%. Cependant, la divulgation n'est pas sans conséquence pour le malade, car 27,8% d'entre eux ont connu la violence de la part de leur conjoint et 22,2% des cas conduisent à la séparation. Face à cette situation, les PVVIH ont recours à d'autres personnes pour parler de leur statut sérologique comme leur enfant et leur parent. Ces types de réactions ne font que matérialiser la honte, les relations sexuelles non protégées et la non divulgation chez les PVVIH. Le chemin à parcourir est encore très long pour parvenir à zéro discrimination qu'on prône pour 2015. La discrimination n'aura pas seulement des effets sur le comportement sexuel des PVVIH mais elle peut avoir aussi des répercussions sur la prise en charge des femmes enceintes PVVIH. L'attitude de violence des hommes peut constituer un obstacle fort à l'adhésion des femmes aux services de PTME et à l'observance du traitement prophylactique. Ces femmes enceintes peuvent cacher leur séropositivité aux partenaires, entraînant des difficultés d'accès aux soins et aux traitements.

La honte qui s'accompagne de la maladie, entraîne le refus de 92,5% des enquêtés de faire partie d'une association et la cause principale, selon les résultats, de ce refus est la peur de ne pas s'identifier comme PVVIH. Lors d'une étude avec une cohorte des patients au Sénégal, les mêmes raisons ont été évoquées par les PVVIH en suivi depuis près de dix ans pour justifier leur refus d'adhérer aux associations (Taverne, Desclaux et al, 2012). La participation active des PVVIH dans la lutte contre le VIH est loin d'être efficace pour les PVVIH dans ce climat marqué par la stigmatisation et la discrimination atroce. Cette situation n'est pas sans conséquence sur le comportement sécuritaire des PVVIH.

5.3 Comportement des PVVIH

Il est très rare de trouver des études menées sur le comportement des séropositifs, on suppose toujours que les PVVIH adoptent un comportement sécuritaire dès qu'ils connaissent leur statut sérologique. Dans cette étude le comportement de la majorité des enquêtés n'est pas forcément lié à un vouloir mais plutôt à une situation obligée par la peur des réactions violentes des partenaires sexuelles ou d'autres réactions discriminatoires.

Seulement 37,5% des patients ont connu un seul partenaire sexuel depuis la connaissance de leur séropositivité et 40% affirment avoir eu des relations sexuelles avec un partenaire occasionnel. Alors que 12,5% utilisent toujours le condom depuis la connaissance de la séropositivité. Le comportement à risque est très fréquent chez les PVVIH. Selon une enquête réalisée chez les PVVIH en Amérique du Nord, une moyenne de 16,3% ont contracté une autre ITSS (Wilton, 2011). La trichomonase était la plus répandue, ce qui indique des comportements sexuels non sécuritaires chez ces PVVIH.

Cette situation de comportement dangereux n'est pas forcément liée au bon gré des PVVIH haïtiens car 65% ont négocié l'usage du condom avec les partenaires sexuels tout en taisant leur séropositivité. Parmi ces patients, seulement 38,5% ont eu une réponse favorable, sans aucun doute ce refus de la majorité vient à cause de la méconnaissance du statut sérologique du partenaire. Simoni a déjà considéré la divulgation de la séropositivité comme une stratégie de prévention, sous l'hypothèse que la divulgation incitera les pratiques de réduction des risques entre les partenaires sexuels (Simoni et Pantalone, 2004). Cependant, la divulgation n'entraîne pas un comportement sécuritaire sexuel systématique car 3/5 seulement des patients qui ont parlé de leur séropositivité avec leurs différents partenaires sexuels ont fait un usage systématique du préservatif. Cette observation a été déjà faite par certains auteurs (Ouedraogo et al, 2005 ; Maiorana et al 2012). Cette situation se traduit comme une déficience des activités de prévention car selon le concept de prévention positive, les partenaires des PVVIH devraient avoir le même niveau d'information pour pouvoir gérer la prévention (Barbier et

Bergoudo-Leblanc, 2011). Dans certains cas, notamment chez les femmes, la demande d'utilisation du condom peut entraîner des conséquences néfastes allant jusqu'à la violence 19,2%. Cette réaction se fait parce qu'en Haïti, les hommes ont pris le dessus sur la femme dans les relations sexuelles. Ils pensent également si une fois elle demande d'utiliser le condom, c'est parce que la femme a d'autres partenaires sexuels et selon certains patients, cette demande peut entraîner une suspicion de leur séropositivité. Cette situation peut expliquer la vulnérabilisation des femmes face au VIH, car la violence faite aux femmes est très répandue dans le milieu haïtien et les femmes séropositives, en dépit de leur situation, ne sont pas protégées contre ces pratiques.

