



THE PEOPLE LIVING WITH HIV STIGMA INDEX

Index de stigmatisation et de discrimination envers les
personnes vivant avec le VIH au Congo

Rapport d'enquête
Décembre 2015



PPSAC



Réseau National des Associations
des Positifs du Congo



ONUSIDA



AAISC/AMSCO



RESEAU AFRICAIN DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/IDA
NETWORK OF AFRICAN PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS





Publié par:

Réseau National des Associations des Positifs du Congo (RENAPC)

Siege social : 2000, avenue Loutassi Mougali-Brazzaville, Congo

Email: renap_congo@yahoo.fr

Some rights reserved: This document may be freely shared, copied, translated, reviewed and distributed, in part or in whole, but not for sale or use in conjunction with commercial purposes. Only authorized translation, adaption and reprints may bear the emblems of GNP+, SEP/CNLS or RENAPC.

© 2015 RENAPC, Réseau National des Associations des Positifs du Congo

Suggested citation:

HIV Leadership through Accountability Programme: GNP+; RENAPC.

2015. PLHIV Stigma Index: Congo Country Assessment

Index de stigma

Acronymes

AAISC/AMSCO	Association pour l'Appui aux Initiatives de Sante Communautaire et de Marketing Social au Congo
ARV	Anti-Retro Viraux
CDAV	Centre de Dépistage Anonyme et Volontaire
CDV	Conseil de Dépistage Volontaire
CERSSA	Comité d'Ethique de la Recherche en Sciences de la Santé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CSI	Centre de Santé Intégré
CTA	Centre de Traitement Ambulatoire
DGRST	Délégation Générale à la Recherche Scientifique et Technologique
EEC	Eglise évangélique du Congo
ESIS	Enquête de Séroprévalence et des Indicateurs du SIDA
ETME	Elimination de la Transmission Mère-Enfant
GIPA	Greater Involvement of People Living with Aids
GNP+	Global Network of People Living with HIV
HSH	Hommes ayant des relations Sexuelles avec d'autres Hommes
ICW	International Community of Women Living with HIV/AIDS
IO	Infections Opportunistes
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
OCEAC	Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PPSAC	Projet Prévention VIH/Sida en Afrique Centrale
PS	Professionnelle du sexe
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RENAPC	Réseau National des Associations des Positifs du Congo
SEP/CNLS	Secrétariat Exécutif Permanent du Conseil National de Lutte contre le Sida
SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine



Avant-propos

L'ONUSIDA a mis en œuvre l'ambitieux objectif zéro discrimination, possible d'être atteint. Pour atteindre cet idéal, le Projet Prévention VIH-SIDA en Afrique Centrale (PPSAC), dans le cadre de la réalisation de son résultat n°3 qui vise à lutter contre la discrimination et la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, a décidé, entre autre, d'accompagner les PVVIH à l'utilisation de l'index stigma.

La mise en œuvre de l'index de la stigmatisation en République du Congo oriente les efforts pour faire face à la discrimination en se basant sur des preuves et faits documentés. Cet outil vise à améliorer la compréhension de tous sur la stigmatisation et la discrimination auxquelles font face les PVVIH au Congo. En effet, en plus de recueillir des données si nécessaires, le processus d'exécution même de ce projet va aider à renforcer la communauté des PVVIH au Congo, plaçant au centre l'implication des personnes vivant avec le VIH qui ont mené et mis en application cette étude.

Première étude transversale de la stigmatisation au Congo, cette enquête a le mérite de dévoiler le niveau de la stigmatisation à tous les niveaux : social, familial, l'accès au travail, aux services de santé et d'éducation ; en interne ; le respect des droits, lois et politiques, etc.

Nous avons pleins l'espoir que ces résultats guideront les politiques et programmes de sorte qu'il soit apporté des meilleures réponses aux besoins de la communauté des PVVIH. En effet, ces résultats permettront d'établir une collaboration efficace entre les différentes communautés abordant des questions similaires pour tirer le meilleur profit de ces analyses et recommandations afin de décider des actions à entreprendre pour réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH au Congo.

Index de stigma

Remerciements

Le Réseau National des Associations des Positifs du Congo (RENAPC) remercie le Réseau Mondial des PVVIH (GNP+), le Secrétariat Exécutif de l'OCEAC, le Secrétariat Exécutif Permanent de Lutte contre le Sida(SEP/CNLS), le Réseau des Associations des Positifs d'Afrique Centrale (RAP+ AC), le Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA(ONUSIDA) au Congo et l'AAISC/AMSCO pour la qualité appréciable du support technique apporté à cette enquête .

Nous sommes particulièrement reconnaissants au Projet de Prévention du Sida en Afrique Central (PPSAC/KfW) ainsi qu'au Programme National de Lutte contre le Sida au Congo(PNLS) pour leur appui financier.

Nous remercions Messieurs NZAOU Stone Chancel (Démographe-économiste, Institut National de la Statistique/chargé de cours à l'Université Marien NGOUABI) , YABA Martin(Anthropologue-psychologue , chargé de cours à l'Université Marien NGOUABI) , KOUA OBA Jovial(Statisticien et géographe, Institut National de la Statistique /chargé de cours à l'Université Marien NGOUABI) et KIMPALOU Justin(linguiste, chargé de cours à l'Université Marien NGOUABI) ; les consultants nationaux qui ont accompagné le processus de cette étude.

Notre reconnaissance va aussi à l'endroit de la Commission technique qui a piloté le développement jusqu'à son terme. Il s'agit particulièrement de :

- Benoit MOUDI, Coordonnateur de l'étude Index de stigma au Congo,
- Michel BITEMO, Démographe-Statisticien, Conseiller en Information Stratégique, ONUSIDA) ;
- Maurice NDEFI, Directeur National, AAISC/AMSCO ;
- Jean Florent MBANZA, Expert en Santé Publique, Suivi-Evaluation, AAISC/AMSCO ;
- Thierry MABA, Président de l'Association Jeunes Plus du Congo ;
- SALIMATA COULIBALY, Assistante Technique, AAISC/AMSCO ;
- Bertrand DIMOUDI, Chargé de Programme, AAISC/AMSCO.

Cette étude a également bénéficié de l'assistance internationale technique de Mr. TITA Isaac (RAP+AC).

Nous voudrions souligner le rôle inestimable des Personnes Vivant avec le VIH et des associations des PVVIH qui ont rendu possible cette enquête soit par leur engagement en tant qu'enquêteurs soit par l'accueil et le temps qu'ils nous ont accordé en partageant leurs expériences de vie. Nous espérons que ces résultats permettront d'améliorer leur santé et la qualité de leur vie de ces personnes.

Que tous ceux qui ont contribué à la réalisation de cette étude trouvent ici l'expression de notre sincère gratitude.

Table des matières

Acronymes.....	3
Avant-propos.....	4
Remerciements.....	5
Liste des tableaux	9
Liste des graphiques.....	12
Lexique	14
Résumé exécutif	24
Introduction	35
Chapitre1: Méthodologie	39
1.1. Population d'étude.....	39
1.2. Echantillonnage.....	39
1.3. Outils de collecte des données.....	42
1.3.1. Le questionnaire	42
1.3.2. Le guide d'entretien des focus groupes dirigés (FGD).....	42
1.4. Considérations éthiques	43
1.4.1. Cadre éthique.....	44
a) Sélection des enquêteurs et superviseurs.....	44
b) Sélection des enquêtées.....	44
c) Consentement éclairé	44
d) Disponibilité	45
e) Confidentialité	45
f) Bienveillance.....	45
1.5. Limites de l'étude	45
Chapitre 2: Résultats.....	47
2.1. Caractéristiques des personnes vivant avec le VIH.	47
2.2. Expériences de stigmatisation et de discrimination.	54
2.2.1. Exclusion	54
2.2.2. Commérages, harcèlements et agressions.....	56
2.2.3. Stigmatisation/discrimination vécue au sein de la famille.....	59
2.2.4. Stigmatisation/discrimination de la part des autres PVVIH	60

Index de stigma



2.2.5. Stigmatisation/discrimination vécues par les PS.....	60
2.2.6. Conséquences sociales de la discrimination/stigmatisation du fait du statut sérologique sur l'accès aux services sociaux de base	61
a) Changement de lieu de résidence	61
b) Perte d'emploi	62
c) Refus d'un emploi ou d'opportunité de travail.....	63
d) Refus de promotion /changement de la description du poste ou de la nature de travail	64
e) Refus de l'accès aux institutions d'enseignement.....	64
f) Refus de l'accès aux services de santé, planification familiale et santé de la reproduction	65
2.3. Stigmatisation interne et craintes ressenties.....	69
2.3.1. Auto stigmatisation.....	69
2.3.2. Certaines décisions d'auto stigmatisation/discrimination à cause du statut VIH.....	70
2.3.3. Craintes des choses malveillantes	72
2.3.4. Raisons perçues de stigmatisation et/ou de discrimination liées au VIH.....	73
2.4. Droits, lois et politiques.....	74
2.4.1. Connaissance sur la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA	74
2.4.2. Loi n°30-2011 du 3 Juin 2011 portant lutte contre le VIH et le sida et protection des droits des PVVIH au Congo.....	76
2.4.3. Violation des droits des personnes vivant avec le VIH	78
2.5. Apporter un changement.....	81
2.5.1. Réactions lors de confrontations à des épisodes de stigmatisation et de discrimination	81
2.5.2. Connaissances des PVVIH enquêtées sur les sources d'aide et d'assistance en cas d'épisodes relatifs à une stigmatisation et/ou discrimination.....	82
2.5.3. Implication des PVVIH enquêtées aux niveaux associatif et politique.....	84
2.6. Expériences concernant le dépistage, la divulgation de son statut, le traitement et le fait d'avoir des enfants.....	87
2.6.1. Dépistage et diagnostic du VIH.....	87
2.6.2. Motifs du dépistage du VIH	89
2.6.3. Divulgation du statut sérologique et confidentialité.....	90
2.6.4. Pression d'autres personnes pour la divulgation du statut sérologique...92	
2.6.5. Confidentialité du personnel de santé	93

2.6.6. Opinions sur la divulgation de votre statut sérologique	96
2.6.7. Les réactions des personnes lorsqu'elles ont appris le statut sérologique des enquêtés pour la première fois.....	96
2.6.8. Etat général de santé	98
2.6.9. Traitement ARV.....	99
2.6.10. Discussion avec les professionnels (les) de santé.....	101
2.7. Avoir des enfants.....	102
2.7.1. Avoir un enfant lorsque l'on est une personne vivant avec le VIH	102
2.7.2. Droits des personnes à la santé sexuelle et de la reproduction.....	104
2.7.3. Le désir de mettre des enfants au monde dans le contexte de vie avec le VIH.....	105
2.7.4. Influence de la stigmatisation interne sur le désir d'avoir des enfants dans le contexte de vie avec le VIH.	107
2.7.5. Régression logistique de la variable désir d'avoir des enfants depuis que le statut sérologique a été connu	109
Résultats de la régression logistique	110
2.7.6. Conseil en matière de reproduction.....	111
2.8. Principaux problèmes et défis.....	116
2.8.1. Dépistage et diagnostic.....	116
2.8.2. Divulgation et confidentialité concernant la séropositivité	117
2.8.3. Le fait d'avoir des enfants quand on est séropositif	118
2.8.4. Défis et recommandations	119
2.9. Les expressions utilisées par les Congolais pour stigmatiser et discriminer les PVVIH	120
Conclusion	122
Recommandations	125
Annexes:.....	129 _Toc442091820
Références.....	136



Liste des tableaux

Tableau 1: Répartition de l'échantillon prévu et observé en fonction des sites d'enquête.....	40
Tableau 2: répartition de l'âge des enquêtées en fonction du sexe et localités.....	47
Tableau 3: répartition des enquêtés selon leur appartenance ou non à une population clé	49
Tableau 4: Répartition des PVVIH enquêtées en fonction de leur niveau d'éducation	51
Tableau 5: Répartition(%) des PVVIH enquêtées par sexe selon la situation dans l'emploi.	52
Tableau 6: Répartition(en %) des PVVIH enquêtées selon la taille de ménage, la présence d'orphelin du sida et la sécurité alimentaire en fonction du sexe et localités.	53
Tableau 7: Répartition(en %) des PVVIH enquêtées rapportant une expérience d'exclusion au cours des 12 derniers mois en fonction du sexe	54
Tableau 8: Répartition(en %) des PVVIH enquêtées rapportant une expérience d'exclusion au cours des 12 derniers mois en fonction de l'âge.	55
Tableau 9: Répartition des PVVIH enquêtées selon la cause de l'exclusion au cours des 12 derniers mois.....	55
Tableau 10: Répartition (en%) des PVVIH enquêtées rapportant des expériences de commérages, harcèlements et agressions au cours des 12 derniers mois en fonction du sexe.	56
Tableau 11: Répartition (en%) des PVVIH enquêtées rapportant des expériences de commérages, harcèlements et agressions au cours des 12 derniers mois en fonction de l'âge.....	57
Tableau 12: Répartition des PVVIH enquêtées selon les raisons de commérages, harcèlements et agressions au cours des 12 derniers mois.....	57
Tableau 13: Répartition des PVVIH enquêtées selon les raisons de commérages, harcèlements et agressions au cours des 12 derniers mois en fonction du sexe	58
Tableau 14: Répartition des PVVIH enquêtées ayant vécu une expérience de stigmatisation/discrimination par d'autres PVVIH au cours des 12 derniers mois en fonction du sexe.....	60
Tableau 15: Répartition des PVVIH enquêtées ayant été obligées de changer de lieu de résidence ou incapable de louer un logement en fonction du sexe.	61
Tableau 16: Répartition des PVVIH enquêtées selon la raison de changement de lieu de résidence ou l'incapacité de louer un logement en fonction du sexe.....	61
Tableau 17: Répartition des PVVIH enquêtées ayant perdu un emploi et les causes liées à cette perte en fonction du sexe.....	63
Tableau 18: Répartition des PVVIH enquêtées selon le refus d'un emploi ou d'une opportunité de travail à cause du statut sérologique au cours des 12 derniers mois en fonction du sexe.....	64
Tableau 19: Répartition des PVVIH enquêtées selon le refus de promotion/changement de la description du poste de travail en fonction du sexe. .	64

Tableau 20: Répartition des PVVIH enquêtées selon le refus d'accès aux institutions d'enseignement en fonction du sexe.....	65
Tableau 21: Répartition des PVVIH enquêtées selon le refus de l'accès aux services planification familiale et santé de la reproduction en fonction du sexe.....	66
Tableau 22: Répartition des sentiments de stigmatisation des enquêtées en fonction du sexe.....	70
Tableau 23: Répartition des décisions de stigmatisation interne des enquêtées en fonction du sexe.....	71
Tableau 24: Répartition des raisons des PVVIH enquêtées qui ont connu une autre stigmatisation et/ou de discrimination liées au VIH.....	73
Tableau 25: Répartition des raisons des PVVIH enquêtées qui ont connu une autre stigmatisation et/ou de discrimination liées au VIH en fonction du sexe.....	74
Tableau 26: Pourcentage d'enquêtées rapportant avoir eu connaissance de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida des Nations Unies en fonction du sexe...	75
Tableau 27: Pourcentage d'enquêtées rapportant avoir eu connaissance de la Loi congolaise sur le VIH/sida en fonction du sexe.....	77
Tableau 28: Répartition des enquêtées ayant eu à se soumettre aux pratiques discriminatoires liées à leur statut VIH en fonction du sexe.....	79
Tableau 29: Pourcentages de PVVIH enquêtées ayant déclaré connaître une organisation/groupe pouvant apporter de l'aide en cas d'épisodes de stigmatisation et/ou discrimination en fonction du sexe et de la zone d'habitation.....	83
Tableau 30: Répartition des types d'organisations ou groupes connus parmi les enquêtés ayant déclarés en connaître en fonction du sexe.....	83
Tableau 31: Pourcentage de PVVIH enquêtées ayant apporté un soutien à d'autres personnes au cours des 12 derniers mois en fonction de la zone d'enquête et du sexe.....	84
Tableau 32: Pourcentage de PVVIH enquêtées appartenant à une association en fonction du département d'enquête et du sexe.....	85
Tableau 33: Domaines dans lesquels les enquêtés ont le sentiment de pouvoir influencer une décision concernant les PVVIH.....	86
Tableau 34: Répartition des enquêtés par décision de faire le test de dépistage du VIH selon le sexe, l'âge et la localité.....	88
Tableau 35: Répartition des enquêtés qui ont bénéficié d'un conseil là où ils ont fait le test de VIH selon le sexe, l'âge et la localité.....	89
Tableau 36: Répartition(en %) des raisons de dépistage du VIH en fonction du sexe des enquêtés.....	90
Tableau 37: Divulgarion du statut sérologique des enquêtés au niveau familial et social.....	91
Tableau 38: Pression d'autres pour la divulgation du statut sérologique des enquêtés par sexe.....	92
Tableau 39: Confidentialité médicale du statut sérologique des enquêtés.....	94
Tableau 40: Expérience de la divulgation du statut sérologique des enquêtés.....	96
Tableau 41: Perception de l'état de santé par les PVVIH enquêtées en fonction du sexe.....	99

Index de stigma



Tableau 42: Répartition d'enquêtés prenant un traitement ARV et perceptions des enquêtés sur l'accessibilité du traitement ARV en fonction du sexe.....	100
Tableau 43: Répartition d'enquêtés ayant eu une discussion avec un personnel de santé au cours des 12 derniers mois en fonction du sexe.....	101
Tableau 44: Répartition (en %) des enquêtés relatant avoir des enfants en fonction de diverses caractéristiques sociodémographiques et de la durée de connaissance de la séropositivité VIH des enquêtés.	102
Tableau 45: Répartition(en%) des enquêtés relatant avoir des enfants séropositifs en fonction de diverses caractéristiques sociodémographiques et de la durée de connaissance de la séropositivité VIH.	103
Tableau 46: Répartition(en%) de personnes ayant eu des conseils ou obligations concernant leur santé sexuelle et de la reproduction en fonction du sexe.....	104
Tableau 47: Répartition(en%) des PVVIH selon le désir ou non et les caractéristiques socio-démographiques.	105
Tableau 48: Répartition des PVVIH enquêtées par désir d'avoir des enfants dans le contexte de vie avec le VIH selon les caractéristiques socio-démographiques et le genre.	107
Tableau 49: variable source, Variable binaire dans le modèle et Modalité/population de référence.....	110
Tableau 50: Résultats des rapports de chance	111
Tableau 51: Répartition des PVVIH ayant eu des conseils concernant leur santé sexuelle et de la reproduction en fonction du sexe et l'âge.	112
Tableau 52: Répartition des PVVIH ayant été conseillées de ne pas avoir d'enfant par un professionnel des soins de santé en fonction du sexe et l'âge.	112
Tableau 53: Répartition des PVVIH ayant été forcé à se faire stériliser par un professionnel des soins de santé en fonction du sexe et l'âge.	113
Tableau 54: Répartition des PVVIH par capacité à obtenir un traitement antirétroviral conditionnée par l'utilisation de certaines formes de contraception en fonction du sexe et l'âge.....	113
Tableau 55: Répartition des femmes vivant VIH ayant subi une contrainte de la part d'un(e) professionnel(le)s des soins de santé à cause du statut sérologique en fonction du sexe et de l'âge.....	114
Tableau 56: Répartition des PVVIH ayant reçu un traitement antirétroviral pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant pendant la grossesse en fonction du sexe et l'âge.....	115
Tableau 57: Répartition des PVVIH ayant reçu également des informations sur une grossesse et une maternité sans risque dans le cadre du programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant en fonction du sexe et l'âge.	115
Tableau 58: Principaux problèmes identifiés par les enquêtés en ce qui concerne le dépistage et le diagnostic.	117
Tableau 59: Principaux défis identifiés par les enquêtés en ce qui concerne le dépistage et le diagnostic.	117
Tableau 60: Principaux problèmes identifiés par les enquêtés en ce qui concerne la divulgation et la confidentialité de son statut VIH.	118

Tableau 61: Principaux défis identifiés par les enquêtés en ce qui concerne la divulgation et la confidentialité de son statut VIH.	118
Tableau 62: Principaux défis identifiés par les enquêtés concernant le traitement antirétroviral.	118
Tableau 63: Principaux problèmes identifiés par les enquêtés concernant le fait d'avoir des enfants lorsque l'on est PVVIH.	119
Tableau 64: Principaux défis identifiés par les enquêtés concernant le fait d'avoir des enfants lorsque l'on est PVVIH.	119
Tableau 65: Expressions de discriminations dans le contexte congolais.	121

Liste des graphiques

Graphique 1: Répartition(en %) des PVVIH enquêtées selon la durée de connaissance de la séropositivité VIH et le sexe.	48
Graphique 2: Répartition(en %) des PVVIH enquêtées selon leur situation relationnelle actuelle en fonction du sexe.	49
Graphique 3: Répartition des PVVIH enquêtées selon leur appartenance à une population clé en fonction des localités d'enquête.	50
Graphique 4: Répartition(en %) de personnes enquêtées selon leur zone d'habitation en fonction de la région d'enquête.	52
Graphique 5: Répartition(en%) des PVVIH enquêtées ayant vécu des expériences sociales de stigmatisation au cours des 12 derniers mois en fonction des localités d'habitation.	59
Graphique 6: Répartition(en %) des auteurs des agressions physiques subies par les PVVIH enquêtées.	60
Graphique 7: Répartition (en %) des enquêtées craignant diverses formes de stigmatisation au cours des 12 derniers mois en fonction du sexe.	72
Graphique 8: Répartition(en %) des enquêtées craignant d'être rejetées des relations sexuelles à cause du statut séropositif au cours des 12 derniers mois.	73
Graphique 9: Répartition (en %) des enquêtées en fonction de leur degré de connaissance de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida des Nations Unies selon les localités.	75
Graphique 10: Répartition (en %) des enquêtées en fonction de leur degré de connaissance de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida des Nations Unies selon le niveau d'éducation.	76
Graphique 11: Répartition (en %) des enquêtés en fonction de leur degré de connaissance de la loi sur le VIH/sida selon les localités enquêtées.	77
Graphique 12: Répartition (en %) des enquêtées en fonction de leur degré de connaissance de la Loi sur le VIH/sida et de leur niveau d'éducation.	78
Graphique 13: Répartition(en %) des enquêtées selon les raisons de non-recours pour droits violés en tant que PVVIH.	80
Graphique 14: Répartition(en %) des enquêtées selon les résultats du recours pour droits violés en tant que PVVIH.	80
Graphique 15: Répartition (en %) des PVVIH enquêtées ayant affronté, interpellé ou éduqué d'autres personnes sur des sujets relatifs à la stigmatisation et/ou discrimination en fonction des localités d'enquête.	82

Index de stigma



Graphique 16: Répartition(en %) de enquêtées ayant participé à un programme d'assistance à des PVVIH en fonction de leur statut associatif.	85
Graphique 17: Principaux domaines dans lesquels les associations de PVVIH devraient s'impliquer pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination.	87
Graphique 18: Pourcentages d'enquêtés ayant rapporté des attitudes discriminatoires ou très discriminatoires après la divulgation de leur statut sérologique en fonction des différents groupes ou personnes de leur entourage et du sexe.	97
Graphique 19: Pourcentages des enquêtées ayant rapporté des attitudes sympathiques ou très sympathiques après la divulgation de leur statut sérologique en fonction des différents groupes ou personnes de leur entourage et du sexe.	98
Graphique 20: Perception de leur état de santé par les PVVIH enquêtées en fonction de la zone d'enquête.	99
Graphique 21: Pourcentages d'enquêtés relatant avoir des enfants séropositifs en fonction de la région d'enquête parmi les enquêtés ayant des enfants.	104
Graphique 22: Pourcentages des PVVIH enquêtées qui désirent avoir des enfants en fonction de certaines caractéristiques socio-démographiques.	106
Graphique 23: Pourcentages de désir d'avoir enfants selon les attitudes de stigmatisation interne.	108
Graphique 24: Pourcentage des PVVIH enquêtées qui désire avoir des enfants depuis que le statut séropositif a été établi selon les attitudes de stigmatisation interne adoptées selon le genre.	109
Carte 1: carte des zones d'enquête	41



Lexique

De quoi parle l'index stigma ?

Les personnes vivant avec le VIH sont souvent confrontées à la stigmatisation et à la discrimination. Nombre d'entre elles ne connaissent pas leurs droits et ne savent pas qu'elles peuvent aider à changer les choses pour le mieux. De nombreuses organisations développent des campagnes contre la stigmatisation et la discrimination et luttent pour l'amélioration des droits des personnes vivant avec le VIH. Cet Index vise à collecter les informations sur la stigmatisation, la discrimination et les droits des personnes vivant avec le VIH qui pourront contribuer à ces efforts de plaidoyer.

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

- documenter les différentes expériences des personnes vivant avec le VIH au sein d'une communauté ou d'un pays donné par rapport à la stigmatisation et la discrimination liées au VIH ;
- comparer la situation des personnes vivant avec le VIH dans un pays ou entre différents pays en rapport avec une question particulière ;
- mesurer les changements sur une période donnée afin de pouvoir répondre aux questions du type : « La situation relative à la stigmatisation, à la discrimination et aux droits des personnes vivant avec le VIH s'est-elle aggravée ou s'est-elle améliorée ces deux dernières années, dans cette communauté ? »
- fournir une base de preuves pour des interventions liées au changement de politiques et aux programmes.

Le principal objectif de cette collecte d'informations et de leur présentation sous forme d'index est d'élargir notre compréhension de l'étendue et des formes de la stigmatisation et de la discrimination vécues par les personnes vivant avec le VIH dans différents pays. L'intention des organisations participantes est de rendre l'Index largement disponible pour faciliter son utilisation comme outil de plaidoyer aux plans local, national et mondial afin de lutter pour l'amélioration des droits des personnes vivant avec le VIH.



A mesure que l'Index évoluera du concept vers une phase d'intensification, il sera adopté par une variété de groupes différents dans différentes communautés, différents pays et continents.

Que nous apportera l'index stigma ?

Le guide de l'utilisateur vise à fournir aux équipes de recherche locales les informations et l'orientation nécessaires pour mettre en œuvre le questionnaire de l'Index de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH dans leurs propres communautés ou leurs pays. Ce guide a été conçu pour permettre aux organisations et aux personnes privées d'utiliser l'Index de manière autonome pour documenter, analyser et faire des rapports sur les expériences des personnes vivant avec le VIH en matière de stigmatisation et de discrimination liées au VIH dans leurs localités.

En outre, une fois que l'Index de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH aura été mis en œuvre dans un pays, la perspective des personnes vivant avec le VIH pourra alors être mise en relation avec d'autres travaux qui étudient la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans des perspectives différentes comme les prestataires de soins de santé qui travaillent au niveau de la structure sanitaire et de la communauté générale.

L'utilisation répétée de cet Index, au fil du temps, parallèlement à d'autres études, sera un élément essentiel pour une meilleure compréhension collective de ces questions.

L'on sait depuis longtemps qu'une action est nécessaire pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH. Par la mise en œuvre de l'Index de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH dans un pays, l'on peut obtenir des preuves en vue de :

- éclairer l'élaboration et la mise en œuvre de politiques nationales de protection des droits des personnes vivant avec le VIH ; et
- modeler la conception des interventions programmatiques de sorte qu'elles prennent en compte la question de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH dans leur contenu.

Toutefois, les avantages de l'Index, vont au-delà d'une simple collecte de preuves tout à fait indispensables. Le processus de la mise en œuvre de l'Index vise à être un processus autonomisant pour les personnes vivant avec le VIH, leurs réseaux et les

Stigma Index



communautés locales – un ingrédient essentiel pour la garantie du renouvellement du principe de la participation accrue des personnes vivant avec le VIH et le SIDA (GIPA). L'on espère que l'Index permettra d'apporter des changements au sein des communautés au fur et à mesure de son utilisation tout en servant d'outil pour le plaidoyer de changements plus importants requis, sur la base des données de l'Index.

Enfin, l'on espère que l'Index sera un puissant outil de plaidoyer capable d'appuyer le but collectif des gouvernements, des organisations communautaires, des militants de la cause et des personnes vivant avec le VIH, c'est-à-dire réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH.

Contrainte

L'application de la force pour empêcher quelqu'un de faire quelque chose ou limiter son action ou forcer ou intimider quelqu'un pour l'amener à faire quelque chose.

Culpabilité

Lorsqu'une personne se sent mal dans sa peau pour avoir fait quelque chose qu'elle croit qu'elle n'aurait pas dû faire (ou ressent des sentiments similaires en pensant à quelque chose qu'elle a fait, mais croit qu'elle n'aurait pas dû faire).

Discussion constructive

Une discussion qui est utile et productive, contrairement à une discussion qui a pour effet de détruire ou de miner une personne.

Discrimination

La discrimination implique que l'on traite une personne de manière différente et injuste, inéquitable ou préjudiciable, souvent sur la base de son appartenance, ou sur la base de son appartenance perçue à un groupe particulier. La discrimination est souvent vue comme le résultat du processus de la stigmatisation. En d'autres termes, lorsque la stigmatisation donne lieu à une action (elle est parfois appelée « stigmatisation activée »), le résultat en est la discrimination.

« La discrimination consiste en actions ou en omissions dérivées de la stigmatisation et dirigées contre ces personnes qui sont stigmatisées ». Par exemple, la discrimination liée au VIH survient lorsqu'une personne est traitée différemment (et à son désavantage) parce que l'on sait qu'elle vit avec le VIH, qu'on la suspecte



d'être séropositive ou qu'elle est étroitement liée à des personnes vivant avec le VIH (comme son/sa partenaire ou un membre du ménage).

La discrimination se produit à différents niveaux. Elle peut se manifester au sein d'une famille ou dans un cadre communautaire. Par exemple, lorsque les gens :

- évitent les personnes vivant avec le VIH ou ne leur permettent pas d'utiliser les mêmes ustensiles que les autres membres du ménage ;
- ou rejettent les personnes vivant avec le VIH en ne leur permettant pas d'entrer dans un groupe ou d'appartenir à un groupe ou en ne voulant pas être associés à ces personnes ;
- la discrimination peut aussi se manifester dans un cadre institutionnel, par exemple, lorsque :
- les personnes vivant avec le VIH sont séparées des autres patients dans un établissement sanitaire ou qu'on leur refuse l'accès aux services de soins de santé ou une assurance médicale parce qu'elles sont séropositives ;
- lorsqu'un supérieur hiérarchique ne défend pas les droits d'une personne séropositive et divulgue son statut séropositif sans son consentement aux collègues de travail ; ou
- les enfants affectés par le VIH sont interdits d'accès à l'école.
- la discrimination peut aussi survenir au niveau national, lorsqu'elle est sanctionnée ou légitimée à travers des lois et des politiques. Il s'agit par exemple, de :
- refuser à une personne vivant avec le VIH l'entrée dans un pays à cause de son statut séropositif ;
- interdire aux personnes vivant avec le VIH certaines professions et certains types d'emploi ; ou
- rendre obligatoire le dépistage et le test du VIH aux individus ou aux groupes.

La discrimination contre les personnes vivant avec le VIH ou les personnes suspectées d'être infectées est une violation de leurs droits humains et est quelque chose que le système juridique d'un pays peut combattre.

Droits

Un droit est quelque chose qu'une personne est fondée à réclamer ou à revendiquer. Les droits existent au niveau local, national et international, Les droits de l'homme/droits humains sont ces droits qu'une personne a parce qu'elle est un être humain. Il s'agit notamment du droit à la vie, à la vie privée, à la liberté d'expression, la liberté d'association, à un niveau de vie adéquat, à l'éducation et à

Stigma Index



la santé. Les droits de l'homme sont fondés sur la dignité et la valeur de chaque personne. Les personnes sont autorisées à jouir de leurs droits sans distinction de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou autres, d'origine nationale ou sociale ou tout autre statut. (De nombreux gouvernements ont défini « autre statut » comme incluant aussi le statut sérologique).

Les droits de l'homme sont légalement garantis par la loi y relative qui existe pour protéger les individus et les groupes contre toute action qui interfère avec leur liberté et leur dignité et pour promouvoir l'accès aux choses qui permettent aux gens de réaliser leurs droits. La loi sur les droits de l'homme existe au niveau international (exemple, les traités et les pactes) et au niveau national (la Constitution, la Déclaration des droits, les lois nationales).

Estime de soi

La manière dont vous vous valorisez ou vous vous respectez. Par exemple, lorsque nous faisons référence à une personne qui a une faible estime de soi, cela signifie que cette personne ne se valorise pas ou n'a pas confiance en ses capacités ou en la contribution qu'elle peut apporter, de manière générale.

Exclure

Laisser de côté ou rejeter ; ne pas inclure.

Groupe autochtone

Un groupe de personnes ayant une association historique de longue date avec une région ou la partie d'une région donnée – dans de nombreux cas, avant que la région ne soit colonisée par d'autres. Souvent, le groupe a préservé des coutumes ou des traditions sur de nombreuses générations et se considère comme faisant partie d'une communauté distincte liée par des relations particulières de parenté, de langue et de culture. Des exemples de populations autochtones sont, notamment : les San du désert du Kalahari en Afrique australe, les populations autochtones des Amériques (souvent appelées Amérindiennes d'origine ou premiers habitants), les peuples Ngunnawal et Eora d'Australie et les Maori de Nouvelle Zélande.

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)

Ceci est un terme qui fait référence au comportement d'hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes. C'est un terme qui reconnaît que certains hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ont également des rapports



sexuels avec des partenaires de sexe féminin et que les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes ne s'identifient pas forcément comme des « homos », des « homosexuels » ou des « bisexuels » -tous ces termes constituant des exemples de catégories d'orientation et d'identité sexuelles. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivent souvent une double stigmatisation, parce qu'ils sont marginalisés pour leur comportement sexuel et vus comme faisant partie d'un groupe associé à l'exposition par le VIH.

Honte

Un sentiment de déshonneur, de disgrâce ou de condamnation. Avoir honte de soi se réfère au fait d'avoir ce sentiment de honte.

Index

Dans ce contexte, Index se réfère à un recueil d'informations (données) organisé d'une façon qui nous permet de parvenir à des conclusions globales sur des questions particulières et de mesurer les différences de situation en différents endroits et/ou de mesurer la manière dont une situation a changé au fil du temps. L'Index de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, par exemple, donnera la mesure du niveau de stigmatisation et de discrimination liées au VIH à un moment donné, dans une certaine communauté. Une fois que nous avons ce point de référence, nous pensons qu'il sera possible d'étudier les gens de la même communauté à l'avenir et d'avoir une idée de l'augmentation ou de la baisse de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH dans la communauté.

Loi/législation

Un ensemble de règles ou de normes de conduite qui définit la manière dont les gens doivent se comporter. La loi est normalement administrée par le biais d'un système de tribunaux, dans lesquels les avocats plaident devant les juges.

Rejet sexuel

Une réponse négative ; le refus d'un(e) partenaire sexuel(le) de s'engager dans toute forme d'activités sexuelles.

Réseau de personnes vivant avec le VIH

Un réseau de personnes vivant avec le VIH est un groupe, une association ou une affiliation de personnes séropositives qui s'unissent pour un objectif commun.



Services de santé sexuelle et de la reproduction

Les services de santé sexuelle et de la reproduction sont des services de soins de santé et de conseil qui contribuent à la santé sexuelle et de la reproduction et au bien-être, par la prévention et la résolution de problèmes de santé sexuelle et de la reproduction. Les services de santé sexuelle et de la reproduction incluent les informations sur les questions sexuelles et la reproduction, l'accès aux méthodes sûres, efficaces, abordables et acceptables de planification familiale, la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement, les soins et le conseil liés aux infections sexuellement transmissibles dont le VIH, et les services permettant de prévenir et de résoudre les problèmes de santé sexuelle et de la reproduction.

Sexualité

L'expression d'une sensation sexuelle et de l'intimité liée à cette sensation entre êtres humains, ainsi que l'expression de l'identité à travers le sexe. Sexuellement actif/active. Il n'existe pas une définition générale unique du terme sexuellement actif/active. Pour certaines personnes, le fait d'être sexuellement actif/active signifie avoir des rapports sexuels vaginaux ou anaux, pour d'autres, cela signifie des rapports sexuels oraux et pour d'autres encore, cela pourrait simplement signifier embrasser et toucher son partenaire.

Stigmatisation

Un signe de disgrâce ou de honte. Il vient de l'ancienne pratique du marquage ou de l'identification d'une personne que l'on pensait être « moralement fautive » ou s'être mal comportée et qui devait donc être évitée par les autres membres de la société. La stigmatisation est souvent décrite comme un processus de dévaluation. En d'autres termes, si une personne est stigmatisée, elle est discréditée, vue comme victime de disgrâce et/ou perçue comme ayant moins de valeur ou de mérite aux yeux des autres. La stigmatisation liée au VIH renforce des préjugés existants comme les préjugés liés au genre, à la sexualité et à la race. Par exemple, la stigmatisation associée au VIH est souvent fondée sur l'association du VIH et du SIDA avec des comportements déjà marginalisés et stigmatisés comme le commerce du sexe, la consommation de la drogue et les pratiques sexuelles entre personnes de même sexe et transgendéristes. »

La stigmatisation liée au VIH affecte les personnes vivant avec le VIH et – par association – toutes les personnes avec qui elles sont associées comme leur(s) partenaire(s) ou leurs époux/épouses, leurs enfants et les autres membres du ménage. Voir aussi la « Stigmatisation interne ».



