



**Index de stigmatisation
et discrimination envers
les personnes vivant
avec le VIH en Haïti**



HAÏTI

Décembre 2021



FEDHAP

FEDERATION HAITIENNE DES ASSOCIATIONS DE PVVIH

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION (MSPP)

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA (PNLS)

**UNITE DE COORDINATION DES MALADIES INFECTUEUSES ET TRANSMISSIBLES
(UCMIT)**

Cette étude a été rendue possible grâce au support technique et financier de CDC Haïti et de l'ONUSIDA. Elle a été réalisée par la Fédération des associations de PVVIH et les associations de LGBT en collaboration avec la firme SEFIS (Société d'Étude et de Formation en Information Stratégique)

Principaux investigateurs :

Robert Philippe démographe, MSc., Directeur Exécutif de SEFIS

JBE Plaza, Belvil 7, Boulevard 15 Octobre, Route de Tabarre, Haïti

Courriel : rphilippe@sefis.net

Pavel Desrosiers MD, MSc., UCMIT/MSPP

Coordonnateur de UCMIT/MSPP

Courriel : pdesrosiers38@gmail.com

Malia Jean, AFHIAVIH

Présidente de la Fédération des Associations des PVVIH

Co-investigateurs :

Alfred Gerald Marie, ACESH

Saurel Beauséjour, ASON

Jhonny Lafleur, AJCDS

Jean Baptiste Koama, MD, MPH, MSc., CDC Haïti

Georges Perrin, MD, MPH, CDC Haïti

Valérie Toureau, MD, ONUSIDA

Ermane G. Robin MD, PNLS/MSPP

Gracia Desforge, MD, MPH, PNLS/MSPP

Suze Jean-Baptiste, PNLS/MSPP

Table des matières

<i>Table des matières.....</i>	<i>2</i>
<i>Acronymes.....</i>	<i>4</i>
<i>Liste des tableaux.....</i>	<i>5</i>
<i>Liste des figures</i>	<i>8</i>
<i>Avant-propos.....</i>	<i>9</i>
<i>Définition opérationnelle des concepts clés.....</i>	<i>11</i>
<i>Résumé exécutif.....</i>	<i>16</i>
I. INTRODUCTION.....	19
1.1. Contexte de l'étude	19
1.2. Index stigma	19
1.3. Objectif général.....	20
1.4. Objectifs spécifiques	20
1.5. Questions de recherche	20
II. METHODOLOGIE	21
2.1. Participation des associations de PVVIH et LGBT	21
2.2. Population de l'étude.....	21
2.3. Base de sondage	21
2.4. Échantillonnage	22
2.4.1. Taille de l'échantillon	22
2.4.2. Choix de l'échantillon.....	23
2.5. Collecte de données.....	24
2.5.1. Recrutement des enquêteurs et superviseurs	24
2.5.2. Formation des enquêteurs et superviseurs.....	24
2.5.3. Outil de collecte des données	25
2.6. Considérations éthiques	25
2.7. Traitement et analyse des données.....	26
2.8. Limites de l'étude.....	26
III. RESULTATS.....	27
3.1. Caractéristiques des personnes vivant avec le VIH.....	27
3.2. Expériences de stigmatisation.....	33

2A : Expérience de stigmatisation et de discrimination de la part d'autres personnes	33
2B : Accès au travail, aux services de santé et à l'éducation	38
2C : Stigmatisation interne et craintes ressenties des PVVIH enquêtées	40
2D : Droits, lois et politiques.....	44
2E : Effectuer un changement	48
3.3. Expérience lors du diagnostic, du dévoilement de statut, au cours du traitement et la possession d'enfant	52
3A : Test/diagnostic	52
3B : Divulgence de statut et confidentialité.....	53
3C : Traitement antirétroviral et médicaments contre les infections opportunistes.....	56
3D : Possession d'enfant.....	59
3E : Problèmes et défis rencontrés.....	62
IV. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	67
5.1. Conclusion	67
5.2. Recommandations	67
V. REFERENCES.....	71
VI. ANNEXES	72
Annexe 1 : Résultats généraux	72

Acronymes

ACESH	: Action Citoyenne pour l'Égalité Sociale en Haïti
AFHIAVIH	: Association des Femmes Haïtiennes Infectées et Affectées par le VIH
ARV	: Anti-RétroViral
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention
CNBEH	: Comité National de Bioéthique Éthique Haïtien
DSF	: Direction Santéfamille
EMMUS	: Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services
FEDHAP	: Fédération Haïtienne des Association de PVVIH
GIPA	: Greater Involvement of People Living with or Affected by HIV/AIDS
GNP+	: Global Network of People Living with HIV/AIDS (Réseau Mondial des PVVIH)
HARSAH	: Hommes Ayant des Rapports sexuels Avec des Hommes
ICW	: Communauté internationale de femmes vivant avec le VIH/SIDA
IPPF	: International Plan Parenthood Fédération
LAC/ALC	: Latin American & the Caribbean/Amérique Latine & Caraïbes
LGBT	: Lesbiennes, Gays, Bisexuel and Transgenres /Lesbiennes, Gays, Bisexuels et Transgenres
MSP	: Ministère de la Santé Publique et de la Population
OMS/OPS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	: Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PEPFAR	: President's Emergency Plan For AIDS Relief
PNLS	: Programme National de Lutte contre le SIDA
PS/FSW	: Professionnelles du Sexe / Female Sex Worker
PVVIH	: Personnes Vivant avec le VIH
SALVH	: Suivi Actif Longitudinal du VIH en Haïti
SEFIS	: Société d'Études et de Formation en Information Stratégique
SIQT/FIQS	: Formation sur l'Intégrité et la Qualité Scientifique
TAR	: Traitement Antirétroviral
UC	: Unité de Contractualisation
UCMIT	: Unité de Coordination des Maladies Infectieuses et Transmissibles
UGP	: Unité de Gestion des Programmes
UNFPA	: Fonds des Nations-Unies pour la Population
VES	: (Numéro) de Vérification de l'Éthique Scientifique
VIH/SIDA	: Virus Immunodéficient Humain/ Syndrome Immunodéficient Acquis

Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition des PVVIH par départements	22
Tableau 2 : Répartition de l'échantillon par départements.....	23
Tableau 3 : Répartition de l'échantillon par département et par site.....	24
Tableau 4- Répartition des enquêtés en fonction du genre.....	27
Tableau 5-Répartition de l'âge des enquêtés en fonction du sexe.....	27
Tableau 6- Répartition des enquêtés en fonction du milieu de résidence	28
Tableau 7-Répartition des enquêtés selon leur appartenance à une population clé en fonction du genre	29
Tableau 8-Répartition des enquêtés selon leur appartenance à une population clé en fonction du milieu de résidence	29
Tableau 9-Pourcentages d'enquêtés en fonction de leur niveau d'éducation selon le sexe	30
Tableau 10- Répartition des enquêté(e)s en fonction de leur situation matrimoniale	30
Tableau 11-Répartition des enquêtés par groupe d'âge, sexe et durée de la relation avec le partenaire	30
Tableau 12- Pourcentages d'enquêtés en fonction de leur activité sexuelle selon le sexe	31
Tableau 13-Répartition des enquêtés en fonction de leur situation d'emploi actuelle et le sexe ..	31
Tableau 14-Répartition des enquêtés par tranche de revenu mensuel et le sexe	32
Tableau 15-Répartition des enquêtés en situation d'insécurité alimentaire selon le sexe.....	32
Tableau 16-Répartition d'enquêtés rapportant une expérience sociale de stigmatisation ou discrimination au cours des 12 derniers mois en fonction de la raison	33
Tableau 17-Répartition des enquêtés rapportant une expérience sociale de stigmatisation ou discrimination au cours des 12 derniers mois en fonction du sexe	34
Tableau 18-Répartition des enquêtés rapportant une expérience sociale de stigmatisation ou discrimination au cours des 12 derniers mois en fonction de l'âge et de l'expérience vécue	34
Tableau 19-Répartition des enquêtés rapportant une forme d'expérience sociale de stigmatisation ou discrimination au cours des 12 derniers mois en fonction de l'âge.....	35
Tableau 20-Répartition des enquêtés rapportant une expérience sociale de stigmatisation ou discrimination au cours des 12 derniers mois en fonction du niveau d'éducation	35
Tableau 21-Répartition des enquêtés rapportant une expérience sociale de stigmatisation ou discrimination au cours des 12 derniers mois en fonction du niveau d'insécurité alimentaire déclaré.....	36
Tableau 22-Pourcentage d'enquêtés rapportant une expérience familiale de stigmatisation ou discrimination au moins une fois au cours des 12 derniers mois en fonction du sexe	37
Tableau 23- Répartition des enquêtés ayant eu des changements ou des difficultés d'accès au logement, au travail ou à des soins de santé au moins une fois au cours des 12 derniers mois en fonction du sexe.....	39
Tableau 24-Répartition des enquêtés ayant eu des changements ou des difficultés d'accès au logement au moins une fois, au travail ou à des soins de santé au cours des 12 derniers mois en fonction du niveau d'insécurité alimentaire	39
Tableau 25-Répartition des sentiments de stigmatisation des enquêtés selon l'âge (n=227).....	40

Tableau 26-Répartition des enquêtés ayant eu des comportements d’auto-stigmatisation au cours des 12 derniers mois en fonction du sexe	41
Tableau 27- Répartition des enquêtés ayant eu des comportements d’auto-stigmatisation au cours des 12 derniers mois en fonction des expériences de stigmatisation et/ou discrimination vécues au cours des 12 derniers mois.....	42
Tableau 28- Répartition des enquêtés rapportant avoir eu connaissance de la Déclaration d’engagement sur le VIH/SIDA des Nations Unies et le Plan stratégique national multisectoriel 2018 – 2023 en fonction du sexe	45
Tableau 29- Répartition des participants ayant eu à se soumettre à des pratiques discriminatoires liées à leur statut VIH en fonction du sexe.....	47
Tableau 30- Répartition des participants ayant eu à se soumettre à des pratiques discriminatoires liées à leur statut VIH en fonction de l’appartenance à une population clé	47
Tableau 31- Répartition des types d’organisations ou groupes connus parmi les participants ayant déclarés en connaître en fonction du sexe	49
Tableau 32- Répartition des participants 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.....	49
Tableau 33- Répartition des participants appartenant à une association en fonction de la région d’enquête et du sexe	50
Tableau 34- Répartition des participants appartenant à une association en fonction du niveau d’éducation et de l’âge.....	50
Tableau 35-Domains dans lesquels les enquêtés ont le sentiment de pouvoir influencer une décision concernant les PVVIH.....	51
Tableau 36- Raisons de dépistage du VIH en fonction du sexe	52
Tableau 37-Répartition des enquêtés en fonction de la décision pour se faire tester en fonction du sexe	53
Tableau 38-Divulgence du statut sérologique des enquêtés au niveau familial et social	54
Tableau 39- Répartition des enquêtés selon la pression ressentie pour la divulgation de leur statut en fonction du sexe	54
Tableau 40- Répartition des enquêtés selon leur perception du respect de la confidentialité en fonction du sexe.....	55
Tableau 41-Perception de l’état de santé des PVVIH en fonction de leur sexe	57
Tableau 42- Répartition des enquêtés prenant un traitement ARV et perceptions des enquêtés sur l’accessibilité du traitement ARV en fonction du sexe	58
Tableau 43- Répartition des enquêtés prenant un traitement ARV et perceptions des enquêtés sur l’accessibilité du traitement ARV en fonction de la zone d’habitation.....	58
Tableau 44- Répartition des enquêtés prenant un traitement IO et perceptions des enquêtés sur l’accessibilité des traitements pour les IO en fonction du sexe et de la zone d’habitation	58
Tableau 45- Répartition des enquêtés prenant un traitement IO et perceptions des enquêtés sur l’accessibilité des traitements pour les IO en fonction de la zone d’habitation	59

Tableau 46- Répartition des enquêtés relatant avoir des enfants en fonction de diverses caractéristiques socio- démographiques et de la durée de connaissance de la séropositivité au VIH	59
Tableau 47- Répartition des enquêtés relatant avoir des enfants séropositifs en fonction de diverses caractéristiques socio- démographiques et de la durée de connaissance de la séropositivité VIH des enquêtés parmi les enquêtés ayant des enfants	60
Tableau 48-Répartition des PVVIH ayant eu des conseils ou obligations concernant leur santé sexuelle et de la reproduction en fonction du sexe	61
Tableau 49- Conseils reçus par les femmes sur leur grossesse, les méthodes d'accouchement et l'alimentation du nourrisson par les prestataires de soins	61
Tableau 50- Principaux défis et problèmes liés au diagnostic du VIH	63
Tableau 51 : Principaux problèmes identifiés par les enquêtés en ce qui concerne la divulgation et la confidentialité de son statut VIH	64
Tableau 52-Principaux défis identifiés par les enquêtés concernant le traitement antirétroviral ..	65
Tableau 53- Principaux problèmes identifiés par les enquêtés concernant le fait d’avoir des enfants en étant PVVIH	66

Figure 1-Distribution (%) des enquêté(e)s en fonction du milieu de résidence par département .	28
Figure 2-Répartition des enquêtés selon la durée de connaissance de la séropositivité VIH et le sexe	33
Figure 3-Pourcentages des personnes enquêtées ayant vécu des expériences sociales de stigmatisation au cours des 12 derniers mois selon les populations clés.....	36
Figure 4-Pourcentages des personnes enquêtées ayant vécu des expériences sociales de stigmatisation au cours des 12 derniers mois en fonction des raisons perçues	37
Figure 5-Pourcentages des causes perçues par les enquêtés pour leurs expériences de stigmatisation et/ou de discrimination.....	38
Figure 6- Répartition des sentiments de stigmatisation interne des enquêté(e)s selon le sexe	40
Figure 7-Pourcentage d'enquêté(e)s craignant diverses formes de stigmatisation au cours des 12 derniers mois par sexe	43
Figure 8-Pourcentages d'enquêtés craignant diverses formes de stigmatisation au cours des 12 derniers mois en fonction de leur appartenance ou non à une population clé	44
Figure 9-Répartition des PVVIH en fonction de leur degré de connaissance de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA des Nations Unies et de leur niveau d'éducation.....	45
Figure 10- Répartition des PVVIH en fonction de leur degré de connaissance et de consultation de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA des Nations Unies selon les départements.....	46
Figure 11- Répartition des enquêtés en fonction de leur degré de connaissance et de consultation du Plan stratégique national multisectoriel 2018 – 2023 en Haiti selon les départements.....	46
Figure 12-Principaux domaines dans lesquels les associations de PVVIH devraient s'impliquer pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination	51
Figure 13-Répartition des enquêtés selon qu'ils aient ou non reçu un conseil pré et posttest lors de leur dépistage pour le VIH.....	53
Figure 14-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	56
Figure 15-Nombre d'enquêtés trouvant que la divulgation de leur statut sérologique a été une expérience stimulante (N=1241)	56
Figure 16-Perception de l'état de santé par les participants en fonction de la zone d'enquête	57



Cette étude est la première de cette catégorie réalisée en Haïti, avec et pour les PVVIH, selon un protocole standard et adapté au contexte haïtien. La FEDHAP+ y a pris part dès le début avec la traduction et la validation de l'outil de collecte jusqu'à l'élaboration du rapport, en passant évidemment par la formation des enquêteurs PVVIH et la collecte de données.