D'après Crepez et Marks (2002), c'est une minorité de PVVIH qui a eu des comportements à risque. Chez les PVVIH de ce centre, la différence est très grande par rapport avec ceux qui utilisent toujours le condom car 37,5% n'utilisent jamais les préservatifs depuis sa séropositivité. Ce qui représente une forte proportion si on ajoute les utilisateurs irréguliers. Cette différence peut s'expliquer par la conception d'infidélité développée autour de l'utilisation du condom dans la société haïtienne marquée par l'influence de l'église, ensuite le manque de décision des femmes dans les relations sexuelles peut expliquer cette différence car l'échantillon de l'étude est à dominance féminine.

Il n'y a aucun doute que la discrimination et la stigmatisation pourraient entraîner un refus fréquent chez la majorité des PVVIH de divulguer leur statut sérologique. Ce refus de divulgation entraîne un comportement à risque car la méconnaissance de la séropositivité est un facteur de prise de risque. La divulgation de la séropositivité aux partenaires sexuels peut faire chuter la transmission du VIH de 40,6% à 17,9% (Pinkerton et Galletly, 2007). Devant la peur du VIH/sida qui se développe en Haïti, il serait fort difficile à une personne de prendre le risque d'avoir des relations sexuelles sans aucune protection avec un PVVIH. Ce comportement peut s'expliquer aussi par le désir de procréation. Dans ce dernier cas, connaissant quand même leur statut sérologique, le couple peut manifester le désir de procréer. Une décision qui devrait être éclairée pour les deux partenaires mais c'est le contraire car souvent le partenaire séronégatif ne connaît pas l'état de santé de son partenaire. Le personnel soignant n'a nul droit de l'informer sans l'autorisation du patient, entraînant souvent des grossesses non planifiées, dans un contexte où les relations doivent être alors non protégées et menant à la transmission du VIH de par la même occasion.

Le contenu des messages de prévention ne sont pas toujours bien reçu chez les PVVIH. Presque tous les PVVIH ont l'habitude d'entendre les messages de prévention, cependant les opinions restent partagées sur leurs contenus : 28,2% pensent que ces messages les culpabilisent, 23,1% déclarent que les messages incitent à la discrimination. Il est vrai que certains messages entraînent beaucoup plus de peur chez la population à propos de la maladie. Certaines chansons jouées par les Disc Jockey

ne font qu'augmenter les attitudes négatives envers les PVVIH car elles véhiculent des messages de stigmatisation et de discrimination contre les personnes touchées par la maladie. Seulement 20% des PVVIH pensent que ces messages incitent à la prévention. Un travail immense sur le plan psychologique et social doit être effectué auprès des PVVIH car presque 3/10 environ des patients estiment qu'ils n'ont aucun intérêt pour ces messages ou ne se sentent pas concernés car ils sont déjà contaminés.

Les programmes de prévention exclu l'apport des PVVIH au contraire de l'expérience de nombreux pays développés et en développement qui ont fait appel aux personnes les plus concernées pour aider à la lutte au VIH.

L'inégalité des sexes est un facteur important car les réactions sont différentes selon le sexe de la personne qui demande l'utilisation du préservatif et c'est la femme qui récolte toujours la violence dans cette situation. Donc la lutte pour le respect des droits de l'homme et l'équité du genre est un élément primordial pour une lutte efficace contre le VIH.

Cette étude est la première a examiné le comportement des PVVIH par rapport aux réactions discriminatoires en Haïti. La population de cette étude a été constituée à partir des PVVIH en suivi au centre Hospitalier Eliazar Germain de Pétion Ville. Tenant compte de la faiblesse de l'échantillon sur le plan quantitatif, on ne peut pas extrapoler le résultat de cette étude à tous les PVVIH en Haïti.

Toutefois, nous pensons que les résultats ont un intérêt car il nous permet d'avoir certaines informations sur les différents types de discrimination dont ils font face et leur comportement sexuel. Cette étude nous permet de répertorier aussi les difficultés dont ils font face pour adopter un comportement sexuel sécuritaire car ils ne peuvent pas parler de leur séropositivité. Ces données recueillies lors de cette étude devraient donner des pistes pour l'ajout d'autres aspects dans la lutte contre le VIH car ces informations peuvent traduire de façon significative le vécu d'un grand nombre de PVVIH en Haïti.

Conclusion

Cette étude nous a permis de comprendre que la maladie du VIH/sida, en dépit de toutes les mobilisations pour informer et éduquer la population sur les modes de transmission et sur la prévention, reste une maladie chargée d'émotion et de préjugés. Elle est peut être la maladie la plus stigmatisée de l'histoire (Cameron, 2007) et les PVVIH sont perçus comme des pestiférés (Ouedraogo et al, 2005). Les PVVIH subissent de nombreuses façons la discrimination tels le rejet, la culpabilisation, refus de donner du travail ou encore le renvoi et le refus de soins sanitaires. Ces réactions sont probablement la conséquence des connaissances erronées, des tabous et messages à connotation négative véhiculés au début de l'apparition de la maladie et jusqu'aujourd'hui en Haïti.