Stigmatisation interne

La stigmatisation interne que l'on appelle aussi la stigmatisation « ressentie » ou « l'autostigmatisation » est utilisée pour décrire ce qu'une personne vivant avec le VIH ressent par rapport à elle-même et, notamment, si elle a un sentiment de honte par rapport à sa séropositivité. La stigmatisation interne peut entraîner une faible estime de soi, un sentiment de moindre valeur et une dépression. La stigmatisation interne peut aussi amener une personne vivant avec le VIH à éviter tout contact social et intime ou à s'exclure de l'accès aux services et aux opportunités, de peur de voir son statut révélé ou d'être victime de discrimination à cause de son statut séropositif.

Transgendériste

Transgendériste est un terme global qui inclut les transsexuels et les travestis. Un transsexuel est une personne qui peut être née de sexe masculin biologiquement parlant, mais qui a une identité de sexe féminin ou une personne qui peut être née de sexe féminin, mais qui se définit comme un homme. Un travesti est un homme qui aime porter des vêtements féminins et adopter des caractéristiques traditionnellement féminines.

Manifestations des pressions sociales et psychologiques

(Par Jean Firmin-Fils BOUZANGA et Flore LOUSSAKOUMOUNOU)

La plupart des personnes séropositives et des malades du sida sont soumises à de fortes pressions exogènes et endogènes (sociales et psychiques). Ces pressions peuvent provoquer des crises aiguës d'angoisse et des dépressions et occasionner des tendances parfois avec passage à l'acte d'automutilation.

Elles doivent donc lutter non seulement contre la stigmatisation/discrimination extérieure, mais aussi contre leur propre rejet. Les différentes formes de pressions subies par les PVVIH ont une répercussion sur leur vie mentale et sociale, notamment les réactions émotionnelles et comportementales.

Les réactions émotionnelles

✓ **Les réactions d'angoisse**

L'angoisse c'est le grand frère de la peur, cette peur panique qui mobilise tout le corps, sentiment d'irréalité, choc.

✓ **L'angoisse de mort**

La séropositivité est une situation de deuil affectif chronique, deuil de sa propre vie. Altération des fonctions vitales, idées de mort, de séparation avec les êtres chers.



✓ ***L'angoisse de solitude ou de rejet social***

L'expérience montre que les PVVIH ont plus peur de leur environnement que du virus ou de la maladie elle-même. La stigmatisation et la discrimination exposent les PVVIH au rejet: rejet par la société et auto-exclusion.

✓ ***L'angoisse de dégradation corporelle***

Mobilisation des facultés intrapsychiques pour la convocation de la somatisation (Déclenche la sécrétion des substances qui vont alimenter les signes du Sida). Elle est l'origine du Sida psychologique ou imaginaire.

Le déni

Il suit un état de choc après l'annonce du statut sérologique. Le patient reste incrédule et indifférent aux conseils des spécialistes et des proches. Cela occasionne souvent la rupture dans la coopération thérapeutique et la multiplication des conduites à risque.

La perte de l'estime de soi

La PVVIH se sent dévalorisée et inutile pour la société. Elle abandonne tout même l'investissement narcissique, car la séropositivité est associée à une conduite sexuelle déviante.

La persécution

Elle est consécutive à la convocation des étiologies sorcières.

Ici, la maladie est vécue sans problème psychologique et le patient respecte difficilement le suivi médical. Fantasme d'une guérison miracle.

La sublimation

La PVVIH accepte la séropositivité et intègre cette nouvelle donne dans sa vie. C'est un réinvestissement de soi, de son histoire futur. Le patient donne un nouveau sens à sa vie, profite de chaque moment de la vie et parfois se met au service des autres PVVIH dans les Associations.

La stupeur

C'est l'hébétude totale, la conscience est comme suspendue, la personne est profondément abasourdie par ce qui lui arrive.



La dépression

Inefficacité des mécanismes de défense à maintenir ou restaurer l'équilibre rompu suite à la situation traumatique. La personne est sans tonus, avec une humeur affaiblie par le choc.

Les réactions comportementales

✓ **La révolte et la vengeance**

La colère étant d'une telle intensité que des conduites hétéro-agressives peuvent apparaître. Le patient multiplie des rapports sexuels non protégés dans le but délibéré de provoquer la contamination.

✓ **Les pratiques d'automutilation**

Le sentiment de culpabilité (culpabilité-maladie) ayant atteint son paroxysme, le patient exécute des conduites auto-agressives sous forme de suicide et de castration.

✓ **L'isolement**

Le séropositif ressent la perception de soi-même comme contagieuse. Il considère son corps comme un **sac-à-virus** et manifeste des comportements actifs de retrait social et de rupture des liens avec l'entourage pour anticiper l'exclusion sociale.

✓ **Les manifestations hypocondriaques**

Le séropositif a tellement peur de l'avènement du sida qu'il ressent des troubles obsessionnels-compulsifs sous forme de contrôle répétitif et stéréotypé du corps à la recherche des symptômes annonciateurs du Sida. Ainsi, un bouton ou une fièvre qu'on a habituellement peut être expliqué ou interprété d'une manière extraordinaire.

✓ **Les troubles sexuels**

L'infection à VIH étant essentiellement liée à la sexualité, le sexe qui était l'objet de plaisir devient un objet de malheur pour la PVVIH. La cristallisation de la libido autour de la lutte contre la maladie, peut conduire à une suspension ou à un arrêt de toute sexualité.



Résumé exécutif

Depuis l'apparition de l'épidémie de sida, la stigmatisation et la discrimination associées à l'infection à VIH ont largement aggravé les répercussions négatives de l'épidémie. La stigmatisation peut conduire à la discrimination et à d'autres violations des droits de l'Homme, ce qui affecte fondamentalement le bien-être des personnes vivant avec le VIH.

L'étude de l'index de stigmatisation des Personnes vivant avec le VIH menée par le Réseau National des Associations des Positifs du Congo (RENAPC) avait comme principale préoccupation de contribuer à la réduction de la stigmatisation et de la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH au Congo.

De manière plus spécifique, il a s'agit de:

- ✓ documenter les expériences vécues ou ressenties par des personnes vivant avec le VIH en matière de stigmatisation et de discrimination liées au VIH en République du Congo et de rendre disponible le rapport de l'étude ;
- ✓ établir l'index de la stigmatisation et de la discrimination ;
- ✓ réaliser la cartographie du stigma au Congo ;
- ✓ mettre en place une base de données évidentes pour le plaidoyer, la définition des stratégies d'action et des interventions pour réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et au sida ; et
- ✓ Proposer des recommandations qui serviront comme base à l'établissement d'un plan d'action impliquant les différents acteurs concernés.

Méthodologie

L'enquête a été réalisée sur la base du questionnaire et de la méthodologie standards pour l'Enquête sur l'Index de Stigmatisation et de Discrimination des Personnes vivant avec le VIH, développé par The Global Network of People Living with HIV/AIDS (GNP+) en collaboration avec l'ONUSIDA, the International Community of Women Living with HIV/AIDS (IWC) et the International Planned Parenthood Federation (IPPF).

L'enquête a été conduite de février à mars 2015, et a permis la participation de 347 personnes vivant avec le VIH dans sept (7) localités/districts de cinq (5) départements de la République du Congo.

Les répondants étaient rencontrés dans les associations des PVVIH ou dans les structures de prise en charge de la République du Congo. La configuration de l'échantillon a donc épousé celle de ces associations (majorité des femmes, et des personnes vivant en milieu urbain). Toutefois, la technique d'échantillonnage utilisée



a permis de capter certaines PVVIH venues des milieux ruraux. Les répondants avaient la latitude de choisir de ne pas répondre à certaines questions, ce qui fait que le total de répondants (n) n'est pas constant pour toutes les questions.

Les proportions ont été comparées via le test du Khi carré. Tous ces tests ont été réalisés à un seuil d'erreur de 5 %.

Pour approfondir les aspects liés à la stigmatisation et discrimination, des entretiens approfondis ou focus group ont été réalisés auprès d'une trentaine de cas et témoignages des PVVIH qui ont exploré et documenté les pratiques stigmatisantes et discriminatoires parmi les PVVIH enquêtées lors de l'approche quantitative de façon volontaire. Ces pratiques ont couvert les domaines variés de la vie sociale et privée des PVVIH. Pour y parvenir, deux types d'investigation ont été utilisés d'une part, l'approche institutionnelle portant sur les structures de prise en charge et, d'autre part, l'approche communautaire, auprès du réseau des PVVIH et des organisations des PVVIH à base communautaire.

Principaux résultats

Caractéristiques des personnes interrogées

L'enquête a touché 347 PVVIH, dont 240 femmes (69,2%), 106 hommes (30,5%) et 1 se définissait comme transgenre (0,3%). La structure des âges montre qu'une proportion d'environ 60% de personnes enquêtées est âgée de 30 à 49 ans, tandis que les moins de 30 ans représentent 23%, alors que les plus de 50 ans sont à 19%.

En matière de relation familiale, 31% des PVVIH enquêtées ont été dans une relation ou union stable, les célibataires représentaient 34,1%, alors qu'il y a eu 3 fois plus de femmes divorcées/séparées (12%) que d'hommes (3,8%) et aussi 3 fois plus de femmes veuves (15,6%) que d'hommes (4,8%).

Sur le plan de l'instruction scolaire, près d'une (1) PVVIH enquêtée sur 10 (9,6%) n'avait pas été à l'école, avec une nette prédominance féminine (11,8% contre 4,8% pour les hommes), 23,6% des PVVIH avaient le niveau primaire, près de deux PVVIH enquêtées sur trois (66,7%) avaient au moins le niveau secondaire (dont environ 71% parmi les hommes et 64% parmi les femmes).

Sur le plan de l'emploi et du travail, quatre (4) PVVIH enquêtées sur 10 (40,1%) étaient sans emploi au moment de l'observation (dont 23,4% parmi les hommes et 47,2% parmi les femmes), alors que les personnes actives représentaient environ 60%.

En ce qui concerne les conditions de vie, les ménages des personnes enquêtées comprenaient une (1) à quatre (4) personnes dans près de six (6) cas sur dix (10) (59,8%), tandis que pour quatre (4) cas sur 10 (40,6%) ces ménages étaient



composés de cinq (5) personnes et plus. La présence d'orphelins dont l'un ou les deux parents sont décédés de la maladie du Sida a été déclarée dans près d'un ménage sur 5 (22,2%), mais cette proportion est deux fois plus élevée dans les ménages conduits par les femmes (27,1%) que dans ceux dirigés par les hommes (11,3%). De la même manière on a observé que c'est dans deux fois plus de ménages dont la femme est chef (13,8%) que les membres du ménage n'ont pas eu assez à manger le mois précédent l'enquête, contre dans les ménages dirigés que les hommes (6,6%).

Expérience de stigmatisation et de discrimination

Exclusion

L'expérience de stigmatisation et de discrimination au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête du fait de l'exclusion a donné les résultats suivants : 50 PVVIH (14,5%) ont décrit avoir subi l'exclusion d'activités ou de manifestations sociales, 21 PVVIH (6,1%) d'activités religieuses et 48 PVVIH (14%) d'activités familiales.

Les exclusions rapportées ont été essentiellement dues au fait du statut sérologique. Cette exclusion du fait du statut sérologique a été marquée par une féminisation.

Commérages, harcèlements et agressions

Au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, près d'une(1) PVVIH enquêtée sur deux(2) (48,6%) était consciente de commérages à son sujet, avec une forte dominance chez les femmes (54,2%) contre 36,2% parmi les hommes. Ce sentiment a été suivi des insultes/harcèlements/menaces verbales qui ont concerné près d'un cas sur 3 (32,7%) dont 35,3% chez les femmes et 26,9% parmi les hommes. Les harcèlements/menaces physiques ont concerné 16,3% des cas (dont 18,4% chez les femmes et 11,5% parmi les hommes). Les agressions physiques ont été rapportées par 12,8% de PVVIH, dont 15,4% et 6,8% respectivement parmi les femmes et les hommes.

Les commérages, les harcèlements et agressions vécues seraient dues fondamentalement au statut sérologique.

Stigmatisation et/ou discrimination vécue au sein de la famille

La pression psychologique ou une manipulation de la part de mari/femme ou partenaire, au cours de laquelle le statut séropositif a été utilisé, a concerné 21,2% de cas (dont 25% parmi les femmes contre 12,6% parmi les hommes). En même temps, le cas où le mari/la femme, le partenaire ou des membres du ménage ont



fait l'expérience de la discrimination en raison du statut séropositif a été rapporté par 27,4% d'enquêtés (dont 32,5% de femmes et 16,2% d'hommes).

Stigmatisation et/ou discrimination de la part des autres PVVIH

La stigmatisation/discrimination de la part des autres PVVIH a touché dans l'ensemble 9% des PVVIH enquêtées (dont 9,2% parmi les femmes et 8,6% parmi les hommes).

Conséquences sociales de stigmatisation et/ou discrimination

La stigmatisation et/ou discrimination auprès des PVVIH ont occasionné des conséquences sociales ;il s'agit du changement de lieu de résidence rapporté par 22,6% des enquêtés, de la perte d'emploi déclarée par 16,2% des PVVIH enquêtées, du refus d'un emploi ou d'une opportunité de travail à cause du statut sérologique pour 15,2% des cas, de la suspension ou l'interdiction d'accès dans une institution d'enseignement à cause du statut sérologique dans 7,3% des cas et du refus aux services de santé pour 6,3% des cas .

Stigmatisation interne ou auto stigmatisation et craintes ressenties

Les sentiments dominants de stigmatisation interne au cours des 12 derniers mois ont été ceux de honte (50,5%), de culpabilité (46,1%), de blâme de soi (41,2%) et de piètre estime de soi (39,2%).

Face à l'auto stigmatisation, les décisions suivantes ont été principalement prises : 33,9% de ne pas aller dans un centre de santé local, 29,1% de ne pas aller à une manifestation sociale, 22,4% de ne pas avoir de relations sexuelles, 21,3% d'arrêter le travail, et 20,7% de s'isoler de la famille et/ou des amis.

Les choses les plus craintes par les PVVIH enquêtées ont été : les insulté(e), le harcèlement /menace verbale dans 47,4% des cas, les harcèlements ou menaces physiques dans 40,9% des cas, et les agressions physiques dans 29,8% des cas. On a aussi noté une tendance à la féminisation des choses les plus craintes par les PVVIH.

Droits, lois et politiques

S'agissant des politiques, droits et lois relatifs au VIH et sida, les résultats de l'étude ont montré que 31,3% des personnes enquêtées déclaraient avoir connaissance de la « Déclaration d'engagement sur le VIH et le sida » parmi lesquels 35% affirmaient avoir lu ou discuté du contenu de cette Déclaration. Les femmes ont été moins nombreuses que les hommes à avoir eu connaissance de la Déclaration (26,4% contre 42,9%).

La loi nationale congolaise n°30-2011 du 3 Juin 2011 portant lutte contre le VIH/sida et protection des droits des personnes vivant avec le VIH connue seulement de

Stigma Index



38,2% des PVVIH enquêtées, parmi lesquels 28,9 % certifiaient avoir lu ou discuté du contenu de cette loi. Les femmes ont été moins nombreuses que les hommes à avoir eu connaissance de cette dernière (26,4% contre 42,9%).

16,2% des 340 PVVIH qui avaient répondu aux questions relatives aux droits, ont affirmé que leurs droits avaient été violés au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête. On a noté qu'environ 35,0% des PVVIH enquêtées ne savaient pas si leurs droits avaient été violés en tant que personne vivant avec le VIH. Globalement, 27,6% des PVVIH enquêtées avaient été l'objet de pratiques discriminatoires au cours des 12 derniers mois, portant essentiellement sur l'obligation de se soumettre à une procédure médicale ou sanitaire y compris le dépistage VIH (30,8% des cas).

Contribuer au changement

A propos de la contribution au changement, les résultats de l'enquête ont montré que, 26,12% des enquêtés ont déclaré avoir affronté, interpellé ou éduqué une autre personne quand ils étaient confrontés à des épisodes de stigmatisation ou de discrimination au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête.

Durant les 12 derniers mois précédant l'enquête, 11,4% des PVVIH enquêtées avaient participé, en tant que bénévoles ou employés, à un programme (gouvernemental ou non gouvernemental) fournissant une assistance aux PVVIH, 3,5% avaient participé à une action d'élaboration d'une législation, de politiques ou de directives liées au VIH.

Le plaidoyer pour les droits de toutes les PVVIH (38,6%), la sensibilisation et l'information du public sur le sida (30,9%) et le soutien aux PVVIH (19,0%) ont été perçus comme les 3 principaux axes sur lesquels les associations de PVVIH devraient s'impliquer afin de lutter contre la stigmatisation et la discrimination selon les PVVIH enquêtées.

Expériences concernant le dépistage, la divulgation de son statut et le traitement

L'analyse des questions liées aux diagnostic et dépistage du VIH a montré que la volonté personnelle d'avoir fait le dépistage du VIH a été déclarée par 53,2% des PVVIH enquêtées (avec 59% chez les hommes et 50,7% chez les femmes), tandis que la décision prise sous pression d'autres personnes a concerné 15% des PVVIH enquêtées, et que le test a été forcé pour 18% des cas. Le test VIH a été fait à l'insu de la personne pour 10,9% des cas.

Les principales raisons de réalisation du test de dépistage du VIH évoquées par les PVVIH enquêtées étaient la maladie ou décès du partenaire ou d'un membre dans



31,3% des cas, la référence pour cause de symptômes suspectés être liés au VIH dans 27,7% des cas et la curiosité dans 18,2% des cas.

S'agissant de la divulgation du statut sérologique et de la confidentialité, l'examen des résultats a dévoilé que, le statut sérologique a été annoncé en premier lieu aux autres membres adultes de la famille (65,7%), suivis des agents de soins de santé et des autres personnes vivant avec le VIH (62,8% et 61,3% respectivement), puis des assistants sociaux/conseillers et du mari/femme/partenaire (avec respectivement 59,4% et 46,7%).

S'agissant du traitement ARV, près de neuf (9) PVVIH enquêtées sur dix (10), (91,4%) étaient sous traitement antirétroviral. Dans 76,6% des cas, les PVVIH enquêtées étaient sous traitement préventif ou curatif des infections opportunistes. Le traitement antirétroviral a été déclaré accessible par 8 personnes sur 10 (82,6%), tandis que les médicaments des infections opportunistes ne sont accessibles que pour 7 personnes sur 10 (73,7%).

Au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, 46,7% des PVVIH enquêtées ont relaté avoir eu une discussion constructive avec un/des professionnel(le)s de santé concernant leurs options thérapeutiques liées au VIH.

Avoir des enfants

8 personnes sur 10 (84,4%) ont déclaré avoir des enfants. Parmi les PVVIH enquêtées, 20,0% avaient au moins un enfant séropositif, sans différence statistique selon le genre, l'âge, l'éducation, la durée de connaissance de la séropositivité. Cependant, on a noté une différence significative selon la zone d'habitation. En effet, 8 personnes sur 10 (80%) ont déclaré avoir des enfants positifs en milieu rural par contre en milieu urbain moins de trois (3) personnes sur dix (10) (17,5%) ont déclaré avoir des enfants positifs.

Concernant le désir d'avoir des enfants depuis que le statut séropositif a été établi, les résultats ont montré que près de 47% des PVVIH désirent avoir un enfant.

La volonté du comportement procréateur s'est avérée conforme à l'attitude de stigmatisation interne adoptée. Les plus fortes fréquences des PVVIH désireuses d'avoir un enfant sont observées parmi les personnes ayant soit décidé de pouvoir avoir des enfants (60%), soit de pouvoir se marier (52%), soit de continuer à avoir des relations sexuelles (51%).

Stigma Index



Problèmes et défis selon les enquêtées

Concernant le dépistage et le diagnostic de l'infection VIH

Les principaux problèmes rencontrés par les PVVIH ont été essentiellement : les ruptures d'intrants/manque de matériels dans 31,1% des cas, la peur/manque de volonté de faire le diagnostic ou de connaître le résultat dans 29,1% des cas, le manque de moyens dans 14,1% des cas. On peut noter environ dans 12,4% des cas, les PVVIH n'ont rencontré aucun problème.

Par rapport à ces difficultés, des défis ont été soulignés par les PVVIH ; il s'agit principalement de vaincre le sentiment de peur lié au dépistage (29,4%), l'accès au dépistage en milieu rural (28,2%), de rendre disponible les réactifs (19,3%), de sensibiliser/conscientiser la population /communauté (13,3%).

Concernant la divulgation et la confidentialité

Les problèmes liés à la divulgation du statut que les PVVIH enquêtées ont identifié ont été : l'exposition des CDAV dans les lieux où tout le monde peut apercevoir un client expose les PVVIH au rejet (34,9%), la non-garantie de la confidentialité dans 24,5% des cas, la non-application de la loi des PVVIH dans 22,8% des cas, le manque d'éducation de la population dans 17% des cas.

Les principaux défis évoqués par les PVVIH ont été : la promotion des droits des PVVIH et leur protection dans 35,4% des cas, la nécessité de sensibiliser la population (19,9%) afin qu'elle soit moins encline à la stigmatisation, la lutte contre la discrimination/divulgation dans 17,9% des cas et le soutien psychologique dans 12,4% des cas. Il faut noter qu'environ 14,4% n'ont identifié aucun défi.

Concernant le traitement antirétroviral

Les PVVIH interrogées ont déclaré ne rencontrer aucun problème particulier avec les ARV et ont insisté sur leurs effets bénéfiques sur la santé dans 30,5%. Les problèmes soulevés par les PVVIH interrogées sur le traitement antirétroviral ont été principalement liés aux ruptures des ARV (41,2%) et à la prise en charge médicale et sociale (28,2%).

Concernant le fait d'avoir des enfants

Concernant le fait d'avoir des enfants, 39,2 % des répondants ont souligné l'obligation d'avoir des enfants, 32,3% ont pensé que les enfants pouvaient constituer un moyen de lutter contre la stigmatisation et 7,8% des enquêtées ont déclaré que l'âge ne leur permettrait pas d'avoir des enfants.



Ces résultats ont bien montré la présence de la stigmatisation et/ou discrimination envers les PVVIH dans la société congolaise. Il va falloir réduire cette dernière de façon significative pour garantir les droits de l'homme de façon générale et des PVVIH de façon particulière.

Recommandations

Au regard des résultats de l'enquête, des recommandations spécifiques sont adressées au RENAPC, à la Société Civile, au CNLS, et au Gouvernement :

Pour le RENAPC :

Au niveau des partenaires :

- ✚ Diffuser les résultats de l'étude au niveau des associations, du CNLS, de la société civile, du gouvernement, des agences du Système des Nations-Unies et de tous les partenaires ;
- ✚ Mener un plaidoyer soutenu pour le respect des droits de toutes les PVVIH ; Elaborer des plans de riposte médiatique pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination envers les PVVIH ;
- ✚ Mobiliser les fonds pour la mise en œuvre de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

Au niveau des associations:

- ✚ Mener une sensibilisation intense des associations de PVVIH sur les problèmes de stigmatisation rencontrés par les populations clés hautement vulnérables (PS, HSH, etc.) ;
- ✚ Mettre en place des partenariats entre les associations de PVVIH et les associations des populations clés comme les HSH et les PS ;
- ✚ Promouvoir le partage du statut sérologique et la levée du secret sérologique au niveau des associations de PVVIH ;
- ✚ Favoriser une plus grande appropriation de la loi sur le VIH par les associations de PVVIH.

Au niveau des PVVIH et de leurs familles :

- ✚ renforcer les capacités des pairs éducateurs PVVIH en accompagnement psychologique ;
- ✚ intégrer les questions de droits humains dans les activités d'auto support et de groupes des personnes vivant avec le VIH et les groupes vulnérables ;
- ✚ renforcer l'implication des familles dans la prise en charge et le soutien / accompagnement des PVVIH ;



- ✚ intensifier et favoriser l'adhésion des PVVIH aux associations.

Pour la Société Civile

- ✚ Accentuer le plaidoyer en faveur des droits des PVVIH, y compris les populations clés ;
- ✚ Renforcer les capacités des réseaux, des groupes de support, et des organisations à assise communautaire, afin d'assurer conseil et accompagnement adaptés ;
- ✚ Promouvoir l'accès gratuit aux services légaux de protection des PVVIH, notamment en ce qui concerne l'accès et la conservation de l'emploi ou des sources de revenu, et l'accès aux soins de santé, l'accès à l'éducation, notamment au travers des campagnes d'information ciblant les employeurs, les responsables d'institutions de santé et d'éducation, ainsi que la formation des conseillers ;
- ✚ Mettre en place un observatoire des droits de l'homme incluant les droits des PVVIH ;
- ✚ Soutenir le plaidoyer en faveur de la participation active des PVVIH dans l'élaboration des directives et des lois les touchant, y compris celles ciblant particulièrement les populations clés.

Pour le CNLS

- ✚ Renforcer les capacités du RENAPC en matière de lutte contre la discrimination à travers l'organisation et le financement de formations sur les aspects communicationnels, régaliens et psychosociaux de la prise en charge et de la lutte contre la discrimination et la stigmatisation des PVVIH ;
- ✚ Familiariser tous les personnels de santé qui peuvent faire obstacle entre le patient et le praticien avec les standards et règles de prise en charge du VIH et les droits des PVVIH ;
- ✚ Sensibiliser les agents chargés de l'application des lois et les magistrats sur la législation en matière de droit des PVVIH et les sensibiliser sur la problématique de la discrimination et de la stigmatisation ;
- ✚ Appuyer davantage le plaidoyer du RENAPC auprès des partenaires au développement et des acteurs de la société civile en faveur de la création d'un fond de soutien aux PVVIH en situation de stress alimentaire ou financier ;
- ✚ Promouvoir la création et assurer l'encadrement d'une plateforme d'échange permettant aux différentes composantes du RENAPC de rencontrer les



- partenaires locaux, régionaux et internationaux pouvant répondre de façon ciblée à leurs préoccupations particulières ;
- ✚ Informer les associations patronales, les syndicats et les associations corporatistes de la législation en matière de droits des PVVIH et les sensibiliser sur les discriminations et la stigmatisation à l'encontre des PVVIH;
 - ✚ Organiser des campagnes d'information et de vulgarisation de la loi n°30-2011 du 3 Juin 2011 portant lutte contre le VIH et le sida et protection des droits des PVVIH, en utilisant des supports adaptés à chaque population cible (séminaires, conférence, affiches, dépliants, etc.) ;
 - ✚ Développer en partenariat avec le RENAPC des approches innovantes permettant d'intensifier la participation des femmes vivant avec le VIH dans les programmes d'ETME, en particulier les femmes les plus jeunes ;
 - ✚ Renforcer l'intégration des services de prise en charge des PVVIH en vue d'en faciliter l'accès, plus spécifiquement les services de santé de la reproduction et de planification familiale ;
 - ✚ Promouvoir l'intégration des populations clés dans les associations de PVVIH et proposer des actions spécifiques visant à lutter contre la discrimination de ces groupes très vulnérables ;
 - ✚ Elaborer en partenariat avec le RENAPC des indicateurs de stigmatisation et de discrimination pouvant être suivis et évalués dans le cadre des activités du Programme National de lutte contre le Sida tous les deux ans.

Pour le Gouvernement

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

Stigma Index



- ✚ Intégrer de façon spécifique la problématique de l'infection par le VIH/Sida dans les réflexions sur la mise en place d'une couverture maladie universelle ;
- ✚ Renforcer les mesures visant à stopper la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- ✚ Intégrer la problématique de genre dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination au Congo

Pour les médias

- ✚ Développer un partenariat stratégique entre les différentes chaînes (radio, télévision), le SEP/ CNLS et les associations de lutte contre le Sida, dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination envers les PVVIH.



Introduction

Depuis son apparition en 1983, l'infection à VIH et sa conséquence demeurent une priorité mondiale majeure. Malgré les progrès importants réalisés en matière de prévention de nouvelles infections à VIH et de diminution du nombre des décès annuels liés au Sida, le nombre de personnes vivant avec le VIH continue d'augmenter. Selon le rapport de l'ONUSIDA sur l'épidémie, en décembre 2011, 34 millions de personnes vivaient avec le VIH dans le monde, 2,7 millions ont été nouvellement infectées au cours de cette année et 2 millions en sont décédées. L'Afrique Subsaharienne constitue la partie du monde la plus touchée avec 22,4 millions de personnes vivant avec le VIH, 1,9 millions de nouvelles infections et 1,4 millions de décès dus au sida au cours de la même période.

Pour lutter contre ce fléau, un engagement a été pris à l'échelle mondiale pour élargir et intensifier l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH. Ce mouvement, consacré dans la Déclaration Politique des Nations Unies sur le VIH/sida de 2006, est mené par les pays du monde entier avec le soutien de l'ONUSIDA et d'autres partenaires au développement, y compris la société civile. La réalisation de l'accès universel constitue une étape intermédiaire critique de l'accomplissement de l'objectif du Millénaire pour le développement : « stopper la propagation du VIH et inverser la tendance de l'épidémie de sida » (OMS, 2008).

Cependant, depuis le début de l'épidémie de Sida, la stigmatisation et la discrimination associées à l'infection à VIH ont largement aggravé les répercussions négatives de l'épidémie. La stigmatisation peut conduire à la discrimination et à d'autres violations des droits humains, ce qui affecte fondamentalement le bien-être des personnes vivant avec le VIH. Partout dans le monde, on a observé des cas bien documentés de personnes vivant avec le VIH qui se voient refuser, entre autres, le droit aux soins de santé, à l'emploi, à l'éducation et à la libre circulation (ONUSIDA, 2005 ; Zukoski, 2009 ; Mutalemwa, 2008)¹.

La stigmatisation associée au VIH est provoquée par divers facteurs, notamment une mauvaise compréhension de la maladie (particulièrement des modes de transmission du VIH), les mythes concernant la transmission du VIH, l'insuffisance de l'accès au traitement, la manière irresponsable dont certains médias parlent de l'épidémie, le fait que le Sida soit incurable, ainsi que les préjugés et les craintes liés à un certain nombre de questions sensibles d'ordre social comme la sexualité, la maladie et la mort, ainsi que la consommation de drogues.

¹Index de stigmatisation et de discrimination des personnes vivant avec le VIH/RDC(2012)

Stigma Index



Les personnes vivant avec le VIH et le Sida doivent pouvoir vivre selon la santé positive, avec dignité et prévention, au sein de leurs communautés. Un tel contexte favoriserait à coup sûr une vie positive et d'acceptation, le ressenti d'une dignité conservée auprès de soi-même et d'autrui, et la participation active à des activités de prévention et de non mise en danger des autres et de soi-même. Leur exemple d'ouverture peut donner aux autres une perception du risque et de leur expérience, ce qui contribue ainsi aux efforts de prévention, de prise en charge et de traitement. D'où l'importance de lutter contre la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH (ONUSIDA, 2005).

La Déclaration d'engagement, adoptée en juin 2001 lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/sida, stipule que le combat contre la stigmatisation et la discrimination est une condition préalable à l'efficacité de la prévention et de la prise en charge, et réaffirme que la discrimination liée au statut sérologique d'une personne constitue une violation des droits de l'homme (ONU, 2001). La Lutte contre la stigmatisation et la discrimination fait partie des objectifs et engagement de la Déclaration Politique de 2011 et de la stratégie objectifs 3 Zéro de l'ONUSIDA: « zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination, zéro décès lié au SIDA ».

La lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH est donc un aspect clé de la lutte globale contre le VIH et le Sida, en ce qu'elle permet de mettre en place un cadre et un contexte favorables à la mise en œuvre des autres interventions.

Des études méritent donc d'être menées pour mesurer la stigmatisation et la discrimination associées au VIH en vue de mieux organiser la lutte contre ce problème.

Au niveau mondial, un outil a été développé pour mener des enquêtes sur la stigmatisation et les discriminations vécues par les personnes vivant avec le VIH. Il s'agit de l'index mesurant la stigmatisation et les discriminations subies par les personnes vivant avec le VIH à travers le monde, développé par The Global Network of People Livingwith HIV/AIDS (GNP+) en collaboration avec l'ONUSIDA, the International Community of Women Living with HIV/AIDS (IWC) et the International Planned Parenthood Federation (IPPF). Cet outil a déjà été expérimenté par divers pays tels que le Nigeria, le Cameroun, l'Afrique du Sud, l'Inde, le Kenya, le Lesotho, la Thaïlande, la Chine, le Sénégal, le Tchad, la RDC, la Gambie, le Ghana, le Gabon, etc. La première enquête sur la Séroprévalence et les indicateurs du sida au Congo (ESISC-I) réalisée en 2009 situe la prévalence du VIH/sida à 3,2% et classe de ce fait le Congo dans le groupe des pays à prévalence élevée.



Pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination, le Gouvernement congolais a érigé parmi ses priorités, la protection et la promotion des droits et libertés des personnes infectées et affectées contenues dans la loi n°30-2011 du 3 juin 2011, promulguée par le Président de la République.

Malgré ces efforts, les personnes vivant avec le VIH, les professionnelles de sexe, les homosexuels, les consommateurs de drogue, les travailleurs migrants, etc. sont victimes quotidiennement de discrimination et de marginalisation par leurs familles, la société, leurs collègues de travail, leurs employeurs et autres. On peut citer : la violation du secret médical, du droit au travail, aux soins, au logement, à la succession et à l'héritage, à la libre circulation, le non-respect de la vie privée et de la propriété privée, le dépistage systématique, le rejet, les jugements moralisateurs, les souffrances physiques et psychiques.

De même, les femmes victimes de violences sexuelles sont l'objet de stigmatisation sociale. Ainsi décrite, la stigmatisation a un impact sur la santé et le bien-être des personnes victimes de violences sexuelles

Aussi, l'une des manières de vérifier le niveau de stigmatisation et de discrimination est de mesurer les opinions des personnes vivant avec le VIH afin de déterminer si la stigmatisation liée au VIH relève du statut séropositif d'une personne, s'associe à d'autres facteurs relatifs (travail du sexe, consommation de drogues injectables, orientation sexuelle et pauvreté) ou est en fait une combinaison de plusieurs de ces éléments.

C'est dans ce contexte que le Congo a réalisé l'étude sur l'Index de la stigmatisation et de la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH qui utilise des méthodes de recherche participatives et opérationnelles. Les données collectées avec cet outil serviront à développer des politiques et des programmes basés sur les évidences et de mieux cibler les efforts pour le changement de comportement.

L'objectif général de cette étude a été de contribuer à la réduction de la stigmatisation et de la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH au Congo.

De manière plus spécifique, il s'est agi de:

- documenter les expériences vécues ou ressenties des personnes vivant avec le VIH en matière de stigmatisation et de discrimination liées au VIH en République du Congo et de rendre disponible le rapport de l'étude ;
- établir l'index de la stigmatisation et de la discrimination ;
- réaliser la cartographie de la stigmatisation au Congo ;

Stigma Index



- mettre en place une base de données évidentes pour le plaidoyer, la définition des stratégies d'action et des interventions pour réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et au sida ;
- proposer des recommandations visant à réduire la stigmatisation et la discrimination envers les PVVIH et promouvoir les droits humains.



Chapitre 1: Méthodologie

1.1. Population d'étude.

L'enquête a ciblé les personnes vivant avec le VIH de 15 ans et plus, membres du réseau et des associations affiliées au RENAPC et les PVVIH adultes suivies dans des structures de prise en charge médicale ou encore les PVVIH appartenant à un groupe de soutien dans les départements de Brazzaville, de Pointe Noire, de la Lékoumou, des Plateaux et de la Sangha.

Les PVVIH qui divulguent leur statut sérologique et qui vivent ainsi ouvertement leur état sont celles qui sont le plus exposées à la stigmatisation et à la discrimination.

Les PVVIH ayant moins de 15 ans, ou souffrant d'une déficience mentale à même d'altérer la capacité de donner un consentement éclairé à participer à l'enquête, ont été exclues de celle-ci.

1.2. Echantillonnage.

Les estimations EPP/SPECTRUM en 2014 donnent 68 573 personnes vivant avec le VIH suivies et connues en République du Congo. Il est difficile voire impossible d'identifier ces PVVIH dans la population générale ; autrement dit, il n'existe pas une liste exhaustive de ces PVVIH. Les PVVIH ont été « identifiées » soit au sein de leurs associations, soit dans les structures de prise en charge médicale, soit dans les groupes de soutien. Pour ce faire deux méthodes ont été combinées : (i) le choix raisonné et (ii) la méthode probabiliste.

Aucune approximation du caractère étudié, à savoir la stigmatisation, n'est faite jusqu'à ce jour en République du Congo. Selon la littérature, 6 à 40% des PVVIH décrivent des expériences de stigmatisation² selon une revue des études réalisées dans 19 pays de l'Afrique subsaharienne en 2010.