Joindre les différentes parties prenantes de cette étude, tout en maintenant nos revendications spécifiques, n'a pas été facile. Tout au long du processus, trouver le consensus d'action a été essentiel pour faire avancer l'étude dans des conditions difficiles liées à l'insécurité, les kidnappings, et aussi la COVID-19. Cette action collective a été enrichissante à plusieurs égards dont celui d'apprendre et

mieux se connaître les uns les autres ; et surtout de questionner et apprécier la stigmatisation telle que vécue et ressentie par les PVVIH en Haïti.

Les résultats de cette étude nous montrent que la stigmatisation et la discrimination nous rongent et nous tuent lentement, et aussi bien que le virus lui-même. Nous faisons partie des catégories dont le revenu moyen ne dépasse guère cinq mille gourdes (5.000 gourdes) par mois. Quatre sur cinq enquêtés l'ont clairement exprimé. Nous vivons dans la pauvreté. L'insécurité alimentaire est notre lot quotidien. La plupart d'entre nous affirment avoir vécu une expérience de stigmatisation, des exclusions en tout genre, des insultes et des ragots. Même des emplois nous sont refusés à cause de notre statut.

La stigmatisation interne est aussi ravageuse que celle que nous subissons dans notre entourage et nos communautés. Nous nous sentons coupables et avons souvent une faible estime de nous-mêmes.

Mais, tout cela ne nous décourage pas. Au contraire, nous analysons les résultats et nous invitons tous nos camarades de la FEDHAP+, tous les membres des associations de PVVIH à faire de cette étude un outil de base pour nos actions de plaidoyer et d'interventions de la réduction de la stigmatisation et de la discrimination. Nous profitons pour remercier tous les PVVH qui ont pris part à cette étude, les PVVIH enquêteurs et les chefs d'équipe. Nous leur disons un grand merci.

Nous remercions les partenaires techniques et financiers, spécialement CDC/PEPFAR et ONUSIDA, l'UCMIT, le PNLS et la firme SEFIS pour leur encadrement technique et leur expertise dans la réalisation de ce type d'étude. Nous avons appris beaucoup de choses. Nous raffermissons nos organisations afin que nous soyons à la hauteur d'avoir encore plus de responsabilités dans le cadre du contrôle et de l'élimination de l'épidémie de VIH en tant que menace de santé publique dans les années qui s'en viennent.

Nous avons besoin de façon urgente de l'augmentation du leadership politique haïtien. Nous avons formulé au cours de la Journée Mondiale du Sida 2021 nos revendications et avons avancé un agenda susceptible de nous faire obtenir les trois 95. Mais, nous pensons que la consolidation de ces acquis passe par un leadership politique fort et intelligent pour l'augmentation des ressources

domestiques, surtout celui du Trésor public dans la santé, et en ce qui nous concerne dans la réponse nationale face à cette épidémie.

Nous souhaitons que tous nos partenaires diffusent ce document et utilisent les données qu'il contienne à des fins de planification, de prise de bonnes décisions et de mobilisation de ressources pour : « **Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au SIDA. Mettre fin aux pandémies** ».

« **ANNOU TRAVAY POU TOUT MOUN GEN MENM DWA NAN YON MOND SAN SAN SIDA, SAN PANDEMI** ».



Marie Malia JEAN FLEURI CHARLES
Présidente FEDHAP+

Définition opérationnelle des concepts clés

Concept	Définition
Blâmer	Blâmer une personne signifie suggérer qu'elle est responsable d'avoir fait quelque chose de mal ; trouver une personne fautive ; l'accuser.
Confidentiel	Garder une information privée ou secrète. Assurer la confidentialité implique de faire en sorte que l'information soit gardée privée ou secrète et ne soit pas partagée avec ou connue d'autres personnes. La confidentialité est souvent associée à un sentiment de confiance ou à la croyance que si vous dites à quelqu'un quelque chose de privé ou de secret, il/elle ne partagera par cette information avec d'autres personnes sans votre permission.
Consentement	Accord volontaire ou autorisation. Un consentement écrit signifie donner l'autorisation par écrit et un consentement oral signifie donner une autorisation verbale.
Consentement éclairé	L'accord volontaire et l'autorisation donnée en pleine connaissance de cause des implications (exemple, les risques et les avantages). Par exemple, si une personne décide qu'elle veut faire le test du VIH et reçoit d'un conseiller des informations globales et compréhensibles sur le test, à la suite de quoi la personne consent à faire le test du VIH, ceci s'appellerait donner un consentement éclairé.
Consommateur de drogues injectables (CDI)	Il y a différentes façons de consommer la drogue, et l'injection constitue l'un de ces modes. Dans le travail du VIH, le terme « consommation de drogues injectables » décrit le comportement d'une personne qui s'injecte de la drogue. Les consommateurs de drogues injectables sont exposés aux mêmes risques sexuels du VIH que les autres personnes et, ceux qui partagent un matériel contaminé pour l'injection de drogues (comme une aiguille ou une seringue) présentent le risque complémentaire de contracter le VIH à travers l'utilisation de matériel de drogue contaminé.
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).
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

Concept	Définition
	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.
Discussion constructive	Une discussion qui est utile et productive, contrairement à une discussion qui a pour effet de détruire ou de miner une personne.
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.
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 de soutien pour les personnes vivant avec le VIH	Un groupe de soutien pour les personnes vivant avec le VIH est un groupe de personnes séropositives qui se réunissent pour s'apporter un soutien mutuel, étant donné qu'elles partagent une expérience commune – celle du vivre avec le VIH. Un groupe de soutien à des personnes vivant avec le VIH peut également être engagé dans un travail de plaidoyer lié au VIH.
Handicap physique	Une perte partielle ou totale d'une fonction du corps ou d'une partie du corps. Ceci couvre les déficiences sensorielles comme la surdité, le fait d'être malentendant ou malvoyant.
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.
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

Concept	Définition
	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.
Indicateur	Une mesure qui nous indique la présence ou l'absence de quelque chose. Un indicateur peut nous aider à déterminer, par exemple, si, oui ou non, un projet a atteint son objectif prévu sur une période donnée.
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.
Ménage	Un groupe de personnes qui vivent au même endroit (une maison ou un autre lieu d'habitation) en partageant l'espace et les ressources ; ces personnes sont souvent – mais pas forcément – membres d'une même famille.
Orphelin	Un enfant, âgé de moins de 18 ans, qui a perdu ses deux parents du fait de leur décès. Bien que tous les enfants orphelins ne le soient pas pour avoir perdu leurs parents pour des raisons de SIDA, dans de nombreuses communautés où la prévalence du VIH est élevée, il est probable qu'un grand nombre des orphelins auront perdu l'un de leurs parents ou leurs deux parents suite au SIDA.
Personne déplacée interne	Une personne qui est obligée de quitter son foyer (par exemple, suite à une situation conflictuelle, une catastrophe naturelle ou parce que cette personne et sa famille ou sa communauté sont victimes de discrimination ou de menace) et s'installer dans une autre région. Comme les réfugiés, les personnes déplacées sont obligées de fuir leur foyer d'origine mais, dans ce cas précis, elles restent sur le territoire de leur pays d'origine.
Planification familiale	L'effort conscient de couples ou d'individus pour planifier et atteindre le nombre souhaité d'enfants et, réguler l'espacement et le moment de leur naissance. La planification familiale se réalise par le biais de la contraception et par le traitement de l'infertilité involontaire.

Concept	Définition
Politique/Politiques	Un plan ou une ligne de conduite adopté(e) et poursuivi(e) par le gouvernement ou, par extension, une autorité en position de prise de décision.
Professionnel(le) du sexe	Le terme professionnel(le) du sexe est utilisé pour décrire, soit un homme, soit une femme qui s'engage dans une activité sexuelle contre paiement.
Programme	Un ensemble de projets œuvrant pour un but commun et général.
Projet	Une série d'activités ayant un objectif commun, généralement de petite dimension et s'engageant dans une activité unique avec un point de départ et un point d'arrivée clairs. Souvent, la plus petite unité opérationnelle d'un programme.
Quarantaine	Le fait de garder les gens isolés du reste de la communauté sur la base qu'ils ont une maladie contagieuse.
Recours légal	« Régler » un tort fait à une personne et, éventuellement, lui assurer une compensation pour la perte résultant de ce tort. Le recours légal implique que cela se fait dans le cadre de tribunaux, d'une commission des droits de l'homme ou un autre forum de ce type. Il peut impliquer la présence d'un avocat ou d'un conseil représentant la personne lésée et l'utilisation de la loi pour décider que le tort soit réglé d'une certaine façon.
Réfugié/chercheur d'asile	Tous ceux qui sont obligés de traverser des frontières internationales pour des raisons de conflit ou d'instabilité politique qui les amènent à craindre d'être persécutés à cause de leur race, leur religion, leur nationalité, leur appartenance à un groupe social particulier ou leur opinion politique.
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.
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.

Concept	Définition
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 devrait 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.
Stigmatisation Interne	La stigmatisation interne que l'on appelle aussi la stigmatisation « ressentie » ou « l'auto-stigmatisation » 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.
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.
Travailleur(se) du sexe	Le terme travailleur (se) de sexe est utilisé pour décrire, soit un homme, soit une femme qui s'engage dans une activité sexuelle contre un paiement.
Utilisateurs/consommateurs de Drogues Injectables (UDI)	Il y a différentes façons de consommer la drogue, et l'injection constitue l'un de ces modes. Dans le travail du VIH, le terme « consommation de drogues injectables » décrit le comportement d'une personne qui s'injecte de la drogue. Les consommateurs de drogues injectables sont exposés aux mêmes risques sexuels du VIH que les autres personnes et, ceux qui partagent un matériel contaminé pour l'injection de drogues (comme une aiguille ou une seringue) présentent le risque complémentaire de contracter le VIH à travers l'utilisation de matériel de drogue contaminé.

Sources : IPPF 2008. Index de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH • Guide de l'utilisateur

Dans le but de mieux comprendre le niveau de stigmatisation et de discrimination subi par les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en Haïti, les associations locales de PVVIH et de LGBT sur la direction de SEFIS et avec le support technique et financier du Programme National de Lutte contre le VIH (PNLS) du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) en collaboration avec ses partenaires incluant les Centres de Contrôle et de Prévention des Maladies des États-Unis, l'ONUSIDA ont réalisé pour la première fois l'étude Index Stigma en Haïti. L'objectif de l'étude est d'évaluer le niveau de stigmatisation et de discrimination liées au VIH vécu par les personnes vivant avec le VIH en Haïti. Les résultats de l'index stigma permettent de mieux comprendre la stigmatisation et ses différentes formes telles que vécues par les PVVIH en Haïti. Cette étude est réalisée par et pour les PVVIH avec le support technique de SEFIS (Société d'Étude et de Formation en Information Stratégique).

Les PVVIH ont été partie prenante dès le commencement de l'étude jusqu'à la restitution des résultats. Toutes les actions des partenaires d'encadrement technique de cette étude ont été réalisées en collaboration avec la fédération des associations de PVVIH ainsi que des associations de LGBT.

Les données de l'enquête ont été collectées du 26 avril au 21 mai 2021 auprès de 1241 PVVIH adultes dont 27% sont de genre masculin, 72% féminin et 1% de transgenre dans les dix départements administratifs d'Haïti. La technique d'échantillonnage adoptée était celle de l'échantillonnage stratifié selon le sexe à deux degrés. Au premier degré, 66 sites ont été sélectionnés proportionnellement à la taille des départements en utilisant la technique d'échantillonnage aléatoire simple. Au deuxième degré, 20 participants dans chaque site ont été sélectionnés par un tirage aléatoire systématique pondéré par genre (8 hommes pour 12 femmes selon les données nationales). La base de sondage était constituée de tous les adultes (18+ ans) ayant été testé VIH Positif dans la base de données MESI/SALVH.