Cette étude nous a permis de mieux comprendre pourquoi les PVVIH, en dépit de la connaissance de leur statut sérologique continue d'avoir des comportements sexuels à risque. On a pu comprendre aussi le rôle de la stigmatisation et de la discrimination dans la propagation de l'épidémie. Nos quatre hypothèses de départ, à savoir les PVVIH vivent et ressentent de la discrimination suffisamment pour altérer leur comportement sexuel, les PVVIH cachent leur statut sérologique par peur de réactions discriminatoires dont la violence des partenaires sexuels, l'incapacité de parler de leur séropositivité avec leur partenaire sexuel est un élément clé dans la transmission du VIH et les PVVIH ont de la difficulté à intégrer dans leur vie sexuelle les messages de prévention qui leur sont présentés, se vérifient à la lumière des entretiens sur le terrain.

Toute activité de mobilisation contre le VIH doit se faire avec la participation des PVVIH et de la communauté. Les messages qui entraînent la peur et le refus de la population de vivre avec les PVVIH ont très peu de bénéfice pour la lutte. Cette situation provoque le non respect des droits des patients conduisant à un échec des activités de prévention et le maintien de la discrimination.

Généralement les PVVIH sont vulnérables. Cette vulnérabilité est liée à l'infection, qui entraîne une déficience du système immunitaire favorisant l'apparition fréquente d'infections opportunistes (Konan et al, 2008). Cependant, un environnement social où règne la stigmatisation et la discrimination provoque une défaillance psychologique. Cette barrière psychologique entraîne des difficultés d'accès aux soins et aux traitements. Cette vulnérabilité psychologique est l'un des facteurs qui nous explique la persistance de comportement sexuel à risque chez la majorité des PVVIH malgré la connaissance de leur statut sérologique.

En dépit des progrès très significatifs dans le traitement du VIH, il nous reste beaucoup de chemin à parcourir pour intégrer les PVVIH à la société haïtienne. La violation de droits de l'homme particulièrement les PVVIH, les comportements sexistes et les barrières culturelles constituent encore

des obstacles pour une lutte efficace contre l'endémie du VIH en Haïti. D'où l'importance d'une stratégie de développement de prise en charge communautaire en intégrant les PVVIH et les familles par une politique de médiation sociale.

Bibliographie

- ❖ Adrien A., Cayemittes M. et Bergevin Y. (1991). *Le sida en Haïti : connaissances, attitudes, croyances et comportements de la population*. Cahiers Santé : 1 P 59-67
- ❖ Andreo, C., Barbier, F., Pilorgé, F. et Persiaux, R. (2011). *Rome IAS 2011 : des progrès à concrétiser*. REMAIDES, 79 : 14-16
- ❖ Barbier, F. et Bergoudo-Leblanc, F. (2011). *Prévention positive : Quels enjeux*. <http://www.vih.org/20110502/prevention-positive-quels-enjeux-22804>. Consulté le 1er février 2013.
- ❖ Bernier M. et Ascensio, P. (1995). *Enfant de la rue et VIH en Haïti*. Cahier Santé, 5 p. 125 à 130
- ❖ Brutus, J. (1996). *Situation report: sexually transmitted disease / family planning program in Haiti*. In H. Sanghvi and D. Lewison, Eds. *Issues in the Management of STDs in Family Planning Settings*. Baltimore, Maryland: JHPIEGO. 43-47.
- ❖ Buton, F. (2005). *Sida et politique : saisir les formes de lutte*. Presses de Sciences po, vol 55 p. 787 à 810
- ❖ Cameron E., (2007). *Legislating an epidemic: the challenge of HIV/AIDS in the workplace*. OIT.
- ❖ CARE. (2003). *CARE's project work, Haiti*. Consulté le 27 octobre 2011. www.careinternational.org.uk/cares_work/where/haiti/reports/haiti_projects.htm.
- ❖ Crepez N., Marks G. (2002). *Toward an understanding of sexual risk behavior in people living with HIV: a review of social, psychological, and medical findings*. AIDS, 16 (2):135-149
- ❖ Couture M.C. (2009). *Comportements sexuels à risque, VIH/ITS et violence dans les milieux prostitutionnels de St-Marc et Gonaïves, Haïti*. Thèse de doctorat. Université de Montréal.
- ❖ Deschamps, M. M., Pape, J. W. & al. (1996). *Heterosexual transmission of HIV in Haiti*. Ann Intern Med 125(4): 324-30.
- ❖ Deschamps, M., Fitzgerald, D., Pape, J.W., and Johnson, W. (2000). *HIV infection in Haiti: natural history and disease progression*. AIDS14: 2515-2521
- ❖ Desclaux A. (2003). *Stigmatisation, discrimination: que peut-on attendre d'une approche culturelle ?* <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/> consulté le 7 octobre 2012.
- ❖ EMMUS III (2000). *Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services: Haïti*. Institut haïtien de l'enfance (IHE), Port-au-Prince. 504p.
- ❖ EMMUS IV (2006). *Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services: Haïti*. Institut haïtien de l'enfance (IHE)- Institut haïtien de statistique et d'informatique (IHSI), Port-au-Prince. 516p.