En partant d'une hypothèse haute de proportion de 50% de PVVIH stigmatisées avec un intervalle de confiance de 95% et un degré de précision de +/- 4%, le nombre (n) de sujets nécessaires s'obtient en appliquant la formule standard suivante :

$$N = \frac{Z^2 p (1 - p)}{d^2}$$

P = probabilité pour qu'une PVVIH soit stigmatisée ou discriminée (p=50%)

d = marge d'erreur (d = 5%)

Z = écart réduit (Z = 1,96), pour un intervalle de confiance à 95%

² Septembre 2010, stigmatisation et discrimination dans 19 pays de l'Afrique subsaharienne), GNP+

Stigma Index



Tableau 1: Répartition de l'échantillon prévu et observé en fonction des sites d'enquête

Zones d'étude ou Départements	Localités enquêtées	Taille de l'échantillon prévu	Taille de l'échantillon observe
Brazzaville	Brazzaville	100	125
Pointe-Noire	Pointe-Noire	100	98
Lékoumou	Sibiti	50	50
Plateaux	Djambala et Gamboma	50	49
Sangha	Ouessou et Pokola	50	25
Total		350	347

Les départements de Pointe-Noire, de la Lékoumou et de la Sangha sont des zones à forte prévalence.

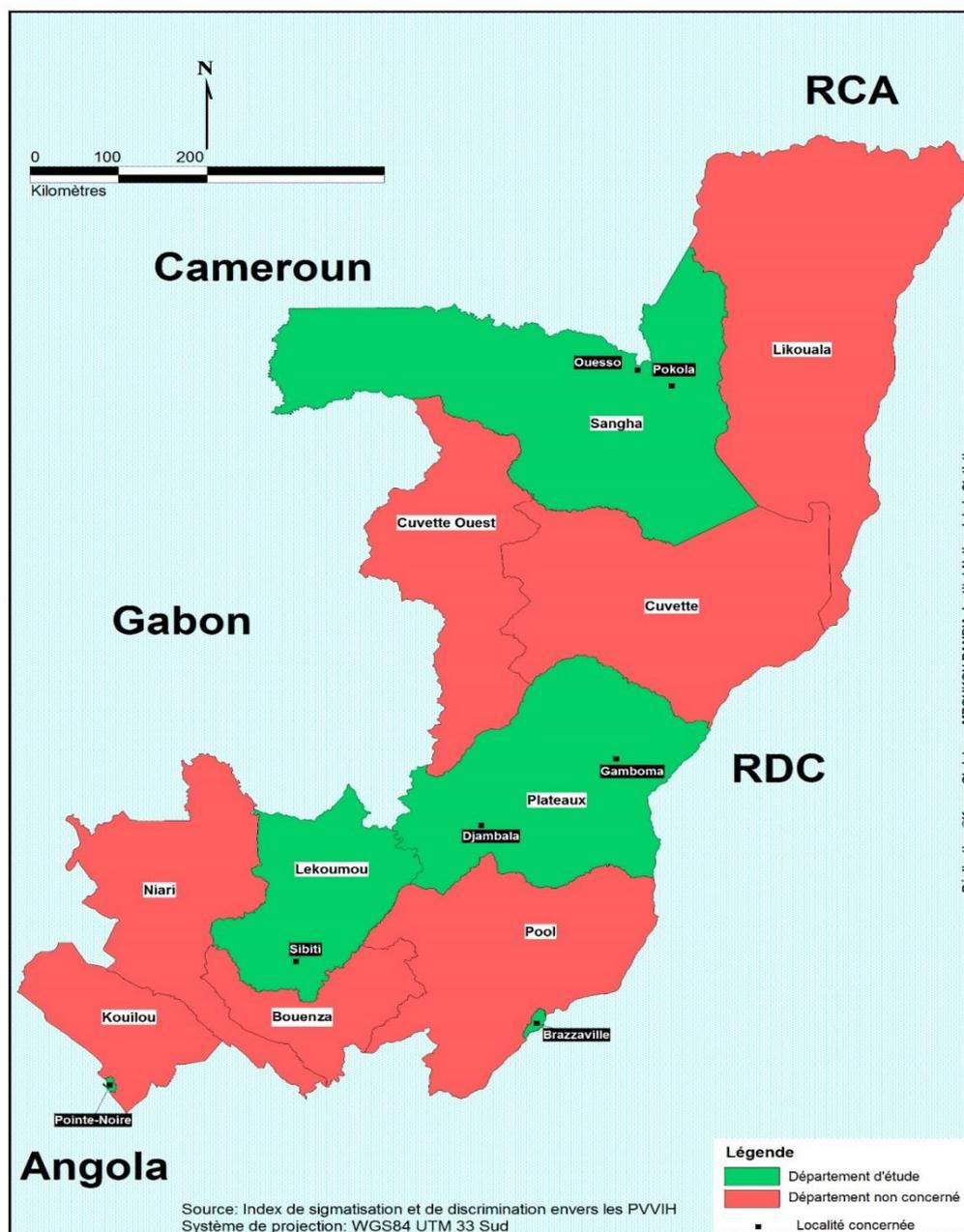
Les départements de Brazzaville et Pointe-Noire sont des Zones à forte charge de l'épidémie du fait du poids démographique car, ces deux départements regroupent plus de 60% de la population congolaise.

Les départements de la Sangha, de la Lékoumou et des Plateaux sont des zones qui hébergent plus les populations autochtones.



Carte 1: carte des zones d'enquête

DEPARTEMENTS ET LOCALITES DE L'ETUDE





1.3. Outils de collecte des données.

Deux outils de collecte des données ont été utilisés : le questionnaire structuré pour l'approche quantitative et le guide d'entretien de focus groupe pour l'approche qualitative.

1.3.1. Le questionnaire

Le questionnaire papier de type structuré élaboré par le GNP+, l'ICW, l'IPPF et ONUSIDA pour l'Index de stigmatisation a été utilisé³. Il a été administré par les enquêteurs en « côte à côte ». Il est divisé en trois sections axées sur les éléments suivants :

- ✓ Section 1 : Informations générales sur l'enquêté (e) et son ménage
- ✓ Section 2 : Les indicateurs axés sur l'expérience de l'année écoulée rapportée par les personnes vivant avec le VIH, concernant la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, la stigmatisation interne, la protection des droits des personnes vivant avec le VIH par le biais de la loi, de la politique et/ou de la pratique et, le fait d'apporter un changement.
- ✓ Section 3 : Les indicateurs portant sur des exemples de stigmatisation et/ou de discriminations liées au VIH au cours de l'année écoulée, concernant particulièrement le test du VIH, la divulgation et la prestation de soins de santé.

Le processus consistant à couvrir les différents points du questionnaire est conçu pour être participatif et permettre aux enquêtés de réfléchir aux problèmes qu'ils rencontrent de manière globale. Ceci permettrait de les aider à évaluer leurs propres capacités et opportunités d'action par rapport aux problèmes soulevés.

1.3.2. Le guide d'entretien des focus groupes dirigés (FGD)

Deux types d'investigation ont été utilisés, d'une part, l'approche institutionnelle portant sur les structures socio-sanitaires (CTA) et, d'autre part, l'approche communautaire, auprès des organisations des PVVIH à base communautaire (RENAPC, associations et organisations affiliées, etc.).

Les focus groupes dirigés ont été organisés par les PVVIH auprès des PVVIH éligibles selon les orientations décrites dans l'Index stigma de l'ONUSIDA (2005), les réalités culturelles prises en compte à cet effet sont celles édictées respectivement par

³www.stigmaindex.org/download.php?id=26



l'environnement juridique du Congo en la matière et le Comité Ethique du Congo. Au total, 3 FGD sur 5 initialement prévus ont été organisés, soit 30 personnes sur les 50 ont participé activement à l'enquête.

Une trentaine de cas et témoignages des PVVIH explorent et documentent les pratiques stigmatisantes et discriminatoires. Ces pratiques couvrent des domaines variés de la vie sociale et privée des PVVIH. Ces PVVIH sont les mêmes qui ont participé dans l'étude quantitative (administration du questionnaire de l'index de stigma).

Les lectures approfondies et les transcriptions des entretiens ont permis de saisir les problèmes rencontrés par les PVVIH et de mieux comprendre le vécu de celles-ci sur les formes de stigmatisation et discrimination auxquelles elles font face selon les contextes socioculturels. Les principaux axes thématiques retenus portent sur les dix (10) contenus dans le Guide Stigma de l'ONUSIDA (2005). Sur cette base, l'analyse thématique a permis de sérier les thèmes prioritaires suivants : l'expérience de la stigmatisation et de la discrimination vécues par les PVVIH, l'accès au travail et aux services de santé et d'éducation, la stigmatisation interne et contraintes, les droits, lois et politiques, apporter un changement, dépistage/diagnostic, avoir des enfants, problèmes et défis.

Nous avons eu recours à deux techniques d'analyse des données : les analyses thématiques et de contenu. Ces deux procédés combinés ont facilité le travail. L'analyse de contenu constitue la partie importante de cette enquête. Les données collectées ont été transcrites, analysées et interprétées. A la fin de la collecte, tous les entretiens enregistrés ont été entièrement retranscrits (auditionnés et traduits sous forme de texte). La transcription était basée sur la lecture-relecture des entretiens.

1.4. Considérations éthiques

Dans le but de faire respecter les principes éthiques de garantir la confidentialité du secret médical, et ce, conformément à la Loi n°30 du 3 Juin 2011 portant lutte contre le VIH et le sida et protection des droits des PVVIH, promulguée par le Président de la République, le consentement libre, éclairé et volontaire a été au cœur de cette enquête. Puis, l'avis n°044/DGRST/CERSSA du 17 octobre 2014 donné par le Comité éthique du CERSSA a également permis de veiller aux respects des dispositions textuelles sur la confidentialité des PVVIH.

Il convient d'indiquer que cette question a fait l'objet d'un consensus avec les PVVIH enquêtées dans les sept (7) localités des cinq(5) départements du Congo concernées par cette étude. Aux fins de garantir l'assurance et l'anonymat, un code a été



attribué à chaque enquêté. Toutes les fiches de l'accord de confidentialité ont été remplies par les superviseurs, les enquêteurs, les agents de saisie, les enquêteurs, le consultant socio-anthropologue, l'économiste démographe et le statisticien.

Après que la phase de traitement ait été achevée, toutes les sections de la retranscription contenant l'identification personnelle des personnes enquêtées ont été conservées dans un endroit secret. Ces retranscriptions ont été faites par deux (2) transcripteurs chevronnés sous le contrôle du consultant socio-anthropologue afin de garantir la confidentialité et de vérifier les retranscriptions faites.

1.4.1. Cadre éthique

Les six (6) grands principes éthiques qui ont guidé cette enquête sont :

a) Sélection des enquêteurs et superviseurs

La sélection des enquêteurs a été réalisée par le comité de suivi suite à une large sensibilisation au niveau des associations.

C'est ainsi que 16 agents de collecte (10 enquêteurs et 6 superviseurs) ont été recrutés dans les différentes zones d'enquête. La formation de ces derniers, s'est tenue du 18 au 20 février 2015 à l'ONUSIDA. Cet atelier a été organisé par le Réseau National des Associations des Positifs du Congo (RENAPC) avec l'appui des partenaires (ONUSIDA, SEP/CNLS, AAISC).

Les participants (facilitateurs et agents de collecte) de cet atelier sont venus des différents départements d'enquêtes à savoir : Brazzaville, Pointe-Noire, Lékoumou, Plateaux et Sangha.

L'approche méthodologique privilégiée par les consultants démographe et anthropologue au cours de cette formation était l'andragogie ou pédagogie des adultes. Celle-ci avait pour but de mettre les participants au centre de la formation. Elle a été enrichie par les techniques participatives et interactives.

b) Sélection des enquêtées

Elles ont été sélectionnées sur la base de la convenance et du volontariat.

c) Consentement éclairé

Au début de l'enquête, les superviseurs et les enquêteurs ont informé les enquêtées de manière claire, précise et concise sur le caractère confidentiel de la présente étude. En même temps, des informations ont été données sur la langue dans laquelle les entretiens directs et semi-directifs ont été déroulés. En outre il a fallu obtenir leur permission pour enregistrer les conversations .



d) Disponibilité

Les superviseurs, les enquêteurs et les enquêtées ont tous convenu sur le temps et la durée de l'enquête. Sur cette base, les enquêteurs confirmaient de participer ou non à l'enquête.

e) Confidentialité

Les enquêteurs ont garanti aux enquêtées sur la confidentialité de ce qui serait dit lors des échanges, en conservant l'anonymat de ceux-ci.

f) Bienveillance

Sur cette question, les enquêteurs ont convenu de rassurer les enquêtées qu'il n'y aurait pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ce qui importe, c'est ce que les enquêtés parlent librement de leurs perceptions et vécus sur la stigmatisation et la discrimination et selon les réalités contextuelles et les dynamiques socioéconomiques.

1.5. Limites de l'étude

Pendant la réalisation des différentes activités de cette enquête, nous avons noté quelques limites parmi lesquelles figurent ce qui suit :

a) L'échantillon de l'enquête n'a couvert que cinq(5) départements sur les douze(12) que compte la République du Congo et s'est limité principalement dans les grandes localités (7 localités/districts). La raison principale de ce choix est la faible ressource financière allouée à cette enquête.

b) L'expérience limitée des PVVIH en matière de collecte des données pour mieux exécuter l'enquête.

c) Les histoires de vie des populations clés (PS, HSH, populations autochtones, etc.) n'ont pas été faites. Ce refus s'explique par la peur de décliner leurs expériences personnelles.

d) Pour établir la portée du statut sérologique sur la stigmatisation/discrimination:

- dans certaines questions, la question est posée directement " ... à cause de votre statut sérologique ?";
- dans d'autres par contre, la question est contrôlée : i) il est d'abord demandé si la situation a déjà été vécue ? ii) si oui, alors on demande la raison vécue de cette situation parmi ces trois(3) catégories "du fait du statut sérologique"/"autre cause"/"du fait du statut sérologique et d'autre cause".

Stigma Index



Dans ce contexte, la portée du niveau et de l'impact de la stigmatisation des questions de la première catégorie ne sont pas strictement comparables à ceux de la seconde catégorie car n'émanant pas du même niveau d'univers. Les questions de la première catégorie ont comme univers l'ensemble des PVVIH enquêtées, alors que celles de la seconde catégorie concernent le sous-ensemble des PVVIH ayant répondu "oui" à la question de contrôle, et que l'effectif de ce sous-ensemble est variable d'une question à l'autre.

De ce fait, pour s'affranchir de cette portée dichotomique, on pouvait considérer que, dans la seconde catégorie, seules les questions demandant "si la situation a déjà été vécue" soient prises en compte en faisant l'hypothèse selon laquelle les réponses sont implicitement marquées par le statut sérologique; ce qui rend ces réponses strictement comparables aux réponses de la première catégorie.



Chapitre 2: Résultats

2.1. Caractéristiques des personnes vivant avec le VIH.

Cette partie traite, les informations générales sur les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés et de leurs ménages. Elles concernent les aspects liés à l'âge, au sexe, au statut matrimonial, au vécu avec le VIH, à l'éducation, à la sexualité, au nombre d'enfants, au ménage, à la nourriture, etc.

Les informations concernant le profil, la situation sociale et certains aspects de la vie pouvant influencer sur la gestion du statut sérologique et sur la stigmatisation dont pourraient être victime les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sont également examinées.

La population d'enquête comprenait 347 personnes, dont 240 femmes (69,2%) ,106 hommes (30,5%) et 1 se définissait comme transgenre (0,3%). Ceci illustre la féminisation de l'épidémie constatée au Congo depuis quelques années (2003 et 2009) lors des différentes études sur le VIH et le Sida.

Les PVVIH de 40 à 49 ans et 30-39 ans étaient les plus représentées. La distribution des enquêtés par groupe d'âge variait significativement entre les hommes et les femmes comme le montre le Tableau 2.

Tableau 2: répartition de l'âge des enquêtées en fonction du sexe et localités.

Groupe d'âge	Homme		Femme		Transgenre		Total	
	n	%	n	%	N	%	N	%
15-19 ans	7	6,6	13	5,4	0	0	20	5,8
20-24 ans	5	4,7	23	9,6	0	0	28	8,1
25-29 ans	3	2,8	30	12,5	0	0	33	9,5
30-39 ans	22	20,8	69	28,8	1	100	92	26,5
40-49 ans	38	35,8	71	29,6	0	0	109	31,4
50 ans et plus	31	29,2	34	14,2	0	0	65	18,7
Total	106	100	240	100	1	100	347	100
% Total	30,5		69,2		0,3		100	

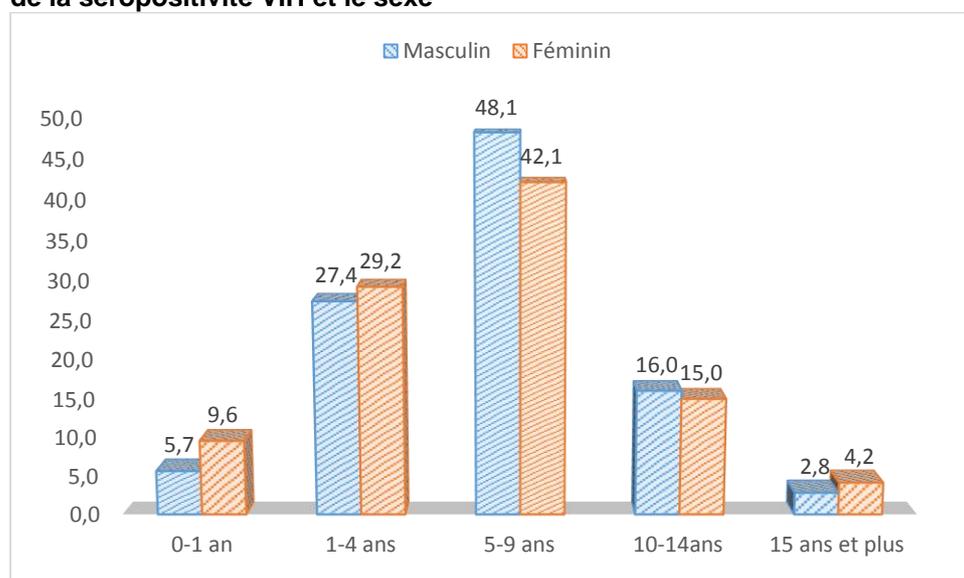
Stigma Index



Plus de deux tiers des enquêtés (44,1% ; n=153) connaissaient leur statut sérologique depuis 5 à 9 ans, tandis que seulement 8,4% d'entre eux (n=29) ne connaissaient leur statut que depuis moins d'un an.

On note que 13 (3,7%) des PVVIH vivaient avec le virus depuis plus de 15 ans et le délai de connaissance du statut sérologique ne variait pas significativement entre les hommes et les femmes ($p= 0,882$) (Graphique 1).

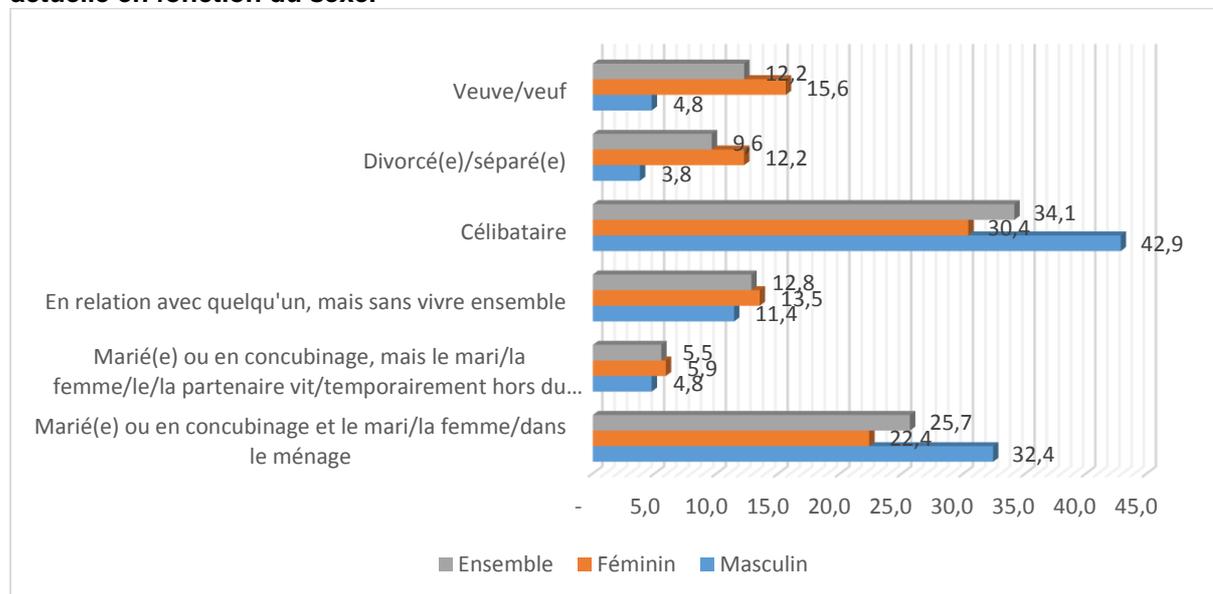
Graphique 1: Répartition(en %) des PVVIH enquêtées selon la durée de connaissance de la séropositivité VIH et le sexe



En matière de relation familiale, 31% des PVVIH enquêtées ont été dans une relation ou union stable (dont 37,1% d'hommes et 28,3% de femmes). Par ailleurs, les célibataires représentaient 34,1% (environ 43% parmi les hommes et 30% parmi les femmes), alors qu'il y avait eu 3 fois plus de femmes divorcées/séparées (12%) que d'hommes (3,8%) et aussi 3 fois plus de femmes veuves (15,6%) que d'hommes (4,8%). ($p = 0,016$). (Graphique 1).



Graphique 2: Répartition (en %) des PVVIH enquêtées selon leur situation relationnelle actuelle en fonction du sexe.



Environ 14,4 % des PVVIH enquêtées étaient constituées par des personnes appartenant ou ayant appartenu aux populations clés les plus exposées au risque d'infection par le VIH (cf. Tableau 3). Cette vulnérabilité était plus prononcée chez les femmes que chez les hommes (16,3% contre 10,4%).

Tableau 3: répartition des enquêtés selon leur appartenance ou non à une population clé

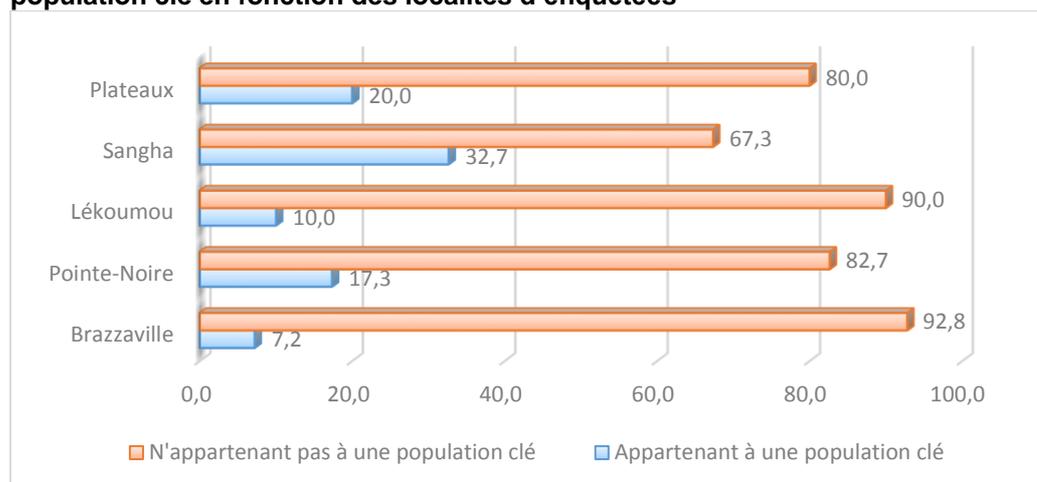
	Effectif	Pourcentage
Homme ayant des rapports avec des hommes	4	1,2
Gay ou lesbienne	1	0,3
Transgenre	1	0,3
Professionnelle du sexe	24	6,9
Consommateur de drogues injectables	0	0,0
Réfugié ou demandeur d'asile	5	1,4
Personne déplacée	8	2,3
Membre d'un groupe autochtone (minorité ethnique)	7	2,0
Travailleur migrant	1	0,3
Prisonnier	1	0,3
Appartient/ ayant appartenu à une population clé	50	14,4
N'appartenant pas à une population clé	294	84,7

Stigma Index



L'examen du graphique 3 montre que, les PVVIH enquêtées, appartenant à une population clé étaient essentiellement localisées dans les localités de la Sangha (Pokola et Ouesso), des Plateaux (Djambala et Gamboma) et Pointe-Noire.

Graphique 3: Répartition des PVVIH enquêtées selon leur appartenance à une population clé en fonction des localités d'enquêtées



Sur le plan de l'instruction scolaire, près d'une (1) PVVIH enquêtée sur 10 (9,6%) n'avait pas été à l'école, avec une nette prédominance féminine (11,8% contre 4,8% pour les hommes) ; c'est dans les autres localités qu'on a trouvé le double des PVVIH sans instruction scolaire par rapport à Brazzaville et le triple par rapport à Pointe-Noire. Dans 23,6% des cas, les PVVIH enquêtées ont déclaré avoir le niveau primaire avec une différence non significative selon le sexe et les localités, et près de deux PVVIH enquêtées sur trois (66,7%) avaient au moins le niveau secondaire (dont environ 71% parmi les hommes et 64% parmi les femmes) (Tableau 4).



Tableau 4: Répartition des PVVIH enquêtées en fonction de leur niveau d'éducation

Niveau d'éducation formelle le plus élevé atteint	Ensemble		Masculin		Féminin		Brazzaville		Pointe-Noire		Autres localités	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Pas d'éducation formelle	33	9,6	5	4,8	28	11,8	9	7,3	4	4,1	20	16,3
Ecole primaire	81	23,6	25	23,8	56	23,6	35	28,5	18	18,6	28	22,8
Ecole secondaire	185	53,9	52	49,5	132	55,7	60	48,8	64	66,0	61	49,6
Institut technique/université	44	12,8	23	21,9	21	8,9	19	15,4	11	11,3	14	11,4
Total	343	100	105	100	237	100	123	100	97	100	123	100

Sur le plan de l'emploi et du travail, quatre(4) PVVIH enquêtées sur 10 (40,1%) étaient sans emploi au moment de l'observation (dont 23,4% parmi les hommes et 47,2% parmi les femmes), alors que les personnes actives représentaient environ 60% (23% d'employés et 37% de travailleurs déclarés comme indépendants). Ces proportions sont de 76,6% chez les hommes (35,1% d'employés et 41,5% de travailleurs indépendants), tandis que chez les femmes, ces proportions représentent 52,8% (dont 17,9% d'employées et 34,9% d'indépendantes). La situation des PVVIH sans emploi est très préoccupante pour la ville de Brazzaville par rapport à d'autres localités, car cette dernière renferme plus de la moitié des PVVIH sans emploi (Tableau 5).

Malgré une croissance toujours forte en République du Congo, le chômage est demeuré élevé, surtout dans les zones urbaines. En raison d'un certain nombre de facteurs, la prospérité économique ne s'est pas traduite en création d'emplois dans le secteur formel. Le chômage a augmenté rapidement dans les années 90, atteignant 30,9 % en 1994. La situation s'est améliorée après la fin du conflit, bien que les taux de chômage soient demeurés plus élevés que ceux des années 70 et 80. En 2005 et 2009, les taux de chômage étaient estimés à 19,4 % et 16,1 % respectivement (pour les zones urbaines) (Congo, 2011).

Stigma Index

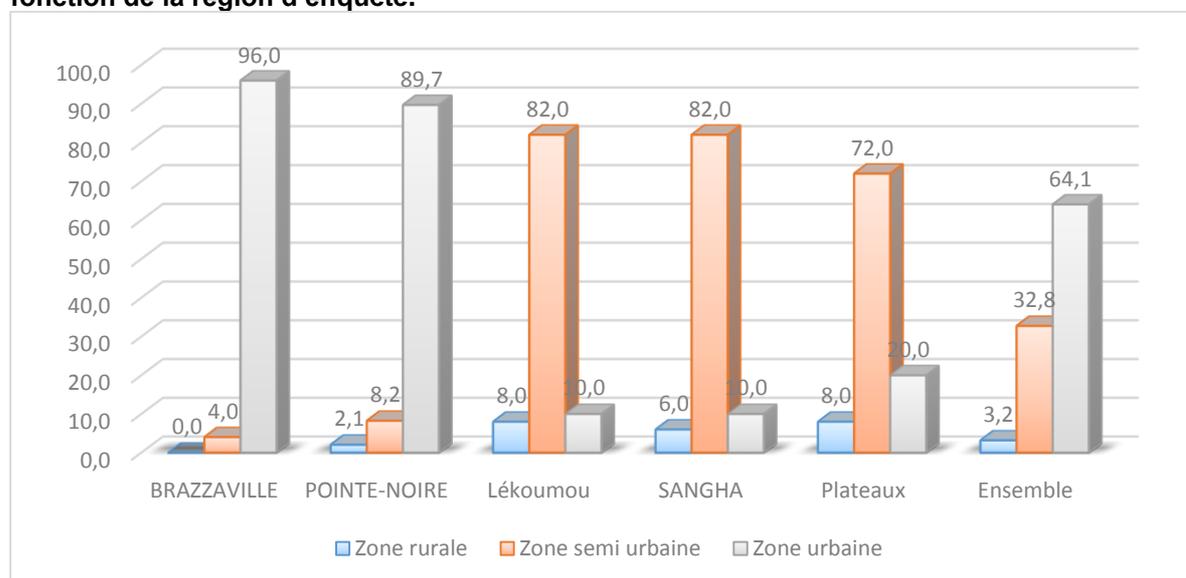


Tableau 5: Répartition(%) des PVVIH enquêtées par sexe selon la situation dans l'emploi.

Situation dans l'emploi	Ensemble		Masculin		Féminin		Brazzaville		Pointe-Noire		Autres localités	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Employé	74	22,8	33	35,1	41	17,9	25	21,6	28	30,4	21	18,1
Travailleur indépendant	120	37,0	39	41,5	80	34,9	24	20,7	35	38,0	61	52,6
sans emploi	130	40,1	22	23,4	108	47,2	67	57,8	29	31,5 %	34	29,3
Total	324	100	94	100	229	100	116	100	92	100	116	100

La majorité des PVVIH enquêtées (64,1%, N=221) résidaient en zone urbaine quel que soit le département. Les zones semi-urbaines (petites villes) et les zones rurales abritaient respectivement 32,8% et 3,2% des PVVIH enquêtées (Graphique 4). Il y avait significativement plus des PVVIH en zone urbaine qu'en zone rurale ($P=0,000$). En revanche, il n'y avait pas de différence significative entre hommes et femmes selon le lieu d'habitation ($p=0,477$).

Graphique 4: Répartition(en %) de personnes enquêtées selon leur zone d'habitation en fonction de la région d'enquête.



Dans l'ensemble, les ménages des PVVIH enquêtées comprenaient une (1) à quatre(4) personnes dans près de six (6) cas sur dix (10) (59,8%), tandis que pour quatre (4) cas sur 10 (40,6%) ces ménages étaient composés de cinq(5) personnes et plus. La présence d'orphelins dont l'un ou les deux parents sont décédés de la maladie du Sida a été déclarée dans près d'un ménage sur 5 (22,2%), mais cette



proportion a été deux fois plus élevée dans les ménages conduits par les femmes (27,1%) que dans ceux dirigés par les hommes (11,3%). De la même manière on a observé que c'est deux fois plus dans les ménages dont la femme est chef (13,8%) que les membres du ménage n'ont pas eu assez à manger le mois précédent l'enquête, contre 6,6% dans les ménages dirigés par les hommes.

L'analyse de la taille des ménages des PVVIH enquêtées nous permet de noter les mêmes tendances au niveau des localités. Cependant, la présence des enfants orphelins dont l'un ou les deux parents sont décédés de la maladie du Sida a été plus signalée dans les villes de Brazzaville et Pointe-Noire où l'on trouve environ des proportions supérieures aux autres localités. De même, la situation est préoccupante dans les deux villes pour la sécurité alimentaire (Tableau 6).

Tableau 6: Répartition (en %) des PVVIH enquêtées selon la taille de ménage, la présence d'orphelin du sida et la sécurité alimentaire en fonction du sexe et localités.

		Ensemble		Masculin		Féminin		Brazzaville		Pointe-Noire		Autres localités	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Taille des ménages	1 à 4 personnes	167	59,4	58	59,8	109	59,2	77	64,2	37	58,7	53	54,1
	5 personnes et plus	114	40,6	39	40,2	75	40,8	43	35,8	26	41,3	45	45,9
	Total	281	100	97	100	184	100	120	100	63	100	98	100
présence d'orphelins du sida	Oui	77	22,2	12	11,3	65	27,1	36	28,8	27	27,6	14	11,3
	Non	270	77,8	94	88,7	175	72,9	89	71,2	71	72,4	110	88,7
sécurité alimentaire	Oui"	40	11,5	7	6,6	33	13,8	17	13,6	22	22,4	1	0,8
	Non	307	88,5	99	93,4	207	86,3	108	86,4	76	77,6	123	99,2
	Total	347	100	106	100	240	100	125	100	98	100	124	100



2.2. Expériences de stigmatisation et de discrimination.

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

2.2.1. Exclusion

De manière générale, au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, 50 PVVIH (14,5%) ont subi l'exclusion d'activités ou de manifestations sociales (mariages, funérailles, fêtes, clubs, par exemple), 21 PVVIH (6,1%) d'activités religieuses et 48 PVVIH (14%) d'activités familiales (faire la cuisine, manger ensemble, dormir dans la même chambre, par exemple). On remarque une féminisation de l'exclusion quel que soit le cas (Tableau 7).

Tableau 7: Répartition(en %) des PVVIH enquêtées rapportant une expérience d'exclusion au cours des 12 derniers mois en fonction du sexe

Expériences d'exclusion vécues	Ensemble de la population observée				Masculin				Féminin			
	Jamais		au moins une fois		Jamais		au moins une fois		Jamais		au moins une fois	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
exclu(e) d'activités ou de manifestations sociale	295	85,5	50	14,5	99	94,3	6	5,7	195	81,6	44	18,4
exclu(e) d'activités religieuses ou de lieux de culte	323	93,9	21	6,1	100	95,2	5	4,8	222	93,3	16	6,7
exclu(e) d'activités familiales	296	86,0	48	14,0	99	94,3	6	5,7	196	82,4	42	17,6

Les expériences de l'exclusion semblent plus liées par les personnes PVVIH jeunes que par les PVVIH âgées. Les résultats de l'enquête n'ont pas permis de noter d'association significative entre les différentes tranches d'âges et les expériences vécues (Tableau 8).

Les expériences des exclusions vécues par les PVVIH enquêtées seraient essentiellement dues au statut sérologique car, elle a concerné plus de la moitié de ces dernières (Tableau 9)



Tableau 8: Répartition (en %) des PVVIH enquêtées rapportant une expérience d'exclusion au cours des 12 derniers mois en fonction de l'âge.

Expérience au cours des 12 derniers mois (% de personnes ayant eu une expérience)	Age (ans)				
	15-24 (N= 48)	25-29 (N= 33)	30-39 (N= 92)	40-49 (N= 108)	50 et+ (N= 65)
Exclusion d'activités sociales	18,7	18,2	14,1	12,1	13,8
Exclusion d'activités religieuses	16,7	6,2	3,3	2,8	7,7
Exclusion d'activités familiales	31,2	18,2	13,2	10,3	6,2

Tableau 9: Répartition des PVVIH enquêtées selon la cause de l'exclusion au cours des 12 derniers mois.

Expériences d'exclusion vécues	Raison de discrimination/stigmatisation									
	A cause du statut sérologique		Pour autre raison(s)		A la fois à cause du statut sérologique et autres raisons		Non connu		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Exclu(e) d'activités ou de manifestations sociales	26	54,2	9	18,8	7	14,6	6	12,5	48	100
Exclu(e) d'activités religieuses ou de lieux de culte	12	57,1	3	14,3	4	19	2	9,5	21	100
Exclu(e) d'activités familiales	36	72	5	10	4	8	5	10	50	100

Stigma Index



2.2.2. Commérages, harcèlements et agressions

Les résultats sur les commérages, harcèlements et agressions ont montré que près d'une(1) PVVIH enquêtée sur deux(2) (48,6%) était consciente de commérages à son sujet, avec une forte prédominance chez les femmes (54,2%) contre 36,2% parmi les hommes. Ce sentiment était suivi des insultes/harcèlements/menaces verbales qui ont concerné près d'un cas sur 3 (32,7%) dont 35,3% chez les femmes et 26,9% parmi les hommes. Les harcèlements/menaces physiques ont concerné 16,3% de cas dans l'ensemble (dont 18,4% chez les femmes et 11,5% parmi les hommes). Les agressions physiques ont été rapportées par 12,8% de PVVIH, dont 15,4% et 6.8% respectivement parmi les femmes et les hommes (Tableau 11).

Tableau 10: Répartition (en%) des PVVIH enquêtées rapportant des expériences de commérages, harcèlements et agressions au cours des 12 derniers mois en fonction du sexe.