L'enquête visait de collecter un ensemble d'informations sur les questions liées aux perceptions de la stigmatisation et la discrimination telles que vécues par les PVVIH du fait de leur statut séropositif dans l'espoir d'améliorer la compréhension de la situation par les décideurs politiques qui devront en conséquence prendre des mesures pour inverser la tendance. Les trouvailles de cette étude poussent à croire que, la stigmatisation et la discrimination subies en raison du statut sérologique au niveau de leurs foyers, lieux de travail et communautés peuvent léser la santé mentale et créer des obstacles au traitement du VIH. Près de 4 PVVIH sur 10 (35.8%) ont vécu au moins une fois une expérience de stigmatisation au cours des 12 derniers mois. Celle-ci peut prendre la forme d'exclusion des réunions et activités sociales, d'exclusion des activités religieuses, d'exclusion d'activité familiale, de commérage/ragots, d'insultes, d'harcèlement ou menaces verbales, d'harcèlement ou menaces physiques et d'agressions physiques. Toutes ces expériences sont liées, selon les réponses d'un pourcentage notable d'enquêtés (15%), au statut sérologique des victimes. Les expériences de stigmatisation perçues et /ou vécues obligent les PVVIH à changer de comportement. Environ 11% de PVVIH se sont retrouvés dans l'obligation de changer de lieu de résidence ou l'incapacité de louer un logement, 17 % ont subi la perte d'un emploi ou d'une source de revenu et 3% ont dû changer de poste ou de nature de travail en raison du statut sérologique. Par ailleurs, une expérience de stigmatisation alimente la stigmatisation interne ressentie par les enquêtés : 46% des enquêtés expriment un sentiment de honte, 41% vivent avec de la culpabilité, 39% pratiquent l'autocensure, 25% blâment les autres, 25% ont une piètre estime de soi et 18 avouent avoir nourri l'idée de suicide. Lorsque ces expériences ne sont pas directement vécues, la crainte de leur occurrence suffit pour mettre les sujets dans des formes

multivariées de situations d'auto-exclusion. En effet, 22.8% décident de ne pas ou ne plus avoir d'enfants, 14.7% décident de ne pas se marier, 13.9% se sont isolés de leur famille et/ou amis, 13% prennent la résolution de ne pas aller à des manifestations sociales, 12.3% abandonnent une formation ou ne pas appliquer à une formation, 7.7% évitent d'aller dans une clinique locale au besoin, 6% évitent d'aller à l'hôpital au besoin, 5.9% décident de ne pas postuler pour un emploi/travail ou une promotion et 4.8% décident d'arrêter de travailler. Ces effets négatifs peuvent être accrus pour ceux qui sont confrontés à une marginalisation associée à d'autres identités, telles que le genre ou la sexualité, la profession ou le statut de population clé, la situation économique ou l'insécurité alimentaire. L'enquête a aussi révélé que les PVVIH ne sont pas conscients de leurs droits pour comprendre et identifier des situations où ceux-ci seraient violés. Seulement 12% ont déclaré ouvertement que l'un de leurs droits a été violé au cours des 12 mois précédant l'enquête alors que 35% déclarent vivre un événement stigmatisant. Une personne sur cinq n'était pas sûre que cela leur ait été arrivé une fois. Cet état de fait semble être alimenté par la méconnaissance des lois et politiques Haïtiennes en matière de VIH. Seulement 34% ont entendu parler de la « Déclaration d'Engagement sur le VIH/SIDA » et le plan stratégique national multisectoriel 2018-2023, n'est connu que d'un PVVIH sur cinq (21%). Les institutions de santé semblent être des endroits accueillants pour les patients. En effet, très peu de PVVIH ont mentionné des événements stigmatisant vécus à l'intérieur des structures sanitaires. Pour 73%, l'expérience de dépistage du VIH s'est réalisée sans heurts, les prestataires avaient fait montre de professionnalisme et de compassion au moment de leur annoncer les résultats. 98,8% d'enquêtés sont actuellement enrôlés aux soins ARV. 37% d'enquêtés ont eu une discussion avec un professionnel de la santé sur d'autres sujets tels que santé sexuelle et reproductive, relation sexuelle et bien-être émotionnel. Les efforts de réduction de la transmission verticale sont considérables car presque toutes les femmes ont reçu un traitement ou des conseils pour enfanter des enfants sains. Cependant, on doit révéler que certains professionnels exercent des pressions sur les PVVIH qui lèsent leur droit à la reproduction et au traitement : 10% des PVVIH ont été conseillés pour ne pas avoir d'enfants, 2.8% ont été obligées d'entreprendre un processus de stérilisation, 16% ont été contraintes d'utiliser une forme quelconque de contraception comme condition pour obtenir des ARV. Par ailleurs, un fort pourcentage (44%) de patients étaient incertains que leur dossier étaient gardés confidentiels par les professionnels de santé. Ce qui soulève une piste pour d'autres études plus spécifiques sur la confidentialité au niveau des institutions de traitement. Les principaux défis auxquels ils sont confrontés concernent surtout la durée du traitement qu'ils jugent trop long et militent (66%) en faveur d'une cure définitive. 60.51% pensent que le dévoilement de statut serait un défi majeur compte tenu du niveau de stigmatisation qui règne au niveau sociétal.

Les recommandations formulées dans le cadre de cette enquête prennent corps non seulement sur les trouvailles précisément sur les expériences de stigmatisation des PVVIH mais aussi sur les idées exprimées par ceux-ci au niveau des défis rencontrés et ce qu'ils croient être impératif pour faciliter un traitement efficace :

- Les organisations de PVVIH devraient éduquer les PVVIH sur leurs droits, y compris les droits sexuels et reproductifs. Il serait essentiel qu'elles prônent la vie ouverte avec le VIH en insistant sur le dévoilement du statut sérologique et en organisant des sessions de counseling pour lutter contre la stigmatisation interne.
- La société civile a un rôle clé à jouer aux côtés des associations et autorités étatiques pour décourager les comportements discriminatoires envers les PVVIH et renforcer la connaissance des droits de ceux-ci. Il s'agirait de supporter les activités de formation des PVVIH sur leurs droits fondamentaux en tant que citoyens et sur les alternatives qu'ils ont en cas de violation de leurs droits. Elles devraient travailler avec les écoles et universités

pour inclure dans les curricula de formation des sujets visant le respect des droits des citoyens touchés par des maladies incurables comme le SIDA.

- Au niveau des intuitions de prise en charge, il faudrait renforcer le counseling post test pour l'acceptation du statut, travailler à rendre le circuit du patient VIH plus intégré aux circuits normaux de prise en charge des patients des IS pour minimiser le temps d'attente et garantir la vie privée et former les travailleurs de la santé aux droits de l'homme et à l'éthique médicale.
- Le gouvernement haïtien, à travers le MSPP et le PNLS devrait élaborer des politiques et adopter des lois pour protéger les PVVIH et les membres des populations clés. La vulgarisation des textes légaux sur la protection des droits des PVVIH (nationaux et internationaux) et le plan stratégique national multisectoriel 2018 – 2023 sur des supports adaptés (affiches, dépliants, émissions télévisées et radiophoniques) est aussi une action tout aussi prioritaire. Pour faciliter un meilleur suivi des progrès effectués dans la réduction de la stigmatisation, il faudra aussi définir et suivre systématiquement des indicateurs de stigmatisation et discrimination dans le suivi et l'évaluation du programme national de lutte contre le Sida.

1.1. Contexte de l'étude

La penderie du VIH/SIDA continue d'avoir de graves impacts sur la population mondiale. Selon les statistiques sur le VIH de l'ONUSIDA (2020), 38.0 millions de personnes vivaient avec le VIH/SIDA dans le monde en 2019. La région Caraïbes compte près de 330,000 dont 160,000 en Haïti, duquel 150,000 sont âgés de plus de 15 ans, faisant de Haïti le pays le plus touché par l'épidémie de VIH/Sida dans la région.

La prévalence de l'épidémie du VIH en Haïti s'est stabilisée dans la dernière décade à environ 2.0 % avec une prédominance chez les femmes (2.7%) comparée aux hommes (1.7%). La prévalence de l'épidémie est connue pour être plus élevée dans certains groupes de population avec des taux de 12.9% pour les HARSAH et 8.7% chez les femmes professionnelles du sexe (FSW)¹.

Le gouvernement haïtien avec le support technique et financier de ses partenaires au développement et d'exécution s'est engagé à réduire le fardeau du VIH/SIDA à travers diverses stratégies et interventions. Ainsi, le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) a aligné ses objectifs à ceux de l'ONUSIDA et de PEPFAR dans son Plan Stratégique National Multisectoriel de Riposte au VIH/SIDA révisé et souscrit entièrement à l'initiative ciblée de 95-95-95 de la communauté internationale pour alléger le fardeau du VIH/SIDA dans le monde.

1.2. Index stigma

En Haïti, les effets de la stigmatisation et de la discrimination tels que vécus par les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ne sont pas bien documentés, quoiqu'un récent sondage sur la stigmatisation et la discrimination en 2017 (MSPP/PNLS) ait montré des résultats alarmants. Plus de 70% de la population haïtienne ne désire pas utiliser les mêmes toilettes ou ustensiles de cuisine qu'un PVVIH connu et seulement 38.7% des personnes interrogées disent qu'elles fréquenteront un PVVIH. En plus, une large proportion de la population adulte interrogée dit que les homosexuels (74%), les professionnels du sexe (77%) et les PVVIH (57.9%) devraient être banni de rentrer dans le pays. Seulement 1.8% des adultes Haïtiens n'ont pas rapporté de stigmatisation ou de discrimination envers les PVVIH, les professionnels du sexe et les minorités sexuelles. Le rôle des PVVIH est essentiel dans la lutte contre l'épidémie du VIH à travers leurs contributions pour une meilleure compréhension des différentes facettes de la maladie ainsi que l'inconfort socio-environnemental des PVVIH du fait de leur statut.

Le réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+), la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/SIDA (ICW), la Fédération internationale pour le planning familial (IPPF) et du Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) ont développé un outil, *Index de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH*, qui permet de recueillir des informations sur les expériences des personnes vivant avec le VIH en rapport avec la stigmatisation, la discrimination et leurs droits.

L'Indice de stigmatisation des PVVIH est un outil standardisé pour recueillir des preuves de l'impact de la stigmatisation et de la discrimination sur la vie des personnes vivant avec le VIH. Il a été développé pour être utilisé par et pour les PVVIH et a été créé pour refléter et soutenir le principe de la plus grande participation des PVVIH (GIPA), où les réseaux de PVVIH sont

¹ BSS, PSI 2014.

habilités à diriger l'ensemble de la mise en œuvre de l'enquête sur l'Index de Stigmatisation des PVVIH. Lancé pour la première fois en 2008, l'outil de l'Index de Stigmatisation a été mis en œuvre dans plus de 100 pays avec plus de 100 000 PVVIH participant au processus dont plus de 15 pays sont de l'Amérique Latine et des Caraïbes (LAC).

Les résultats de l'index stigma contribueront à accroître la compréhension des acteurs du Programme de lutte contre le VIH de la manière dont les PVVIH vivent la stigmatisation et la discrimination du fait de leur statut VIH positif. Les résultats obtenus guideront les interventions programmatiques futures et les changements de politique. L'index de Stigmatisation des personnes vivant avec le VIH pourra être aussi utilisé comme outil de plaidoyer et pour façonner la base de l'évidence voulue.

Cette étude permettra de mieux comprendre la stigmatisation et ses différentes formes telles que vécu par les PVVIH en Haïti. Elle permettra de contribuer à une meilleure compréhension des manifestations et des formes de stigmatisation et d'appréhender les caractéristiques des personnes les plus susceptibles d'internaliser la stigmatisation et d'en subir les conséquences. Les résultats de l'étude fourniront des informations précieuses sur les domaines qui doivent être ciblés ou améliorés dans la programmation des soins et du soutien aux PVVIH.

1.3. Objectif général

Évaluer le degré de stigmatisation et de discrimination des personnes vivant avec le VIH/Sida par la Population Haïtienne.

1.4. Objectifs spécifiques

Les objectifs de cette étude sont de trois ordres :

- Accroître la compréhension de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard des PVVIH afin d'améliorer l'impact positif du Programme en Haïti ;
- Établir des bases de référence qui aideront à mesurer les tendances de la perception de la stigmatisation et de la discrimination par les PVVIH en Haïti au fil du temps ;
- Informer les décisions stratégiques et les discussions de politiques publiques sur le niveau de stigmatisation et de discrimination perçu par les PVVIH.

1.5. Questions de recherche

L'étude s'est efforcée de répondre les questions suivantes :

- Quelles sont les perceptions de la stigmatisation et de la discrimination telles que vécues par les PVVIH du fait de leur statut séropositif ?
- Dans quelle mesure les lieux de travail, les institutions de santé et d'éducation sont-ils accueillants pour les PVVIH ?
- Quel est le niveau de connaissance et de compréhension des droits des PVVIH, des lois et politiques Haïtiennes en matière de VIH ?
- Quels sont les principaux problèmes et défis des PVVIH en ce qui concerne le test et le diagnostic du VIH ; la divulgation et la confidentialité ; la thérapie antirétrovirale (TAR) ; et le fait d'avoir des enfants quand on est séropositif ?
- Quels sont les facteurs qui peuvent être utilisés pour prédire la stigmatisation et la discrimination des PVVIH ?

II. METHODOLOGIE

L'index de la stigmatisation du VIH est une enquête descriptive et transversale réalisée dans les dix départements administratifs d'Haïti auprès des personnes adultes vivant avec le VIH enrôlées dans une structure de prise en charge. L'étude a été réalisée par la Société d'Étude et de Formation en Information Stratégique (SEFIS) en étroite collaboration avec la Fédération Nationale des Associations de PVVIH avec le support technique et financier de CDC/PEPFAR et ONUSIDA. Les PVVIH ont été au cœur du processus à la fois comme enquêtés, enquêteurs et superviseurs.

2.1. Participation des associations de PVVIH et LGBT

Les PVVIH ont été partie prenante dès le commencement de l'étude jusqu'à la restitution des résultats. Toutes les actions des partenaires d'encadrement technique de cette étude ont été réalisées en collaboration avec la fédération des associations de PVVIH et aussi des associations de LGBT. L'outil de collecte de données standard traduit en créole haïtien a été modifié et validé par des PVVIH au cours d'une journée entière dédiée à stigma index lors de l'atelier de début novembre 2020 sur le renforcement de la plateforme des associations de PVVIH. Le choix des sites et la liste des PVVIH à enquêter a été faite de façon aléatoire au cours d'une session de formation dans le local de l'UCMIT avec des PVVIH sur la constitution de l'échantillonnage de cette étude. Tous les enquêteurs et les chefs d'équipe ont été des PVVIH et leur sélection a été faite en étroite collaboration avec des leaders PVVIH et des associations de LGBT. C'est grâce à l'appui de ces leaders que certaines difficultés rencontrées lors de la formation des enquêteurs et de la collecte de données au niveau des 66 institutions sanitaires ont été surmontées avec succès dans un contexte de crise socio politique aiguë aggravée par la pandémie COVID-19. Toutes les rencontres de discussion sur les données, la présentation des résultats et les recommandations ont été planifiées et réalisées avec la participation des associations de PVVIH.

2.2. Population de l'étude

La population de l'étude est constituée de toute personne adulte (âgée de 18 et plus) qui était testée VIH positive en Haïti et qui était ou non sous traitement ARV dans un centre de prise en charge du VIH.