- ❖ Farmer, P. (2006). *AIDS and accusation: Haiti and the geography of blame*. University of California Press.
- ❖ Farmer, P. (1996). *SIDA EN HAÏTI : La victime accusée*. Ed. Karthala.374p.
- ❖ Fils-Lien E.T. (2009). *Le VIH/sida en Afrique du Sud et en Haïti : de l'échec de la gouvernance de l'épidémie aux difficultés d'atteindre les OMD*. Cahiers Santé vol.19, 3 : p.121-132.
- ❖ Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall
- ❖ Goffman, E. (1975). (Traduction française de la version originale de 1963). *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*. Paris : Éd. de Minuit, 175 p.
- ❖ Gordon R.S. (1983). *An operational classification of disease prevention*. Public Health Report, 98(2), p.107-109.
- ❖ Green E.C. (2003). *Rethinking AIDS Prevention: Learning from Successes in Developing Countries*. Praeger, 385 p.
- ❖ Hempstone, H., Diop-Sidibé N., Kim S.A., Lauredent E., Heerey M. (2004). *VIH/SIDA en Haïti: une revue de la littérature*. USAID.74p.
- ❖ Institut Haïtien de l'Enfance (IHE). (2002). *Plan Stratégique National pour la Prévention et le Contrôle des IST et du VIH/SIDA en Haïti: 2002-2006*. Port-au-Prince, Haïti: Ministère de la Santé Publique et de la Population. 97p.
- ❖ Jacob S. (2004). *Sida et Développement rural en Haïti*. www.inter-reseaux.org/IMG/pdf/Sida_Haiti.pdf consulté le 22 janvier 2012.
- ❖ Joep, L. 2006. *Étendre l'accès à la prévention et au traitement du VIH dans un contexte de rareté des ressources: défis et perspectives*. Revue d'économie du développement Vol. 20 :4, p. 119-13
- ❖ Kalichman S., et al. (2001). *Effectiveness of an intervention to reduce HIV transmission risks in HIV positive people*. Am J of Preventive Medicine, 21(2), p.84-92.
- ❖ Kalichman, S. & Simbayi L.C. (2003). *HIV testing attitudes, AIDS stigma, and voluntary HIV counselling and testing in a black township in Cape Town, South Africa*. Sex Transm Infect; 79:442–447.
- ❖ Konan Y.E., Tetchie, E.O., Kpebo, D.O. & al. (2008). *Perception des personnes vivant avec le VIH sur l'infection. A propos d'une enquête réalisée au centre d'assistance sociomédicale de Treichville à Abidjan*. Cahier Santé Publique. Vol 7 :1, p. 7-16
- ❖ Lamoureux P. (2009). *Économie de la prévention*. in Pierre Louis Bras *Traité d'économie et de la gestion de la santé*. Presses de sciences Po. Hors collection P.139-152
- ❖ Lascoumes P. (1994). *VIH, exclusions et luttés contre les discriminations. Une épidémie révélatrice d'orientations nouvelles dans la construction et la gestion des risques*. Cahiers de recherche sociologique, n° 22, p. 61-75.

- ❖ Lert, F. & Pialoux, G. (2009). *Rapport mission RDRs. Prévention et la réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST*. France. 238p.
- ❖ Maiorana A, Koester KA, Myers JJ, Lloyd KC, Shade SB, Dawson-Rose C, Morin SF. (2012). *Helping patients talk about HIV: inclusion of messages on disclosure in prevention with positives interventions in clinical settings*. AIDS Education and Prevention, 24(2), 179–192
- ❖ Malcolm, A., Aggleton, P., Bronfman, M. & al. (1998). *HIV-related stigmatization and discrimination: Its forms and contexts*. Critical public health, 8(4), 347-370.
- ❖ Medley A., Claudia G.M., Scott M. & Suzanne M. (2004). *Taux, limites et conséquences de la révélation de leur statut sérologique VIH par les femmes dans les pays en développement : répercussions sur les programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant*. Bulletin of the World Health Organization : 82:p.299-307.
- ❖ Ministère de la Santé Publique et de la Population, Institut Haïtien de l'Enfance, Laboratoire National de Santé Publique, Centers for Disease Control and Prevention. (2009). *Etude de séro-surveillance par méthode sentinelle de la prévalence du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes en Haïti*. Port-au-Prince
- ❖ Nicolle, C. (1933). *Destin des maladies infectieuses*, Félix Alcan, Paris.
- ❖ ONUSIDA (2003). *Conseil et test de dépistage volontaire : une voie d'accès à la prévention et aux soins*. Genève, Suisse. 65p.
- ❖ ONUSIDA (2005). *Stigmatisation, discrimination et violations des droits de l'homme associées au VIH*. Etudes de cas des interventions réussies. Genève, Suisse. 80p.
- ❖ ONUSIDA (2006). *Le point sur l'épidémie mondiale de Sida dans le monde*. Genève, Suisse. 96p.
- ❖ ONUSIDA (2009). *Lutter contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH : un élément essentiel des programmes nationaux de lutte contre le sida : document à l'intention des parties prenantes nationales engagées dans la riposte au VIH*. Geneve, Suisse. 56p.
- ❖ ONUSIDA (2010). *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida - Aide mémoire du rapport sur l'épidémie mondiale de sida*. Genève, Suisse. 15p.
- ❖ ONUSIDA (2010). *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida. Aide mémoire Caraïbes* Genève, Suisse. 1p
- ❖ ONUSIDA (2011). *La riposte mondiale au VIH/sida. Le point sur l'épidémie et sur les progrès du secteur de santé vers un accès universel*. Genève, Suisse. 52p.
- ❖ ONUSIDA (2012). *Rapport sur l'épidémie mondiale du VIH/sida*. Genève, Suisse. 212p.
- ❖ Ouedraogo T.L. Ouedraogo A., Ouedraogo V., Kyelem N., et Soubeiga A. (2005). *Infection à VIH et modifications des relations sociales: étude auprès de 188 personnes infectées au VIH à Ouagadougou (Burkina Faso)*. Cahiers Santé vol 15, (4) P.253-257