Expériences d'exclusion vécues	Ensemble de la population observée				Masculin				Féminin			
	Jamais		au moins une fois		Jamais		au moins une fois		Jamais		au moins une fois	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
conscient(e) de commérages à votre sujet	178	51,4	168	48,6	67	63,8	38	36,2	110	45,8	130	54,2
insulté(e), harcelé(e) et/ou menacé(e) verbalement	231	67,3	112	32,7	76	73,1	28	26,9	154	64,7	84	35,3
physiquement harcelé(e) et/ou menacé(e)	288	83,7 %	56	16,3 %	92	88,5 %	12	11,5 %	195	81,6 %	44	18,4 %
physiquement agressé(e)	300	87,2 %	44	12,8 %	96	93,2 %	7	6,8%	203	84,6 %	37	15,4 %

Comme pour l'exclusion, les expériences de commérages, harcèlements et agressions semblent plus relatées par les PVVIH jeunes que par les PVVIH âgées .Il n'y a pas d'association significative entre les différentes tranches d'âges et les expériences vécues.

Congo

Tableau 11: Répartition (en%) des PVVIH enquêtées rapportant des expériences de commérages, harcèlements et agressions au cours des 12 derniers mois en fonction de l'âge.

Expérience au cours des 12 derniers mois (% de personnes ayant eu une expérience)	Age (ans)				
	15-24 (N= 48)	25-29 (N= 33)	30-39 (N= 92)	40-49 (N= 108)	50 et+ (N= 65)
Commérages	50	54,5	52,2	50,9	35,4
Insultes, harcèlement ou menaces verbales	45,8	33,3	33	31,5	23,8
Harcèlement ou menaces physiques	27,1	15,2	18,5	12,1	12,5
Agression physique	18,7	18,2	16,3	9,3	6,3

Les commérages, harcèlements et agressions vécus seraient dues fondamentalement au statut sérologique(respectivement 71,3%, 60,2% et 56,1% des cas) , avec dans l'ensemble une forte prédominance en ce qui concerne les commérages (84,7%) avec respectivement 81,1% et 85,8% chez les hommes et les femmes, suivis des harcèlements et/ou menaces physiques (75,4%) avec respectivement 66,7% et 77,8% chez les hommes et les femmes, puis des insultes et/ou harcèlements/menaces physiques (74,1%) avec respectivement 57,7% et 61% chez les hommes et les femmes, enfin des agressions physiques (62,5%) avec respectivement 62,2% et 74% chez les hommes et les femmes. On observe encore les tendances à la féminisation de ces comportements (Tableaux 12 et 13).

Tableau 12: Répartition des PVVIH enquêtées selon les raisons de commérages, harcèlements et agressions au cours des 12 derniers mois.

Commérages, Harcèlements et agressions	Raison de discrimination/stigmatisation									
	A cause du statut sérologique		Pour autre raison(s)		A la fois à cause du statut sérologique et autres raisons		Non connu		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Conscient(e) de commérages à votre sujet	117	71,3	18	11,0	22	13,4	7	4,3	164	100
Insulté(e), harcelé(e) et/ou menacé(e) verbalement	65	60,2	23	21,3	15	13,9	5	4,6	108	100
Physiquement harcelé(e) et/ou menacé(e)	32	56,1	12	21,1	11	19,3%	2	3,5	57	100
Physiquement agressé(e)	20	41,7	11	22,9	10	20,8	7	14,6	48	100

Stigma Index



Tableau 13: Répartition des PVVIH enquêtées selon les raisons de commérages, harcèlements et agressions au cours des 12 derniers mois en fonction du sexe

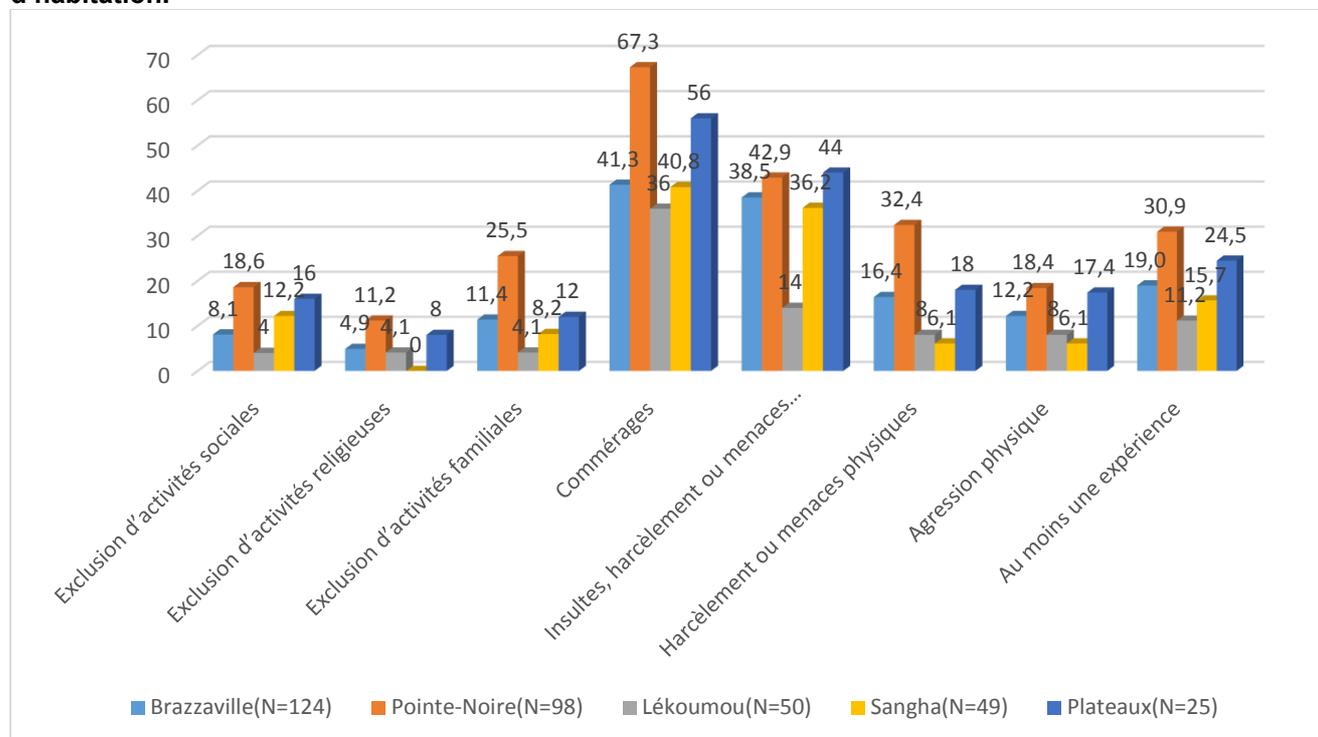
Commérages, harcèlements et agressions	Masculin								Féminin									
	A cause du statut sérologique		Pour autre raison(s)		A la fois à cause du statut sérologique et autres raisons		Non connu		Total	A cause du statut sérologique		Pour autre raison(s)		A la fois à cause du statut sérologique et autres raisons		Non connu		Total
	Effec Tif	%	Effec tif	%	Effec tif	%	Effec tif	%		Effec tif	%	Effec tif	%	Effec Tif	%	Effec tif	%	
Conscient(e) de commérages à votre sujet	23	62,2	6	16,2	7	18,9	1	2,7	37	94	74,0	12	9,40	15	11,80	6,0	4,8	127
Insulté(e), harcelé(e) et/ou menacé(e) verbalement	15	57,7	7	26,9	4	15,4	0	0,0	26	50	61,0	16	19,50	11	13,40	5,0	6,1	82
Physiquement harcelé(e) et/ou menacé(e)	5	41,7	4	33,3	3	25,0	0	0,0	12	27	60,0	8	17,80	8	17,80	2,0	4,4	45
Physiquement agressé(e)	3	33,3	3	33,3	1	12,1	2	22,2	9	17	43,6	8	20,50	9	23,10	5,0	12,8	39

Ces expériences de stigmatisation et/ou discrimination affectent plus les PVVIH vivant en zone rurale (49,8%) qu'en zone urbaine (22,9%).

Cependant, si l'on s'intéresse aux localités d'habitation, la stigmatisation a été nettement plus remarquée dans les localités de Pointe-Noire (30,9%) ou Brazzaville (24,5%) que dans les localités ou zones d'enquête des Plateaux (19,0%), de la Sangha et la Lékoumou (11,2%) (Graphique 5). Ces résultats sont statistiquement significatifs pour les exclusions d'activités sociales (P=0,002), les exclusions d'activités familiales (P=0,003), les commérages (P=0,000) et les insultes, harcèlement ou menaces verbales (P=0,000).

Congo

Graphique 5: Répartition(en%) des PVVIH enquêtées ayant vécu des expériences sociales de stigmatisation au cours des 12 derniers mois en fonction des localités d'habitation.



2.2.3. Stigmatisation/discrimination vécue au sein de la famille

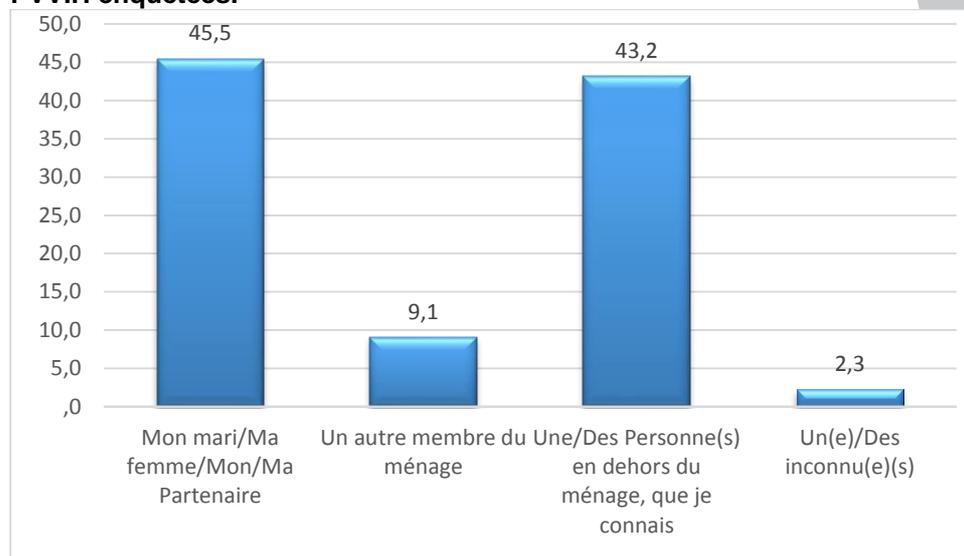
La pression psychologique ou une manipulation de la part de mari/femme ou partenaire, au cours de laquelle le statut séropositif a été utilisé, a concerné 21,2% de cas (dont 25% parmi les femmes contre 12,6% parmi les hommes). En même temps, le cas où le mari/la femme, le partenaire ou des membres du ménage ont fait l'expérience de la discrimination en raison du statut séropositif a été rapporté par 27,4% des PVVIH enquêtées (dont 32,5% de femmes et 16,2% d'hommes).

Les auteurs des agressions physiques ont été essentiellement le partenaire (mari/femme) et les personnes connues par les PVVIH enquêtées mais, vivant hors de leurs ménages dans respectivement 45,5% et 43,2% des cas (Graphique 6).

Stigma Index



Graphique 6: Répartition(en %) des auteurs des agressions physiques subies par les PVVIH enquêtées.



2.2.4. Stigmatisation/discrimination de la part des autres PVVIH

La stigmatisation/discrimination de la part des pair(e)s vivant avec le VIH a touché dans l'ensemble 9% de PVVIH enquêtées (dont 9,2% parmi les femmes et 8,6% parmi les hommes) (Tableau 14).

Tableau 14: Répartition des PVVIH enquêtées ayant vécu une expérience de stigmatisation/discrimination par d'autres PVVIH au cours des 12 derniers mois en fonction du sexe.

	Discriminé(e) par d'autres personnes vivant avec le VIH?			
	Jamais		Au moins une fois	
	Effectif	%	Effectif	%
Ensemble de la population observée	314	91,0%	31	9,0%
Masculin	96	91,4%	9	8,6%
Féminin	217	90,8%	22	9,2%

2.2.5. Stigmatisation/discrimination vécues par les PS

De manière générale, au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, 1PS sur 8 (12,5%) a subi l'exclusion d'activités ou de manifestations sociales (par exemple mariages, funérailles, fêtes, clubs), 1 PS sur 24 (4,2%) d'activités religieuses et 1 PS sur 3 (33,3%) d'activités familiales (par exemple faire la cuisine, manger ensemble, dormir dans la même chambre, par exemple).

Les résultats sur les commérages, harcèlements et agressions vécus par les PS ont montré que près de 2 PS sur 3 (66,7%) étaient conscientes des commérages à leur sujet, 15 PS sur 24 (62,5%) avaient reçu des insultes/harcèlements/menaces

Congo

verbales. Les harcèlements/menaces physiques ont concerné 3 PS sur 8(37,5%). Les agressions physiques ont été rapportées par 1 PS sur 4(25%).

2.2.6. Conséquences sociales de la discrimination/stigmatisation du fait du statut sérologique sur l'accès aux services sociaux de base

La discrimination/stigmatisation vécues du fait du statut sérologique a eu des conséquences parfois importantes sur l'accès aux services sociaux de base pour les victimes. En particulier, ces conséquences ont concerné le changement de lieu de résidence, la perte d'emploi, le refus de promotion ou d'opportunité de travail, le refus d'accès aux services d'éducation scolaire, de santé et de santé reproductive.

a) Changement de lieu de résidence

Le changement de lieu de résidence a été rapporté par 22,6% des PVVIH enquêtées, dont 24,3% de cas parmi les femmes et 19% de cas parmi les hommes (Tableau 15). La raison principale du changement de lieu de résidence était due au statut sérologique pour 38,3% des cas dans l'ensemble. Chez les hommes, la raison principale n'était pas le statut sérologique tandis que chez les femmes c'était principalement le statut sérologique pour 45,9% des cas (Tableau 16).

Tableau 15: Répartition des PVVIH enquêtées ayant été obligées de changer de lieu de résidence ou incapable de louer un logement en fonction du sexe.

Obligé(e) de changer de lieu de résidence ou incapable de louer un logement.	Ensemble de la population observée		Masculin		Féminin	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Jamais	267	77,4	85	81,0	181	75,7
Au moins une fois	78	22,6	20	19,0	58	24,3
Total	345	100	105	100	239	100

Tableau 16: Répartition des PVVIH enquêtées selon la raison de changement de lieu de résidence ou l'incapacité de louer un logement en fonction du sexe.

Raisons d'avoir été obligé(e) de changer de lieu de résidence ou l'incapacité de louer un logement	Ensemble de la Population observée		Masculin		Féminin	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
A cause de votre statut sérologique	31	38,3	3	15,0	28	45,9
Pour une autre/d'autres raison(s)	31	38,3	11	55,0	20	32,8
A la fois à cause de votre statut sérologique et pour d'autres raisons	17	21,0	5	25,0	12	19,7
Non connu	2	2,5	1	5,0	1	1,6
Total	81	100	20	100	61	100

Stigma Index



En guise d'illustration, les séquences des récits de vie décrites ci-dessous mettent en lumière les raisons qui seraient à l'origine du changement de lieu de résidence en rapport avec le statut sérologique au VIH. Pour ce cas spécifique, la raison principale réside dans le statut sérologique lié au VIH. Les histoires de vie restituées relatent les expériences individuelles des PVVIH enquêtées. Le cas présenté ici concerne le changement de lieu de résidence ou logement pour cause de séropositivité au VIH.

Cas n°1: « C..., je suis veuve et quand je vivais avec mon mari, je n'avais pas de problèmes. Mon mari m'a laissé avec un enfant de 2 ans, aujourd'hui il a 22 ans. Tout le temps, je ne faisais que tomber malade. J'ai fait même 10 fois les examens, rien ne se déterminait jusqu'à ce que mon oncle a pensé que je fasse le test de dépistage du VIH dans la localité X. Il s'est révélé positif. Puisque j'avais laissé les enfants et que je louais, il m'a fallu libérer la maison d'autrui, ma première fille a abandonné les études pour chercher de l'argent et prendre soin de moi. Elle a fini par me trouver un studio. La fille du propriétaire commençait à me suspecter, chaque matin, elle me provoquait, ma fille avait pensé que je reparte au Plateau où je vivais avant.

b) Perte d'emploi

La perte d'emploi a été déclarée dans l'ensemble par 16,2% des PVVIH enquêtées, dont 16,2% parmi les femmes et 16,3% parmi les hommes. La raison de cette perte d'emploi a concerné le statut sérologique dans 44,7% dont 51,5% chez les femmes et 28,6% chez les hommes. Les causes principales de la perte d'emploi du fait du statut sérologique ont été la discrimination exercée par l'employeur ou les collègues de travail (34,5%), l'obligation d'arrêter de travailler pour des raisons de mauvaise santé (24,1%). Cette dernière avait plus concerné les hommes (42,9%) que les femmes (24,2%) (Tableau 17).

Congo

Tableau 17: Répartition des PVVIH enquêtées ayant perdu un emploi et les causes liées à cette perte en fonction du sexe.

Libellés	Modalités	Ensemble de la population observée (y compris transgenre)		Masculin		Féminin	
		effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
A perdu un emploi ou une autre source de revenu	Jamais	244	83,8	72	83,7	171	83,8
	Au moins une fois	47	16,2	14	16,3	33	16,2
Total		291	100	86	100	204	100
Causes d'avoir perdu un emploi ou une autre source de revenu	A cause de votre statut sérologique	21	44,7	4	28,6	17	51,5
	Pour une/d' autre raison(s)	14	29,8	6	42,9	8	24,2
	statut sérologique et autres raisons	8	17,0	3	21,4	5	15,2
	Non connu	4	8,5	1	7,1	3	9,1
Total		47	100	14	100	33	100
Si c'était à cause de votre statut sérologique (entièrement ou en partie), pourquoi avez-vous perdu votre travail/revenu ?	A cause de la discrimination exercée par votre employeur ou vos collègues de travail	10	34,5	2	28,6	8	36,4
	senti obligé d'arrêter de travailler pour des raisons de mauvaise santé	7	24,1	3	42,9	4	18,2
	combinaison de discrimination et de mauvaise santé	4	13,8	1	14,3	3	13,6
	Pour une autre raison	8	27,6	1	14,3	7	31,8
		29	100	7	100	22	100

Ce témoignage soulève l'épineux problème lié à la menace de mutation d'un agent pour cause de séropositivité au VIH.

Cas n°2: « B... 35 ans, enseignante, veuve, mère d'un enfant. Elle était souvent menacée de mutation par son directeur à cause de sa maladie. La raison évoquée est qu'il ne voulait pas décorer les agents à titre posthume. Pendant les moments forts de la maladie, elle était abandonnée et rejetée par sa famille, la laissant aux seuls soins de sa fille. Avec le traitement qu'elle prend régulièrement au CTA, B... s'est rétablie sous le regard honteux de ses détracteurs ».

Le refus d'un emploi ou d'une opportunité de travail à cause du statut sérologique a concerné 15,2% de cas, dont 16,9% de cas parmi les femmes, contre 10 % de cas chez les hommes (Tableau 18).

Stigma Index



Tableau 18: Répartition des PVVIH enquêtées selon le refus d'un emploi ou d'une opportunité de travail à cause du statut sérologique au cours des 12 derniers mois en fonction du sexe.

Libellés	Modalités	Ensemble de la population observée (y compris transgenre)		Masculin		Féminin	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on refusé un emploi ou une opportunité de travail à cause de votre statut sérologique ?	Oui	42	15,2	8	10,0	33	16,9
	Non	234	84,8	72	90,0	162	83,1
Total		276	100	80	100	195	100

d) Refus de promotion /changement de la description du poste ou de la nature de travail

Le refus de promotion ou le changement de la description du poste/la nature du travail au cours des 12 derniers mois précédents l'enquête a touché 11% des PVVIH enquêtées, dont 11,5% parmi les femmes et 10,1% parmi les hommes (Tableau 19).

Tableau 19: Répartition des PVVIH enquêtées selon le refus de promotion/changement de la description du poste de travail en fonction du sexe.

Libellés	Modalités de réponse	Ensemble (y compris transgenre)		Masculin		Féminin	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Refus de Changement de poste ou d'une promotion	Jamais	234	89	71	89,9	162	88,5
	Au moins une fois	29	11	8	10,1	21	11,5
Total		263	100	79	100	183	100

e) Refus de l'accès aux institutions d'enseignement

Les PVVIH enquêtées ont été suspendues ou interdites d'accès dans une institution d'enseignement à cause du statut sérologique dans 7,3% de cas pour l'ensemble, dont 9,2% parmi les femmes et 3% chez les hommes. Dans le même temps, dans 6,3% des cas, les enfants ont été suspendus ou interdits d'accès dans une institution d'enseignement à cause du statut sérologique du/des parent(s), dont 7,4% et 4% parmi les filles et les garçons respectivement (Tableau 20).

Congo

Tableau 20: Répartition des PVVIH enquêtées selon le refus d'accès aux institutions d'enseignement en fonction du sexe.

Libellés	Modalités de réponses	Ensemble de la population observée		Masculin		Féminin	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
A été renvoyé(e), suspendu(e) ou interdit(e) d'accès dans une institution d'enseignement à cause du statut sérologique des parents	Jamais	231	70,0	77	76,2	153	67,1
	Au moins une fois	24	7,3	3	3,0	21	9,2
	Non applicable	75	22,7	21	20,8	54	23,7
Total		330	100	101	100	228	100
Enfant(s) renvoyé(s), suspendu(s) ou interdit(s) d'accès dans une institution d'enseignement à cause de votre statut sérologique ?	Jamais	258	77,5	84	83,2	173	74,9
	Au moins une fois	21	6,3	4	4,0	17	7,4
	Non applicable	54	16,2	13	12,9	41	17,7
Total		333	100	101	100	231	100

f) Refus de l'accès aux services de santé, planification familiale et santé de la reproduction

L'accès aux services de santé a été refusé à 6,3% des PVVIH enquêtées à cause du statut sérologique, avec respectivement 7,7% et 3% chez les femmes et les hommes. Le refus d'accès aux services de planification familiale à cause du statut sérologique au VIH a été rapporté par 9,9% des PVVIH enquêtées (respectivement 10% et 9,9% chez les femmes et les hommes). La tendance est la même pour le refus d'autres services de santé sexuelle et reproductive (6,2%).

Stigma Index



Tableau 21: Répartition des PVVIH enquêtées selon le refus de l'accès aux services planification familiale et santé de la reproduction en fonction du sexe.

Libellés	Modalités de réponse	Ensemble de la population observée		Masculin		Féminin	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Refus d'accès aux services de santé, y compris les soins dentaires, à cause du sérologique	Jamais	288	86,0	95	94,1	192	82,4
	Au moins une fois	21	6,3	3	3,0	18	7,7
	Non applicable	26	7,8	3	3,0	23	9,9
Total		335	100	101	100	233	100
Refus des services de planification familiale à cause du statut sérologique	Oui	33	9,9	10	9,9	23	10,0
	Non	206	61,9	60	59,4	145	62,8
	Non applicable	94	28,2	31	30,7	63	27,3
Total		333	100	101	100	231	100
refus des services de santé sexuelle et reproductive à cause du statut sérologique	Oui	21	6,2	4	3,9	17	7,3
	Non	316	93,8	98	96,1	217	92,7
Total		337	100	102	100	234	100

Voici une illustration qui confirme un cas de discrimination en milieu de soins. Ce témoignage est un extrait des propos d'une PVVIH/ ayant subi une discrimination flagrante en milieu de soin

Cas n°3 : « Y rapporte deux témoignages à partager. Pour la première fois, j'étais négligée au CHU lors de mon accouchement. J'ai accouché seul et pendant l'accouchement, le nouveau-né est tombé. Il est mort. Tout ceci s'explique par le fait que mon état sérologique était connu de la sage-femme. Elle voulait utiliser des gants qui s'arrêtent aux épaules mais je n'en avais pas. Ces gants devaient lui permettre d'éviter les risques de contamination. Et le pire est arrivé. ».

Congo

Ici, nous restituons quelques cas portant sur la stigmatisation et discrimination dans les différents contextes de vie.

Cas n°4 : « Mlle P..., 37ans, célibataire sans enfants, sans emploi. Religion pratiquée : église de réveil, vit à Pointe-Noire, niveau 3^e. Moi, j'avais un ami et j'ai constaté l'apparition des signes cliniques sur mon corps et mes mains. Je lui ai dit, je suis dans ta maison et tu ne peux pas me donner de l'argent pour que je parte à l'hôpital. J'ai pris les antibiotiques de 'shalina', mais les signes persistaient. J'ai dit à mon ami, comme cela persiste, je préfère repartir chez ma grande sœur. Quand je suis arrivée au quartier, ceux qui me voyaient disaient : « celle-là n'a-t-elle pas soulevé la grande en question (**yandi me nanguna ve maman ya ngo**) », « celle-là on dirait qu'elle a marché sur la mine (en kituba, on dirait **yandi me diata mine**) ». Je ne m'occupais pas de ce que ces gens disaient, je faisais la sourde oreille.

Je suis allée au CSI, j'ai pris le traitement, mais mon état de santé ne s'améliorait pas. Puis, une personne de bonne foi résidant à Pointe-Noire a appelé ma grande sœur pour lui présenter ma situation déjà critique. Il lui a dit : « je pense que par rapport aux signes, elle doit avoir le sida. Elle a réagi favorablement. Elle est venue à Pointe-Noire me rendre visite ». Dès qu'elle m'a vu elle est restée calme, ensuite elle s'est retrouvée avec les parents pour en parler, et ma grande sœur leur a dit « celle-là tel que je vois, elle est déjà touchée ».

Elle est allée payer les frais de consultation auprès du Dr x à l'hôpital A. Sicé, puis m'a demandé d'aller en consultation pour qu'on sache ce qui n'allait pas. Mais dans le quartier les gens suspectaient déjà que celle-là on ne sait pas, on dirait qu'elle a marché sur la **mine**. J'ai fait des examens et on m'a annoncé la nouvelle sur ma séropositivité. Cette nouvelle m'avait affecté profondément. Dans le quartier à cause des symptômes, les gens continuaient à parler, et il y avait beaucoup de locataires dans la parcelle, c'était devenu invivable, je me suis dit je ne peux pas continuer à rester ici. Ma grande sœur m'a dit va te réfugier à Mvoumvou chez Maman. Je ne voulais pas parce que je connais leur comportement. Mais, j'ai décidé d'aller chez mes mamans (parents).

Le lendemain on m'a remis un seau spécial, un gobelet et une assiette. Cela m'a affecté, je leur ai dit ce n'est pas une maladie contagieuse, c'est le sida, si c'était la tuberculose quelle serait alors votre réaction ? Quand je tenais quelque chose les gens ne pouvaient plus manger ou toucher cette chose. Je me disais cela se passe chez mes propres parents et je suis traitée de cette façon. Comment serais-je traitée ailleurs ? Tout le temps, je pensais au suicide ? Mais je venais au centre, je recevais les conseils des autres, les témoignages des autres, je retrouvais progressivement ma force, et quand je repartais à la maison c'était les difficultés ».



Cas n°5 : « Mme O..., 36 ans, mariée avec 2 enfants, cantinière à la maternelle. Sa religion pratiquée (église de Réveil), elle vit à Pointe-Noire. Elle a le niveau secondaire. Elle restitue ses propos en ces termes : « j'ai découvert ma séropositivité par le fait qu'à mon âge j'avais déjà perdu 4 enfants. Et je ne savais pas que mes enfants décédaient du sida. Dans la famille, on disait que ce sont les sorciers alors que ce n'était pas vrai. Quand j'ai eu mon 5^e enfant, il a commencé à tomber malade. C'est à ce moment qu'on a demandé de faire faire des examens à mon enfant. C'est ainsi qu'on a découvert la maladie chez l'enfant, mais, moi je me sentais en bonne santé. Je me suis dit que comme, j'ai donné naissance à cet enfant, s'il est infecté, je dois l'être aussi ».

J'ai fait le test de dépistage du VIH. Pendant que j'étais hospitalisée avec l'enfant, on m'a apporté les résultats du test du VIH, je me suis effondrée en voyant les résultats. Je partais derrière les salles de l'hôpital et je ne faisais que pleurer à cause de ma situation et celle de l'enfant. Je n'avais plus d'espoir. Il n'y avait plus d'espoir et nous avons décidé de suivre le traitement. Notre aîné m'avait chassé de son domicile. Ma grande sœur ne m'avait pas rejeté, elle a reproché notre frère d'avoir mal agi. Et si j'étais infectée tu devais réagir de la sorte. Mon grand frère ne s'occupe plus de moi parce que je suis séropositive. Le traitement nous a redonné vie à l'enfant qui est âgé de deux 2 ans. Il n'arrivait pas à marcher, et actuellement il va à l'école, moi-même j'ai repris la bonne forme.

Dans notre quartier, personne n'était au courant de notre séropositivité, c'est seulement dans la famille. J'ai un enfant et un bébé. Et quand je demande à mes parents de me donner un enfant qui pourra vivre avec moi et m'aider parfois, les gens refusent ils ont peur que je puisse contaminer leur enfant. Dans la famille, c'est très difficile ».

Cas n°6 : « MK..., j'ai vécu à Pointe-Noire pendant onze mois. Durant cette période, j'ai fait 3 rechutes liées à la tuberculose et aux vomissements. Ces rechutes étaient suivies d'une forte diarrhée. Par manque de moyens, je n'ai pas pu me faire soigner et j'étais obligé de revenir à B/ville. J'ai retrouvé mon ancien médecin qui me traitait à l'hôpital de Makélékélé quand j'avais la pneumopathie. C'est lui qui m'a fait le test du VIH à Mayangui (un centre de prise en charge du VIH et du sida de l'Eglise Evangélique du Congo/ EEC).

Enfin, il s'est avéré positif. J'ai partagé les résultats de ce test à ma femme et cette dernière m'a dit sur le champ que je ne la fréquente plus. Elle m'avait donné nos deux enfants. Pendant la journée, les enfants mangeaient chez leur maman et le soir, ils dormaient avec moi. Dans le quartier tout le monde se moquait de moi, même quand je donnais quelque chose à quelqu'un surtout à manger personne ne pouvait le prendre ».

Congo

Cas n° 7 : « B..., déclare qu'un membre de ma famille a dit à ma deuxième fille : votre mère est atteinte du sida et même votre père est mort de cette maladie. Ma seconde fille est venue me voir à minuit à la maison pour me dire que c'est mieux que j'aille vivre au village alors que je suis orpheline de père et de mère, et qu'elle n'était plus en mesure de me payer le loyer à **13 000** FCFA le mois. Je lui ai dit si je peux vendre du charbon, je serai à même de payer mon loyer. J'étais touchée. C'est ma cousine qui travaille à l'hôpital de Mayangui de Brazzaville (centre de prise en charge du VIH et du sida de l'EEC) qui lui avait tout relaté alors que c'est elle qui m'avait amenée à l'hôpital. J'ai consolé ma fille. N'ayant plus de domicile, c'est la cousine de ma défunte maman qui m'a proposé une maison à Moukondo. Je vis avec sa fille qui connaît ma sérologie.

Cas n°8 : « E..., depuis 2007 date à laquelle j'ai su ma sérologie, je suis avec mon mari sain. Ce que je trouve d'anormal, c'est que parfois il me néglige et me provoque ».

Cas n°9 : « J.P..., moi, vu mon âge, j'ai vécu beaucoup de situations dans la gestion de ma maladie : toute la famille m'a fui, même mon propre grand-frère. Sa femme l'a intoxiqué, en lui disant que s'il s'approche de moi, il sera contaminé. Et finalement, ils ne croient plus que je suis malade parce que quand on essaie de comparer mon histoire sanitaire, c'est le jour et la nuit ».

Cas n°10 : « V...; j'ai 3 enfants : deux de même père et le dernier d'un autre. Ces messieurs m'ont quitté ; j'ai peur quand un homme me drague. Je me demande si celui-là ne va pas fuir aussi comme les autres, du coup j'ai pris la décision de dire non. Je me sens vraiment mal à l'aise de mener une telle vie ».

Cas n°11 : « Pour maman FF, les hommes qui souhaitent avoir des rapports sexuels avec elle n'aiment pas entendre du préservatif. Je ne peux pas risquer ma vie et je préfère rester seule».

2.3.1. Auto stigmatisation

Les sentiments dominants de stigmatisation interne au cours des 12 derniers mois ont été ceux de honte (50,5%), de culpabilité (46,1%), de blâme de soi (41,2%) et de piètre estime de soi (39,2%), avec une domination féminine sauf pour piètre estime de soi où l'auto-stigmatisation des hommes (41%) est plus élevée que celle des femmes (38,3%)(Tableau 22).

Stigma Index



Tableau 22: Répartition des sentiments de stigmatisation des enquêtées en fonction du sexe

Sentiment de stigmatisation interne au cours des 12 derniers mois	ensemble de la population observée(y compris transgenre)					Masculin					Féminin				
	Oui		Non		N	Oui		Non		N	Oui		Non		N
	Effectif	%	Effectif	%		Effectif	%	Effectif	%		Effectif	%			
J'ai honte	168	50,5	165	49,5	333	50	50	50	50,0	100	117	50,4	115	49,6	232
Je me sens coupable	153	46,1	179	53,9	332	46	44,7	57	55,3	103	106	46,5	122	53,5	228
Je me blâme moi-même	135	41,2	193	58,8	328	39	39	61	61,0	100	95	41,9	132	58,1	227
Je blâme les autres	70	21,9	250	78,1	320	21	21,2	78	78,8	99	48	21,8	172	78,2	220
J'ai une piètre estime de moi	129	39,3	199	60,7	328	41	41	59	59,0	100	87	38,3	140	61,7	227
J'ai envie de me suicider	56	17,1	272	82,9	328	12	12,12	87	87,9	99	44	19,3	184	80,7	228
Je pense que je devrais être puni	95	29,1	231	70,9	326	30	30	70	70,0	100	65	28,9	160	71,1	225

A titre d'illustration d'une auto-stigmatisation, nous avons noté le cas de Mkb. Cet extrait tiré de l'histoire de vie de Mkb met en évidence son auto-jugement.

Cas n°12 : « Mkb..., je ne voulais plus de mon propre corps. Je m'enfermais dans la maison. J'étais devenue la risée de tout le quartier. Même au marché les gens se moquaient de moi. J'avais envie de disparaître. Tous mes amis m'ont fui à l'exception d'un seul. Je me rends compte que ce qui tue les gens ce n'est pas le sida mais la déception d'être rejeté ».

2.3.2. Certaines décisions d'auto stigmatisation/discrimination à cause du statut VIH

Les décisions relatives à l'auto stigmatisation/discrimination à cause du statut VIH des PVVIH enquêtées ont été principalement : 33,9% des cas ne pas aller dans un centre de santé local (dont 38,1% chez les femmes et 25,2% chez les hommes), 29,1% des cas de ne pas aller à une manifestation sociale (avec 33,9% chez les femmes et 18,8% chez les hommes), 22,4% des cas de ne pas avoir de relations sexuelles (avec 26,5% chez les femmes et 13,7% chez les hommes), 21,3% d'arrêter le travail (dont 24,3% pour les femmes et 14,7% pour les hommes), et 20,7% des cas

Congo

de s'isoler de la famille et/ou des amis (dont 25,4% pour les femmes et 10,7% pour les hommes).