2.3. Base de sondage

La base de sondage était constituée de tous les adultes (18+ ans) ayant été testé VIH Positif dans la base de données MESI/SALVH. Selon les données de MESI, en aout 2020, 125 345 PVVIH adultes étaient sous traitement ARV dont 62% étaient des femmes (www.mesi.ht) au niveau de 167 institutions de prise en charge actives et fonctionnelles. A cela, s'ajoute 13 185 personnes testées positives non- enrôlées au traitement antirétroviral. Ainsi, la base de sondage pour cette étude est constituée de 138,530 PVVIH.

Critères d'inclusion :

- Toute personne VIH positif âgée de 18 ans et plus et vivant en Haïti ;
- Toute personnes vivant avec le VIH et qui était sous traitement dans un site de prise en charge du VIH entre octobre 2019 et aout 2020 ;
- Toute personne vivant avec le VIH ayant donné son consentement éclairé.

Critères d'exclusion :

- Toute personne avec un statut VIH négatif ;

- PVVIH ayant une santé mentale défaillante qui pourrait l'empêcher de comprendre le consentement à participer, les objectifs et le contenu de l'enquête ;
- Toute personne VIH positif refusant de donner son consentement éclairé.

Le tableau 1 suivant affiche la répartition des PVVIH par département.

Tableau 1 : Répartition des PVVIH par départements

No	Département	Sites ARV	PVVIH en Haïti			En %
			Hommes	Femmes	Total	
1	Artibonite	22	8,483	13,495	21,978	16%
2	Centre	10	2,867	4,698	7,565	5%
3	Grande Anse	8	1,270	1,958	3,228	2%
4	Nippes	5	1,327	2,181	3,508	3%
5	Nord	17	6,235	10,103	16,338	12%
6	Nord-Est	14	2,061	3,253	5,314	4%
7	Nord-Ouest	12	2,567	4,198	6,765	5%
8	Ouest	61	23,428	38,942	62,370	45%
9	Sud	13	3,481	5,613	9,094	7%
10	Sud-Est	5	908	1,463	2,371	2%
Haïti		167	52,627	85,904	138,531	100%

Source : www.mesi.ht, consulté le 17 septembre 2020

2.4. Échantillonnage

Un échantillonnage stratifié selon le sexe à deux (2) degrés a été utilisé pour l'étude. Les institutions sanitaires à enquêter ont été sélectionnées au premier degré selon la méthode aléatoire simple. Au deuxième degré, les PVVIH à enquêter par site ont été sélectionnées par la méthode aléatoire systématique.

2.4.1. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée en utilisant la formule suivante :

$$n = [Z^2_{\alpha/2} * p (1 - p) / \alpha^2] * deff \text{ avec :}$$

n : taille de l'échantillon

Z : 1.96 pour un degré de confiance de 95% « étude de précision acceptable »

p : est la proportion des PVVIH qui subissent la stigmatisation et la discrimination (ne disposant pas d'études antérieures de l'index stigma en Haïti, nous utiliserons la proportion de 50% afin d'obtenir une taille d'échantillon maximale).

α : la marge d'erreur tolérée, plus α est petite, plus l'étude est précise soit $\alpha = 4\%$ soit deff = 2 (effet du plan d'échantillonnage)

Comme il n'y a pas eu d'étude de l'index stigma en Haïti qui aurait permis de calculer la taille idéale de notre échantillon, la proportion de 50% recommandée par la majorité des agences statistiques et qui permet d'obtenir une taille d'échantillon maximale a été utilisée. Un degré de confiance de 95% (valeur type 1.96) avec une marge d'erreur de 4 % est utilisé dans le calcul de l'échantillon. En appliquant la formule et en ajoutant un taux de non-réponse de 10%, la taille de l'échantillon pour la conduite du sondage était de 1320 PVVIH.

Tableau 2 : Répartition de l'échantillon par départements

No	Département	Sites ARV	Total PVVIH	En %	Échantillon	Sites à enquêter
1	Artibonite	22	21,978	16%	209	10
2	Centre	10	7,565	5%	72	4
3	Grande Anse	8	3,228	2%	31	1
4	Nippes	5	3,508	3%	33	2
5	Nord	17	16,338	12%	156	8
6	Nord-Est	14	5,314	4%	51	3
7	Nord-Ouest	12	6,765	5%	64	3
8	Ouest	61	62,370	45%	594	30
9	Sud	13	9,094	7%	87	4
10	Sud-Est	5	2,371	2%	23	1
Haïti		167	138,531	100%	1,320	66

Afin d'assurer une bonne représentativité, l'échantillon a été choisi de manière à ce que tous les départements (10) soient représentés proportionnellement à leur taille (Tableau 1). Le nombre de participants a été sélectionné en fonction du nombre de PVVIH pris en charge dans chaque département.

Le tableau 2 ci-dessus affiche la distribution de l'échantillon par département. Il montre le nombre de sites et de PVVIH à enquêter par département.

2.4.2. Choix de l'échantillon

Les données ont été collectées sur un échantillon représentatif de la population des PVVIH adulte dans les 10 départements administratifs d'Haïti. L'unité d'analyse est une personne adulte vivant avec le VIH. La technique d'échantillonnage adoptée a été celle de l'échantillonnage stratifié selon le sexe à deux degrés.

Au premier degré, la sélection des sites à enquêter par département a été faite en utilisant la technique d'échantillonnage aléatoire simple. Le choix des 66 sites a été fait par les membres de la fédération des associations de PVVIH, en mettant les noms des sites de chaque département dans un chapeau et tirant au hasard (sans remise) le nombre de sites à enquêter.

Au deuxième degré, la sélection des PVVIH dans les sites a été faite par un tirage aléatoire systématique pondéré par genre (4 hommes pour 6 femmes selon les données nationales). Le tirage a été effectué en utilisant la base de données MESI/SALVH qui contient la liste de PVVIH des sites. Les PVVH sont classés dans les registres des sites par ordre chronologique suivant la date d'enrôlement et/ou code patient pour les patients enrôlés aux ARV et par date de dépistage pour les PVVIH non-enrôlés. Ceux-ci ont permis le tirage aléatoire systématique des participants dans les sites. Dans chaque site d'enquête, 20 PVVIH ont été enquêtées soit 12 femmes et 8 hommes. Le tableau 3 affiche la répartition de l'échantillon ajusté pour le design dans les départements par site.

Tableau 3 : Répartition de l'échantillon par département et par site

No	Département	Sites ARV	Échantillon	Sites à enquêter	Échantillon ajusté
1	Artibonite	22	209	10	200
2	Centre	10	72	4	80
3	Grande Anse	8	31	1	20
4	Nippes	5	33	2	40
5	Nord	17	156	8	160
6	Nord-Est	14	51	3	60
7	Nord-Ouest	12	64	3	60
8	Ouest	61	594	30	600
9	Sud	13	87	4	80
10	Sud-Est	5	23	1	20
Haïti		167	1,320	66	1320

2.5. Collecte de données

Les données ont été collectées sur tablettes androïdes du 26 avril au 21 mai 2021 par seize (16) enquêteurs et deux (2) superviseurs dans 66 institutions sanitaires repartis dans les dix départements administratifs d'Haïti. Chaque enquêteur était responsable de quatre (4) sites et a passé une semaine dans chaque site pour réaliser 4 enquêtes par jour.

La coordination technique du PNLS a informé formellement les responsables des institutions sanitaires sélectionnées pour l'étude deux (2) semaines avant le démarrage de la collecte de données afin de les informer de l'objectif et de l'importance de l'étude et surtout pour prendre rendez-vous avec les PVVIH sélectionnées pour l'enquête. Une liste de 20 PVVIH sélectionnées sur SALVH ainsi qu'une liste backup de 10 ont été envoyées aux responsables des sites pour planifier les rendez-vous. La liste backup était pour remplacer les cas de décès, de migration ou de transfert.

2.5.1. Recrutement des enquêteurs et superviseurs

Le recrutement des enquêteurs et superviseurs a été fait par la Fédération nationale des associations de PVVIH. Ils étaient tous des PVVIH sélectionnés au niveau des associations des PVVIH. L'équipe d'étude a veillé à ce qu'ils fussent effectivement des PVVIH. Ils étaient sélectionnés sur la base de leur appartenance aux associations de PVVIH. Le niveau d'étude minimal exigé était la rhétorique i.e. secondaire 6.

2.5.2. Formation des enquêteurs et superviseurs

Une session de formation a été planifiée pour 40 PVVIH issus des 10 départements du 24 au 27 février 2021 au Royal Décameron Indigo dans le département de l'Artibonite. La formation était portée sur les techniques d'entrevue, l'outil de collecte et son utilisation sur tablette, la qualité des données, l'éthique et la confidentialité.

Les responsables des associations de PVVIH ont sélectionné les participants à la formation dans leur département respectif. Certains responsables des associations ont également joué le rôle de facilitateur dans la formation. Ils ont animé des jeux de rôle et partagé leur expérience de stigmatisation et de discrimination.

À la fin de la formation, l'équipe d'étude devrait choisir les 35 premiers des 40 participants pour réaliser l'enquête dont les cinq (5) premiers seraient recrutés comme superviseurs et les 30 autres comme enquêteurs. Cependant, sur la base de leur performance et statut sérologique, on n'a recruté que 18 PVVIH pour conduire l'enquête dont 16 enquêteurs et deux superviseurs.

2.5.3. Outil de collecte des données

L’outil de collecte utilisé pour évaluer le degré de stigmatisation et de discrimination des personnes vivant avec le VIH/sida est le questionnaire standardisé développé par le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+), la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/SIDA (ICW), la Fédération internationale pour le planning familial (IPPF) et le Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). Le questionnaire a été adapté au contexte d’Haïti. Il comprend trois sections principales :

Section 1: Caractéristiques socio démographiques;

Section 2: Expérience de la stigmatisation et de la discrimination de la part d’autres personnes;

Section 3: Facteurs associés à la stigmatisation et à la discrimination.

La version française du questionnaire a été traduite en Créole Haïtien et validée par la fédération des associations de PVVIH de Haïti lors d’un atelier (de deux jours) réalisé à l’Hôtel Kinam à Pétion-Ville (Port-au-Prince). Il a fait l’objet d’un test pilote interne (par l’équipe technique de SEFIS) et d’un test externe (par les enquêteurs durant la formation) pour la compréhension. Sur la base des résultats des tests pilotes, le libellé de certaines questions a été ajusté pour améliorer la clarté de la traduction.

2.6. Considérations éthiques

Approbation

Le protocole de l’étude a été soumis d’abord au Comité National de Bioéthique (CNB) d’Haïti qui a donné son approbation le 14 octobre 2020. Il a été ensuite soumis au comité bioéthique de CDC Atlanta qui a donné son approbation le 30 décembre 2020.

Consentement éclairé

La participation à l’étude était tributaire du consentement des participants potentiels. Un consentement verbal a été exigé des participants. Au début de toutes les entrevues, les participants potentiels étaient informés verbalement du but et de la nature de l’étude, des risques et des avantages attendus et de la durée de la séance. L’intervieweur lisait en Créole le consentement d’une façon audible au participant et s’assurait qu’il avait compris. Sinon, l’intervieweur relisait le consentement jusqu’à ce que le participant ait eu une bonne compréhension de son contenu.

Confidentialité

L’enquête était conçue pour garantir l’anonymat des participants à l’enquête. Les données collectées sont anonymes et les bases de données protégées par des mots de passe sur les ordinateurs. Une séance de formation sur l’éthique de la recherche a été dispensée au profit des enquêteurs et superviseurs.

Compensation

L’équipe d’étude s’était assurée que la participation à l’enquête fût volontaire et qu’aucune incitation à la participation n’ait été faite. Les participants à l’enquête étaient informés que l’enquêteur est seulement là pour poser des questions et pas pour offrir des cadeaux ou de l’aide. Aucune compensation n’a été donnée aux participants. Cependant, une collation a été offerte à tous les répondants à la fin de l’entrevue. Avant de demander le consentement, les participants

étaient informés qu'ils recevront la collation quelle que soit leur décision de participer (ou non) à l'enquête.

2.7. Traitement et analyse des données

A travers le contrôles de qualité des données et les contraintes intégrées dans la programmation des tablettes, les données collectées sur tablettes étaient validées par le coordonnateur de terrain avant d'être transmises au serveurs central (*Kobo Collect*) de SEFIS via Internet.

Une fois les données nettoyées, un fichier d'analyse a été créé sur SPSS incluant un dictionnaire de données, les noms et les valeurs des variables et les métadonnées. Les analyses ont été effectuées à l'aide des progiciels statistiques SPSS et Microsoft Excel.

Les résultats sont présentés sous forme de tableaux de fréquence et de graphiques. Les caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée et les thèmes abordés dans l'enquête sont présentés et désagregés par âge, sexe, éducation, et zone de résidence (urbaine, semi-urbaine et rurale). Les différences pour certaines variables ont été analysées en effectuant des tests du chi carré (χ^2). P-value < 0.05 a été adoptée comme significative.

2.8. Limites de l'étude

Il s'agit d'une enquête transversale et, à ce titre, elle fournit une image ponctuelle de la stigmatisation et de la discrimination envers les PVVIH en Haïti. Par conséquent, des facteurs tels que les interventions du Programme, l'application des politiques et lois futures peuvent affecter l'ampleur de la stigmatisation et de la discrimination perçues par les PVVIH. Un système de suivi et de surveillance longitudinale est plus approprié pour donner des informations à jour sur la stigmatisation et la discrimination des PVVIH et des autres minorités dans le pays.

Les estimations obtenues à partir de cette étude ne sont valables qu'au niveau national. Toute autre extrapolation au niveau départemental devra se faire avec précaution et réserve. Le faible taux de participation des PVVIH appartenant au groupe de "population clés" ne prête pas à une généralisation des résultats pour cette fraction de la population. En plus, le nombre de personnes transgenres était faible limitant de ce fait notre capacité à mener une analyse significative pour cette communauté.

III. RESULTATS

3.1. Caractéristiques des personnes vivant avec le VIH

Cette première partie dresse le profil sociodémographique des 1241 participants à cette enquête. Elle comprend les informations sur le genre, l'âge, le milieu de résidence, le niveau d'éducation, le nombre d'enfant, la situation matrimoniale, l'appartenance à une population clé, la situation économique en termes d'occupation, de revenu, la disponibilité de nourriture et le statut d'enrôlement.

Répartition par genre

L'effectif total des enquêtés s'élève à 1241 personnes dont 27% sont de genre masculin, 72% féminin et 1% de transgenre (tableau 1).