- ❖ Pape JW, Liautaud B, Thomas F, Mathurin JR, St Amand MM, Boncy M, Pean V, Pamphile M, Laroche AC, Johnson WD Jr. (1986). *Risk factors associated with AIDS in Haiti*. The American Journal of the Medical Sciences. 291(1) P. 4-7.
- ❖ Pape JW and Johnson WD. (1988). *Epidemiology of AIDS in the Caribbean*. Baillière's clinical tropical medicine and communicable diseases, vol. 3, No 1, p. 31-42.
- ❖ Pearshouse, R. (2007). *Contagion législative : propagation de nouvelles lois problématiques sur le VIH en Afrique Occidentale*. Revue VIH/SIDA, droit et politiques Vol 12 :2, 5-12.
- ❖ Pinkerton, S. D., & Galletly, C. L. (2007). *Reducing HIV transmission risk by increasing serostatus disclosure: A mathematical modeling analysis*. AIDS & Behavior, 11(5), p.698-705.
- ❖ Pierret, J. (1992). *Une épidémie des temps modernes*. In L'homme contaminé, la tourmente du SIDA, (dirigé par) Thiaudière, C., p. 17-23. Paris : Autrement.
- ❖ Pierret J. (1997). *Un objet pour la sociologie de la maladie chronique : la situation de séropositivité au VIH ?* In: Sciences sociales et santé. Volume 15 :4. p. 97-120
- ❖ PNLs (2007). *Plan stratégique national multisectoriel 2008-2012*. MSPP. Port-au-Prince
- ❖ Putnam E., Dériveau J., Zalduondo B., Génécé E., Mercier P., Soliman C., and Timyan J. (2001). *USAID Support for Sexually Transmitted Infections and HIV/AIDS Programming in Haiti*. Washington, DC: The Synergy Project
- ❖ Romero, J.L. (2004). *Neuvième états généraux des élus locaux contre le sida en France*. ARLYS.
- ❖ Scott M.H. (2011). *Antiretroviral treatment as prevention*. N Engl J Med; 365:561-562
- ❖ Simoni J. M., & Pantalone D. W. (2004). *Secrets and safety in the age of AIDS: Does HIV disclosure lead to safer sex?* Topics in HIV Medicine, 12(4), 109-118.
- ❖ Skinner D., Mfecane S. (2004). *Stigma, discrimination and the implications for people living with HIV/AIDS in South Africa*. SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS: An open Access Journal, 1:3, p 157-164.
- ❖ Société Canadienne du Sida. (2010). *La prévention positive : un document de travail pour l'élaboration d'un cadre pancanadien*. Ottawa, Canada. 38p.
- ❖ St. Cyr-Delpe, M. (1995). *On the eve of destruction*. In E. Reid (Ed.), *HIV and AIDS: The Global Interconnection*. West Hartford, Connecticut: Kumarian Press, Inc.
- ❖ Stuber J., Meyer I. et Link B. (2008). *Stigma, prejudice, discrimination and health*. Social science and medicine 67(3):351-357
- ❖ Taverne B., Desclaux A., Papa Salif S., Delaporte E., Ndoeye I. (2012). *Evaluation de l'impact bio-clinique et social, individuel et collectif, du traitement ARV chez des patients VIH-1 pris en charge depuis 10 ans dans le cadre de l'ISAARV – Cohorte ANRS 1215*. ANRS 397p.