Tableau 23: Répartition des décisions de stigmatisation interne des enquêtées en fonction du sexe

A fait une des choses suivantes à cause du statut sérologique	Ensemble de la population observée(y compris transgenre)				Masculin				Féminin			
	Oui		Non		Oui		Non		Oui		Non	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
J'ai choisi de ne pas aller à une/des manifestation(s) sociale(s).	95	29,1	231	70,9	19	18,8	82	81,2	76	33,9	148	66,1
Je me suis isolé de ma famille et/ou de mes amis	68	20,7	260	79,3	11	10,7	92	89,3	57	25,4	167	74,6
J'ai décidé d'arrêter le travail	71	21,3	262	78,7	15	14,7	87	85,3	56	24,3	174	75,7
J'ai décidé de ne pas demander un emploi/travail ou une promotion	28	8,8	291	91,2	5	5,0	96	95,	23	10,6	194	89,4
J'ai abandonné l'éducation/format ion ou je n'ai pas saisi une occasion d'éducation	37	11,4	287	88,6	9	8,7	94	91,3	28	12,7	192	87,3
J'ai décidé de ne pas me marier	16	5,1	299	94,9	2	2,	99	98,0	14	6,6	199	93,4
J'ai décidé de ne pas avoir de relations sexuelles	73	22,4	253	77,6	14	13,7	88	86,3	59	26,5	164	73,5
J'ai décidé de ne pas (plus) avoir d'enfant	69	20,8	262	79,2	9	8,8	93	91,2	60	26,3	168	73,7
J'ai évité d'aller dans un centre de santé local au moment où j'en avais besoin	112	33,9	218	66,1	26	25,2	77	74,8	86	38,1	140	61,9
J'ai évité d'aller à l'hôpital au moment où j'en avais besoin	33	10,1	293	89,9	4	3,9	98	96,1	29	13,0	194	87,0

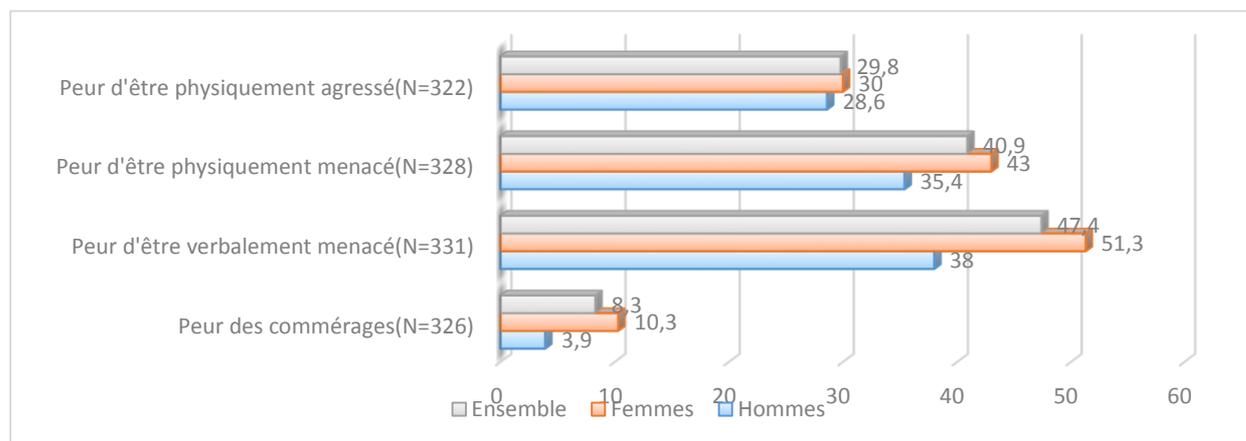


2.3.3. Craintes des choses malveillantes

Il s'agissait d'évaluer les situations que les personnes vivant avec le VIH craignent le plus de la part d'autres personnes en raison de leur statut sérologique. Quatre items étaient proposés, les PVVIH enquêtées devant répondre à chacun d'entre eux : peur des commérages, peur d'être menacé verbalement, physiquement et peur d'être agressé physiquement.

Les choses les plus craintes par les PVVIH enquêtées ont été : les insultes, les harcèlements /menaces verbales dans 47,4% des cas (avec 51,3% chez les femmes et 38% chez les hommes), les harcèlements ou menaces physiques dans 40,9% des cas, (avec 43% chez les femmes et 35,4% chez les hommes) et les agressions physiques dans 29,8% des cas (dont 30% chez les femmes et 28,6% de femmes). (Graphique 7).

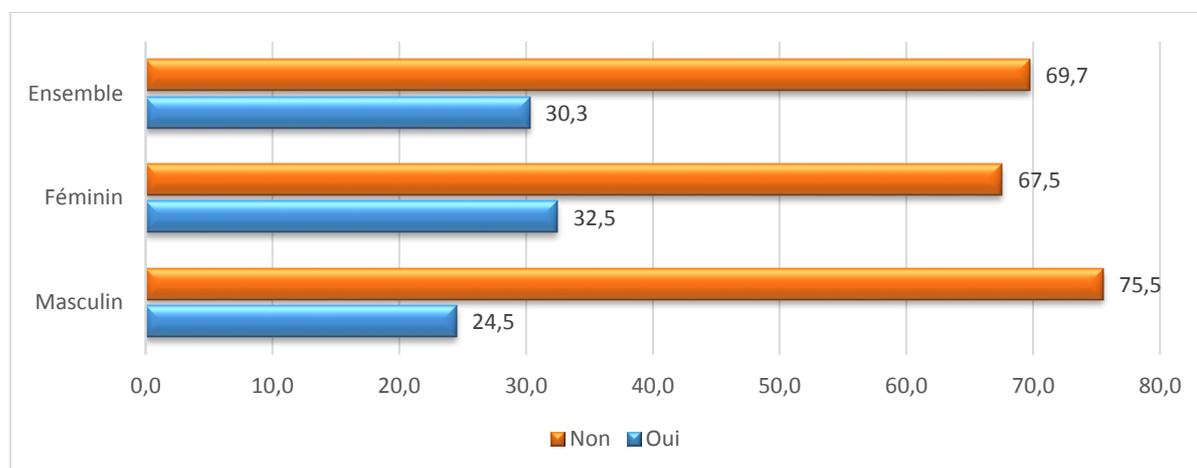
Graphique 7: Répartition (en %) des enquêtées craignant diverses formes de stigmatisation au cours des 12 derniers mois en fonction du sexe.



Environ 3 PVVIH enquêtées sur 10 (30,3%) ont eu peur d'être rejetées des relations sexuelles à cause du statut séropositif avec respectivement 24,5% et 32,5% des cas chez les hommes et les femmes (Graphique 8).

Congo

Graphique 8: Répartition(en %) des enquêtées craignant d'être rejeté des relations sexuelles à cause du statut séropositif au cours des 12 derniers mois.



2.3.4. Raisons perçues de stigmatisation et/ou de discrimination liées au VIH

Les raisons perçues par les victimes de la stigmatisation et/ou de discrimination liées au VIH sont principalement ; la peur de la transmission du VIH dans 33,5% des cas (dont 37,8% de femmes et 23,8% d'hommes), l'ignorance des modes de transmission du VIH dans 31,7% des cas (dont 38% de femmes et 17,9 % d'hommes).

Tableau 24: Répartition des raisons des PVIH enquêtées qui ont connu une autre stigmatisation et/ou de discrimination liées au VIH.

Raisons perçues de stigmatisation ou discrimination	Oui		Non	
	Effectif	%	Effectif	%
Les gens ont peur que je leur transmette le VIH	91	33,5	181	66,5
Les gens ne comprennent pas comment le VIH se transmet et ils ont peur que je les contamine avec le VIH par de simples contacts	86	31,7	185	68,3
Les gens pensent qu'il est honteux d'avoir le VIH et ils ne veulent pas qu'on les associe à moi	44	16,30%	226	83,70%
Croyances religieuses ou jugements « moraux »	20	7,50%	247	92,50%
Les gens désapprouvent mon style de vie ou mon comportement	32	11,80%	239	88,20%
J'ai l'air malade à cause des symptômes associés au VIH	55	20,00%	220	80,00%



Tableau 25: Répartition des raisons des PVVIH enquêtées qui ont connu une autre stigmatisation et/ou de discrimination liées au VIH en fonction du sexe.

Raisons perçues de stigmatisation ou discrimination	Masculin				Féminin			
	Oui		Non		Oui		Non	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Les gens ont peur que je leur transmette le VIH	20	23,8	64	76,2	71	37,8	117	62,2
Les gens ne comprennent pas comment le VIH se transmet et ils ont peur que je les contamine avec le VIH par de simples contacts	15	17,9	69	82,1	71	38	116	62
Les gens pensent qu'il est honteux d'avoir le VIH et ils ne veulent pas qu'on les associe à moi	11	13,30%	72	86,70%	33	17,60%	154	82,40%
Croyances religieuses ou jugements « moraux »	5	6,00%	78	94,00%	15	8,20%	169	91,80%
Les gens désapprouvent mon style de vie ou mon comportement	7	8,40%	76	91,60%	25	13,30%	163	86,70%
J'ai l'air malade à cause des symptômes associés au VIH	14	16,30%	72	83,70%	40	21,30%	148	78,70%

2.4. Droits, lois et politiques.

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

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

« Déclaration d'engagement sur le VIH/sida des Nations-Unies »

Parmi les PVVIH enquêtées, 31.3% des personnes déclaraient avoir connaissance de la « Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA » parmi lesquels 35,0 % déclaraient avoir lu ou discuté du contenu de cette Déclaration. La connaissance de la déclaration est liée au sexe, les femmes ont été moins nombreuses que les hommes à avoir eu connaissance de la Déclaration (26 ,4 % contre 42,9% ; p=0,008). On note une non significativité selon le sexe, à déclarer avoir lu ou discuté de cette loi (p=0,624).

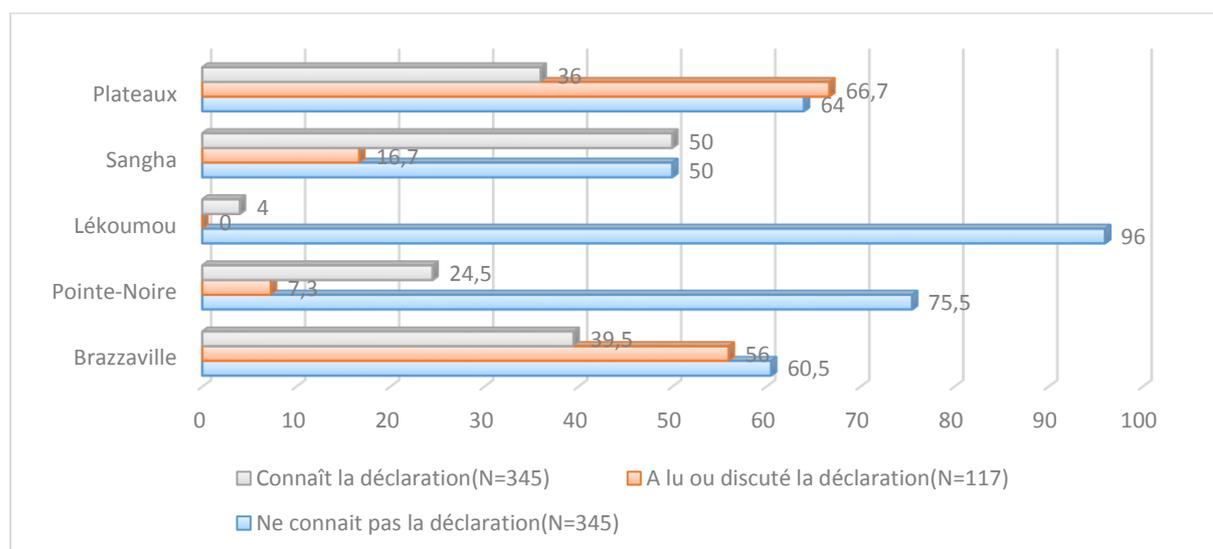
Congo

Tableau 26: Pourcentage d'enquêtées rapportant avoir eu connaissance de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida des Nations Unies en fonction du sexe.

Connaissances de la Déclaration	Sexe		
	Femmes	Hommes	Ensemble
Avoir connaissance de la Déclaration (N=345)	26,4	42,9	31,3
Avoir lu ou parlé de la Déclaration (N=117)	33,3	37,8	35

On note des situations relativement différentes entre les localités d'enquête, avec 50,0 % des enquêtées ayant déclaré avoir eu connaissance de la Déclaration dans la Sangha, 39,5% à Brazzaville et respectivement 36,0% et 24,5% dans les localités des Plateaux et à Pointe-Noire. Comme l'illustre le graphique 9, sur la question de lecture et/ou discussion à propos de cette Déclaration, Brazzaville et les Plateaux ont été les seuls à dépasser les 50%. Il faut noter que le département de la Lékoumou présente une particularité inquiétante par rapport aux autres. Car, environ 4% seulement des PVVIH enquêtées avaient connaissance de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida des Nations Unies et aucun n'avait lu ou discuté de cette déclaration.

Graphique 9: Répartition (en %) des enquêtées en fonction de leur degré de connaissance de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida des Nations Unies selon les localités



Les niveaux de connaissance avaient tendance à augmenter avec l'âge des enquêtés, avec des taux qui allaient de 12,3 % pour les personnes de moins de 30 ans à 43,8 % pour les personnes de plus de 50 ans. De même, cette tendance correspondait avec

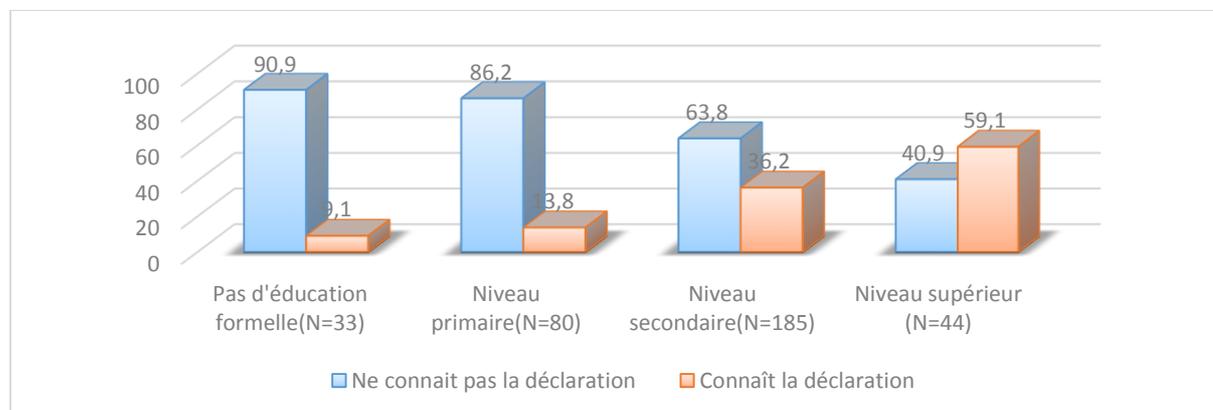
Stigma Index



la durée connue de l'infection par le VIH : 20,7% chez les personnes vivant avec le VIH depuis moins d'un an, 27,6% de un à quatre ans, 33,6% de cinq à neuf ans, 34% de dix à quatorze ans et 46,2% chez les personnes vivant avec le VIH depuis plus de 15 ans.

Un autre facteur associé au niveau de connaissance de la Déclaration est le niveau d'éducation : plus le niveau d'éducation était élevé et plus les enquêtés avaient déjà entendu parler de la Déclaration des Nations-Unies (Graphique 10).

Graphique 10: Répartition (en %) des enquêtés en fonction de leur degré de connaissance de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida des Nations Unies selon le niveau d'éducation.



2.4.2. Loi n°30-2011 du 3 Juin 2011 portant lutte contre le VIH et le sida et protection des droits des PVVIH au Congo.

Parmi les PVVIH enquêtées, 38,2% des personnes déclaraient avoir connaissance de la loi congolaise portant lutte contre le VIH et le Sida et protection des droits des PVVIH, parmi lesquels 28,9 % déclaraient avoir lu ou discuté du contenu de cette Déclaration. La connaissance de la déclaration est liée au sexe, les femmes ont été moins nombreuses que les hommes à avoir eu connaissance de la Déclaration (26,4 % contre 42,9% ; $p=0,007$). On note une non significativité selon le sexe à déclarer avoir lu ou discuté de cette loi ($p=0,194$).

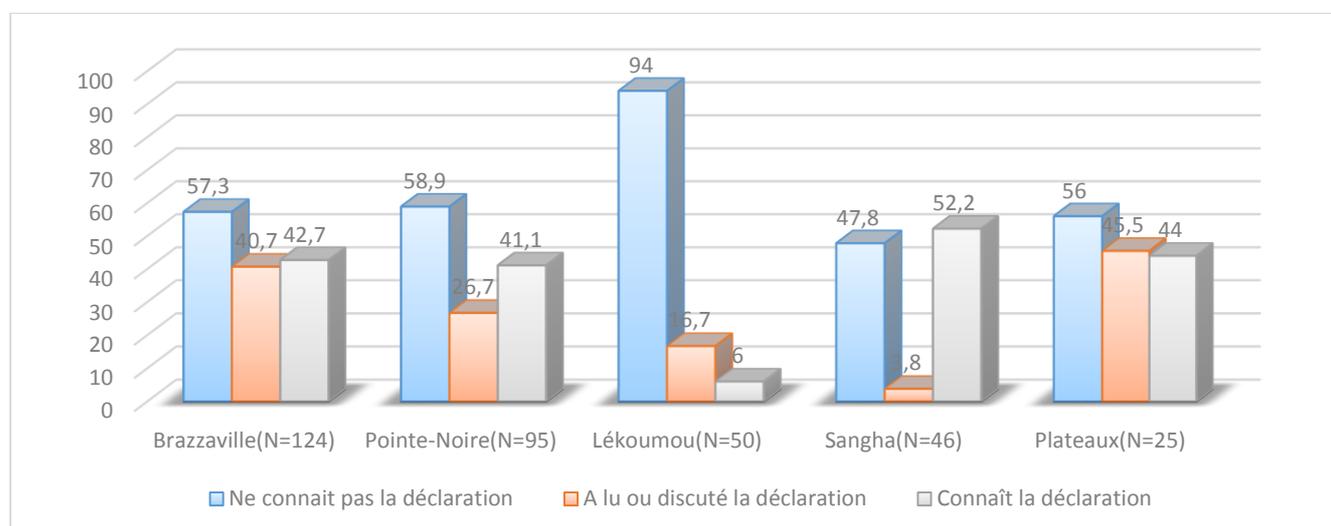
Congo

Tableau 27: Pourcentage d'enquêtées rapportant avoir eu connaissance de la Loi congolaise sur le VIH/sida en fonction du sexe

Connaissances de la loi congolaise	Sexe		
	Femmes	Hommes	Ensemble
Avoir connaissance de la Déclaration (N=345)	33,1	50,5	38,2
Avoir lu ou parlé de la Déclaration (N=117)	25,0	35,2	28,9

L'investigation a permis de noter des situations relativement différentes entre les localités d'enquête, avec 52,2 % des enquêtés ayant déclaré avoir eu connaissance de la Loi du Congo relative au VIH/sida dans la Sangha, 42,7% à Brazzaville et respectivement 44,0% et 41,1% dans les Plateaux à Pointe-Noire. Comme l'illustre le graphique 11, sur la question de lecture et/ou discussion à propos de cette Loi, les Plateaux et Brazzaville ont été les seuls à dépasser les 40%. Il faut noter que la Lékoumou présente une particularité inquiétante par rapport aux autres. Car, environ 6% seulement des enquêtés avaient connaissance de la loi du Congo relative au VIH/sida. La Sangha présente une situation paradoxale, 3,8 % seulement avaient lu ou discuté de la déclaration.

Graphique 11: Répartition (en %) des enquêtés en fonction de leur degré de connaissance de la loi sur le VIH/sida selon les localités enquêtées.



Les niveaux de connaissance avaient tendance à augmenter avec l'âge des PVIH enquêtées, avec des taux qui allaient de 20,5 % pour les personnes de moins de 30 ans à 54,0 % pour les personnes de plus de 50 ans. De même, cette tendance correspondait avec la durée connue de l'infection par le VIH : 24,1% chez les personnes vivant avec le VIH depuis moins d'un an, 29,9% de un à quatre ans, 40,7%

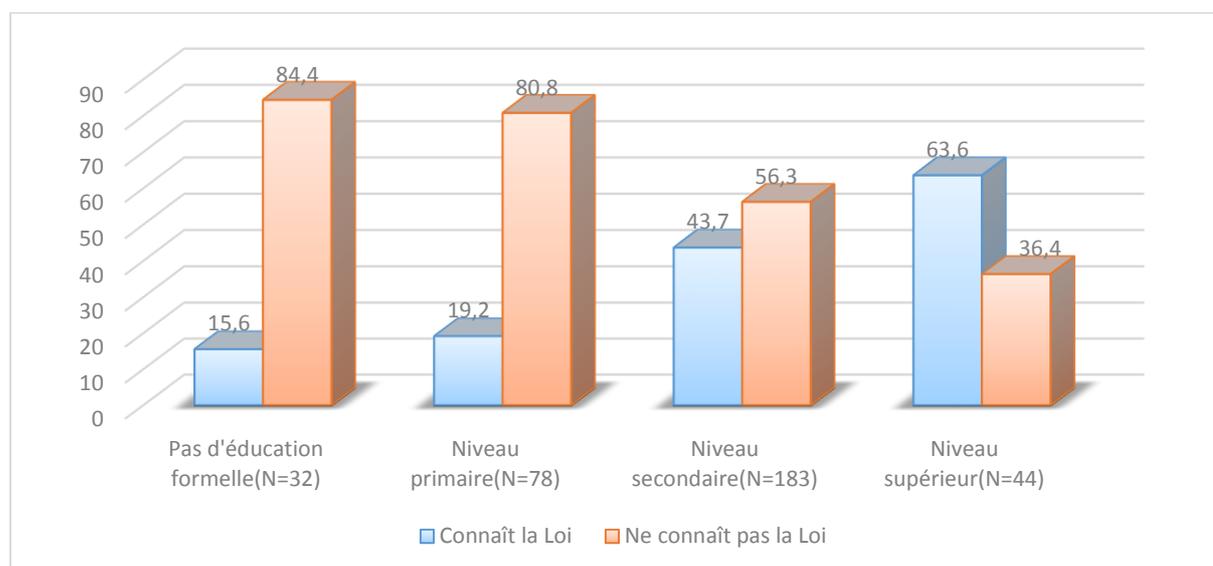
Stigma Index



de cinq à neuf ans, 50,0% de dix à quatorze ans et 58,3% chez les personnes vivant avec le VIH depuis au moins 15 ans.

Un autre facteur associé au niveau de connaissance de la Déclaration est le niveau d'éducation : plus le niveau d'éducation était élevé et plus les enquêtés avaient déjà entendu parler de la loi congolaise relative au VIH/sida (Graphique 12).

Graphique 12: Répartition (en %) des enquêtées en fonction de leur degré de connaissance de la Loi sur le VIH/sida et de leur niveau d'éducation



2.4.3. Violation des droits des personnes vivant avec le VIH

Sur les 340 PVVIH ayant répondu, 16,2% des personnes ont affirmé que leurs droits avaient été violés au cours des 12 derniers mois. Il n'y a pas de différence entre les femmes et les hommes concernant la violation des droits (17,8% contre 12,6%). On note qu'environ 35,0% ne savait pas si leurs droits avaient été violés en tant que personnes vivant avec le VIH. Ce qui dénote d'une mauvaise connaissance des PVVIH enquêtées de leurs droits en tant que personnes vivant avec le VIH. Parmi les 55 personnes ayant déclaré des violations de leurs droits en tant que personne vivant avec le VIH, seuls 10 (18,2%) ont entamé des procédures pour un recours légal.

Quelques pratiques discriminatoires violant les droits des personnes et liées au statut VIH ont été évaluées et sont présentées dans le Tableau 28, chaque PVVIH enquêtée pouvant répondre oui à plusieurs items. Globalement, 27,6% des enquêtés avaient été l'objet de pratiques discriminatoires au cours des 12 derniers mois précédents l'enquête, portant essentiellement sur l'obligation de se soumettre à une procédure médicale ou sanitaire y compris le dépistage VIH (30,8% des cas). Pas de

Congo

différence statistique notable n'était notée entre les femmes et les hommes (respectivement 30,8% contre 29,9%).

Tableau 28: Répartition des enquêtées ayant eu à se soumettre aux pratiques discriminatoires liées à leur statut VIH en fonction du sexe

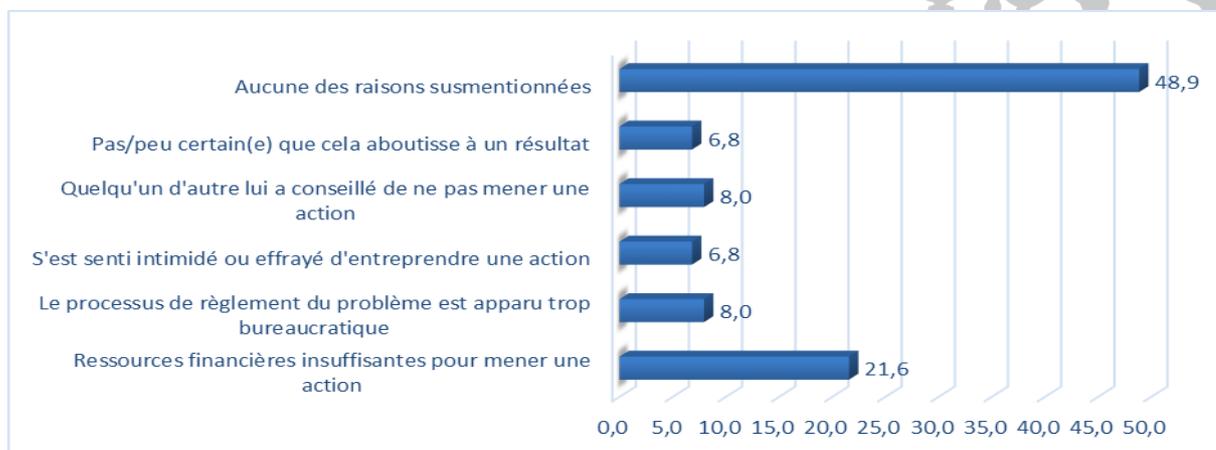
Pratiques discriminatoires violant les droits des PVVIH au cours des 12 derniers mois	Sexe		
	Masculin N=106	Féminin N=240	Total (y compris transgenre) N=347
Obligé de se soumettre à une procédure médicale ou sanitaire (y compris le dépistage VIH)	29,90%	30,80%	30,80%
Refus d'assurance maladie ou d'assurance santé en raison du statut VIH	6,50%	6,00%	6,10%
Arrestation ou jugement sur la base d'une accusation liée au statut sérologique	2,20%	4,10%	3,50%
Divulgation du statut VIH pour entrer dans un autre pays	3,20%	3,60%	3,40%
Divulgation du statut VIH pour une demande de résidence ou de nationalité	0,00%	1,50%	1,00%
Détenu, mis en quarantaine, isolé ou victime de ségrégation	1,10%	2,60%	2,10%
Aucune de ces pratiques discriminatoires	72,90%	72,10%	72,40%

Les raisons du non recours pour les droits violés en tant que PVVIH étaient essentiellement, l'insuffisance des ressources financières pour mener une action, le processus de règlement trop bureaucratique et le conseil d'une personne de ne pas mener une action (Graphique 13)

Stigma Index

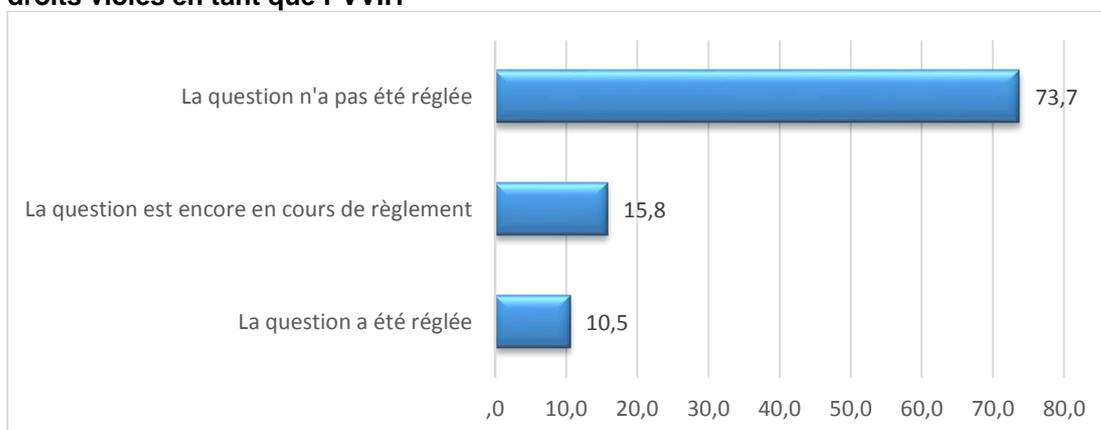


Graphique 13: Répartition(en %) des enquêtées selon les raisons de non-recours pour droits violés en tant que PVVIH.



Parmi les PVVIH qui ont exercé un recours légal pour toute violation de leurs droits, les résultats de l'étude ont montré qu'environ sept(7) PVVIH sur dix(10) avaient trouvé gain de cause. Cependant, environ un(1) PVVIH sur dix(10) seulement avait vu la question réglée.

Graphique 14: Répartition(en %) des enquêtées selon les résultats du recours pour droits violés en tant que PVVIH



Congo

Plusieurs cas ont été identifiés pour reconstituer les discours rapportés en relation avec les lois et les engagements protégeant les PVVIH. Ici, il est question des extraits issus de plusieurs histoires de vie. En voici quelques témoignages choisis :

Cas n°13 : « C..., j'ai déjà entendu parler de cette loi auprès de notre Dr à l'Eglise Evangélique du Congo ».

Cas n°14 : « P..., cette loi est bien connue par les PVVIH membres du RENAPC ».

Cas n°15 : MGB..., il soutient que ceux qui ne sont pas dans les associations ne connaissent pas cette loi ».

Cas n°16 : « P..., moi je suis dans une association, je sais que les lois existent, mais je ne connais rien de cette loi ».

2.5. Apporter un changement.

Cette section explore les réactions des PVVIH enquêtées lorsqu'elles sont confrontées à des épisodes de stigmatisation et/ou de discrimination, leurs connaissances de sources potentielles d'aide et d'assistance ainsi que leurs implications au niveau associatif et politique susceptibles d'apporter un changement contre la stigmatisation et la discrimination.

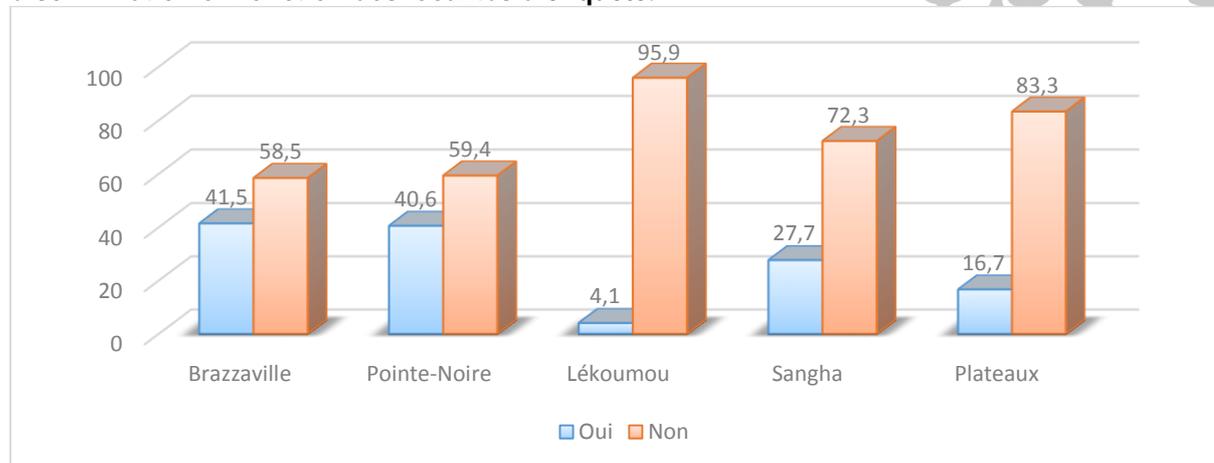
2.5.1. Réactions lors de confrontations à des épisodes de stigmatisation et de discrimination

Au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, 26,12% des PVVIH enquêtées ont déclaré avoir affronté, interpellé ou éduqué une autre personne quand elles étaient confrontées aux épisodes de stigmatisation et/ou de discrimination. Cette réaction des PVVIH face à des épisodes de stigmatisation et de discrimination peut être directe ou indirecte. La répartition selon les localités montre que les PVVIH enquêtées ont été plus nombreuses à Brazzaville, Pointe-Noire et dans Sangha avec respectivement 41,5%, 40,6% des cas, la proportion la plus faible était dans la Lékoumou (Sibiti) (Graphique 15).

Stigma Index



Graphique 15: Répartition (en %) des PVVIH enquêtées ayant affronté, interpellé ou éduqué d'autres personnes sur des sujets relatifs à la stigmatisation et/ou discrimination en fonction des localités d'enquête.



En voici quelques quatre illustrations ou faits vécus portant sur les souhaits de porter plainte contre autrui en cas de stigmatisation et discrimination associées au VIH et au sida.

Cas n°17 : « Pour A..., elle connaît cette loi et elle souhaite bien porter plainte contre 2 femmes qui travaillent au CHU. Madame X, assistante sociale au CTA lui a conseillé de laisser de peur que cela provoque des problèmes. ».

Cas n° 18 : « G..., j'avais eu des contradictions avec mon frère aîné. Il était à bout d'arguments et il m'avait injurié par rapport à mon état. J'avais évité de porter plainte afin d'éviter des problèmes dans la famille et éviter de dévoiler ma séropositivité au VIH »

Cas n°19 : « M..., je ne voulais pas avoir des problèmes avec mes parents, c'est pour cela que je n'ai pas voulu porter plainte contre ma cousine ».

Cas n°20 : « V..., auparavant je ne savais pas qu'on pouvait porter plainte. Quand un jour je l'ai su, j'ai voulu le faire, mais je n'avais pas de moyens pour payer un avocat. En plus, à l'église on nous dit de nous pardonner réciproquement et j'avais laissé ».

2.5.2. Connaissances des PVVIH enquêtées sur les sources d'aide et d'assistance en cas d'épisodes relatifs à une stigmatisation et/ou discrimination.

Près de six(6) des PVVIH enquêtées sur dix (10) (65,4%) déclarent avoir connaissance d'une organisation ou d'un groupe auprès desquels ils pourraient chercher de l'aide en cas d'épisodes relatifs à une stigmatisation et/ou discrimination. Bien que ces

Congo

taux soient sensiblement supérieurs chez les hommes plutôt que chez les femmes en zone rurale et semi-urbain. En zone urbaine, les hommes sont plus nombreux que les femmes (cf. Tableau 29).

Tableau 29: Pourcentages de PVVIH enquêtées ayant déclaré connaître une organisation/groupe pouvant apporter de l'aide en cas d'épisodes de stigmatisation et/ou discrimination en fonction du sexe et de la zone d'habitation.

Zone d'habitation	Masculin (N=142)	Féminin (N=196)	Total
Zone rurale	2,8%	3,6%	3,3%
Zone semi-urbain	21,8%	38,3%	31,4%
Zone urbaine	75,4%	58,2%	65,4%

Les organisations/groupes les plus connus par les PVVIH enquêtées ayant répondu positivement à la question précédente sont essentiellement les groupes de soutien de PVVIH (73,9%) et le Réseau de personnes vivant avec le VIH (67,9%) comme indiqué dans le Tableau 30.

Tableau 30: Répartition des types d'organisations ou groupes connus parmi les enquêtés ayant déclarés en connaître en fonction du sexe.

Type d'organisation ou groupe connu par les enquêtés	Sexe		
	Masculin (N=103)	Féminin (N=236)	Ensemble (N=339)
Groupe de soutien de PVVIH	65,8%	77,1%	73,9%
Réseau de personnes vivant avec le VIH	59,5%	71,1%	67,9%
Organisation professionnelle	8,3%	5,4%	6,2%
Cabinet d'avocat	8,3%	9,7%	9,3%
Organisation des droits humains	16,7%	12,8%	13,8%
Organisation non gouvernementale nationale	11,1%	7,4%	8,5%
Conseil ou comité national de lutte contre le SIDA	19,4%	20,0%	19,8%
Organisation non gouvernementale internationale	5,6%	3,2%	3,9%
Organisation des Nations Unies	8,3%	7,4%	7,6%
Organisation non gouvernementale locale	22,2%	15,0%	16,9%
Autres	10,3%	13,1%	12,3%

Au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, plus de la moitié des PVVIH enquêtées (66,2%) ont apporté un soutien à d'autres personnes vivant avec le VIH de façon plus fréquente dans les localités de Brazzaville, Pointe-Noire et Plateaux. La Lékoumou est la localité qui enregistre le plus faible pourcentage des enquêtés (14,6%) (cf. Tableau 31). Le soutien entre PVVIH est important notamment en raison

Stigma Index



du fait que beaucoup de personnes ne partagent leur statut sérologique qu'au sein de l'association.

Tableau 31: Pourcentage de PVVIH enquêtées ayant apporté un soutien à d'autres personnes au cours des 12 derniers mois en fonction de la zone d'enquête et du sexe.

Localités d'enquête	Masculin (N=104)	Féminin (N=236)	Ensemble (y compris transgenre) (N=341)
Brazzaville	59,5%	75,6%	70,2%
Pointe-Noire	68,4%	64,1%	64,9%
Lékoumou	20%	12,1%	14,6%
Sangha	56,3%	66,7%	63%
Plateaux	66,7%	61,5%	64%

2.5.3. Implication des PVVIH enquêtées aux niveaux associatif et politique

Environ trois(3) PVVIH enquêtées dix(10) (33,8%) avaient déclaré appartenir à une association. Il y a plus de femmes que d'hommes faisant partie d'une association (36,0% contre 28,8%). Ces résultats ne sont pas associés au genre ($p=0.338$). On note également une répartition inégale selon les zones d'enquête ; Brazzaville et Pointe-Noire regroupaient le plus d'enquêtés faisant partir d'une association (cf. Tableau 32). Bien qu'il y ait une tendance à ce que les PVVIH enquêtées n'ayant pas eu d'éducation formelle ou ayant une éducation primaire fasse plus souvent partie d'une association que les enquêtés ayant eu un niveau d'éducation au moins de niveau secondaire (28,8% contre 34,0%) cette différence n'était pas statistiquement significative ($p=0,252$).