Tableau 4- Répartition des enquêtés en fonction du genre

Genre	Effectif	Fréquence
Masculin	342	27%
Féminin	891	72%
Transgenre	8	1%
Total	1241	100%

Age des enquêtés

En vertu du protocole de l'enquête, seuls les adultes de 18 ans au moins étaient éligibles. L'âge moyen de la population est de 41 ans, variant dans l'intervalle de 18 comme âge minimum et de 83 comme âge maximum. Selon le tableau 5, 47.7% sont âgés de moins de 40 ans et 52.3% sont âgés de plus de 40 ans.

Tableau 5-Répartition de l'âge des enquêtés en fonction du sexe

Groupe d'âge	Homme	Femme	Transgenre	Total	
				Effectif	Fréquence
18 à 19 ans	5	16	0	21	1.7%
20 – 24 ans	12	45	1	58	4.7%
25 – 29 ans	19	106	4	129	10.4%
30 - 39 ans	77	303	3	383	30.8%
40 – 49 ans	103	249	0	352	28.4%
50 + ans	126	172	0	298	24.0%
Total	342	891	8	1241	100.0%

Moyenne d'âge =41.04 ans, Age médian = 40 ans, Écart-type =11.94, Min = 18 ans, Max= 83 ans

Milieu de résidence

49.8% des enquêtés résident en milieu rural, soit près de la moitié ; et l'autre moitié dans des zones urbaines et semi-urbaines.

Tableau 6- Répartition des enquêtés en fonction du milieu de résidence

Milieu	Effectif	Fréquence
Urbain	404	32.6%
Semi-urbain	218	17.6%
Rural	619	49.8%
Total	1241	100%

La distribution des enquêtés en fonction de leur milieu de résidence indique une prédominance d'occupation des territoires ruraux et semi-urbains à l'intérieur des départements administratifs. Les départements du Sud-Est, des Nippes et de l'Ouest sont les départements à recenser le plus de personnes habitant des zones urbaines (figure 1).

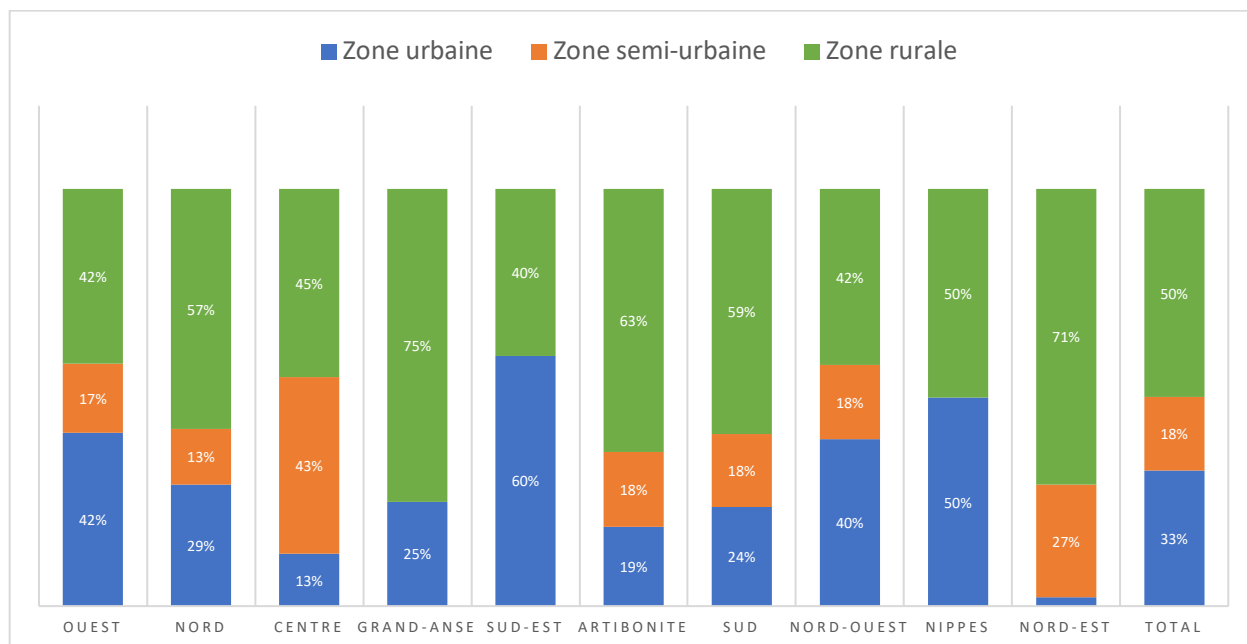


Figure 1-Distribution (%) des enquêté(e)s en fonction du milieu de résidence par département

Composition des ménages

Pour environ 7 enquêtés sur 10 (74%), la taille des ménages varie entre 1 à 5 personnes. Par ailleurs, on retrouve aussi 23% d'enquêtés résidants dans des ménages de 6 à 10 personnes et 3 % évoluant dans ceux de plus de 10 personnes.

Au sein des ménages 73% des enquêtés ont des enfants âgés de 0 à 14 ans. Seulement 8% des enquêtes ont déclaré vivre avec des orphelins du SIDA.

Appartenance à une population clé en fonction du genre et du milieu de résidence

Seulement 8.9 % des enquêtés appartiennent à une population clé, notamment : Personne déplacée à l'intérieur du pays (4.7%), "Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes" (1.5%), Transgenre (0.5%), Travailleur de sexe (1.4%), Gay ou lesbienne (0.4%), Consommateur de drogues injectables (0.2%), Réfugié ou demandeur d'asile (0.2%), Prisonnier (0.1%). La tendance générale (tableau 7) montre que statistiquement beaucoup plus de femmes tendent à se considérer comme faisant partie d'une des types de population clé ($p < 0.001$).

Tableau 7-Répartition des enquêtés selon leur appartenance à une population clé en fonction du genre

Population clé	Homme	Femme	Transgenre	Effectif	Total Fréquence
Consommateur de drogues injectables	2	0	0	2	0.2%
Gay ou Lesbienne	0	4	1	5	0.4%
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	17	0	2	19	1.5%
Personne déplacée à l'intérieur du pays	16	43	0	59	4.7%
Prisonnier	1	0	0	1	0.1%
Refugié or demandeur d'asile	0	2	0	2	0.2%
Travailleur de sexe	0	17	0	17	1.4%
N'appartenant pas à une population clé	306	825	5	1136	91.5%
Total	342	891	8	1241	100%

$\text{Khi}^2=764.296$, $p<0.001$ (Statistiquement significatif)

Le concept "Population clé", selon les données recueillies, semble être un concept rural (différence significative avec $p<0.005$). En effet, 10% de la population résidant en zone rurale affirme appartenir à un type de population clé contre 8.4% et 6.4 % des personnes résidant respectivement en zone urbaine et semi-urbaine. Par ailleurs, on note que 68% (40 sur 59) des personnes déplacées à l'intérieur du pays résident au niveau de la population rurale de l'enquête. Ce qui est peut-être dû au flux migratoire des résidents du milieu urbain vers le milieu rural suite au tremblement de terre du 12 Janvier 2010, ou à l'insécurité qui sévisse dans les grandes villes du pays ces derniers temps.

Tableau 8-Répartition des enquêtés selon leur appartenance à une population clé en fonction du milieu de résidence

Appartenance à une population cible	Zone rurale		Zone semi-urbaine		Zone urbaine	
	N	%	N	%	N	N %
Consommateur de drogues injectables	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%
Gay or lesbienne	1	0.1%	3	0.2%	0	0.0%
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	10	0.8%	2	0.2%	8	0.6%
Travailleur sexuel	8	0.6%	0	0.0%	8	0.6%
Personne déplacée à l'intérieur du pays	40	3.2%	6	0.5%	13	1.0%
Prisonnier	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%
Refugié or demandeur d'asile	0	0.0%	2	0.2%	0	0.0%
Transgenre	1	0.1%	1	0.1%	4	0.3%
N'appartenant pas à une population clé	557	44.9%	204	16.4%	370	29.8%
Total	619	50%	218	18%	404	32%

$\text{Khi}^2=36.894$, $p=0.002$ (Statistiquement significatif)

Niveau d'éducation

Le niveau scolaire le plus élevé de la population sous étude est l'université, avec une faible proportion de 1.5% des enquêtés. L'école primaire est le niveau d'éducation la plus prisée avec 39.2% de la population. Les hommes sont statistiquement plus éduqués que les femmes avec des pourcentages plus élevés atteignant les niveaux d'étude secondaire et universitaire. Bien que la

population retrouvée comme transgenre soit très faible (8), il a été constaté que parmi elle, 62.5% (soit 5 sur 8) d'entre eux ont atteint le niveau secondaire.

Tableau 9-Pourcentages d'enquêtés en fonction de leur niveau d'éducation selon le sexe

Niveau d'étude	Homme		Femme		Transgenre		Total	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
Éducation non formelle	65	19.0%	189	21.2%	0	0.0%	254	20.5%
École primaire	128	37.4%	357	40.1%	2	25.0%	487	39.2%
École secondaire	139	40.6%	337	37.8%	5	62.5%	481	38.8%
Université	10	2.9%	8	0.9%	1	12.5%	19	1.5%
Total	342	100%	891	100%	8	100%	1241	100%

$\text{Khi}^2=764.983, p<0.001$ (Statistiquement significatif)

Situation matrimoniale et durée des relations

Près de la moitié des répondants (48%) vit en couple i.e. "Marié ou cohabité/placé". D'entre eux 32% (189) sont des hommes contre 68% de femmes. Environ 13% (159) de PVVIH sont veuves/veufs. Le tableau 10 montre que les femmes sont les plus touchées par la perte de leur conjoint (88%) et la différence avec les hommes est statistiquement significative ($p<0.001$).

Tableau 10- Répartition des enquêté(e)s en fonction de leur situation matrimoniale

Situation Relationnelle	Homme		Femme		Transgenre		Total	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
Célibataire	107	31.3%	282	31.6%	5	62.5%	394	31.7%
Divorcé/séparé	28	8.2%	64	7.2%	1	12.5%	93	7.5%
Marié ou cohabitant/Placé	189	55.3%	405	45.5%	2	25.0%	596	48.0%
Veuve/Veuf	18	5.3%	140	15.7%	0	0%	159	12.8%
Total	342	100%	891	100%	8	100%	1241	100%

$\text{Khi}^2=31.07, p<0.001$ (Statistiquement significatif)

La moitié des enquêtés (52%) soutiennent qu'ils n'entretiennent pas de relation à proprement parlé. Lorsqu'ils s'y retrouvent, la durée la plus étanche est de 5-9 ans (14%), suivie de "1-4 ans" (11%) et de "15 ans et plus" (10%) (tableau 11).

Tableau 11-Répartition des enquêtés par groupe d'âge, sexe et durée de la relation avec le partenaire

Groupe d'âge		Pas de relation		0 - 1 an		1 - 4 ans		5 - 9 ans		10 - 14 ans		15 + ans	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
18- 19 ans	Homme	5	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Femme	10	62.5%	1	6.3%	4	25.0%	1	6.3%	0	0.0%	0	0.0%
20 - 24 ans	Homme	8	66.7%	1	8.3%	2	16.7%	1	8.3%	0	0.0%	0	0.0%
	Femme	24	53.3%	3	6.7%	12	26.7%	5	11.1%	0	0.0%	1	2.2%
	Transgenre	0	0.0%	1	100%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
25 - 29 ans	Homme	12	63.2%	2	10.5%	3	15.8%	2	10.5%	0	0.0%	0	0.0%
	Femme	43	40.6%	6	5.7%	22	20.8%	24	22.6%	9	8.5%	2	1.9%
	Transgenre	3	75.0%	0	0.0%	1	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
30 - 39 ans	Homme	37	48.1%	2	2.6%	9	11.7%	15	19.5%	11	14.3%	3	3.9%

Groupe d'âge		Pas de relation		0 - 1 an		1 - 4 ans		5 - 9 ans		10 - 14 ans		15 + ans	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
40 – 49 ans	Femme	146	48.2%	16	5.3%	41	13.5%	57	18.8%	25	8.3%	18	5.9%
	Transgenre	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Homme	39	37.9%	6	5.8%	6	5.8%	21	20.4%	14	13.6%	17	16.5%
	Femme	131	52.6%	12	4.8%	20	8.0%	31	12.4%	24	9.6%	31	12.4%
50 + ans	Homme	52	41.3%	9	7.1%	9	7.1%	9	7.1%	13	10.3%	34	27.0%
	Femme	132	76.7%	3	1.7%	3	1.7%	5	2.9%	5	2.9%	24	14.0%
TOTAL		645	52%	62	5%	132	11%	171	14%	101	8%	130	10%

Activité sexuelle

Au moment de l'enquête, 34.7 % des répondants n'étaient pas actifs sexuellement contre 65.3% qui l'était. Les hommes semblent être plus actifs que les femmes, statistiquement considéré ($p < 0.001$). Un seul des transgenres n'est pas sexuellement actif.

Tableau 12- Pourcentages d'enquêtés en fonction de leur activité sexuelle selon le sexe

Sexuellement active	Homme		Femme		Transgenre		Total	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
Oui	263	76.9%	540	60.6%	7	87.5%	810	65.3%
Non	79	23.1%	351	39.4%	1	12.5%	431	34.7%
Total	342	100%	891	100%	8	100%	1241	100%

$\text{Khi}^2=30.702$, $p < 0.001$ (Statistiquement significatif)

Emploi, revenu et sécurité alimentaire

Plus de 4 PVVIH sur 10 (44%) ne travaillent pas. Parmi ceux qui ont une occupation (56%), 35% font du travail occasionnel ou à temps partiel comme travailleur autonome, 12% sont des travailleurs autonomes à plein temps, 5% sont employés à temps plein et 3.4% travaillent à temps partiel. Les femmes sont plus nombreuses à être au chômage (49%) que les hommes (32%). La différence constatée en termes d'occupation de tout genre entre homme et femme est statistiquement significative ($p < 0.001$) (tableau 13).