- ❖ They S. (2011). *Etymologie et Définition du mot Discrimination*. Version électronique. Consulté le 2 janvier 2013. <http://www.ldh-france.org/region/alsace/accueil/charte-de-lutte-contre-les-discriminations/etymologie-et-definition-du-mot-discrimination/>)
- ❖ Toure B. et al. (2005). *Connaissances, attitudes et pratiques des collégiens et lycéens d'Abidjan face au VIH/SIDA*. Med Trop; 65 : 346-348
- ❖ UNESCO (2008). *Tendances récentes et situation actuelle de l'éducation et de la formation des adultes en Haïti*. Port-au-Prince.78p.
- ❖ UNESCO (2002). *VIH/SIDA stigmatisation et discrimination : une approche anthropologique*. Paris. 70p.
- ❖ UNGASS (2005). *Programme commun des Nations Unies sur le SIDA en Haïti*. 33p
- ❖ UNGASS (2012). *Rapport de situation nationale d'Haïti*.52p.
- ❖ United Nations AMICAALL Partnership Programme (2007). *Rompre le cycle: stigmatisation, discrimination, auto discrimination et VIH*. (version française). 17p
- ❖ Vilgrain, C. (IntellConsult). (2000). *Recherche participative: Soutien aux personnes atteintes de VIH/SIDA et à leur famille*. Port-au-Prince, Haïti: CARE.
- ❖ Wilton J. (2011). *Prévalence élevée d'infections transmissibles sexuellement parmi les personnes vivant avec le VIH – conséquences pour la prévention du VIH*. Version électronique. Consulté le 12 janvier 2013. <http://www.catie.ca/fr/nouvellescatie/2011-08-23/prevalence-elevee-dinfections-transmissibles-sexuellement-parmi-les-person>.

Liste des illustrations

Figure 1: Droits humains et VIH	20
Figure 2: Répartition de la population enquêtée selon le sexe.....	26
Figure 3: Présentation des différents types de discrimination subie par les PVVIH.....	27
Figure 4: Réactions des personnes lors de la divulgation de la séropositivité des PVVIH	28
Figure 5: Perceptions des PVVIH sur les messages de prévention.....	29

Liste des tables

Table I: Répartition de la population selon les groupes d'âges.....	26
Table II: Membre de votre famille à qui vous avez parlé de votre statut	28
Table III: Les causes du refus de participer à une association des PVVIH	29
Table IV: Risque ou possibilité d'avoir une relation sexuelle avec un partenaire irrégulier selon le sexe.....	30
Table V: Nombre de partenaires sexuels depuis la connaissance de votre séropositivité	30
Table VI: Utilisation de condoms par les PVVIH depuis la connaissance de leur séropositivité	31
Table VII: Réactions des partenaires lors de la demande des PVVIH pour utilisation du condom selon le sexe	31

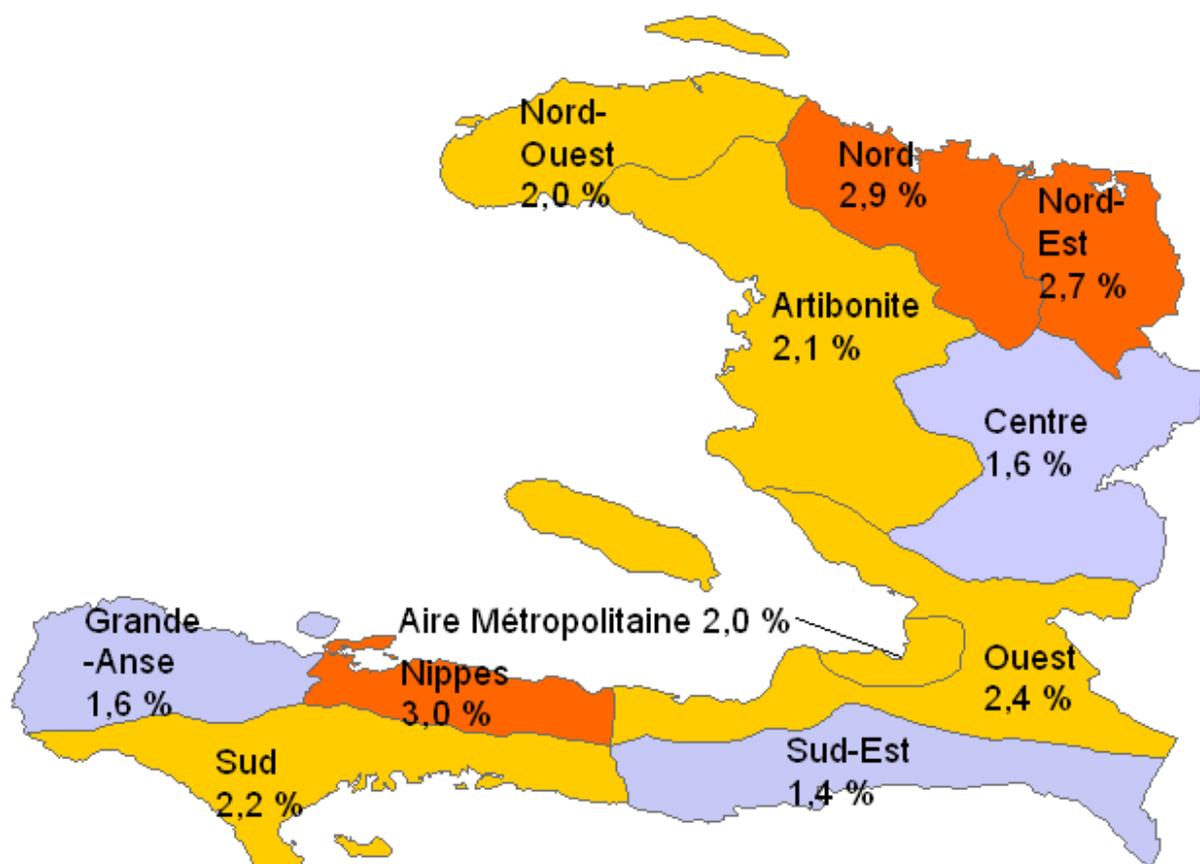
ANNEXE

Annexe 1 : Statistiques mondiales de l'épidémie du VIH en 2010.