Les populations clés impliquées dans les associations de PVVIH étaient essentiellement constituées de 34,8% pour les HSH, 25% pour les réfugiés ou demandeur d'asile, 37,5% pour les personnes déplacées.

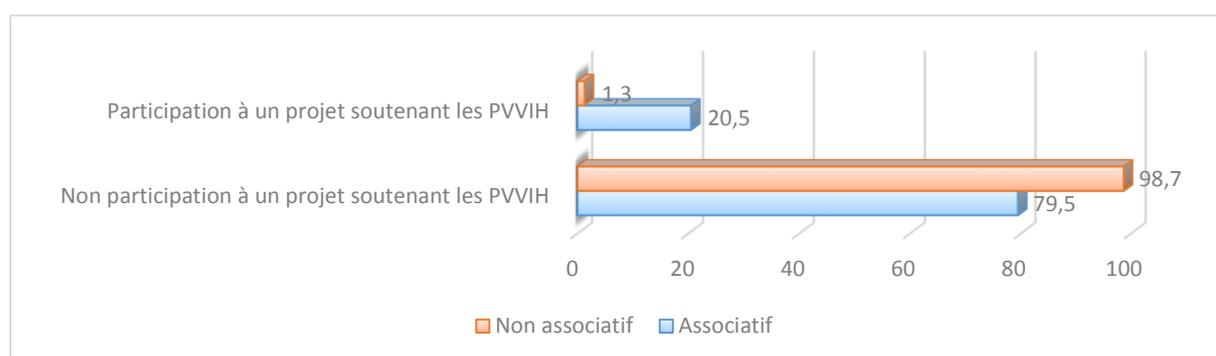
Congo

Tableau 32: Pourcentage de PVVIH enquêtées appartenant à une association en fonction du département d'enquête et du sexe.

Localités d'enquête	Sexe		
	Masculin (N=104)	Féminin (N=236)	Ensemble (N=341)
Brazzaville	38,1%	51,9%	47,2%
Pointe-Noire	31,6%	43%	40,9%
Lékoumou	6,7%	3%	4,2%
Sangha	18,8%	23,3%	21,7%
Plateaux	33,3%	7,7%	20%
Total	28,8%	36%	33,8%

Durant les 12 derniers mois précédents l'enquête, 11,4% des PVVIH enquêtées avaient participé en tant que bénévoles ou employés à un programme (gouvernemental ou non gouvernemental), fournissant une assistance aux PVVIH. Ces taux étaient comparables chez les femmes et les hommes (12,7% contre 8,7% ; $p=0,528$). L'analyse du graphique 16 montre que les personnes ayant déclaré faire partie d'une association sont plus nombreuses que leurs homologues qui n'appartiennent à aucune association.

Graphique 16: Répartition(en %) de enquêtés ayant participé à un programme d'assistance à des PVVIH en fonction de leur statut associatif.



Durant les 12 derniers mois précédents l'enquête, 3,5% des PVVIH enquêtées avaient participé à une action d'élaboration d'une législation, de politiques ou de directives liées au VIH. Ces taux n'étaient pas statistiquement significatifs selon le genre ; 3,8% des cas chez les hommes et 3,4% des cas chez les femmes. Dans la même perspective, environ 37,2% des PVVIH enquêtées avaient le sentiment de pouvoir influencer les décisions politiques et aspects légaux détaillés dans le Tableau 33 suivant.

Stigma Index



Tableau 33: Domaines dans lesquels les enquêtés ont le sentiment de pouvoir influencer une décision concernant les PVVIH.

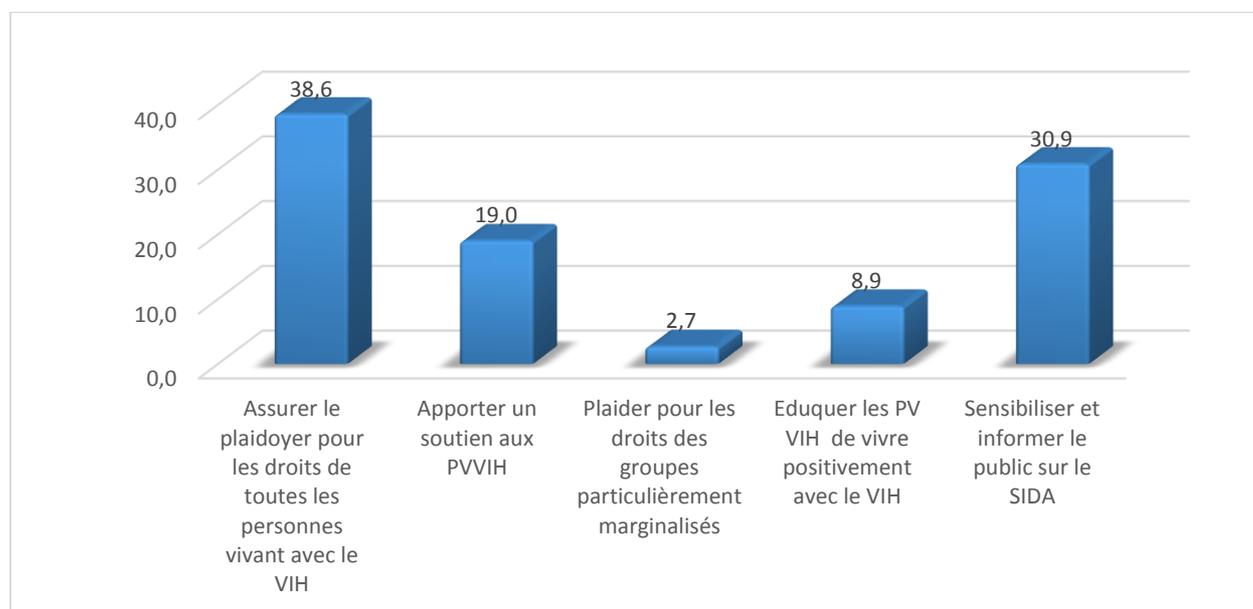
Domaines ou les enquêtés ont le sentiment de pouvoir influencer une décision affectant les PVVIH	Réponses positives (% et nombre)
Les questions de droits/juridiques affectant les PVVIH	26,5 (92)
Les politiques du gouvernement local affectant les personnes vivant avec le VIH	13 (45)
Les projets locaux destinés aux personnes vivant avec le VIH	13,3 (46)
Les politiques du gouvernement national affectant les personnes vivant avec le VIH	10,4 (36)
Les programmes/projets nationaux destinés aux personnes vivant avec le VIH	11,2 (39)
Les accords/traités internationaux	4,6 (16)
Aucun de ces domaines	62,8 (218)

Le Graphique 17 illustre les réponses des PVVIH enquêtées à une question sur les domaines les plus importants sur lesquels devraient travailler les associations de PVVIH afin de lutter contre la stigmatisation et la discrimination. Une seule réponse était admise et les PVVIH enquêtées avaient le choix entre cinq items.

Selon les PVVIH enquêtées, le plaidoyer pour les droits de toutes les PVVIH (38,6%), la sensibilisation et l'information du public sur le Sida (30,9%) et le soutien aux PVVIH (19,0%) sont perçus comme les 3 principaux axes sur lesquels les associations de PVVIH devraient s'impliquer afin de lutter contre la stigmatisation et la discrimination.

Congo

Graphique 17: Principaux domaines dans lesquels les associations de PVVIH devraient s'impliquer pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination.



2.6. Expériences concernant le dépistage, la divulgation de son statut, le traitement et le fait d'avoir des enfants.

2.6.1. Dépistage et diagnostic du VIH.

La volonté personnelle d'avoir fait le dépistage du VIH a été déclarée par 53,2% des PVVIH enquêtées (avec 59% chez les hommes et 50,7% chez les femmes), plus de la moitié des PVVIH ont été concernées quel que soit les grands groupes d'âge. Pointe-Noire est la zone qui a enregistré moins de la moitié des PVVIH par rapport à d'autres localités enquêtées. La décision prise sous pression d'autres personnes a concerné 15,8 % des PVVIH enquêtées (avec 18% chez les hommes et 14,8% chez femmes), elle a plus touché les moins de 30 ans avec une proportion plus importante à Pointe-Noire (18,1%) par rapport à d'autres zones ou localités concernées par l'enquête. Aussi, le test a été forcé pour 19,5% des cas (avec 22,3% chez les femmes et 13% chez les hommes). En fin, le test VIH a été fait à l'insu de la personne pour 11,6%(avec 12,2% chez les femmes et 10% chez les hommes), on n'a pas noté de différence significative selon les grands groupes d'âges. Pointe-Noire est la zone la plus concernée par cette situation (cf. Tableau 34).

Stigma Index



Tableau 34: Répartition des enquêtés par décision de faire la décision de faire le test de dépistage du VIH selon le sexe, l'âge et la localité.

		Oui, j'ai pris moi-même la décision de faire le test (c'est-à-dire que c'était volontaire)		J'ai pris la décision de faire le test, mais c'était sous la pression d'autres personnes		J'ai été forcé(e) à faire un test de VIH (contrainte)		J'ai fait le test sans le savoir ' Je ne l'ai su que quand le test a été fait	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Sexe	Masculin	59	59	18	18	13	13	10	10
	Féminin	116	50,7	34	14,8	51	22,3	28	12,2
groupe d'âges	1 <=29 ans	38	51,4	18	24,3	9	12,2	9	12,2
	30-49 ans	98	51	27	14,1	44	22,9	23	12
	50 ans ou+	39	61,9	7	11,1	11	17,5	6	9,5
localités	Brazzaville	69	56,6	19	15,6	19	15	15	12,3
	Pointe-Noire	38	40,4	17	18,1	24	25,5	15	16
	Autres localités	68	60,2	16	14,2	21	18,6	8	7,1
Ensemble		175	53,2	52	15,8	64	19,5	38	11,6

Le récit de vie de **MGB** confirme qu'à diverses occasions le dépistage du VIH se fait sous pression parentale et sociétale.

Cas n°21: « **MGB...**, j'ai souffert de plusieurs pathologies : la pneumopathie et les hémorroïdes. Quelques mois plus tard, j'avais également développé une gale et cette dernière a touché les autres parties essentielles de mon corps : la tête et les pieds. Je pensais que c'était le « **Mwanza** » ou dermatologie. Finalement, la pression familiale était trop forte, on m'a amené chez un dermatologue et ce dernier m'avait demandé de faire le test du VIH. Au début, j'avais refusé les résultats, mais j'ai fini par accepter de le faire. C'est effectivement à cette occasion que j'ai su que j'étais infecté. Et cela remonte à 2006 ».

Le conseil total (pré et post-test) lors du test du VIH a été fourni aussi à 53,3% des PVVIH enquêtées (avec 66% des cas parmi les hommes et 47,8% chez les femmes), les personnes de plus de 30 ans ont été plus nombreux à bénéficier de cette situation avec une prédominance de Pointe-Noire par rapport à d'autres localités enquêtées. Les PVVIH enquêtées qui n'avaient reçu que le conseil pré-test du VIH représentaient 15,9%(avec 15% et 16,2% respectivement parmi les hommes et les femmes) avec une prédominance de moins de 30 ans et de plus de 50ans et, une

Congo

légère prédominance de Pointe- Noire par rapport à d'autres zones ou localités. Ceux qui n'avaient reçu que le conseil post-test du VIH étaient 19,5%(avec 21,5% et 15% respectivement parmi les femmes et les hommes) avec une prédominance pour les moins de 30ans et la zone de Brazzaville par rapport à d'autres zones d'enquête. Environ près d'une(1) PVVIH enquêtée sur onze (11) (11,3%) n'a pas bénéficié de conseil au moment du test de VIH (avec 14,5% des cas parmi les femmes et 4% chez les hommes), on note une dominance pour les PVVIH de moins de 30 ans et de la ville de Pointe-Noire (cf. Tableau 35).

Tableau 35: Répartition des enquêtés qui ont bénéficié d'un conseil là où ils ont fait le test de VIH selon le sexe, l'âge et la localité.

		J'ai bénéficié d'un conseil pré et post-test du VIH		Je n'ai bénéficié que d'un conseil pré-test du VIH		Je n'ai bénéficié que d'un conseil post-test du VIH		Je n'ai bénéficié d'aucun conseil quand j'ai fait le test du VIH	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Sexe	Masculin	66	66,	15	15,0	15	15,0	4	4,0
	Féminin	109	47,8	37	16,2	49	21,5	33	14,5
groupe d'âges	<=29 ans	26	36,1	15	20,8	18	25,0	13	18,1
	30-49 ans	110	56,4	24	12,3	39	20,0	22	11,3
	50 ans ou+	39	62,9	13	21,0	7	11,30	3	4,8
localités	Brazzaville	73	61,3	17	14,3	22	18,5	7	5,9
	Pointe-Noire	51	54,8	16	17,2	5	5,4	21	22,6
	Autres localités	51	43,6	19	16,2	37	31,6	10	8,5
Ensemble		175	53,3	52	15,9	64	19,5	37	11,3

2.6.2. Motifs du dépistage du VIH

Les principales raisons de réalisation du test de dépistage du VIH évoquées par les PVVIH enquêtées (Tableau 36) étaient principalement ; la maladie ou le décès du partenaire ou d'un membre dans 31,3% des cas (dont 32,7% parmi les femmes et 28,4% chez les hommes), la référence pour cause de symptômes suspectés liés au VIH dans 27,7% des cas (dont 28,2 pour les femmes et 26 ,5% chez les hommes) et la curiosité dans 18,2% des cas (avec 22,1% parmi les hommes et 16,2% chez les femmes).

Stigma Index



Tableau 36: Répartition(en %) des raisons de dépistage du VIH en fonction du sexe des enquêtés.

	Ensemble de la population observée				Masculin				Féminin			
	Oui		Non		Oui		Non		Oui		Non	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Emploi	9	3,1	284	96,9	5	5,2	91	94,8	4	2,0	193	98,0
Grossesse	52	17,2	250	82,8	11	11,6	84	88,4	41	19,8	166	80,2
En préparation au mariage/à une relation sexuelle	10	3,4	282	96,6	3	3,1	93	96,9	7	3,6	189	96,4
Référence par un centre de santé pour des infections sexuellement transmissibles	34	11,3	267	88,7	9	9,1	90	90,9	25	12,4	177	87,6
Référence pour cause de symptômes suspectés être liés au VIH (exemple, la tuberculose)	83	27,7	217	72,3	26	26,5	72	73,5	57	28,2	145	71,8
Mari/femme/partenaire/membre de la famille dépisté(e) positif/positive	19	6,6	271	93,4	7	7,4	88	92,6	12	6,2	183	93,8
Maladie ou décès du mari/de la femme/du partenaire/d'un membre de la famille	94	31,3	206	68,7	27	28,4	68	71,6	67	32,7	138	67,3
Je voulais juste savoir	53	18,2	239	81,8	21	22,1	74	77,9	32	16,2	165	83,8

2.6.3. Divulgence du statut sérologique et confidentialité

En fonction de la divulgation totale, les PVVIH enquêtées ont affirmé principalement que le statut sérologique a été annoncé en premier lieu aux autres membres adultes de la famille dans 65,7% des cas, suivis des agents de soins de santé et des autres personnes vivant avec le VIH (62,8% et 61,3% des cas respectivement), puis des assistants sociaux/conseillers et du mari/femme/partenaire (avec respectivement 59,4% et 46,7% des cas). Au niveau des différents canaux de divulgation, c'est l'annonce personnelle (« je leur ai dit ») qui vient en tête avec 41,5% de cas aux autres personnes vivant avec le VIH, suivie des agents de soins de santé, du

Congo

mari/femme/partenaire et des Assistants sociaux/conseillers (avec respectivement 33,4%, 33,1% et 32,6% des cas). L'annonce du statut sérologique par «quelqu'un d'autre leur a dit, sans mon accord » a concerné principalement 30,8% des cas en direction des autres membres adultes de la famille et 24,8% de cas envers les amis/voisins (Cf. Tableau 37).

Tableau 37: Divulgateion du statut sérologique des enquêtés au niveau familial et social.

	Je leur ai dit		Quelqu'un d'autre leur a dit, avec mon accord		Quelqu'un d'autre leur a dit, sans mon accord		% divulgation
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Comment le statut sérologique a été appris par							
Votre partenaire	115	33,1%	19	5,5%	28	8,1%	46,7%
Les autres membres adultes de la famille	79	22,8%	42	12,1%	107	30,8%	65,7%
Les enfants de votre famille	32	9,2%	12	3,5%	64	18,4%	31,1%
Vos amis/voisins	16	4,6%	14	4,0%	86	24,8%	33,4%
Les autres personnes vivant avec le VIH	144	41,5%	13	3,7%	56	16,1%	61,3%
Les Personnes avec qui vous travaillez (vos collègues)	7	2,0%	11	3,2%	19	5,5%	10,7%
Votre/Vos employeur(s)/patron(s)	11	3,2%	7	2,0%	9	2,6%	7,8%
Vos clients	4	1,2%	4	1,2%	6	1,7%	4,1%
Les personnes avec lesquelles vous consommez des drogues injectables	3	0,9%	2	0,6%	5	1,4%	2,9%
Les leaders religieux	37	10,7%	7	2,0%	15	4,3%	17,0%
Les leaders communautaires	31	8,9%	11	3,2%	15	4,3%	16,4%
Les agents de santé	116	33,4%	33	9,5%	69	19,9%	62,8%
Les Assistants sociaux/conseillers	113	32,6%	40	11,5%	53	15,3%	59,4%
Les enseignants	7	2,0%	5	1,4%	5	1,4%	4,8%
Les autorités publiques	3	0,9%	5	1,4%	3	0,9%	3,2%
Les medias	6	1,7%	2	0,6%	2	0,6%	2,9%



2.6.4. Pression d'autres personnes pour la divulgation du statut sérologique

De manière générale, près d'une personne enquêtée sur dix (9,5%) a ressenti une pression d'autres personnes vivant avec le VIH ou des groupes/réseaux de personnes vivant avec le VIH pour la divulgation du statut sérologique. Cependant, c'était près d'une(1) femme enquêtée sur quatre(4) (23,9%) et d'un(1) homme enquêté sur cinq (5) (21%) qui a ressenti une pression d'autres personnes ne vivant pas avec le VIH (exemple, des membres de la famille, des assistants sociaux, des employés d'organisations non gouvernementales) pour la divulgation du statut sérologique (Cf. Tableau 38)

Tableau 38: Pression d'autres pour la divulgation du statut sérologique des enquêtés par sexe.

Sexe	Pression d'autres personnes vivant avec le VIH ou des groupes/réseaux de personnes vivant avec le VIH				Pression d'autres personnes ne vivant pas avec le VIH (exemple, des membres de la famille, des assistants sociaux, des employés d'organisations non gouvernementales)			
	Au moins une fois		Jamais		Au moins une fois		Jamais	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Masculin	10	9,9	91	90,10%	21	21	79	79,00%
Féminin	22	9,3	214	90,70%	56	23,9	178	76,10%
Ensemble	32	9,5	306	90,50%	77	23	258	77,00%

Ce cas justifie l'existence des pratiques liées à la divulgation du statut sérologique dans les différents contextes de vie (familial social, sanitaire, etc.).

Cas n°22 : « A..., il s'agit d'un monsieur qui travaille dans les structures des PVVIH et il n'est pas infecté comme l'enquêteur. Sa femme, lors de son accouchement, s'est retrouvée devant une sage-femme qui travaille au CHU. Après la césarienne, cette dernière était gardée par sa belle-mère, et cette sage-femme est allée voir sa belle femme croyant qu'elle était la maman de celle qui a accouché. Elle lui a dit que, ta fille doit tout faire de refuser son mari parce qu'il a le sida. Constamment, je le vois souvent avec la Coordinatrice des PVVIH, celle qui passe à la télé ».

Congo

2.6.5. Confidentialité du personnel de santé

Il apparaît que dans 18,6 % des cas, les PVVIH enquêtées ont déclaré la divulgation de leur statut sérologique par un(e) professionnel(le) des soins de santé (par exemple, un médecin, un(e) infirmier/infirmière, un conseiller, un technicien de laboratoire) à d'autres personnes, sans l'accord préalable de personne concernée (avec 16% de cas chez les hommes et dans 19,7% de cas chez les femmes). Cependant, près de six(6) PVVIH interrogées sur dix(10), soit 66,1% ont l'assurance de la confidentialité totale du dossier médical avec environ sept(7) hommes sur (10) soit, 73,4% et près de 6 femmes sur 10 soit, 63,1%. Les PVVIH interrogées ont déclaré que le dossier médical n'est pas du tout tenu confidentiel dans 9,4% des cas avec environ un (1) homme sur huit (8), soit 8,5% et une (1) femmes sur neuf(9), soit 9,4%.

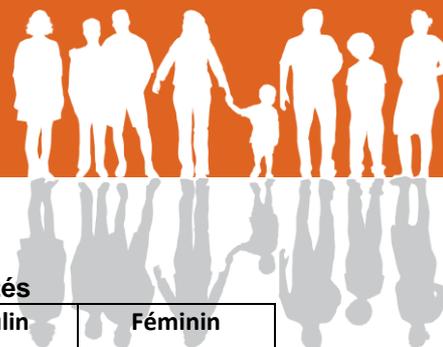


Tableau 39: Confidentialité médicale du statut sérologique des enquêtés

Libellés	Modalité des réponses	Ensemble de la population observée		Masculin		Féminin	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Un(e) professionnel(le) des soins de santé (par exemple, un médecin, un(e) infirmier/infirmière, un conseiller, un technicien de laboratoire) a-t-il/elle déjà parlé de votre statut sérologique à d'autres personnes, sans votre accord ?	Oui	62	18,6	16	16,0	46	19,7
	Non	208	62,3	71	71,0	137	58,8
	Ne sait pas	64	19,2	13	13,0	50	21,5
	Total	334	100,0	100	100,0	233	100,0
Selon vous, à quel point le dossier médical lié à votre statut sérologique est-il confidentiel ?	Je suis sûr que mon dossier médical est tenu totalement confidentiel	197	66,1	69	73,4	128	63,1
	Je ne sais pas si mon dossier médical est confidentiel	73	24,5	17	18,1	56	27,6
	Il me semble clair que mon dossier médical n'est pas tenu confidentiel	28	9,4	8	8,5	19	9,4
	Total	298	100,0	94	100,0	203	100,0

Congo

Les trois cas rapportés illustrent bien les situations auxquelles les PVVIH font face en matière de confidentialité médicale sur le lieu de travail et la communauté.

Cas n°22 : « F ..., elle raconte qu'une femme avait divulgué son état sérologique. Elle voulait bien lui porter plainte, mais les gens m'ont conseillé de ne pas le faire ».

Cas n°23 : « Ma. F..., nous sommes victimes de la divulgation de notre état de santé. Pour moi par exemple, j'avais mal passé une nuit et le lendemain, j'ai décidé d'aller faire l'échographie au CHU. J'ai trouvé à la réception une femme de mon village. Cette dame travaille au CHU, je l'ai surprise en train de faire des signes en m'indexant pour dire à ses collègues que j'ai le sida. Et, elle a continué en disant ceci : comme elle a le sida, c'est sûr que ce n'est pas un mal de ventre mais plutôt leur maladie. Brusquement, on m'a abandonné pendant au moins 2 heures, j'ai eu l'idée d'appeler au téléphone mon cousin qui travaille au laboratoire. Ce dernier m'a emmené chez le docteur. Malgré cela, cette femme qui travaille au triage est venue chez le médecin lui dire que j'ai le sida, heureusement le médecin a répondu peu importe.

Je suis médecin, je dois la consulter et cela s'est passé devant mon neveu qui ne connaissait pas mon statut. Mais ce dernier est maintenant au courant par le comportement des agents du CHU. Hormis l'hôpital, cette même femme me poursuit et divulgue mon statut à la cité. Elle me met mal à l'aise. Elle alerte toujours tous ceux qui sont à mes côtés ».

Cas n°24 : « N.N..., j'avais beaucoup souffert. J'avais des boutons sur tout le corps et je suspectais déjà le fait d'avoir le sida et j'ai demandé qu'on me fasse le dépistage du VIH. Avant qu'on ne me tienne au courant de mon état, le médecin qui me traitait avait divulgué mon statut auprès de ma sœur qui n'a pas pu garder le secret à son tour. Voilà comment toute ma famille était au courant. Le médecin est arrivé au point de me dire (parce que je lui avais dit que je ne pouvais pas prendre les comprimés à cause du mal d'estomac). Toujours au CHU, une infirmière attendait mes visiteurs dans un coin pour leur dire de faire attention parce que j'avais le sida ».

Stigma Index



2.6.6. Opinions sur la divulgation de votre statut sérologique

Les résultats de l'étude ont montré qu'environ 31,3% des PVVIH enquêtées ont trouvé que la divulgation de leur statut sérologique était une expérience stimulante avec une différence statistique non significative entre les hommes (21%) et femmes (31,5%).

Tableau 40: Expérience de la divulgation du statut sérologique des enquêtés

Libellés	Modalités de réponses	Ensemble de la population		Masculin		Féminin	
		effectif	%	Effectif	%	effectif	%
Avez-vous trouvé que la divulgation de votre statut sérologique était une expérience stimulante ?	Oui	63	31,3	22	31,0	41	31,5
	Non	138	68,7	49	69,0	89	68,5
Total		201	100,0	71	100,0	130	100,0

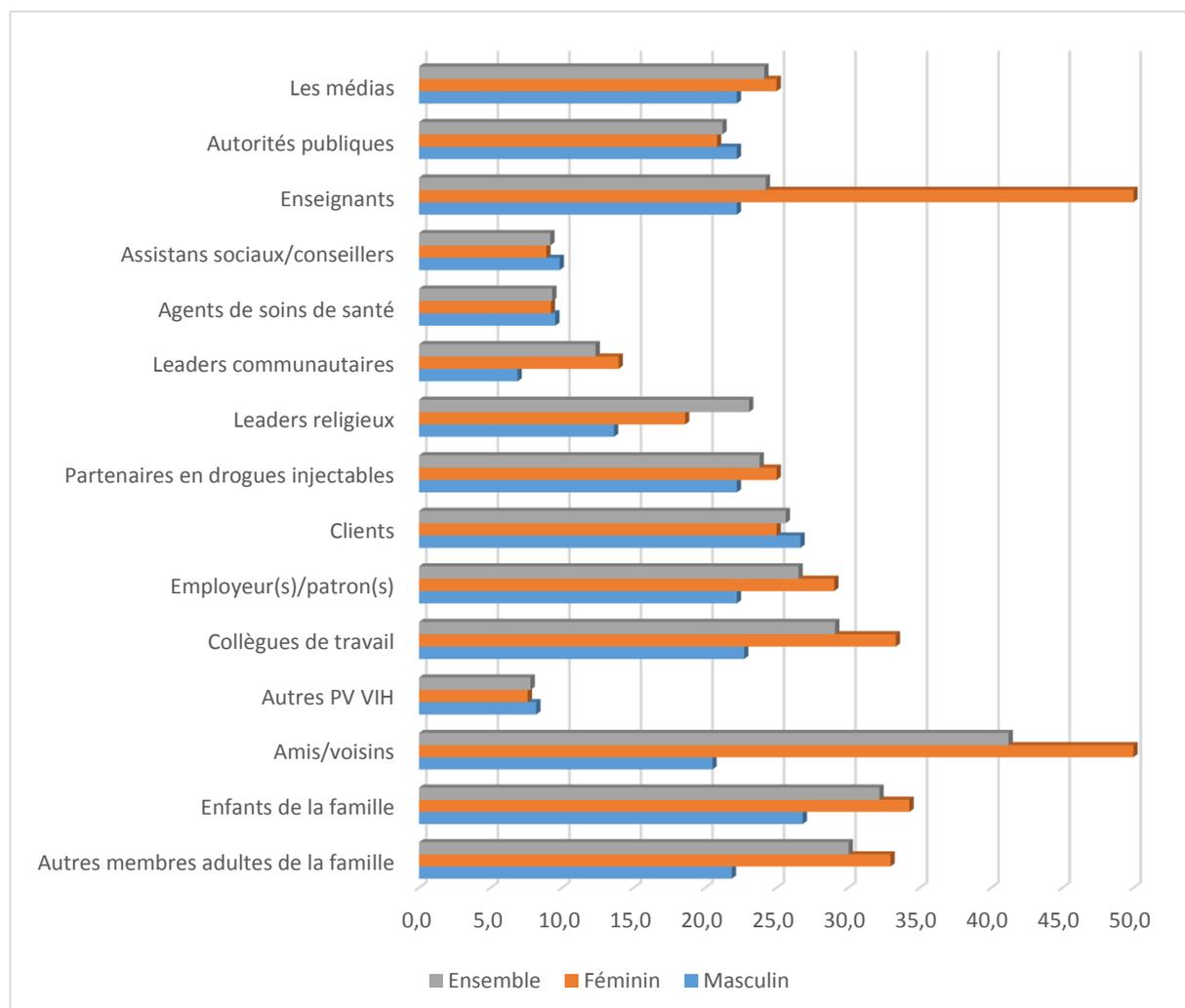
2.6.7. Les réactions des personnes lorsqu'elles ont appris le statut sérologique des enquêtés pour la première fois.

Le Graphique 18 présente les réactions discriminatoires ou très discriminatoires de l'entourage après la divulgation du statut VIH. Les réactions discriminatoires ont été plus observées auprès des amis /voisins (41,2%), enfants de la famille (32,2%), autres membres adultes de la famille (30,0%).Elles ont été moins observées pour les autres PVVIH (7,8%), les assistants sociaux conseillers (9,2%), les agents de soin de santé (9,3%).

Bien que les différences ne soient pas statistiquement significatives, les femmes se sont senties plus discriminées que les hommes sauf pour les clients (25,0% contre 26,7%), les agents de soins de santé (9,2% contre 9,5%), les assistants sociaux/conseillers (8,9% contre 9,8%) et les autorités publiques (21,0% contre 22,0%).

Congo

Graphique 18: Pourcentages d'enquêtés ayant rapporté des attitudes discriminatoires ou très discriminatoires après la divulgation de leur statut sérologique en fonction des différents groupes ou personnes de leur entourage et du sexe.

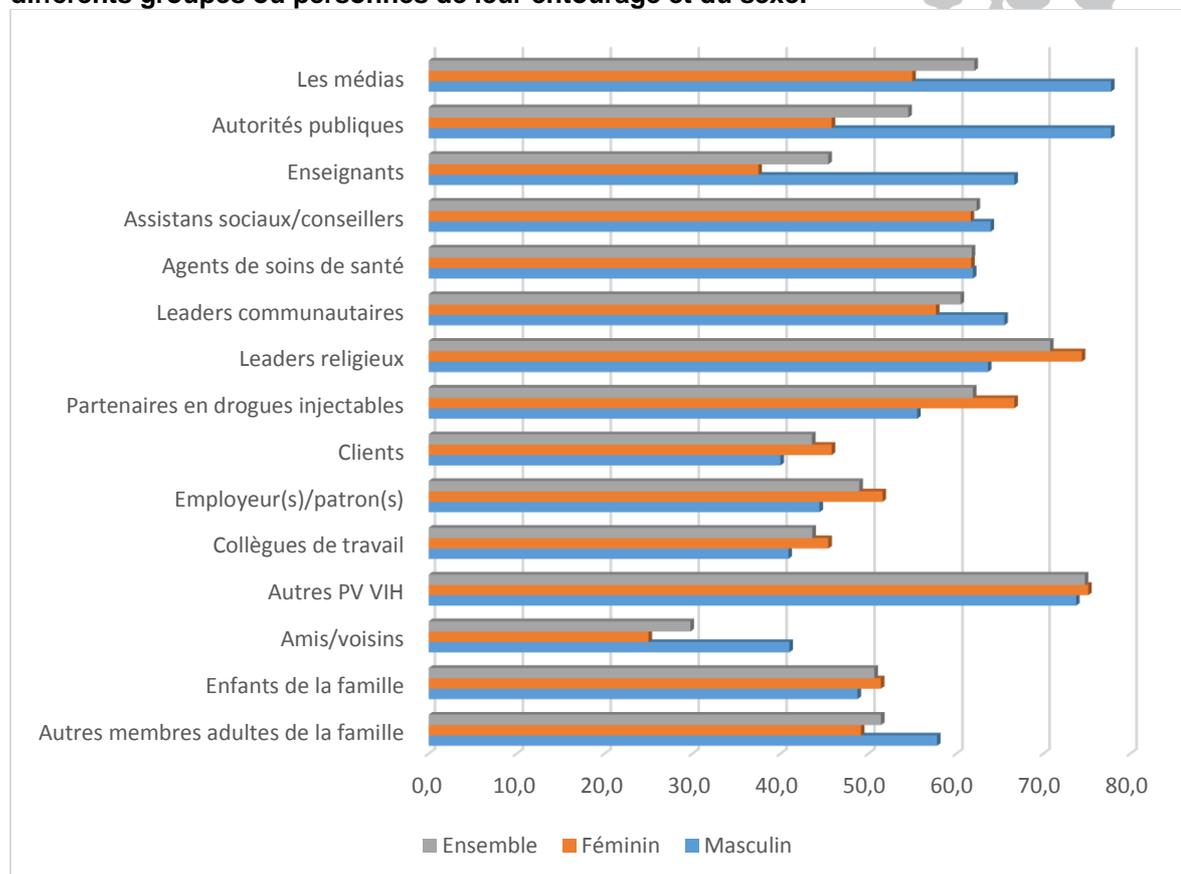


La sympathie par contre envers les hommes et les femmes provenait surtout des autres PVVIH (74,8%) avec respectivement 73,8% et 75,2% des cas, des leaders religieux (70,8%) avec respectivement 63,6% et 74,4% des cas. On a aussi noté les réactions de sympathie d'environ 60% des cas chez les assistants sociaux/conseillers, les agents de soins de santé, les leaders communautaires, les partenaires en drogues injectables et l'action des medias. (Graphique 19).

Stigma Index



Graphique 19: Pourcentages d'enquêtés ayant rapporté des attitudes sympathiques ou très sympathiques après la divulgation de leur statut sérologique en fonction des différents groupes ou personnes de leur entourage et du sexe.



2.6.8. Etat général de santé

L'état général de santé est jugé satisfaisant dans l'ensemble des PVVIH enquêtées, sauf pour près d'une(1) PVVIH sur quatre(4) (24,9%) (dont 26,9% chez les hommes et 23,6% chez les femmes). Près de neuf(9) PVVIH enquêtées sur dix(10) (91,4%) étaient sous traitement antirétroviral avec une différence non significative entre les femmes et les hommes (respectivement 91,9% et 90,2% des cas) (Cf. Tableau 41). Les résultats de l'étude ont permis aussi de souligner qu'environ 75,6% et 72,4% respectivement des PVVIH sous ARV et des PVVIH qui ne sont pas sous ARV se sentent en bonne santé.

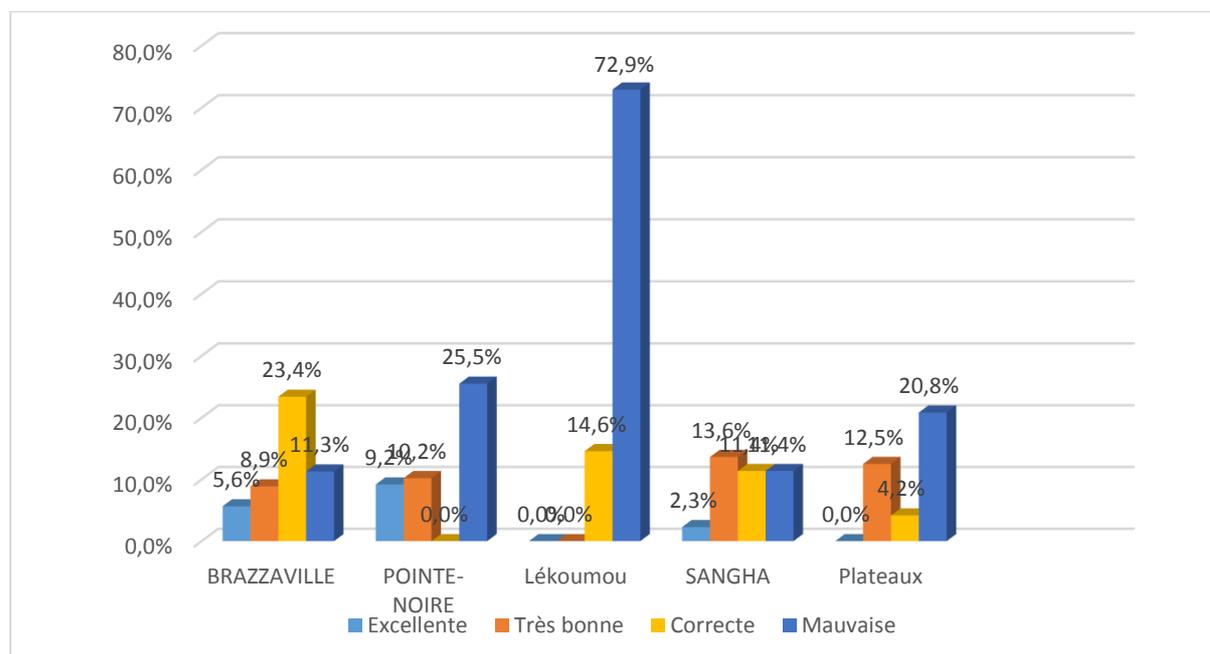
Congo

Tableau 41: Perception de l'état de santé par les PVVIH enquêtées en fonction du sexe.