Tableau 13-Répartition des enquêtés en fonction de leur situation d'emploi actuelle et le sexe

Situation d'emploi actuelle	Homme		Femme		Transgenre		Total	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
A plein temps (comme employé)	30	8.8%	33	3.7%	0	0.0%	63	5.0%
A temps partiel (en tant qu'employé)	15	4.4%	25	2.8%	2	25.0%	42	3.4%
Occasionnel ou à temps partiel (Travailleur autonome)	148	43.3%	283	31.8%	3	37.5%	434	35.0%
Chômeur/ne travaillant pas du tout	109	31.9%	439	49.3%	3	37.5%	551	44.4%
A temps plein pas comme employé(e) (Travailleur autonome).	40	11.7%	111	12.5%	0	0.0%	151	12.2%
Total	342	100%	891	100%	8	100%	1241	100%

$\text{Khi}^2=53.269$, $p < 0.001$ (Statistiquement significatif)

Le revenu mensuel médian des ménages est de 5000 HTG, soit moins de 100 USD évalué au taux de change du marché au 30 juin 2021 (91.06 gourdes pour 1 dollar américain). Quatre PVVIH sur dix ont un revenu mensuel de moins de 5000 HTG, ce qui traduit la condition d'extrême pauvreté des ménages. Cela justifie, par ailleurs, le fait qu'au cours du mois précédant l'enquête 75% des répondants se sont retrouvés dans une situation d'insécurité alimentaire, quel que soit leur sexe (différence statistiquement non significative) (tableau 14).

Tableau 14-Répartition des enquêtés par tranche de revenu mensuel et le sexe

Tranche de revenu (Gourdes)	Homme	Femme	Transgenre	TOTAL	%
000-4999	143	373	2	518	42%
5000-9999	62	216	2	280	23%
10000-14999	38	97	2	137	11%
15000-19999	24	48	1	73	6%
20000 - 49999	40	82	1	123	10%
50000 et plus	35	75	0	110	9%
Total	342	891	8	1241	100%

Khi²=11.043, p=0.353 (Statistiquement non significatif)

Plus de 8 PVVIH sur 10 (81%) étaient en situation d'insécurité alimentaire au moment de l'enquête. Parmi eux, deux tiers (66%) étaient en insécurité alimentaire sévère (Tableau 15). En effet, le ménage de ceux-ci n'a pas eu assez de nourriture à manger pendant plus de 3 jours. Certains répondants avancent un nombre de jours allant jusqu'à 30. Cependant, le nombre moyen de jours est de 15. Cet état de fait trouve une de ses explications des plus probables dans la situation de chômage dans laquelle se retrouve près de 5 enquêtés sur 10. Le sexe n'influe aucunement sur la tendance retrouvée en termes de revenu (tableau 15).

Tableau 15-Répartition des enquêtés en situation d'insécurité alimentaire selon le sexe

Insécurité alimentaire	1.-Homme		2.-Femme		3.-Transgenre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pas d'insécurité alimentaire	73	21.3%	160	18.0%	2	25.0%	235	19%
Modéré (1 à 2 jours)	46	13.5%	137	15.4%	2	25.0%	185	15%
Sévère (plus de 3 jours)	223	65.2%	594	66.7%	4	50.0%	821	66%
Total	342	100%		100%		100%	1241	100%

Khi²=3.217, p=0.522 (Statistiquement non significatif)

Handicap

Seulement 32 enquêtés (3%) souffraient d'un handicap au moment de l'enquête. Le type d'handicap varie pour la plupart entre la perte d'un membre suite à un accident cardiovasculaire ou un accident de la route ou la malformation des membres et les troubles auditifs.

Connaissance de la séropositivité et enrôlement

Globalement, la connaissance du statut de séropositivité est très récente chez les enquêtés. En effet, près de 4 sur 10 enquêtés connaissent leur séropositivité il y a moins de 5 ans de cela. Parmi eux, on retrouve 38 % de femmes, 42% d'hommes et 50% de transgenre (figure 2). 26% des enquêtés (tout genre confondu) sont au courant de leur statut de VIH+ depuis 5 et 9 ans et 35% le savent il y a au moins 10 ans de cela.

La quasi-totalité (99%) des enquêtés sont enrôlés dans une structure de prise en charge du VIH. On a aussi retrouvé des personnes atteintes du VIH (3 dans l'ouest et 1 dans l'Artibonite) qui n'étaient enrôlées dans aucune structure : celles-ci vivent avec le virus depuis moins de 10 ans.

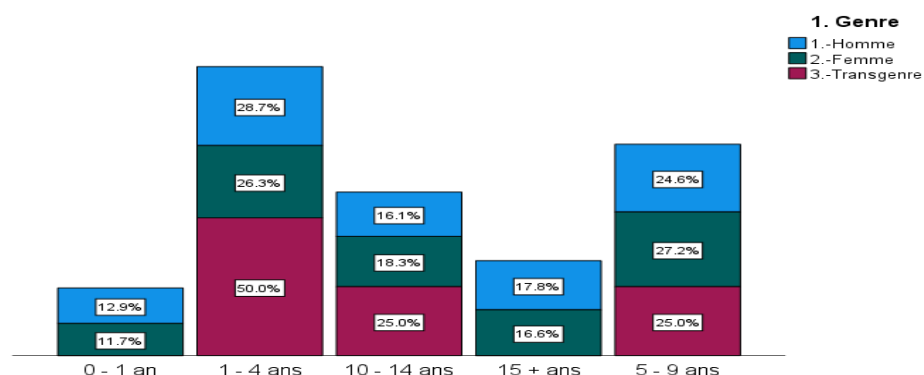


Figure 2-Répartition des enquêtés selon la durée de connaissance de la séropositivité VIH et le sexe

3.2. Expériences de stigmatisation

Cette section du rapport présente les expériences et types de stigmatisation vécus par les PVVIH dans leur environnement (famille, lieux de travail, lieux de cultes), les raisons possibles en fonction de l'âge, du niveau d'éducation, du genre, d'appartenance à une population clé et du niveau d'insécurité alimentaire. Elle présente aussi les comportements des enquêtés suite aux expériences de stigmatisation et ce qu'ils pensent être nécessaire pour apporter un changement.

2A : Expérience de stigmatisation et de discrimination de la part d'autres personnes

Expérience de stigmatisation et/ou discrimination au niveau social

Le tableau 16 indique que près de 4 PVVIH sur 10 (35.8%) ont vécu au moins une fois une expérience de stigmatisation au cours des 12 derniers mois. Celle-ci peut prendre la forme d'exclusion des réunions et activités sociales, d'exclusion des activités religieuses, d'exclusion d'activité familiale, de commérage/ragots, d'insultes, d'harcèlement ou menaces verbales, d'harcèlement ou menaces physiques, d'agressions physiques. Pour 85% de victimes d'une des formes de stigmatisation ou discrimination, la raison est inconnue, cependant, 15% (67 sur 444) pensent qu'il existerait un lien entre leur séropositivité et l'expérience de stigmatisation qu'ils ont vécue.

Tableau 16-Répartition d'enquêtés rapportant une expérience sociale de stigmatisation ou discrimination au cours des 12 derniers mois en fonction de la raison

Expériences sociales de stigmatisation	Aucune réponse		À cause de la séropositivité		À cause du statut VIH et d'autres raisons(s)?		Je ne sais pas pourquoi		Pour (une) autre raison(s)?		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Au moins une expérience de stigmatisation	337	29.7%	53	100%	14	100%	1	100%	39	100%	444	35.8%
Pas d'expérience de stigmatisation	797	0.0	-	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	797	64.2%
Total	1134	100%	53	100%	14	100%	1	100%	39	100%	1241	100%

Khi²=210.193 p<0.001 (Statistiquement significatif)

Formes de discrimination

Les formes de discrimination les plus citées sont le commérage (29.6%), les insultes (22.4%), les harcèlements ou menaces physiques (12.5%) et les agressions physiques (8.6%) de ceux qui rapportent une expérience de stigmatisation. Les exclusions des activités sociales, religieuses et familiales ne sont vécues que par un très faible pourcentage de PVVIH soit 3.4%, 1.6% et 4.2% respectivement.

Discrimination et genre

Les différences retrouvées entre les genres pour toutes ces formes de discrimination ne sont pas statistiquement significatives. Quel que soit le sexe, les PVVIH vivent similairement ces événements (tableau 17). Toutefois, les femmes sont plus nombreuses à les vivre.

Tableau 17-Répartition des enquêtés rapportant une expérience sociale de stigmatisation ou discrimination au cours des 12 derniers mois en fonction du sexe

Expérience Exclusion au cours des 12 derniers mois		Homme		Femme		Transgenre		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Exclusion Sociale	Au moins une fois	17	39.5%	26	60.5%	0	0.0%	43	100.0%
	Jamais	325	27.1%	865	72.2%	8	0.7%	1198	100.0%
Exclusion religieuse	Au moins une fois	8	38.1%	13	61.9%	0	0.0%	21	100.0%
	Jamais	334	27.4%	878	72.0%	8	0.7%	1220	100.0%
Exclusion Familiale	Au moins une fois	15	28.3%	38	71.7%	0	0.0%	53	100.0%
	Jamais	327	27.5%	853	71.8%	8	0.7%	1188	100.0%
Victime de commérage /Ragots	Au moins une fois	108	29.3%	257	69.8%	3	0.8%	368	100.0%
	Jamais	234	26.8%	634	72.6%	5	0.6%	873	100.0%
Insultes, harcèlement ou menaces verbales	Au moins une fois	69	24.8%	206	74.1%	3	1.1%	278	100.0%
	Jamais	273	28.3%	685	71.1%	5	0.5%	963	100.0%
Harcèlement ou menaces physiques	Au moins une fois	42	27.1%	111	71.6%	2	1.3%	155	100.0%
	Jamais	300	27.6%	780	71.8%	6	0.6%	1086	100.0%
Agressions physiques	Au moins une fois	27	25.2%	78	72.9%	2	1.9%	107	100.0%
	Jamais	315	27.8%	813	71.7%	6	0.5%	1134	100.0%

$\text{Khi}^2=7.8309$, $p=0.293>0.05$ (Statistiquement non- significatif)

Discrimination et âge

Entre les groupes d'âge, bien que les écarts notés ne soient pas statistiquement significatifs, il semblerait que plus on est âgé plus on est susceptible de vivre un événement stigmatisant ou discriminatoire. Les groupe d'âge les plus touchés sont par toutes les formes d'expériences sociales de stigmatisation et de discrimination sont les 30-39 ans et les plus de 50 ans (tableaux 18 et 19).

Tableau 18-Répartition des enquêtés rapportant une expérience sociale de stigmatisation ou discrimination au cours des 12 derniers mois en fonction de l'âge et de l'expérience vécue

Expérience au cours des 12 derniers mois (% de personnes ayant eu une expérience)	18 à 19 ans	20 – 24 ans	25 – 29 ans	30 - 39 ans	40 – 49 ans	50 + ans
Exclusion sociale (n=43)	2.3%	9.3%	4.7%	32.6%	34.9%	16.3%
Exclusion Religieuse (n=21)	4.8%	4.8%	9.5%	23.8%	33.3%	23.8%
Exclusion Familiale (n=53)	1.9%	3.8%	7.5%	32.1%	32.1%	22.6%
Commérage (n=368)	3.0%	4.1%	10.6%	32.9%	29.6%	19.8%
Insultes, harcèlement ou menaces verbales (n=278)	3.2%	5.0%	11.5%	32.4%	28.8%	19.1%
Harcèlement ou menaces physiques (n=155)	3.9%	5.8%	11.6%	32.3%	30.3%	16.1%
Agressions physiques (n=107)	6.5%	6.5%	14.0%	35.5%	24.3%	13.1%

$\chi^2=8.947$ $p=0.111$ (statistiquement non significative)

Ce fait est encore mis en évidence dans le tableau 19 qui affiche des taux de 33.1% et 29.1% respectivement pour ces mêmes groupes d'âges.

Tableau 19-Répartition des enquêtés rapportant une forme d'expérience sociale de stigmatisation ou discrimination au cours des 12 derniers mois en fonction de l'âge

Expériences sociales de stigmatisation	18 - 19 ans		20 – 24 ans		25 – 29 ans		30 - 39 ans		40 – 49 ans		50 + ans		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Au moins une expérience de stigmatisation	11	2.5%	21	4.7%	48	10.8%	147	33.1%	129	29.1%	88	19.8%	444	100.0%
Pas d'expérience de stigmatisation	10	1.3%	37	4.6%	81	10.2%	236	29.6%	223	28.0%	210	26.3%	797	100.0%

$\chi^2=8.947$ $p=0.111$ (Statistiquement non significatif)

Discrimination et niveau d'étude

83% des PVVIH victimes de commérage ont atteint au moins le niveau primaire. Par ailleurs, les menaces physiques ont été mentionnées par 86% des enquêtés ayant subi cette forme de discrimination (tableau 20). D'un autre côté, on pourrait conclure que le niveau scolaire d'un individu le rend plus apte à décoder et rapporter les formes de stigmatisation dont il est l'objet et spécialement le commérage et les harcèlements ou menaces physiques

Tableau 20-Répartition des enquêtés rapportant une expérience sociale de stigmatisation ou discrimination au cours des 12 derniers mois en fonction du niveau d'éducation

Expérience au cours des 12 derniers mois (% de personnes ayant eu une expérience)	Éducation non formelle	École primaire	École secondaire	Universités	P-value*
Exclusion sociale (n=43)	16.3%	32.6%	51.2%	0.0%	0.342
Exclusion Religieuse (n=21)	9.5%	47.6%	42.9%	0.0%	0.562
Exclusion Familiale (n=53)	13.2%	32.1%	54.7%	0.0%	0.084
Commérage (n=368)	16.3%	37.8%	44.0%	1.9%	0.030
Insultes, harcèlement ou menaces verbales (n=278)	15.8%	42.8%	39.9%	1.4%	0.166
Harcèlement ou menaces physiques (n=155)	13.5%	35.5%	51.0%	0.0%	0.003
Agressions physiques (n=107)	16.8%	33.6%	48.6%	0.9%	0.179

*Degré de signification du test de χ^2

Discrimination et insécurité alimentaire

L'insécurité alimentaire semble être un facteur alimentant toutes ces formes de discrimination énoncées précédemment. En effet, environ 8 PVVIH sur 10 ayant rapporté avoir subi chacune de ces opprobres sont aussi en proie à une insécurité alimentaire soit modérée ou élevée (tableau 21).