	Personnes vivant avec le VIH	Nouvelles infections au VIH en 2010	Décès liés au VIH en 2010	Prévalence VIH dans population (%)
Afrique subsaharienne	22,9 millions [21,6–24,1 millions]	1,9 million [1,7–2,1 millions]	1,2 million [1,1 – 1,4 million]	5 [4,7 – 5,2]
Asie du Sud et du Sud-est	4,0 millions [3,6- 4,5 millions]	270 000 [230000-340000]	250 000 [210000–280000]	0,3 [0,3– 0,3]
Asie de l'Est	790 000 [580 000–1,1 million]	88 000 [48 000–160 000]	56 000 [40 000–76 000]	0,1 [0,1 – 0,1]
Amérique Latine	1,5 million [1,2–1,7 million]	100 000 [73 000–140 000]	67 000 [45 000–92 000]	0,4 [0,3– 0,5]
Amérique du Nord	1,3 million [1,0–1,9 million]	58 000 [24 000–130 000]	20 000 [16 000–27 000]	0,6 [0,5–0,9]
Europe occidental et central	840 000 [770 000–930 000]	30 000 [22 000–39 000]	9900 [8900–11 000]	0,2 [0,2–0,2]
Europe de l'Est et Asie centrale	1,5 million [1,3–1,7 million]	160 000 [110 000–200 000]	90 000 [74 000–110 000]	0,9 [0,8–1,1]
Caraïbes	200 000 [170 000–220 000]	12 000 [9400–17 000]	9000 [6900–12 000]	0,9 [0,8–1,0]
Moyen orient et Afrique du Nord	470 000 [350 000 - 570 000]	59 000 [40 000 - 73 000]	35 000 [25 000 - 42 000]	0,2 [0,2 - 0,3]
Océanie	54 000 [48 000–62 000]	3300 [2400–4200]	1600 [1200–2000]	0,3 [0,2–0,3]
Total	34,0 millions [31,6–35,2 millions]	2,7 millions [2,4–2,9 millions]	1,8 million [1,6–1,9 million]	0,8 [0,8–0,8]

Source : ONUSIDA 2011 Rapport sur l'épidémie mondiale de Sida

Annexe 2 : Carte d'Haïti avec la répartition interdépartementale de la prévalence



SOURCE: MSPP/IHE/MACRO INTL, EMMUS IV, 2006

Annexe 3 : Formulaire de consentement

Port au Prince, le 7 Aout 2012

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre de la recherche : La prévention du VIH : les risques liés à la discrimination des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (PVVIH) en Haïti. Cas des PVVIH du centre Hospitalier Eliazar Germain de Pétion Ville.

Chercheur : Duogene Rodeans, Candidat à la maîtrise en santé internationale, Université Senghor d'Alexandrie, Égypte.

1. Objectifs de la recherche :

Ce projet vise à mieux comprendre l'impact de la discrimination dans la propagation du VIH en Haïti. Nous cherchons d'identifier le lien existant entre la discrimination et le comportement sexuel des PVVIH. Pour ce faire, nous nous intéressons surtout à la discrimination, les réactions des parents notamment les conjoints lors de la déclaration du statut sérologique, et le comportement des PVVIH.

2. Participation à la recherche :

Nous vous rencontrerons, à la date et au lieu de votre choix, pour une entrevue où nous vous poserons différentes questions sur la discrimination, le comportement sexuel, la perception sur les messages de prévention et la participation dans les associations de PVVIH. Vous pourrez choisir de ne pas répondre à l'une ou l'autre des questions ou nous indiquer que l'une ou l'autre de vos réponses doit demeurer confidentielle. Il est prévu que ces rencontres dureront environ quinze minutes.

3. Avantages et inconvénients :

Le projet s'inscrit dans le cadre de notre étude académique et il vise à approfondir nos connaissances sur la discrimination subie par les PVVIH et son impact sur le maintien et la propagation du VIH en Haïti. Ce projet veut contribuer à une amélioration de la prise en charge globale des PVVIH en Haïti, c'est-à-dire, porter beaucoup plus d'attention aux difficultés psychologiques et sociales rencontrées par les PVVIH dans la société haïtienne.

4. Consentement :

Je (nom et prénom) _____ déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche.

Après réflexion, je consens librement à prendre part à cette recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps sur simple avis verbal sans préjudice et sans devoir justifier ma décision.

Je consens à ce que les données recueillies dans le cadre de cette étude soient utilisées pour des projets de recherche subséquents de même nature, conditionnellement dans le respect des principes de confidentialité et de protection des informations.