Sexe		Perception de l'état de santé				
		Excellente	Très bonne	Bonne	Correcte	Mauvaise
Masculin	Effectif	2	7	54	13	28
	%	1,90%	6,70%	51,90%	12,50%	26,90%
Féminin	Effectif	15	23	94	46	55
	%	6,40%	9,90%	40,30%	19,70%	23,60%
Ensemble	Effectif	17	30	148	59	84
	%	5,00%	8,90%	43,80%	17,50%	24,90%

Le Graphique 20 nous permet de noter des disparités entre les zones d'enquête, avec un meilleur état de santé perçu à Brazzaville et dans la Sangha que dans d'autres (P=0,000). La Lékoumou est la zone où les enquêtés avaient estimé que leur état de santé était mauvais (dans 72,9% des cas).

Graphique 20: Perception de leur état de santé par les PVVIH enquêtées en fonction de la zone d'enquête.



2.6.9. Traitement ARV

L'analyse des résultats du Tableau 42 montre que, dans 76,6% des cas, les PVVIH enquêtées étaient sous traitement préventif ou curatif des infections opportunistes, dont 74,7% pour les femmes et 80,6% chez les hommes. Le traitement antirétroviral

Stigma Index



a été déclaré accessible par huit (8) PVVIH sur dix (10) (82,6%), tandis que les médicaments des infections opportunistes ont été accessibles que pour sept (7) personnes sur (10) (73,7%).

Tableau 42: Répartition d'enquêtés prenant un traitement ARV et perceptions des enquêtés sur l'accessibilité du traitement ARV en fonction du sexe.

Libellés	Modalités de réponses	Ensemble de la population observée		Masculin		Féminin	
		effectif	%	effectif	%	effectif	%
Actuellement sous traitement anti-rétroviral	Oui	308	91,4	92	90,2	215	91,9
	Non	29	8,6	10	9,8	19	8,1
	Total	337	100,0	102	100,0	234	100,0
Accès à un traitement anti-rétroviral, sans être sous traitement en ce moment	Oui	276	82,6	88	86,3	187	81,0
	Non	55	16,5	13	12,7	42	18,2
	Ne sait pas	3	0,9	1	1,0	2	0,9
	Total	334	100,0	102	100,0	231	100,0
Prise actuellement des médicaments pour prévenir ou traiter des infections opportunistes	Oui	258	76,6	83	80,6	174	74,0
	Non	79	23,4	20	19,4	59	25,3
	total	337	100,0	103	100,0	233	100,0
Accès aux médicaments pour les infections opportunistes sans prendre à l'heure actuelle	Oui	247	73,7	76	74,5	170	73,3
	Non	74	22,1	23	22,5	51	22,0
	Ne sait pas	14	4,2	3	2,9	11	4,7
	Total	335	100,0	102	100,0	232	100,0

Les deux cas ou témoignages retenus mettent en exergue les situations auxquelles font face les PVVIH mises sous traitement ARV et les perceptions construites sur l'accessibilité du traitement ARV

Cas n°25 : « *MGB...*, déclare-t-elle à ce sujet ce qui suit : ceux qui sont chargés de donner des produits au CTA ont une mauvaise façon de faire. Les médecins prescrivent un traitement de 3 mois et donnent aux malades un mois seulement. En plus leur lenteur fatigue beaucoup d'entre nous. Ils peuvent te faire attendre pendant 4 heures avant de te donner le médicament. Maintenant, il y a rupture de ma molécule, on m'a donné une autre molécule. J'avais au préalable fait le bilan et ceci après un an, parce que ce n'est pas facile de le faire. On me donne ni les bactrimés et ni les vitamines cela fait 2 ans. Parfois les médecins font le favoritisme et reçoivent plus rapidement leurs connaissances. En plus chaque lundi, ils ont réunion et abandonnent les malades ».

Cas n°26 : « *Papa F...*, concernant le traitement, souvent il y a des ruptures des réactifs. Pour le reste, tout va bien ».

Congo

2.6.10. Discussion avec les professionnels (les) de santé

Au cours des 12 derniers mois précédents l'enquête, 46,7% des PVVIH enquêtées ont relaté avoir eu une discussion constructive avec un/des professionnel(le)s de santé concernant leurs options thérapeutiques liées au VIH, dont 45,9% chez les femmes et 48,1% parmi les hommes. Dans le même contexte, 30,1% de personnes ont eu une discussion constructive avec un/des professionnel(le)s des soins de santé sur d'autres sujets (tels que la santé sexuelle et reproductive, les relations sexuelles, le bien-être moral, la consommation de drogues), dont 38,1% des cas parmi les hommes et 26,7% des cas chez les femmes (Tableau 43).

Tableau 43: Répartition d'enquêtés ayant eu une discussion avec un personnel de santé au cours des 12 derniers mois en fonction du sexe.

Libellés	Réponses	Ensemble de la population observée		Masculin		Féminin	
		effectif	%	effectif	%	effectif	%
A eu une discussion constructive avec un/des professionnel(le)s des soins de santé sur le sujet des options de traitement lié au VIH	Oui	157	46,7	50	48,1	106	45,9
	Non	179	53,3	54	51,9	125	54,1
	Total	336	100,0	104	100,0	231	100,0
A eu une discussion constructive avec un/des professionnel(le)s des soins de santé sur d'autres sujets tels que la santé sexuelle et reproductive, les relations sexuelles, le bien-être moral, la consommation de drogues, ...	Oui	104	30,1	40	38,1	64	26,7
	Non	240	69,4	65	61,9	174	72,5
	9	2	0,6			2	0,8
Total		346	100,0	105	100,0	240	100,0



2.7. Avoir des enfants.

2.7.1. Avoir un enfant lorsque l'on est une personne vivant avec le VIH

Environ huit(8) personnes sur dix (10) (84,4%) ont déclaré avoir des enfants, cette déclaration n'est pas statistiquement significatif selon le genre. Parmi les PVVIH enquêtées, 20,0% ont au moins un enfant séropositif, il n'y a pas eu de différences statistiquement significatives selon le genre, l'âge, l'éducation, la durée de connaissance de la séropositivité (Tableau 44).

Tableau 44: Répartition (en %) des enquêtés relatant avoir des enfants en fonction de diverses caractéristiques sociodémographiques et de la durée de connaissance de la séropositivité VIH des enquêtés.

Caractéristiques des enquêtés	Avec enfants	Sans enfants	Nombre de cas
Sexe			
Masculin	82,7	17,3	104
Féminin	85,1	14,9	235
Age			
Moins de 25 ans	42,6	57,4	47
25-29 ans	84,4	15,6	32
30-39 ans	90,1	9,9	91
40-49 ans	93,5	6,5	107
50 ans et plus	92,1	7,9	63
Zone d'habitation			
Rurale	100	0	11
Semi urbaine	92,5	7,5	107
Urbaine	79,6	20,4	221
Niveau d'éducation			
Pas d'éducation formelle	96,9	3,1	32
Primaire	87,2	12,8	78
Secondaire	83,1	16,9	183
Supérieur	77,3	22,7	44
Durée de connaissance de la séropositivité VIH			
0-1 an	65,5	34,5	29
1 – 4 ans	86,3	13,7	91
5 – 9 ans	85,4	14,6	151
> 10 ans	87,7	12,3	65

Parmi les 285 personnes qui ont répondu à cette question, 57 (20.0%) ont au moins un enfant séropositif. Les différentes caractéristiques socio-démographiques des enquêtés selon qu'ils aient eu ou non des enfants avec VIH sont résumées dans le Tableau 45. Il n'y a pas de différences statistiquement significatives selon le genre, l'âge, l'éducation, la durée de connaissance de la séropositivité. Cependant, on peut

Congo

noter une différence significative selon la zone d'habitation. En effet, 8 personnes sur 10 (80%) ont déclaré avoir des enfants vivants avec le VIH en milieu rural par contre en milieu urbain moins de trois personnes sur dix (17,5%) ont déclaré avoir des enfants vivants avec le VIH, ce qui dénote probablement une information insuffisante sur la PTME en zone rurale.

Tableau 45: Répartition(en%) des enquêtés relatant avoir des enfants séropositifs en fonction de diverses caractéristiques sociodémographiques et de la durée de connaissance de la séropositivité VIH.

Caractéristiques des enquêtés	Avec enfants vivants avec le VIH	Sans enfants vivants avec le VIH	Nombre de cas
Sexe			
Masculin	19,8	80,2	86
Féminin	20,2	79,8	198
Age			
Moins de 25 ans	28,6	71,4	21
25-29 ans	22,2	77,8	16
30-39 ans	22,8	77,2	79
40-49 ans	23,0	77,0	100
50 ans et plus	6,9	93,1	58
Zone d'habitation			
Rurale	80	20	10
Semi urbaine	18,6	81,4	
Urbaine	17,5	82,5	177
Niveau d'éducation			
Pas d'éducation formelle	35,5	64,5	31
Primaire	20,9	79,1	67
Secondaire	17,2	82,8	151
Supérieur	14,7	85,3	34
Durée de connaissance de la séropositivité VIH			
0-1 an	21,1	78,9	19
1 – 4 ans	14,8	85,2	81
5 – 9 ans	25,2	74,8	127
> 10 ans	15,5	84,5	58

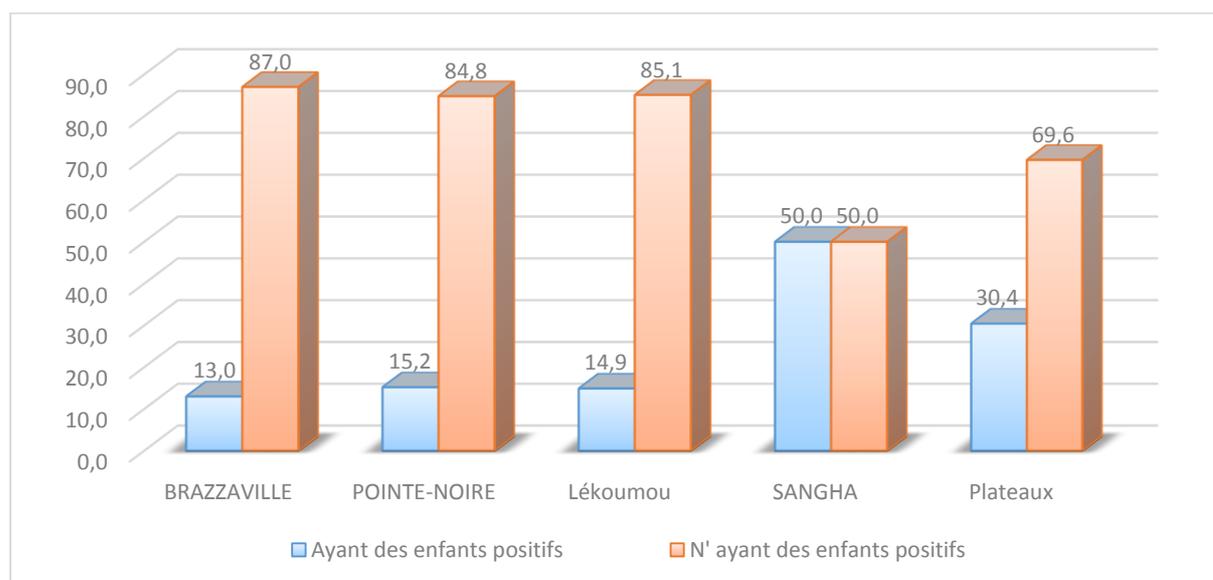
Les départements de la Sangha (Pokola et Ouesso) et des plateaux(Djambala et Gamboma) ont été comptés parmi ceux présentant les plus grands pourcentages des enfants vivants avec le VIH. Parmi les enquêtés (Graphique 21). Cette différence

Stigma Index



est statistiquement significative et peut en partie s'expliquer par la PTME qui n'est pas développée dans les localités de ces départements.

Graphique 21: Pourcentages d'enquêtés relatant avoir des enfants séropositifs en fonction de la région d'enquête parmi les enquêtés ayant des enfants.



2.7.2. Droits des personnes à la santé sexuelle et de la reproduction

Depuis que les personnes enquêtées ont eu connaissance de leur séropositivité, plus de 3 personnes sur 10 (35,8%) d'entre elles ont reçu des conseils en matière de reproduction lors de leur suivi (Tableau 46). Dans 8,3% des cas, des professionnels de santé ont conseillé aux PVVIH enquêtées de ne pas avoir d'enfants et dans 0,4% des cas une stérilisation a été imposée. Chez 4,5% des PVVIH enquêtées, leur capacité à obtenir un traitement antirétroviral était conditionnée par l'utilisation de certaines formes de contraception.

Tableau 46: Répartition(en%) de personnes ayant eu des conseils ou obligations concernant leur santé sexuelle et de la reproduction en fonction du sexe

Depuis que vous êtes séropositif, avez-vous déjà reçu	Homme	Femme	Total
Un conseil sur vos options en matière de reproduction ?	37,3	45	35,8
Un conseil par des professionnels de santé pour ne pas avoir d'enfants ?	0	12,6	8,3
Une obligation par des professionnels de santé de stérilisation ?	0	2,8	0,4
Une obligation d'utiliser certaines formes de contraception *pour obtenir des ARV ?	0,01	6,7	4,5

Congo

2.7.3. Le désir de mettre des enfants au monde dans le contexte de vie avec le VIH

Concernant le désir d'avoir des enfants depuis que le statut séropositif a été établi, les résultats montrent que dans l'ensemble, 47% de personnes enquêtées désirent avoir un enfant (dont près de cinq (5) sur dix (10) (soit 52%) parmi les hommes et quatre(4) sur dix(10) (soit 44%) parmi les femmes).

Cette proportion décroît selon l'âge, passant de 69% pour les personnes âgées de moins de 30 ans à 45% pour celles du groupe d'âges 30-49 ans, ainsi que selon le sexe (52% chez les hommes et 44% parmi les femmes). De même, selon le statut dans l'emploi (50% et 47% parmi les chômeurs et les actifs occupés respectivement). En fonction du niveau d'instruction les résultats montrent une corrélation positive avec une croissance régulière en passant de 28% parmi les personnes n'ayant pas été à l'école à 35% pour celles ayant atteint le niveau primaire, puis à 53% pour les personnes du niveau secondaire. (Tableau 47 et graphique 22)

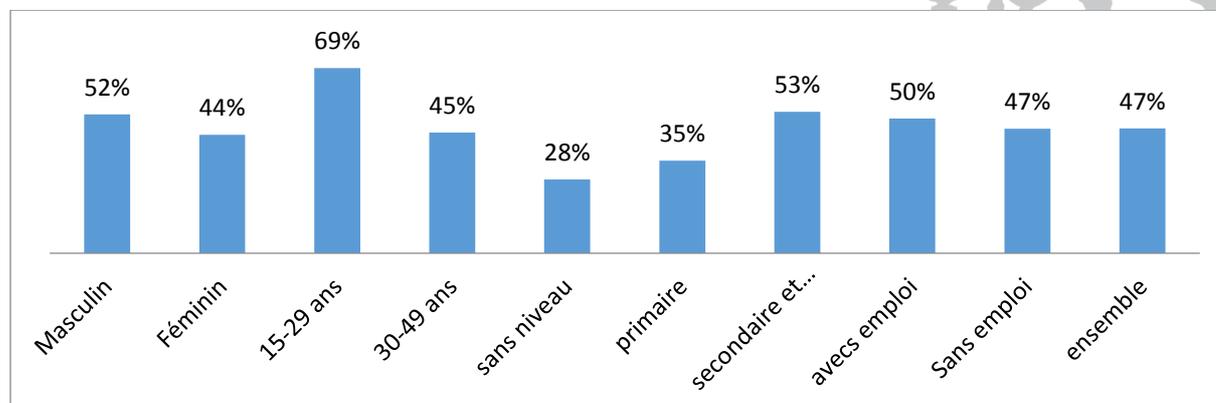
Tableau 47: Répartition(en%) des PVVIH selon le désir ou non et les caractéristiques socio-démographiques.

Caractéristiques démographiques	OUI - désire avoir des enfants		Non - ne désire pas avoir des enfants	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Masculin	54	52%	50	48%
Féminin	102	44%	128	56%
15-29 ans	52	69%	23	31%
30-49 ans	88	45%	107	55%
sans niveau	8	28%	21	72%
Primaire	27	35%	51	65%
secondaire et supérieur	119	53%	106	47%
avec employ	64	50%	63	50%
Sans employ	80	47%	92	54%
Ensemble	156	47%	178	53%

Stigma Index



Graphique 22: Pourcentages des PVVIH enquêtées qui désirent avoir des enfants en fonction de certaines caractéristiques socio-démographiques.



Sauf pour les personnes n'ayant pas été à l'école où la proportion de personnes désirant avoir des enfants est plus élevée pour les femmes (29% contre 20% chez les hommes) et dans le niveau primaire pour lequel ses proportions sont de 35% et 33% respectivement, dans les autres catégories de populations, c'est la proportion des hommes qui domine : 87% contre 65% pour le groupe d'âges 15-29 ans, contre 48% et 44% respectivement pour les 30-49 ans ; parmi les personnes du niveau secondaire et plus, ces proportions sont de 60% et 50% pour les hommes et les femmes respectivement, tandis que parmi les sans-emploi 64% d'hommes et 48% de femmes ont déclaré désirer un enfant, contre respectivement 50% et 44% parmi les personnes activement occupées.

Congo

Tableau 48: Répartition des PVVIH enquêtées par désir d'avoir des enfants dans le contexte de vie avec le VIH selon les caractéristiques socio-démographiques et le genre.

	15-29 ans	30-49 ans	n'a pas fréquenté	primaire	secondaire et supérieur	sans emploi	avec emploi
Masculin							
Oui désir avoir des enfants	13	28	1	8	45	14	35
%	86,70%	48,30%	20,00%	33,30%	60,00%	63,60%	50,00%
Non- ne désire pas avoir des enfants	2	30	4	16	30	8	35
%	13,30%	51,70%	80,00%	66,70%	40,00%	36,40%	50,00%
Total	15	58	5	24	75	22	70
Féminin							
%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Oui désir avoir des enfants	39	60	7	19	74	50	45
%	65,00%	44,10%	29,20%	35,20%	49,70%	47,60%	44,10%
Non- ne désire pas avoir des enfants	21	76	17	35	75	55	57
%	35,00%	55,90%	70,80%	64,80%	50,30%	52,40%	55,90%
Total	60	136	24	54	149	105	102
%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

2.7.4. Influence de la stigmatisation interne sur le désir d'avoir des enfants dans le contexte de vie avec le VIH.

Il s'agit ici de vérifier si les attitudes de stigmatisation interne déclarées avoir été adoptées par les personnes enquêtées ont une quelconque influence sur la volonté de procréation dans ce contexte de vie avec le VIH. On pense que les attitudes de stigmatisation interne qui caractérisent les décisions de ne pas se marier, de ne pas avoir des relations sexuelles ou de ne pas avoir d'enfants, seraient de potentiels facteurs explicatifs du fait du désir ou non de la procréation dans le contexte de la vie avec le VIH.

Pour vérifier cette hypothèse, ces attitudes ont été croisées avec le désir d'avoir des enfants depuis que le statut séropositif a été établi.

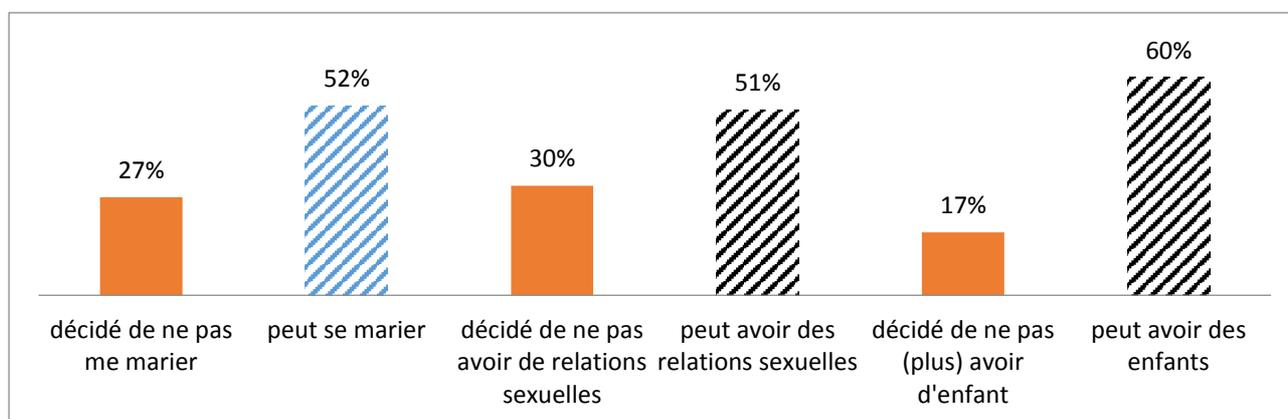
A cet effet, les résultats montrent que quand l'attitude de stigmatisation interne liée à la reproduction a été ou n'a pas été adoptée, la proportion de personnes qui désirent avoir un enfant depuis que le statut séropositif a été établi est bien en corrélation positive avec l'attitude choisie.

Stigma Index



Ainsi, dans l'ensemble, de même tant parmi les hommes que les femmes, la proportion de personnes qui désirent avoir un enfant depuis que le statut sérologique positif a été établi, et la volonté du comportement procréateur se sont avérés conforme à l'attitude de stigma interne adoptée. Les plus fortes fréquences de personnes désireuses d'avoir un enfant dans ce contexte sont observées parmi les personnes ayant soit décidé de pouvoir avoir des enfants (60%), soit de pouvoir se marier (52%), soit de continuer à avoir des relations sexuelles (51%) (Graphique 23)

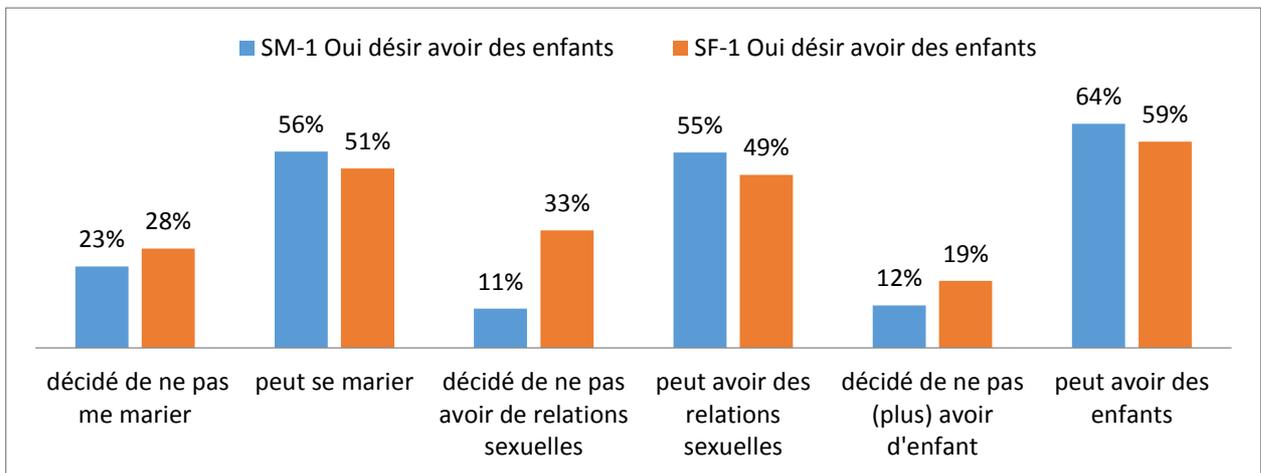
Graphique 23: Pourcentages de désir d'avoir enfants selon les attitudes de stigmatisation interne



Quand on analyse l'attitude du désir d'avoir des enfants en fonction des caractéristiques démographiques et selon le genre les proportions de personnes désirant avoir un enfant sont plus élevées pour les hommes que pour les femmes : i) parmi les personnes ayant choisi de pouvoir avoir d'enfants 64% d'hommes sont dans ce cas, contre 59% de femmes, ii) parmi les personnes ayant choisi de pouvoir se marier, ces proportions sont 56% et 51% pour les hommes et les femmes respectivement, tandis que pour celles qui ont décidé de continuer d'avoir des relations sexuelles, 56% d'hommes et 51% de femmes respectivement sont concernés (Graphique 24).

Congo

Graphique 24: Pourcentage des PVVIH enquêtées qui désire avoir des enfants depuis que le statut séropositif a été établi selon les attitudes de stigmatisation interne adoptées selon le genre.



Afin de spécifier les relations ainsi démontrées par l'analyse bivariée, il est fait recours à l'analyse par régression logistique pour bien mettre en lumière la force de ces relations.

2.7.5. Régression logistique de la variable désir d'avoir des enfants depuis que le statut sérologique a été connu ⁴

Par hypothèse on pense que l'âge de la personne, son statut dans l'emploi, son sexe, les attitudes de stigmatisation interne, le fait d'avoir déjà des enfants, la décision de ne pas se marier, de ne pas avoir des relations sexuelles et de ne pas avoir d'enfants, sont de potentiels facteurs explicatifs du désir d'avoir des enfants dans le contexte de la vie avec le VIH. A part l'âge qui est gardé comme variable quantitative, toutes les autres variables sont transformées en variables dichotomiques codées « 1 » si « oui » et « 0 » si « non » dont on réalise des variables binaires qui serviront dans le modèle logistique selon le tableau ci-après.

⁴ La présente analyse a été réalisée avec le logiciel Tanagra 1.50

Stigma Index



Tableau 49: variable source, Variable binaire dans le modèle et Modalité/population de référence.

Binarisation des variables			
variables sources		catégories dans l'équation	catégories de référence
grage	groupe d'âges	groupe d'âges 30-49 ans groupe d'âges 15-29 ans	groupe d'âges 50 ans et +
sexew	Sexe	(sexeféminin_1) : sexe féminin	sexe masculine
IN105w	10.5 Sans emploi et ne travaillant pas du tout	(IN105w_oui_1) : Sans emploi et ne travaillant pas du tout	Travaille
S3D1Aw	1a. Avez-vous un enfant/des enfants ?	(S3D1Aw_oui_1) : A des enfants	n'a pas d'enfant
S2C26w	2.6. J'ai décidé de ne pas me marier	(S2C26w_oui_1) : décidé de ne pas me marier	peut se marier
S2C27w	2.7. J'ai décidé de ne pas avoir de relations sexuelles	(S2C27w_non_1) : peut avoir de relations sexuelles	ne pas avoir de relations sexuelles
S2C28w	2.8. J'ai décidé de ne pas (plus) avoir d'enfant	(S2C28w_non_1) : Peut avoir des enfants	ne pas (plus) avoir d'enfant

Pour ce faire, la modalité « OUI : ne désire pas avoir/faire des enfants depuis que diagnostiqué VIH positif » servira dans le modèle pour évaluer l'influence des facteurs explicatifs présumés, à savoir : l'âge de la personne, son statut dans l'emploi, son sexe, le fait d'avoir déjà des enfants, la décision de ne pas se marier, de ne pas avoir des relations sexuelles et de ne pas avoir d'enfants.

L'indicateur qui sera utilisé pour évaluer l'influence de ces facteurs est le rapport de chance ou Odds ratio fourni par le modèle de la régression logistique.

Résultats de la régression logistique

En liant toutes ces informations dans le modèle explicatif du « fait d'avoir eu un enfant depuis que le statut séropositif » qui a été établi en fonction des caractéristiques démographiques et des attitudes de stigmatisation interne liées à la reproduction, il ressort que seuls l'âge, le sexe et la décision d'avoir des enfants ont l'effet le plus significatif sur le désir d'avoir des enfants.

En retenant comme valeur positive de la variable dépendante dans l'analyse celle du « OUI- désire avoir un enfant », dans le tableau ci-dessous des résultats qui montrent le rapport de chance attaché à chaque facteur rendu binaire (en comparaison avec sa modalité de référence), on remarque que c'est la catégorie du groupe d'âge 15-29 ans qui a la plus forte influence (OR=,9,182), suivie de la décision de pouvoir faire des enfants (OR=6,919) et de la catégorie du groupe d'âge 30-49 ans (OR=3,893).

Congo

Ainsi, selon l'âge, les personnes âgées de 15-29 ans et celles ayant décidé d'avoir des enfants ont 9,2 fois plus de chance de désirer avoir un enfant, alors que ce rapport de chances est de 3,9 pour la classe âgée de 30-49 ans. Cependant, sans que leur influence soit significative, on remarque les attitudes relatives à ne pas se marier et à ne pas avoir de relations sexuelles qui ont des coefficients négatifs, ont tendance à influencer une diminution du risque de désirer avoir un enfant dans le contexte de vie avec le VIH.

Tableau 50: Résultats des rapports de chance

Attribute	Coefficient. (â)	Odds ratios	Low	High	Significativité
Constant	-2,330	-2,330			0,000
Groupe d'âge 15-29 ans	2,217	9,182	4,001	21,071	0,000
Groupe d'âge 30-49 ans	1,359	3,893	1,939	7,815	0,000
Peut avoir des enfants	1,934	6,919	3,563	13,436	0,000
Sexe féminin	-0,584	0,558	0,317	0,981	0,043
Sans emploi et ne travaillant pas du tout	-0,006	0,994	0,602	1,642	0,980
décidé de ne pas se marier	-0,178	0,837	0,384	1,825	0,655
peut avoir de relations sexuelles	-0,166	0,847	0,389	1,844	0,676

** Il sied de noter que Si le coefficient $\hat{\alpha} < 0$ alors $OR < 1$, il y a une diminution du risque ; si $\hat{\alpha} > 0$ alors $OR > 1$, il y a une augmentation du risque.

2.7.6. Conseil en matière de reproduction

De manière générale, il y a eu 42% de personnes qui ont reçu un conseil sur les options en matière de reproduction, dont 44% de femmes contre 37,7% d'hommes ; les personnes âgées de 15-29 ans ont été touchées dans 48% de cas et cette proportion est de 44,3% parmi les personnes âgées de 30-49 ans (cf. Tableau 51).

Stigma Index

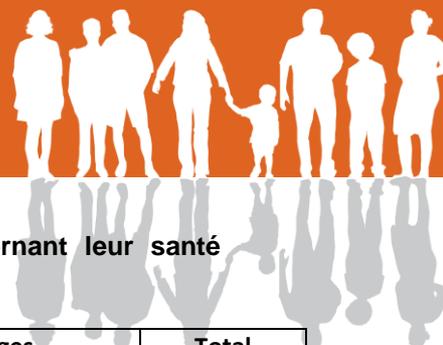


Tableau 51: Répartition des PVVIH ayant eu des conseils concernant leur santé sexuelle et de la reproduction en fonction du sexe et l'âge.

Depuis que vous avez été diagnostiqué(e) comme séropositif/séropositive, avez-vous déjà reçu un conseil sur vos options en matière de reproduction ?		Sexe		Total	groupe d'âges			Total
		Masculin	Féminin		15-29 ans	30-49 ans	50 ans et +	
Oui	Effectif	29	69	98	24	62	12	98
	%	37,70%	44,20%	42,10%	48,00%	44,30%	27,30%	41,90%
Non	Effectif	48	87	135	26	78	32	136
	%	62,30%	55,80%	57,90%	52,00%	55,70%	72,70%	58,10%
Total	Effectif	77	156	233	50	140	44	234
	%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Il apparaît que près de 9% de personnes ont reçu le conseil de ne pas avoir d'enfant depuis que le statut séropositif a été établi, dont 1,3% d'hommes et 12,8% parmi les femmes. Les groupes d'âges ont été concernés dans près de 11% de cas entre 15 et 49 ans (cf. Tableau 52).

Tableau 52: Répartition des PVVIH ayant été conseillé de ne pas avoir d'enfant par un professionnel des soins de santé en fonction du sexe et l'âge.

Un/Une professionnel(le) des soins de santé vous a-t-il/elle déjà conseillé de ne pas avoir d'enfant depuis que vous avez été diagnostiqué(e) comme séropositif/séropositive ?		Sexe		Total	groupe d'âges			Total
		Masculin	Féminin		15-29 ans	30-49 ans	50 ans et +	
Oui	Effectif	1	20	21	6	15	0	21
	%	1,3%	12,8%	8,9%	11,5%	10,9%	0,0%	8,9%
Non	Effectif	78	136	214	46	123	46	215
	%	98,7%	87,2%	91,1%	88,5%	89,1%	100,0%	91,1%
Total	Effectif	79	156	235	52	138	46	236
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Congo

La stérilisation a été forcée à 2,6% des PVVIH enquêtées, dont 3,2% chez les femmes et 1,3% chez les hommes. Mais, c'est parmi les personnes âgées de 15-29 ans que la stérilisation a été le plus forcée (6,1% de cas) (cf. Tableau 53).

Tableau 53: Répartition des PVVIH ayant été forcé à se faire stériliser par un professionnel des soins de santé en fonction du sexe et l'âge.

Un/Une professionnel(le) des soins de santé vous a-t-il/elle déjà forcé à vous faire stériliser depuis que vous avez été diagnostiqué(e) comme séropositif/séropositive ?		Sexe		Total	groupe d'âges			Total
		Masculin	Féminin		15-29 ans	30-49 ans	50 ans et +	
				Effectif				
Oui	Effectif	1	5	6	3	3	0	6
	%	1,3%	3,2%	2,6%	6,1%	2,2%	0,0%	2,6%
Non	Effectif	75	150	225	46	135	45	226
	%	98,7%	96,8%	97,4%	93,9%	97,8%	100,0%	97,4%
Total	Effectif	76	155	231	49	138	45	232
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

La conditionnalité de l'utilisation de certaines formes de contraception en échange d'un traitement antirétroviral a été soumise à 5% des PVVIH enquêtées, dont 7,1% parmi femmes et 2,9% chez les hommes. Les personnes de 30-49 ans y ont été soumises dans près de 7% de cas contre 5% chez les moins de 30 ans (cf. Tableau 51).

Tableau 54: Répartition des PVVIH par capacité à obtenir un traitement antirétroviral conditionnée par l'utilisation de certaines formes de contraception en fonction du sexe et l'âge.

Votre capacité à obtenir un traitement antirétroviral conditionnée par l'utilisation de certaines formes de contraception ?		Sexe		Total	groupe d'âges			Total
		Masculin	Féminin		15-29 ans	30-49 ans	50 ans et +	
				Effectif				
Oui	Effectif	2	10	12	2	9	1	12
	%	2,9%	7,1%	5,7%	5,0%	6,9%	2,6%	5,7%
Non	Effectif	68	130	198	38	122	38	198
	%	97,1%	92,9%	94,3%	95,0%	93,1%	97,4%	94,3%
Total	Effectif	70	140	210	40	131	39	210
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Stigma Index



Il apparaît qu'au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, les femmes vivant avec le VIH ont été contraintes par un professionnel de santé à cause du statut sérologique sur les pratiques de l'alimentation du nourrisson dans près de 30% de cas, des méthodes d'accouchement dans 20% de cas et de l'interruption de grossesse (avortement) dans près de 13% de cas. (cf. Tableau 55).

Tableau 55: Répartition des femmes vivant VIH ayant subi une contrainte de la part d'un(e) professionnel(le) des soins de santé à cause du statut sérologique en fonction du sexe et l'âge.

	Sexe		groupe d'âges	
	Féminin		15-29 ans	30-49 ans
Interruption de grossesse (avortement)				
Oui	Effectif	16	4	10
	%	13,4%	13,8%	13,2%
Méthode d'accouchement				
Oui	Effectif	23	7	14
	%	20,0%	25,0%	19,2%
Pratiques de l'alimentation du nourrisson				
Oui	Effectif	36	10	22
	%	29,5%	31,3%	30,1%

Dans l'ensemble, le traitement antirétroviral pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant pendant la grossesse a été reçue par une femme VIH enquêtée sur 2. Cependant sa méconnaissance est reportée par 17% de femmes, alors qu'il a été refusé à près de 3% de cas et particulièrement à 7,3% âgées de 15-29 ans ; près de 10% de cas ont déclaré ne pas avoir accès à ce traitement. Près d'une femme sur cinq n'a pas eu accès car, pensant ne pas être séropositive durant la grossesse.

Congo

Tableau 56: Répartition des PVVIH ayant reçu un traitement antirétroviral pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant pendant la grossesse en fonction du sexe et l'âge.

Avez-vous déjà reçu un traitement antirétroviral pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant pendant la grossesse ?		Sexe	groupe d'âges	
		Féminin	15-29 ans	30-49 ans
Oui, j'ai reçu ce traitement	Effectif	71	21	49
	%	49,7%	51,2%	56,3%
Non, je ne savais pas que ce traitement existait	Effectif	24	7	10
	%	16,8%	17,1%	11,5%
Non, on m'a refusé ce traitement	Effectif	4	3	1
	%	2,8%	7,3%	1,1%
Non, je n'ai pas eu accès à ce traitement	Effectif	15	5	7
	%	10,5%	12,2%	8,0%
Non, je n'étais pas séropositive quand j'étais enceinte	Effectif	29	5	20
	%	20,3%	12,2%	23,0%
Total	Effectif	143	41	87
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Dans l'ensemble, les informations sur une grossesse et une maternité sans risque dans le cadre du programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ont été reçues par près d'une(1) femme vivant avec le VIH sur deux(2) interrogées. Les femmes vivant avec le VIH âgées de 15-29 ans ont été plus nombreuses à recevoir ces informations (56,1%).