Tableau 21-Répartition des enquêtés rapportant une expérience sociale de stigmatisation ou discrimination au cours des 12 derniers mois en fonction du niveau d'insécurité alimentaire déclaré

Expérience d'exclusions	Insécurité alimentaire modérée ou sévère		Pas d'insécurité alimentaire		P-value*
	N	%	N	%	
Exclusion Sociale	41	95.3%	2	4.7%	0.015
Exclusion religieuse	21	100.0%	0	0.0%	0.025
Exclusion Familiale	48	90.6%	5	9.4%	0.000
Victime de commérage/Ragots	328	89.1%	40	10.9%	<0.001
Insultes, harcèlement ou menaces verbales	244	87.8%	34	12.2%	0.001
Harcèlement ou menaces physiques	140	90.3%	15	9.7%	0.002
Agressions physiques	99	92.5%	8	7.5%	0.002

*Degré de signification du test de Khi²

Population clés et expériences de stigmatisation

Certains groupes de la société subissent la stigmatisation beaucoup plus que d'autres : tel est le cas des "populations clés". En effet, 3 gay ou lesbiennes sur 4, 2 transgenres sur 3, 1 consommateur de drogues injectables sur 2 et près de 6 travailleurs sexuels sur 10 font face à des expériences de stigmatisation. Les moins touchés par ces phénomènes sont les prisonniers, les réfugiés ou demandeur d'asile, les personnes déplacées à l'intérieur du pays.

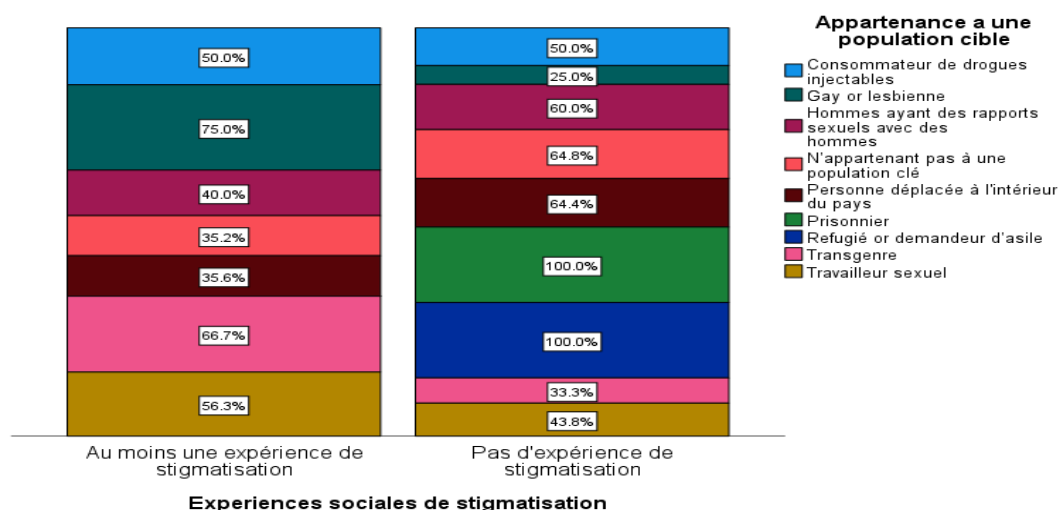


Figure 3-Pourcentages des personnes enquêtées ayant vécu des expériences sociales de stigmatisation au cours des 12 derniers mois selon les populations clés

Raisons perçues de ces expériences de stigmatisation

Pour les enquêtés les actes discriminatoires perpétrés à leur endroit comme les exclusions, les harcèlements verbaux et physiques, les agressions physiques se justifient en raison de leur

séropositivité. Pour chacun de ces types de discrimination, les pourcentages de victimes qui pensent que leur séropositivité en est l'explication principale vont de 49.5% jusqu'à 81%. En effet, une sur deux personnes ayant subi des agressions physiques croient que c'est à cause de sa séropositivité. De même, quatre sur cinq personnes ayant vécu une exclusion familiale (83%) ou religieuse (81%) considèrent leur séropositivité comme la cause majeure.

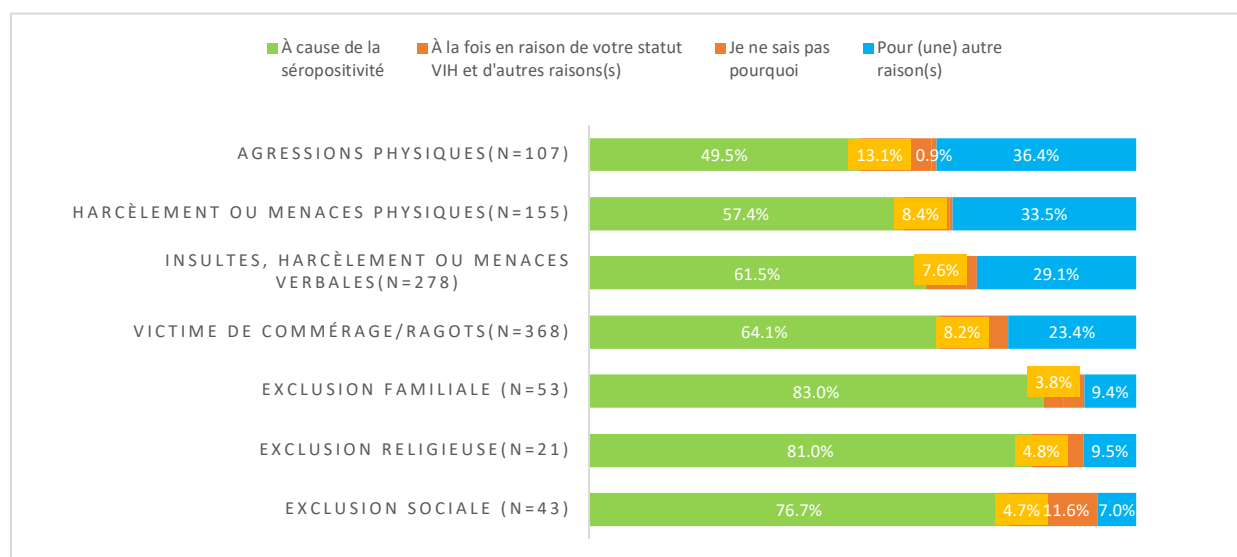


Figure 4-Pourcentages des personnes enquêtées ayant vécu des expériences sociales de stigmatisation au cours des 12 derniers mois en fonction des raisons perçues

Expérience de stigmatisation et/ou discrimination au niveau familial

La stigmatisation est aussi exercée dans l'environnement immédiat des enquêtés soit par leur conjoint, les colocataires et leurs paires. Du côté du conjoint, cela peut prendre la forme de rejet sexuel, de pression psychologiques et/ou de manipulation. En dépit du fait qu'il n'y ait pas d'association significative entre le genre et l'expérience de stigmatisation au niveau familial, on note des pourcentages plus élevés de femmes à subir les pressions psychologiques /manipulation par le partenaire en raison de leur séropositivité (68%), un rejet sexuel en raison de leur séropositivité (64.4%), une discrimination par d'autres PVVIH (70.6%) ou une discrimination par ceux qui vivent dans le même ménage (70.6%).

Tableau 22-Pourcentage d'enquêtés rapportant une expérience familiale de stigmatisation ou discrimination au moins une fois au cours des 12 derniers mois en fonction du sexe

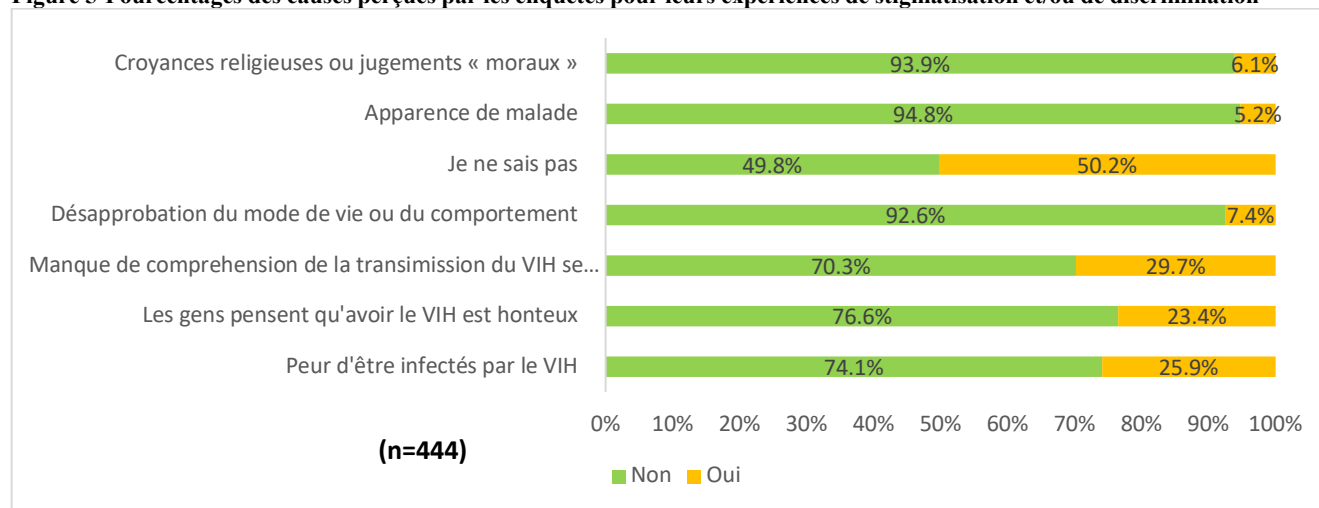
Types de stigmatisation /discrimination familiale au cours des 12 derniers mois	Homme		Femme		Transgenre		Total		P-value*
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Pressions psychologiques/manipulation par la partenaire en raison de sa séropositivité	32	31.1%	70	68.0%	1	1.0%	103	100.0%	0.632 ^a
Rejet sexuel en raison de séropositivité	32	35.6%	58	64.4%	0	0.0%	90	100.0%	0.165 ^a
Discrimination par d'autres PVVIH	47	29.4%	113	70.6%	0	0.0%	160	100.0%	0.487
Discrimination du ménage de l'enquêté	35	29.4%	84	70.6%	0	0.0%	119	100.0%	0.595 ^a

*Degré de signification du test de Chi2

Perceptions des raisons de la stigmatisation et/ou discrimination

Parmi les 444 personnes qui ont subi au moins une expérience de stigmatisation au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, environ 222 (50.2%) en ignoraient la raison. Cependant, pour près de 3 victimes sur 10, il y aurait un manque de compréhension du mode de transmission du virus. D'un autre côté, respectivement 23.4% et 26% d'entre eux assimilent les comportements discriminatoires qu'ils subissent au fait que les gens pensent qu'avoir le VIH est honteux ou ont peur d'être infectés. 6.1% pensent que les croyances religieuses ou jugement moraux seraient les mobiles de ceux qui affichent de tels comportements. (figure 6).

Figure 5-Pourcentages des causes perçues par les enquêtés pour leurs expériences de stigmatisation et/ou de discrimination



2B : Accès au travail, aux services de santé et à l'éducation

Cette section permet de comprendre comment les comportements discriminatoires à l'endroit des PVVIH modifient leur accès au travail, aux services de santé et à l'éducation. Les effectifs ne sont pas trop élevés pour ce qui est du nombre de personnes à vivre ces phénomènes et aucune différence statistiquement notable n'a été relevée par genre. Néanmoins, on note que pour les 213 PVVIH qui auraient subi une expérience de stigmatisation et de discrimination :

- Environ 11% se sont retrouvés dans l'obligation de changer de lieu de résidence ou dans l'incapacité de louer un logement au cours de ces 12 derniers mois. Pour près de 3 sur 4 d'entre eux (73%), leur séropositivité en était la cause.
- 17 % ont subi la perte d'un emploi ou d'une source de revenu. D'entre eux, 25% énoncent leur séropositivité comme cause.
- 9% n'ont pas eu un emploi ou une possibilité de travail en raison de leur statut sérologique VIH positif.
- 3% ont dû changer de poste ou de nature de travail ou se sont vus refuser une promotion en raison du statut sérologique.
- 4% se sont vu refuser des services de planification familiale en raison de leur statut sérologique.

Tableau 23- Répartition des enquêtés ayant eu des changements ou des difficultés d'accès au logement, au travail ou à des soins de santé au moins une fois au cours des 12 derniers mois en fonction du sexe

Types de changements ou de difficultés d'accès au logement, au travail ou à des soins de santé	Homme		Femme		Transgenre		Total		P-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Obligation de changer de lieu de résidence ou incapacité à louer un logement	13	8.8%	36	11.4%	0	0.0%	49	10.5%	0.543
Perte d'un emploi ou d'une source de revenu	31	20.9%	47	14.9%	0	0.0%	78	16.7%	0.179
Changement de poste ou de nature de travail ou refus de promotion en raison du statut sérologique	6	4.1%	10	3.2%	0	0.0%	16	3.4%	0.828
Refus d'un emploi ou d'une opportunité de travail en raison du statut sérologique	15	10.1%	29	9.2%	0	0.0%	44	9.4%	0.77
Refus de prodiguer des soins de santé y compris soins dentaires en raison du statut sérologique	3	2.0%	5	1.6%	0	0.0%	8	1.7%	0.363
Refus des services de planification/familiale en raison du statut sérologique	5	3.4%	13	4.1%	0	0.0%	18	3.9%	<0.001

*Degré de signification du test de Khi²

L'accès au logement, au travail, aux services de santé et à l'éducation s'amointrit encore plus pour ceux qui vivent des niveaux d'insécurité alimentaire modérés ou sévères (Tableau 24). Les différences entre ceux qui sont en situation d'insécurité alimentaire et ceux qui ne le sont pas sont significatives pour les catégories comme "Obligation de changer de lieu de résidence ou incapacité à louer un logement", "Perte d'un emploi ou d'une source de revenu", "Changement de poste ou de nature de travail ou refus de promotion en raison du statut sérologique", "Refus d'un emploi ou d'une opportunité de travail en raison du statut sérologique".