Signature du participant: _____ Date: _____

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature du chercheur : _____ Date: _____

Pour toute question relative à l'étude, ou pour vous retirer du projet, vous pouvez communiquer avec DUOGENE Rodeans ou Dr DUPERVAL Harold.

Annexe 4 : Questionnaire d'enquête

Université Senghor d'Alexandrie, Egypte

Enquête pour la réalisation de mémoire pour le grade de master en développement, spécialité sante internationale

Prévention du VIH : Risques liés à la discrimination des PVVIH en Haïti.

No :

1-Information socio démographiques

Age :

Lieu d'habitation

Sexe : M F

État civil Célibataire Marié(e) concubinage
 Divorcé(e) Veuf (ve)

Éducation : Primaire Secondaire Alphabétisé(e)
 Supérieur Jamais à l'école

Religion : Catholique protestant
 Vodou musulman
 Aucune

2-Avez-vous été informé de l'existence du Sida avant votre test?

Oui NON

3-Si Oui, Comment?

- Radio
- Télévision
- A l'hôpital
- A l'école
- Réunion communautaire
- Amis
- Autres

4-Depuis combien temps vous savez que vous êtes séropositif?

- 6 mois
- 1 an
- 2 ans
- 3 ans
- 4 ans ou plus

5-Vous avez été contaminés comment ?

- Rapport sexuel sans condom
- Exposition au sang contaminé
- Ne sais pas

6-Avez-vous déjà fait face à la discrimination?

OUI NON

7-Si OUI, quels types?

- Préjugés sur la personne
- Refus de vous donner du travail
- Refus d'attribuer des responsabilités à la personne
- Renvoyer du travail
- Rejet dans les groupes
- Refus de soins sanitaires

8-Avez-vous parlé de votre séropositivité à votre famille?

OUI NON

9-Si oui, laquelle?

- Époux (se)
- Mère/Père
- Fils/fille
- Ami
- Autres

10-Quelle était la réaction de la personne?

- Violence
- Triste
- Déception
- Rejet
- Séparation

11-Avez-vous utilisé des préservatifs avant la connaissance de votre séropositivité

Oui NON

12-Après votre partenaire sexuel régulier, avez-vous d'autres partenaires sexuels?

OUI NON

13-Combien de partenaires sexuels avez-vous eu depuis la connaissance de votre séropositivité

- 1 partenaire
- 2 à 3 partenaires
- 3 à 5 partenaires
- Plus de 5 partenaires

14-si oui, vous parlez avec tous de votre séropositivité?

OUI NON

15-Avez-vous négocié l'usage du condom avec votre partenaire?

Oui

NON

16-Si oui, quelle est sa réaction?

Refus d'utiliser le condom

Violence

Acceptation

17-Utilisez-vous des capotes depuis la connaissance de votre séropositivité

Jamais

Parfois

Souvent

Toujours

18-Avez-vous reçu régulièrement des capotes lors de chaque visite dans le centre

OUI

NON

19-Après le centre, y a-t-il d'autres endroits où l'on peut trouver des capotes?

Oui

NON

20-Si Oui, comment?

Gratuit

Payant

21-Vous écoutez les messages de prévention véhiculés dans les medias ou lors des visites dans le centre

Oui

NON

22-Si oui, quel sentiment que vous sentez avec ces messages?

Aucun

Culpabilisation

Pas concerné

Incite la discrimination envers les PVVIH

Incite à appliquer les mesures de prévention

23-Êtes membre d'une association de PVVIH

OUI

NON

24- Si non, Pourquoi?

Manque d'information

Peu d'importance a une association

Ne pas s'identifier comme PVVIH

Merci d'avoir pris le temps de répondre à nos questions



MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION
Département Sanitaire de l'Ouest
Centre Hospitalier Eliazar Germain
centreeliazargermain@yafoo.fr / 45, Rue Panaméricaine, Pétion-Ville

Pétion-Ville, Haïti, le 29 Juillet 2012

De : Dr DUPERVAL Harold, **Coordonnateur section VCT/ARV**

Hôpital Eliazar Germain, Pétion-Ville, Haïti

A : Mr DUOGENE Rodeans, **Master sante internationale**

Université Senghor d'Alexandrie, Egypte

Objet: Demande agréée

Monsieur,

Nous sommes heureux de vous annoncer que votre requête, en date du 23 juillet 2012, pour utilisation de la base de données des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en suivi au Centre Hospitalier Eliazar Germain en vue de votre travail de mémoire dans le cadre de ton master en santé internationale à l'Université Senghor est agréée.

Nous vous autorisons à partir de cette date à consulter et à interviewer nos patients dans le cadre de ton travail de recherche. Votre sujet : « Prévention du VIH : les risques liés à la discrimination des PVVIH » nous paraît très intéressant et le résultat peut nous permettre d'améliorer notre système de prise en charge.

Avec l'espoir de nous présenter les résultats de votre travail au retour en Haïti, nous vous souhaitons déjà la bienvenue.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur, l'expression de notre considération distinguée.