Tableau 57: Répartition des PVVIH ayant reçu également des informations sur une grossesse et une maternité sans risque dans le cadre du programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant en fonction du sexe et l'âge.

Si Oui, avez-vous également reçu des informations sur une grossesse et une maternité sans risque dans le cadre du programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ?		Sexe	groupe d'âges	
		Féminin	15-29 ans	30-49 ans
Oui	Effectif	82	23	53
	%	48,8%	56,1%	53,0%
Non	Effectif	86	18	47
	%	51,2%	43,9%	47,0%
Total	Effectif	168	41	100
	%	100,0%	100,0%	100,0%



Neuf (9) petites séquences extraites des témoignages sur les grossesses et la maternité sans risque en matière de PTME justifient mettent en exergue les opinions des PVVIH enquêtées.

Cas n°27 : « *M..., je veux bien avoir des enfants mais je n'ai pas de femme* ».

Cas n°28 : « *k..., en effet c'est par manque d'argent ; sinon je peux même avoir encore 3 enfants* ».

Cas n°29 : « *F..., pour les enfants, je ne veux plus mettre au monde parce que j'en ai dix* ».

Cas n°30 : « *B..., j'ai une femme et un enfant, je veux mettre au monde mais il me manque l'argent. Je veux ajouter un deuxième* »

Cas n°31 : « *B..., je n'ai pas de moyens pour avoir des enfants* »

Cas n°32 : « *S..., on a peur de mettre au monde parce que prendre soin d'un enfant nécessite de l'argent. J'ai peur de faire un enfant qui va mourir par la suite par manque d'argent. De plus, l'enfant aura besoin du traitement. Il faut avoir les reins solides* ».

Cas n°33 : « *S..., pour lui, je ne sais pas si je peux mettre au monde, mais que Dieu lui-même fasse grâce* »

Cas n°34 : « *P..., j'ai un enfant. Je ne veux pas mettre au monde parce que ma préoccupation est ailleurs. Je cherche d'abord à être stable* ».

Cas n°35 : « *Y..., pour l'heure non parce que j'ai 2 grandes filles qui savent se débrouiller, mais elles ne savent pas que je suis malade* ».

2.8. Principaux problèmes et défis

Les questions relatives au dépistage et diagnostic, à la divulgation et confidentialité de la séropositivité, au traitement antirétroviral ainsi qu'au fait d'avoir des enfants quand on est séropositif sont traitées en abordant d'une part des problèmes liés à ces thèmes et d'autre part les défis et recommandations formulés par les enquêtés de façon ouverte.

2.8.1. Dépistage et diagnostic

Les principaux problèmes rencontrés par les PVVIH ont été essentiellement : les ruptures d'intrants/manque de matériels dans 31,1% des cas, la peur/manque de volonté de faire le diagnostic ou de savoir le résultat dans 29,1% des cas, le manque de moyens dans 14,1% des cas. On peut noter qu'environ dans 12,4% des cas, les PVVIH n'ont rencontré aucun problème (Tableau 58).

Congo

Tableau 58: Principaux problèmes identifiés par les enquêtés en ce qui concerne le dépistage et le diagnostic.

Problèmes liés au dépistage/diagnostic	Effectifs	Pourcentage
Pas de problèmes	43	12,4
Problèmes liés accès au test de dépistage	19	5,5
Ruptures d'intrants/manque de matériels	108	31,1
Peur/Manque de volonté de faire le diagnostic ou de savoir le résultat/confidentialité	101	29,1
Manque de moyens	49	14,1
Formation des agents/ Manque de counseling	12	3,5
Accès à l'information	11	3,2
Autres (suivi après dépistage, etc.)	4	1,2
Pas de réponse	0	0,0
Total	347	100,0

Par rapport à ces difficultés, des défis ont été soulignés par les PVVIH. Il s'agit principalement : de vaincre le sentiment de peur lié au dépistage (29,4%), l'accès au dépistage en milieu rural (28,2%), de rendre disponible les réactifs (19,3%), de sensibiliser/conscientiser (13,3%)(Tableau 53).

Tableau 59: Principaux défis identifiés par les enquêtés en ce qui concerne le dépistage et le diagnostic.

Défis liés au dépistage	Effectifs	Pourcentage
Pas de défis identifiés	14	4,0
accès au dépistage (milieu rural)	98	28,2
Le sentiment de peur lié au dépistage	102	29,4
Manque des réactifs	67	19,3
Faire des compagnes de sensibilisation	46	13,3
Qualité du dépistage (counseling)	20	5,8
Total	347	100,0

2.8.2. Divulgarion et confidentialité concernant la séropositivité

Les problèmes liés à la divulgation du statut que les enquêtés ont identifiés sont : l'exposition des CDAV dans les lieux où tout le monde peut percevoir un client expose les PVVIH au rejet (34,9%), la non garantie de la confidentialité dans 24,5% des cas, la non application de la loi des PVVIH dans 22,8% des cas, le manque d'éducation de la population dans 17% des cas (cf. Tableau 60).

Stigma Index



Tableau 60: Principaux problèmes identifiés par les enquêtés en ce qui concerne la divulgation et la confidentialité de son statut VIH.

Difficultés liées à la divulgation de son statut	Effectifs	pourcentage
Pas de défis identifiés	3	0,9
Non application de la loi des PVVH	79	22,8
CDAV exposé dans les rues	121	34,9
la population peu éduquée sur le sida	59	17,0
Confidentialité pas garantie	85	24,5
Total	347	100,0

Face à ces difficultés, les PVVIH soulèvent quelques défis auxquels il convient de faire face. Les principaux défis qui ont été évoqués sont : la promotion des droits des PVVIH et les protéger dans 35,4% des cas, la nécessité de sensibiliser la population (19,9%) afin qu'elle soit moins encline à la stigmatisation, la lutte contre la discrimination/divulgation dans 17,9% des cas et le soutien psychologique dans 12,4% (cf. Tableaux 61 et 62).

Tableau 61: Principaux défis identifiés par les enquêtés en ce qui concerne la divulgation et la confidentialité de son statut VIH.

Défis identifiés	Effectifs	Pourcentage
Aucun défi identifié	50	14,4
Lutter contre la stigmatisation/divulgation	62	17,9
Soutien psychologique	43	12,4
Promouvoir les droits des PVVIH et les protéger avec la loi VIH	123	35,4
Sensibiliser à la nécessité de garder la confidentialité	69	19,9
Total	347	100,0

Tableau 62: Principaux défis identifiés par les enquêtés concernant le traitement antirétroviral.

Défis identifiés	Effectifs	pourcentage
Aucuns défis	73	21,0
Réduire le nombre de jour d'approvisionnement	107	30,8
Améliorer l'accès aux ARV	53	15,3
Approvisionner toujours les pharmacies en ARV	114	32,9
Total	347	100,0

2.8.3. Le fait d'avoir des enfants quand on est séropositif

Concernant le fait d'avoir des enfants quand on est séropositif, 39,2 % des répondants ont souligné l'obligation d'avoir des enfants, 32,3% ont pensé que les enfants pouvaient constituer un moyen de lutter contre la stigmatisation et en fin

Congo

7,8% des enquêtés ont déclaré que l'âge ne leur permettrait pas d'avoir des enfants. Ces résultats montrent l'importance de mettre une action particulière sur la transmission mère-enfant.

Tableau 63: Principaux problèmes identifiés par les enquêtés concernant le fait d'avoir des enfants lorsque l'on est PVVIH.

Difficultés/problèmes liés au fait d'avoir des enfants	Effectif	pourcentage
Aucune idée d'avoir les enfants	72	20,7
Doit avoir d'enfants	136	39,2
Enfant comme moyen de lutter contre la stigmatisation	112	32,3
L'âge/santé ne me permet plus	27	7,8
Total	347	100,0

2.8.4. Défis et recommandations

Face aux difficultés soulevées, beaucoup de défis et recommandations ont été mentionnés ; 21,9% des personnes interrogées proposent la sensibilisation de la communauté, 21,0% de l'amélioration de la PTME, 19,9% le renforcement du dépistage de la femme enceinte et 11% l'amélioration de la prise en charge (cf. Tableau 64).

Tableau 64: Principaux défis identifiés par les enquêtés concernant le fait d'avoir des enfants lorsque l'on est PVVIH.

Défis	Effectif	Pourcentage
Pas de défis	91	26,2
Améliorer la PTME	73	21,0
Renforcer le dépistage de la femme enceinte	69	19,9
Améliorer la prise en charge (bilan, suivi des enfants...)	38	11,0
Informers la communauté	76	21,9
Total	347	100



2.9. Les expressions utilisées par les Congolais pour stigmatiser et discriminer les PVVIH

Bien que non exhaustives, les expressions portant sur les pratiques associées à la stigmatisation et la discrimination au VIH et au sida permettent de mieux saisir le sens caché des attitudes relevées dans cette étude. Ces éléments investiguent les mots, les vocables, les terminologies, à partir d'un tel regard, nous étions amenés à lister quelques expressions importantes véhiculant dans les langues nationales, officielle et les langues sociales ou de génération. C'est dans ces langues que la population stigmatise et discrimine les PVVIH.

Cette piste a exploré, en plus, les expressions utilisées à l'endroit des PVVIH enquêtées traduisent les pires de formes de stigmatisation et de discrimination. Le discours sur la métaphore du VIH et du sida dans l'univers congolais tire ses origines ou fondements dans les langues nationales et vernaculaires: le lingala, le kituba et bien d'autres langues dites de génération ou sociale.

Voici une courte liste des expressions employées par la population lorsqu'il s'agit de stigmatiser et de discriminer :

« A niati mine » : il a marché sur une mine ;

« Il a ça » : il vit avec le VIH ;

« Il est tombé » : il a le VIH;

« Il est dedans » : il a le VIH ;

« **Yandi me nanguna ve maman ya ngo** » : celle-là on dirait qu'elle a marché sur la mine (en kituba), on dirait **yandi me diata mine**».

Dans ce sens, ci-dessous ce tableau complète les expressions langagières ou terminologies sur le VIH et le sida.

Congo

Tableau 65: Expressions de discriminations dans le contexte congolais.

Figures de style ou rhétorique	Expression en français, kituba et lingala	Commentaires
Le recours aux verlans (inversion des syllabes du sida)	Dasi = sida	
La périphrase (c'est-à-dire l'emploi de plusieurs mots à la place d'un mot simple (maladie du siècle, longue durée)	Sida	
La métaphore est la comparaison elliptique ou abrégée « anyati mine »	Il a le VIH ou le sida	
La métonymie du signe sida : quatre lettres désignant un nom.	Sida	
CTA (Centre de Traitement Ambulatoire)	« Maison Mère »	Il s'agit de la grande maison où tout de fait (lieu de sociabilité, réseau d'alliances et source en approvisionnement en ARV et autres intrants)
ARV	« Ngouba » en lingala et kituba (arachides en français)	
VIH	« Niama » ou microbe	



Conclusion

Cette enquête qui a couvert sept(7) localités réparties dans cinq (5) départements et de la République du Congo, a permis de mettre en évidence les PVVIH qui sont confrontées de façon fréquente à des épisodes de stigmatisation et de discrimination. Pour y parvenir, 347 PVVIH ont été interrogées.

L'expérience de stigmatisation et ou de discrimination de la part d'autres personnes a été beaucoup plus le fait de l'exclusion d'activités ou de manifestations sociales (14,5%) et de l'exclusion d'activités familiales (14%).

Les investigations de l'enquête ont montré que près d'une(1) PVVIH enquêtée sur deux(2) (48,6%) était consciente de commérages à son sujet, les insultes/harcèlement/menaces verbales a concerné près d'un(1) cas sur trois(3) (32,7%), les harcèlements/menaces physiques ont concerné 16,3% des cas les agressions physiques ont été rapportées par 12,8% de PVVIH.

Les Commérages, Harcèlements et agressions vécues seraient dues fondamentalement au statut sérologique. Une tendance à la féminisation de ces comportements a été notée.

L'analyse de la stigmatisation/discrimination vécue au sein de la famille par les PVVIH a montré que, la pression psychologique ou une manipulation de la part du mari/femme ou partenaire, au cours de laquelle le statut séropositif a été utilisé, a concerné 21,2% de cas : dont 25% parmi les femmes contre 12,6% parmi les hommes.

La stigmatisation/discrimination de la part des autres PVVIH a touché dans l'ensemble 9% des PVVIH enquêtées (dont 9,2% parmi les femmes et 8 ,6% parmi les hommes).

La discrimination/stigmatisation vécue du fait du statut sérologique a eu des conséquences importantes sur l'accès aux services sociaux de base pour les victimes. Ces conséquences ont concerné le changement de lieu de résidence (22,6%), la perte d'emploi (16,2%), le refus d'un emploi ou d'opportunité de travail (15,2%), le refus de promotion (11%) le refus d'accès aux services d'éducation scolaire(7,2%) , de santé(6,3%) , de planification (9,9%) et de santé reproductive(6,2%).

S'agissant de la stigmatisation interne ou auto stigmatisation, les sentiments dominants ont été ceux de honte (50,5%), de culpabilité (46,1%), de blâme de soi (41,2%) et de piètre estime de soi (39,2%). Face à l'auto stigmatisation, les décisions suivantes ont été principalement prises par les PVVIH : 33,9% de ne pas aller dans un centre de santé local, 29,1% de ne pas aller à une manifestation sociale, 22,4% de

Congo

ne pas avoir de relations sexuelles, 21,3% d'arrêter le travail, et 20,7% de s'isoler de la famille et/ou des amis. Ces décisions ont montré une domination féminine.

L'analyse des questions liées au diagnostic et dépistage du VIH a montré que la volonté personnelle d'avoir fait le dépistage du VIH a été déclarée par 50,4% des PVVIH enquêtées, tandis que la décision prise sous pression d'autres personnes a concerné 15% des PVVIH enquêtées, et que le test a été forcé pour 18% des cas. Le test VIH a été fait à l'insu de la personne pour 10,9% des cas.

S'agissant des politiques, droits et lois relatifs au VIH et sida, les résultats de l'étude ont montré que 31,3% des PVVIH enquêtées déclaraient avoir connaissance de la « déclaration d'engagement sur le VIH et le sida » parmi lesquels 35,0 % affirmaient avoir lu ou discuté du contenu de cette Déclaration. La loi nationale congolaise n°30-2011 du 3 juin 2011 relative au VIH et au sida était connue seulement de 38,2%, parmi lesquels 28,9 % certifiaient avoir lu ou discuté du contenu de cette loi.

En ce qui concerne l'apport au changement, les résultats de l'enquête ont montré que, 26,12% des enquêtés ont déclaré avoir affronté, interpellé ou éduqué une autre personne quand ils étaient confrontés à des épisodes de stigmatisation ou de discrimination au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'étude.

Le plaidoyer pour les droits de toutes les PVVIH (38,6%), la sensibilisation et l'information du public sur le sida (30,9%) et le soutien aux PVVIH (19,0%) ont été perçus comme les 3 principaux axes sur lesquels les associations de PVVIH devraient s'impliquer afin de lutter contre la stigmatisation et la discrimination selon les PVVIH enquêtées.

Le conseil total (pré et post-test) lors du test du VIH a été fourni aussi à 50,4% des PVVIH enquêtées, tandis que 10,7% des PVVIH enquêtées n'ont pas bénéficié de conseil au moment du test de VIH. Les personnes qui n'ont reçu que le conseil pré-test du VIH représentaient 15%. Ceux qui n'avaient reçu que le conseil post-test du VIH étaient 18,4% (avec 21,5% et 15% respectivement parmi les femmes et les hommes).

Les principales raisons de réalisation du test de dépistage du VIH évoquées par les PVVIH enquêtées étaient la maladie ou décès du partenaire ou d'un membre dans 31,3% des cas, la référence pour cause de symptômes suspectés être liés au VIH dans 27,7% des cas et la curiosité dans 18,2% des cas.

S'agissant de la divulgation du statut sérologique et de la confidentialité, l'examen des résultats a dévoilé que, le statut sérologique a été annoncé en premier lieu aux autres membres adultes de la famille (65,7%), suivis des agents de soins de santé et des autres personnes vivant avec le VIH (62,8% et 61,3% respectivement), puis des assistants sociaux/conseillers et du mari/femme/partenaire (avec respectivement 59,4% et 46,7%). Près d'une(1) PVVIH sur neuf (9) (9,5%) a ressenti une pression

Stigma Index



d'autres personnes vivant avec le VIH ou des groupes/réseaux de personnes vivant avec le VIH pour la divulgation du statut sérologique.

Au sujet du traitement ARV, les déclarations des enquêtés ont permis de noter que près de neuf(9) PVVIH enquêtées sur dix(10) (91,4%) étaient sous traitement antirétroviral avec une différence non significative entre les femmes et les hommes.

Les résultats au sujet des enfants ont montré que, 84,4% des PVVIH enquêtées ont déclaré avoir des enfants. Parmi les enquêtés, 20,0% ont eu au moins un enfant séropositif.

Concernant le désir d'avoir des enfants depuis que le statut séropositif a été établi, les résultats ont montré que près de 47% des PVVIH désirent avoir un enfant (dont près de 5 sur 10 (52%) parmi les hommes et 4 sur 10 parmi les femmes (44%).

Concernant le fait d'avoir des enfants, 39,2 % des répondants ont souligné l'obligation d'avoir des enfants, 32,3% ont pensé que les enfants pouvaient constituer un moyen de lutter contre la stigmatisation et en fin 7,8% des enquêtés ont déclaré que l'âge ne leur permettrait pas d'avoir des enfants. Ces résultats montrent l'importance de mettre une action particulière sur la transmission mère-enfant du VIH.

Ces résultats ont permis de montrer la présence de la stigmatisation et/ou la discrimination par d'autres personnes à divers niveaux envers les PVVIH, mais aussi par ces dernières elles-mêmes à des proportions inquiétantes.

Il va donc falloir mettre en place des plans de lutter contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH au sein de la société congolaise pour réduire de façon significative ces formes de violations des droits de l'homme.

Recommandations

Au regard des résultats qui précèdent, des recommandations spécifiques sont adressées au RENAPC, à la Société Civile, au CNLS, et au Gouvernement :

Pour le RENAPC :

Au niveau des partenaires :

- ✚ Diffuser les résultats de l'étude au niveau des associations, du CNLS, de la société civile, du gouvernement, des agences du Système des Nations Unies et de tous les partenaires ;
- ✚ Mener un plaidoyer soutenu pour le respect des droits de toutes les PVVIH ;
- ✚ Elaborer des plans de riposte médiatique pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination en vers les PVVIH ;
- ✚ Mobiliser les fonds pour la mise en œuvre de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

Au niveau des associations :

- ✚ Mener une sensibilisation intense des associations de PVVIH sur les problèmes de stigmatisation rencontrés par les populations clés hautement vulnérables (PS, HSH, etc.) ;
- ✚ Mettre en place des partenariats entre les associations de PVVIH et les associations des populations clés comme les HSH et les PS ;
- ✚ Promouvoir le partage du statut sérologique et la levée du secret sérologique au niveau des associations de PVVIH ;
- ✚ Favoriser une plus grande appropriation de la loi sur le VIH par les associations de PVVIH.

Au niveau des PVVIH et leur famille :

- ✚ Renforcer les capacités des Pairs Educateurs PVVIH en accompagnement psychologique ;
- ✚ Intégrer les questions de droits humains dans les activités d'auto support et de groupes des personnes vivant avec le VIH et les groupes vulnérables ;
- ✚ Renforcer l'implication des familles dans la prise en charge et le soutien / accompagnement des PVVIH ;
- ✚ Intensifier et favoriser l'adhésion des PVVIH aux associations.



Pour la Société civile

- ✚ Accentuer le plaidoyer en faveur des droits de toutes les PVVIH, y compris les populations clés
- ✚ Renforcer les capacités des réseaux, des groupes de support, et des organisations à assise communautaire, afin d'assurer conseil et accompagnement adaptés
- ✚ Promouvoir l'accès gratuit aux services légaux de protection des PVVIH, notamment en ce qui concerne l'accès et la conservation de l'emploi ou des sources de revenu, et l'accès aux soins de santé, l'accès à l'éducation, notamment au travers des campagnes d'information ciblant les employeurs, les responsables d'institutions de santé et d'éducation, ainsi que la formation des conseillers ;
- ✚ Mettre en place un observatoire des droits de l'homme incluant les droits des PVVIH ;
- ✚ Soutenir le plaidoyer en faveur de la participation active des PVVIH dans l'élaboration des directives et des lois les touchant, y compris celles ciblant particulièrement les populations clés.

Pour le CNLS

- ✚ Renforcer les capacités du RENAPC en matière de lutte contre la discrimination à travers l'organisation et le financement de formations sur les aspects communicationnels, régaliens et psychosociaux de la prise en charge et de la lutte contre la discrimination et la stigmatisation des PVVIH ;
- ✚ Familiariser tous les personnels de santé qui peuvent faire obstacle entre le patient et le praticien avec les standards et règles de prise en charge du VIH et les droits des PVVIH ;
- ✚ Sensibiliser les agents chargés de l'application des lois et les magistrats sur la législation en matière de droit des PVVIH et les sensibiliser sur la problématique de la discrimination et de la stigmatisation ;
- ✚ Appuyer d'avantage le plaidoyer du RENAPC auprès des partenaires au développement et des acteurs de la société civile en faveur de la création d'un fond de soutien aux PVVIH en situation de stress alimentaire ou financier ;
- ✚ Promouvoir la création et assurer l'encadrement d'une plateforme d'échange permettant aux différentes composantes du RENAPC de rencontrer les partenaires locaux, régionaux et internationaux pouvant répondre de façon ciblée à leurs préoccupations particulières ;

Congo

- ✚ Informer les associations patronales, les syndicats et les associations corporatistes de la législation en matière de droits des PVVIH et les sensibiliser sur les discriminations et la stigmatisation à l'encontre des PVVIH ;
- ✚ Organiser des campagnes d'information et de vulgarisation de la loi n°30-2011 du 3 juin 2011 portant lutte contre le VIH et le sida et protection des droits des PVVIH, en utilisant des supports adaptés à chaque population cible (séminaires, conférence, affiches, dépliants, etc.) ;
- ✚ Développer en partenariat avec le RENAPC des approches innovantes permettant d'intensifier la participation des femmes vivant avec le VIH dans les programmes d'ETME, en particulier les femmes les plus jeunes ;
- ✚ Renforcer l'intégration des services de prise en charge des PVVIH en vue d'en faciliter l'accès, plus spécifiquement les services de santé de la reproduction et de planification familiale ;
- ✚ Promouvoir l'intégration des populations clés dans les associations de PVVIH et proposer des actions spécifiques visant à lutter contre la discrimination de ces groupes très vulnérables ;
- ✚ Elaborer en partenariat avec le RENAPC des indicateurs de stigmatisation et de discrimination pouvant être suivis et évalués dans le cadre des activités du programme national de lutte contre le Sida tous les deux ans.

Pour le gouvernement

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

Stigma Index



- ✚ Intégrer la problématique de genre dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination au Congo ;
- ✚ Renforcer les mesures visant à stopper la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;

Pour les médias

- ✚ Développer un partenariat stratégique entre les différentes chaînes (radio, télévision), le SEP/ CNLS et les associations de lutte contre le Sida, dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination envers les PVVIH.

Congo

Annexes:

Tableau A : Résumé des problèmes identifiés et actions à entreprendre par thème (volet qualitatif) par domaine d'intérêt de la stigmatisation et/ou discrimination.

Domaines d'intérêt/ thèmes	Problèmes identifiés	Actions à entreprendre
Causes de l'exclusion des PVVIH	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ignorance sur les connaissances de base réelles sur les moyens de transmission du VIH de la part de ceux qui stigmatisent ; ▪ Fausses croyances construites sur le VIH, le sida et les PVVIH ▪ Normes comportementales et d'opinions erronées sur le VIH, le sida et les PVVIH ; ▪ Représentations socioculturelles développées autour du sexe, du sang et de la souillure en rapport avec le VIH et le sida ; ▪ Stéréotypes construits sur la base des symptômes du sida et du profil clinique des personnes vivant avec le VIH ; ▪ Croyances magico-religieuses construites sur le VIH, le sida et les maladies opportunistes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informer les populations sur les mesures de prévention du VIH et du sida ; ▪ Organiser des campagnes de sensibilisation à base communautaire sur le VIH et le sida ; ▪ Soutenir les associations des PVVIH et les leaders communautaires dans la lutte contre les pratiques discriminatoires envers les PVVIH.
Changement de lieu de résidence ou l'incapacité de louer un logement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Changement de domicile pour cause du statut sérologique motivé par la pression des colocataires et parents ; ▪ Violences psychologiques liées au statut sérologique (suspicion, attitude gestuelle et mimique) ; ▪ Abandon scolaire des enfants pour cause de la séropositivité des parents ; ▪ Signes cliniques du sida servant de repère d'identification des 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibiliser les communautés sur le respect de la dignité humaine en relation avec le statut de séropositivité au VIH ; ▪ Organiser des rencontres citoyennes et communautaires sur la prise en compte du VIH et du sida dans les programmes centrés sur

Stigma Index



	<p>PVVIH dans l'imaginaire des Congolais ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Moqueries ou railleries faites envers les OEV par un ensemble d'attitudes et de comportements (regards narquois, gestes et les paroles) ; ▪ Mobilité et migration scolaires occasionnées par la séropositivité au VIH ; ▪ Peur d'être contaminé du fait de vivre ensemble ; ▪ Rejet familial. 	<p>les droits humains</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informer les familles, les parents et les communautés sur les effets de la stigmatisation et la discrimination sur les PVVIH.
Domaines d'intérêt/ themes	Problèmes identifiés	Actions à entreprendre
PVVIH ayant vécu une expérience d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menace de mutation par les chefs hiérarchique pour cause de statut VIH ; ▪ Abandon et rejet par la famille à cause de statut sérologique lié au VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organiser des campagnes sur le lieu de travail ; ▪ Sensibiliser les communautés sur les droits et devoirs des PVVIH ; ▪ Développer des programmes de lutte contre la stigmatisation et la discrimination sur les lieux de travail ; ▪ Former les vulgarisateurs sur la loi portant protection des droits des PVVIH ; ▪ Dupliquer la loi portant protection des droits PVVIH et les guides de vulgarisation de la loi.
PVVIH rapportant des expériences de comméragage, harcèlement et agression	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insultes publiques ▪ Menaces verbales ▪ Abandon pour cause de séropositivité au VIH 	<p>Mener des campagnes sur le droit et l'éthique ;</p> <p>Elaborer un plan de communication sur la prévention contre la stigmatisation et la discrimination ;</p> <p>Impliquer les cliniques juridiques dans la prise en charge juridique</p>

Congo

		des PVVIH (rédaction des plaintes, accompagnement et soutien juridique).
Domaines d'intérêt/ themes	Problèmes identifiés	Actions à entreprendre
Expérience de stigmatisation et discrimination au sein de la famille	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Idées suicidaires occasionnées par la pression familiale à l'annonce des résultats positifs d'un parent vivant avec le VIH ; ▪ Pression familiale et communautaire sur le test de dépistage du VIH obligatoire ; ▪ Refus de confier les enfants aux parents pour cause du statut VIH ▪ Refus de manger ensemble avec les PVVIH ; ▪ Traitements dégradants infligés aux PVVIH; ▪ Exclusion des activités culinaires. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plaidoyer auprès des leaders ; ▪ communautaires/chefs de quartiers, religieux sur le développement des programmes de lutte contre la stigmatisation et discrimination ; ▪ Intensifier les campagnes sur la discrimination et la stigmatisation associées au VIH et au sida en milieu communautaire ; ▪ Organiser des campagnes de sensibilisation au profit des travailleurs sur le VIH et le sida ; ▪ Organiser des programmes radio-télévisés sur les modes de transmission et de non transmission du VIH ; ▪ Former les journalistes sur le droit et éthique ▪ Elaborer une stratégie de lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées au VIH et au sida ; ▪ Organiser des journées citoyennes sur la stigmatisation et la discrimination associées au VIH et au sida ▪ Organiser de larges campagnes de sensibilisation et

Stigma Index

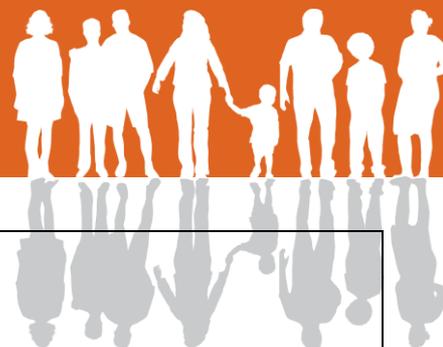


		d'information sur les droits fondamentaux des PVVIH.
Domaines d'intérêt/ themes	Problèmes identifiés	Actions à entreprendre
PVVIH ayant perdu un emploi et causes liées à cette perte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menace de mutation pour cause de stigmatisation associée au VIH et au sida. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organiser des séminaires sur le droit, l'éthique et VIH/sida au profit des agents de santé, des affaires sociales, de l'inspection du travail et de l'enseignement ; ▪ Elaborer une stratégie de lutte contre les formes de stigmatisation et de discrimination sur le lieu de travail et communautaire ; ▪ Mettre en place des réseaux d'éthique sur le droit et VIH/sida .
Opinions des PVVIH sur la décision de faire le test de dépistage du VIH	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Retard constaté dans la démarche de dépistage du VIH ; ▪ Dépistage réalisé sous pression parentale ou familiale. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encourager les personnes séro-ignorantes à faire le test de dépistage du VIH.
Stigmatisation et discrimination	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Idées suicidaires occasionnées par la pression familiale à l'annonce de la séropositivité au VIH ▪ Pression familiale et communautaire sur le test de dépistage du VIH ; ▪ Refus de confier les enfants aux parents PVVIH ; ▪ Refus de manger ensemble avec des PVVIH ; ▪ Traitements dégradants affligés aux PVVIH ; ▪ Exclusion des activités culinaires. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plaidoyer auprès des leaders ; ▪ Communautaires/chefs de quartiers, religieux sur le développement des programmes de lutte contre le sida dans leurs structures respectives ; ▪ Intensifier les campagnes sur la discrimination et la stigmatisation associées au VIH et au sida en lieu communautaire/lieu de travail ; ▪ Organiser des campagnes de sensibilisation au profit

Congo

		<p>des travailleurs sur le VIH et le sida ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organiser des programmes radiotélévisés sur les modes de transmission et de non transmission du VIH ; ▪ Elaborer une stratégie de lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées au VIH et au sida ; ▪ Organiser des journées citoyennes sur la stigmatisation et la discrimination associées au VIH et au sida.
Domaines d'intérêt/ themes	Problèmes identifiés	Actions à entreprendre
PVVIH qui ont connu une autre stigmatisation et/ou discrimination	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comportements tendant à éviter les PVVIH (refus de manger ensemble dans une même assiette) ; ▪ Refus d'utiliser les mêmes ustensiles de cuisine et gobelets ▪ Divorce occasionné à la suite de la découverte de la séropositivité au VIH du conjoint occasionnant l'abandon des enfants au conjoint ; ▪ Interdiction de tout contact physique avec les conjoints vivant avec le VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organiser des campagnes sur la stigmatisation et la discrimination ; ▪ Elaborer une stratégie de lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées au VIH ; ▪ Organiser des campagnes de solidarité et de tolérance à l'égard des PVVIH.
Opinions des PVVIH sur la décision de faire le test de dépistage du VIH	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Test de dépistage du VIH réalisé suite aux épisodes maladie ▪ Test fait sous pression familiale ▪ Test fait à la suite de plusieurs décès ; ▪ Test fait à la suite des épisodes maladie. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encourager la promotion de dépistage volontaire du VIH ; ▪ Renforcer les mesures de prévention précoces du VIH et sida
Pression d'autres PVVIH pour la divulgation du secret	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Divulgarion du secret médical faite par l'entourage et les 	

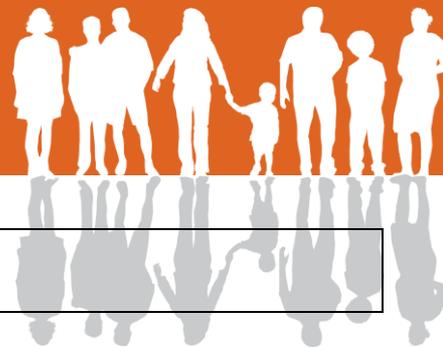
Stigma Index



médical	<p>locataires (propos adressé aux enfants disant que leurs parents sont soit malades du sida ou sont décédés à cause de cette maladie ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Divulgence du secret médical par les agents et personnels de santé. 	
Domaines d'intérêt/ themes	Problèmes identifiés	Actions à entreprendre
Opinions sur l'auto-stigmatisation des PVVIH	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pratiques et comportements (jugement de soi-même à travers l'image corporelle) ; ▪ Repli sur soi et isolement ▪ Idées de ce que les gens pensent de toi ; ▪ Abandon familial pour cause du statut sérologique. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer des programmes basés sur l'auto-stigmatisation des PVVIH ; ▪ Combattre l'auto-stigmatisation.
Raisons de stigmatisation et discrimination envers les PVVIH	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ignorances sur les modes de transmission et de contamination du VIH ; ▪ Croyances aux causes magico-religieuses du sida. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organiser des campagnes de lutte contre le sida.
Opinions des PVVIH sur les recours pour les droits violés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Loi portant protection des droits des PVVIH n'est pas totalement connue par certaines d'entre elles ; ▪ Peur de faire prévaloir les droits à la justice pour des raisons familiales (honte, souillure familiale, trahison familiale, déshonneur familial, dislocation familiale, etc.) ; ▪ Abandon de poursuites judiciaires à l'égard des parents afin d'éviter d'avoir des problèmes au niveau familial ; ▪ Manque d'informations sur les options à entreprendre en cas de violations ou atteintes à la dignité humaine. ▪ Manque de moyens financiers pour faire prévaloir les droits en 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plaidoyer auprès des ministères sectoriels pour rédaction des textes d'application sur la loi VIH et sida (décrets, arrêtés, notes de service et circulaires, etc.) ▪ Sensibiliser les leaders communautaires et religieux sur la loi ▪ Amener les PVVIH victimes de maltraitance à faire valoir les droits ; ▪ Encourager des procédures judiciaires gratuites en cas de violations des droits des PVVIH ; ▪ Former le personnel judiciaire et les auxiliaires

Congo

	<p>cas d'atteinte ou violations graves</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abandon contre toute action judiciaire inculquant les proches pour cause de discrimination. 	<p>de justice sur leurs droits des PVVIH.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer les capacités des cliniques juridiques.
Domaines d'intérêt/ themes	Problèmes identifiés	Actions à entreprendre
Avoir des enfants	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque de partenaires ou de conjointes ; ▪ A cause du nombre d'enfants ou famille nombreuse (10 enfants) ▪ Prise en charge de l'enfant nécessite des moyens financiers ▪ Peur de voir les enfants mourir par manque de moyens (pauvreté) ; ▪ Aucun désir d'avoir encore enfants mais tout dépend de Dieu ▪ Peur d'avoir des enfants infectés. 	
Dépistage et diagnostic de l'infection VIH	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rupture des réactifs ▪ Absence de certaines molécules (atripla) ; ▪ Effets secondaires de certaines molécules (atripla) ; ▪ Longue file d'attente lors des consultations médicales, psychologiques et sociales (4 heures d'attente) ; ▪ Médecins traitants favorisent certains patients/connaissances au détriment des autres. ▪ Médecins traitant assurent aux patients une prise en charge d'une durée d'1 mois au lieu de 3 mois ; ▪ Réunions de management du personnel traitant impacte sur la prise en charge des patients. ▪ Problèmes éthiques concernant le 	<p>Organiser des séminaires sur les questions de droit et d'éthique ; Mettre en place un observatoire de lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées au VIH.</p>



	personnel chargé d'assurer la PEC des PVVIH.	
--	--	--

Références

Centre National de la Statistique et des Etudes Economiques (CNSEE) (2009), « Enquête de séroprévalence et sur les indicateurs du Sida du Congo »(ESISC-I), Rapport principal, 173p

IPPF, GNP+, ICW, UNAIDS(2008) : «guide de l'utilisateur de l'Index de stigmatisation et discrimination envers les personnes vivant avec le VIH ».

OMS(2008) :« stopper la propagation du VIH et inverser la tendance de l'épidémie de sida ».

ONUSIDA(2011) :« Rapport ONUSIDA sur l'épidémie de sida 2011 ».

ONUSIDA(2013) :« Rapport ONUSIDA sur l'épidémie de sida 2013 ».

SEP/CNLS Congo(2008) « Cadre stratégique national de lutte contre le sida et les IST 2009-2013 ». Brazzaville, 2008.

République du Congo (2011) « Etude sur la Croissance et l'Emploi », Document de la Banque Mondiale, Septembre 2011.