Tableau 24-Répartition des enquêtés ayant eu des changements ou des difficultés d'accès au logement au moins une fois, au travail ou à des soins de santé au cours des 12 derniers mois en fonction du niveau d'insécurité alimentaire

Types de changements ou de difficultés d'accès au logement, au travail ou à des soins de santé	Insécurité alimentaire modéré ou sévère		Pas d'insécurité alimentaire		Total		P-value*
	N	%	N	%	N	%	
Obligation de changer de lieu de résidence ou incapacité à louer un logement	47	95.9%	2	4.1%	49	100.0%	<.001
Perte d'un emploi ou d'une source de revenu	67	85.9%	11	14.1%	78	100.0%	0.005
Changement de poste ou de nature de travail ou refus de promotion en raison du statut sérologique	15	93.8%	1	6.3%	16	100.0%	0.057
Refus d'un emploi ou d'une opportunité de travail en raison du statut sérologique	4	100.0%	0	0.0%	4	100.0%	0.007
Refus de prodiguer des soins de santé y compris soins dentaires en raison du statut sérologique	7	87.5%	1	12.5%	8	100.0%	0.636
Refus des services de planification familiale en raison du statut sérologique	10	55.6%	8	44.4%	18	100.0%	0.186

*Degré de signification du test de Khi²

2C : Stigmatisation interne et craintes ressenties des PVVIH enquêtées

Formes ressenties

La stigmatisation interne ou la stigmatisation « ressentie » ou encore « l'auto-stigmatisation » est utilisée pour décrire ce qu'une personne vivant avec le VIH ressent par rapport à elle-même. La stigmatisation interne peut entraîner une faible estime de soi, un sentiment de moindre valeur et une dépression. Dans le questionnaire, les choix de réponse étaient :

- Honte exprimée par 46% des enquêtés ;
- Sentiment de culpabilité ressenti par 41% des sujets ;
- Blâme de soi évoquée par 39% des enquêtés ;
- Blâme d'autrui relatée par 25 % des répondants ;
- Faible estime de soi citée par 25 % des répondants ;
- Suicide ressenti par 18% des enquêtés.

Selon les résultats par genre, les femmes sont plus enclines à exercer de l'auto-stigmatisation selon les diverses formes relevées. En effet, 3 femmes sur 4 ont reconnu avoir : eu honte, blâmé les autres, une faible estime de soi, voulu se punir et un comportement suicidaire. Plus de 7 femmes sur 10 se sentent coupables et se blâment d'avoir contracté le virus (figure 7).

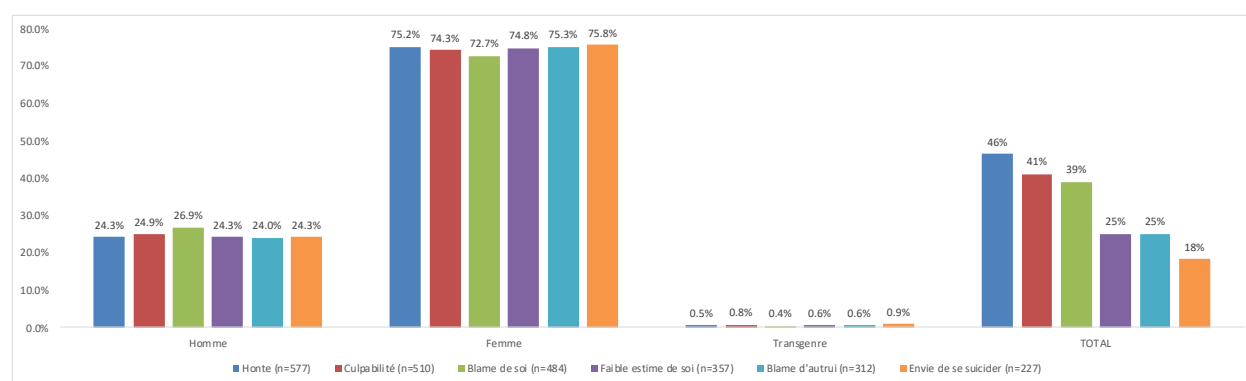


Figure 6- Répartition des sentiments de stigmatisation interne des enquêtés(e)s selon le sexe

Selon l'âge, ces comportements de stigmatisation interne semblent être de plus en plus courants parmi les enquêtés. La différence entre les groupes d'âge est statistiquement significative pour tous les choix de réponse du questionnaire hormis les comportements de blâme (soit à leur égard ou vis-à-vis d'autrui). En effet, parmi toutes les personnes qui expriment un sentiment de honte par rapport à leur séropositivité, celles qui sont âgées d'entre 18 à 29 ans représentent seulement 20%, les autres 80% concernent les adultes de 30 à plus de 50 ans. De même, l'envie de se suicider est beaucoup plus ressentie par les PVVIH âgés de plus de 30 ans (76.6%) que par ceux qui ont moins de 30 ans (23.4%) (Tableau 25).

Tableau 25- Répartition des sentiments de stigmatisation des enquêtés selon l'âge (n=227)

Types de Sentiments de stigmatisation des enquêtés	18 à 19 ans		20 – 24 ans		25 – 29 ans		30 - 39 ans		40 – 49 ans		50 + ans		P-value*
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Honte (n=577)	14	2.4%	39	6.8%	67	11.6%	190	32.9%	150	26.0%	117	20.3%	<0.001
Culpabilité (n=510)	13	2.5%	35	6.9%	57	11.2%	173	33.9%	136	26.7%	96	18.8%	<0.001
Blâme de soi (n= 484)	9	1.9%	29	6.0%	53	11.0%	158	32.6%	141	29.1%	94	19.4%	0.05
Blâme d'autrui (n=312)	3	1.0%	15	4.8%	34	10.9%	106	34.0%	93	29.8%	61	19.6%	0.26
Faible estime de soi (n=357)	8	2.2%	24	6.7%	37	10.4%	132	37.0%	98	27.5%	58	16.2%	<0.001
Envie de se suicider	7	3.1%	14	6.2%	32	14.1%	74	32.6%	57	25.1%	43	18.9%	0.03

*Degré de signification du test de Khi²

Comportements (manifestations) suite à l'auto-stigmatisation

Les gens qui s'auto-stigmatisent ont tendance à s'isoler de la vie sociale. Même si les pourcentages de ceux qui ont un comportement relevant de l'auto-stigmatisation sont faibles et que les différences entre genres ne sont pas statistiquement significatives, il faut noter que parmi les PVVIH :

- 22.8% décident de ne pas ou ne plus avoir d'enfants ;
- 14.7% décident de ne pas se marier ;
- 13.9% se sont isolés de leur famille et/ou amis ;
- 13% prennent la résolution de ne pas aller à des manifestations sociales ;
- 12.3% abandonnent une formation ou décident de ne pas appliquer à une formation ;
- 7.7% évitent d'aller dans une clinique locale au besoin ;
- 6% évitent d'aller à l'hôpital au besoin ;
- 5.9% décident de ne pas postuler pour un emploi/travail ou une promotion ;
- 4.8% décident d'arrêter de travailler.

Tableau 26-Répartition des enquêtés ayant eu des comportements d'auto-stigmatisation au cours des 12 derniers mois en fonction du sexe

Comportements d'auto-stigmatisation au cours des 12 derniers mois	Homme N= 342		Femme N= 891		Transgenre N= 8		TOTAL N= 1241		P-value*
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Ne pas aller à des manifestations sociales	39	11.4%	121	13.6%	2	25.0%	162	13.1%	0.36
S'isoler de sa famille et/ou amis	38	11.1%	134	15.0%	0	0.0%	172	13.9%	0.11
Décider d'arrêter de travailler	17	5.0%	42	4.7%	1	12.5%	60	4.8%	0.59
Décider de ne pas postuler pour un emploi/travail ou une promotion	21	6.1%	50	5.6%	2	25.0%	73	5.9%	0.07
Abandon de formation ou application à une formation	42	12.3%	111	12.5%	0	0.0%	153	12.3%	0.57
Décider de ne pas se marier.	41	12.0%	141	15.8%	0	0.0%	182	14.7%	0.12
Décider de ne pas ou ne plus avoir d'enfants	67	19.6%	215	24.1%	1	12.5%	283	22.8%	0.18
Éviter d'aller à l'hôpital quand j'en avais besoin	19	5.6%	55	6.2%	1	12.5%	75	6.0%	0.69
Éviter d'aller dans une clinique locale quand j'en avais besoin	21	6.1%	73	8.2%	1	12.5%	95	7.7%	0.42

*Degré de signification du test de Khi²

Auto-stigmatisation et expérience de stigmatisation

Plus les gens ont une expérience de stigmatisation plus ils affichent des comportements de stigmatisation interne. L'analyse de la population qui affiche de tels comportements en fonction d'une expérience de stigmatisation montre que plus de 6 PVVIH sur 10 (62.5%) qui décident de ne plus aller dans des manifestations sociales, ou qui s'isolent du reste de la famille, ou encore qui évitent d'aller à l'hôpital ou dans une clinique locale au besoin, ont subi au moins une fois une expérience de stigmatisation. En outre, au moins un PVVIH sur deux ayant décidé d'arrêter de

travailler, de ne pas postuler pour un emploi/travail ou une promotion, d'abandonner une formation, ou de ne pas se marier a été une fois victime de stigmatisation durant les 12 derniers mois. Les différences observées sont significatives, les comportements d'auto-stigmatisation sont donc associés à un vécu stigmatisant.

Tableau 27- Répartition des enquêtés ayant eu des comportements d'auto-stigmatisation au cours des 12 derniers mois en fonction des expériences de stigmatisation et/ou discrimination vécues au cours des 12 derniers mois

Comportements d'auto-stigmatisation au cours des 12 derniers mois	Au moins une expérience de stigmatisation N=444		Pas d'expérience de stigmatisation N = 797		P-value
	n	%	n	%	
Ne pas aller à des manifestations sociales	102	63.0%	60	37.0%	<0.001
S'isoler de sa famille et/ou amis	111	64.5%	61	35.5%	0.000
Décider d'arrêter de travailler	31	51.7%	29	48.3%	0.01
Décider de ne pas postuler pour un emploi/travail ou une promotion	42	57.5%	31	42.5%	<0.001
Abandon de formation ou pas d'application à une formation	83	54.2%	70	45.8%	<0.001
Décider de ne pas se marier	95	52.2%	87	47.8%	<0.001
Décider de ne pas ou ne plus avoir d'enfants	139	49.1%	144	50.9%	<0.001
Éviter d'aller à l'hôpital au besoin	49	65.3%	26	34.7%	<0.001
Éviter d'aller dans une clinique locale au besoin	61	64.2%	34	35.8%	<0.001

*Degré de signification du test de Khi²

La décision de ne pas avoir d'enfant semble ne pas être soutenue par le fait d'avoir subi une forme de stigmatisation. En effet, c'est la seule modalité de réponse pour laquelle les gens qui ont subi une expérience de stigmatisation sont moins nombreux que ceux qui n'en ont jamais été victimes.

Crainte de vivre une forme de stigmatisation

Même si tous les enquêtés n'ont pas eu à vivre une expérience de stigmatisation au cours de ces 12 derniers mois, une forte proportion d'entre eux vivent avec la crainte qu'un jour ils en soient victimes, et ce, quel que soit le genre (la différence retrouvée n'étant pas statistiquement significative entre homme, femme et transgenre) (figure 8) malgré le fait que les pourcentages de femmes et de transgenres vivant dans cette peur soient dans tous les cas plus élevés que ceux retrouvés chez les hommes. Parmi les enquêtés :

- 32.6% craignent d'être le sujet de commérage
- 28.6% ont peur d'être insulté verbalement, harcelé et/ou menacé
- 26.8% craignent d'être un jour harcelé physiquement et/ou menacé
- 26.6% ont peur d'être agressé physiquement

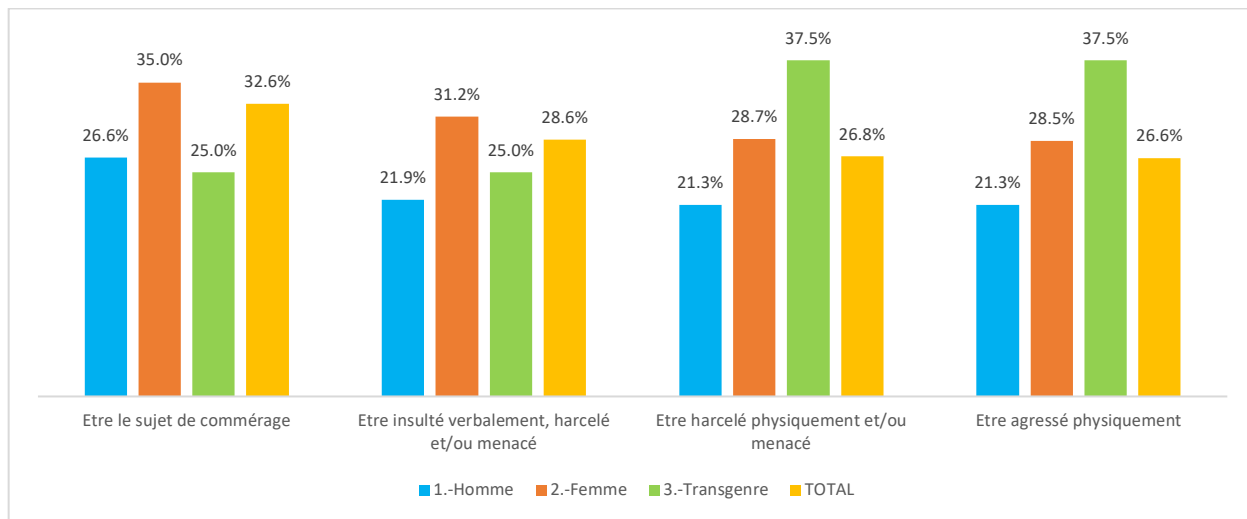


Figure 7-Pourcentage d'enquête(e)s craignant diverses formes de stigmatisation au cours des 12 derniers mois par sexe

Craintes de stigmatisation et/ou discrimination et Populations clés vivant avec le VIH

L'analyse des craintes selon l'appartenance à une population clé (8.9% de la population sous étude) montre que ces PVVIH seraient bien plus menacées que ceux qui ont déclaré n'appartenir à aucune population clé (Figure 9). Les pourcentages de personnes à affirmer ressentir ces formes de craintes par type de population clé sont :

- Être le sujet de commérage : 68.8% chez les TS, 55.6% chez les HARSH, 47.5% chez les personnes déplacées, et 50% chez respectivement les Gay/lesbienne, Réfugiés ou demandeur d'asile et consommateur de drogues injectables. Alors qu'environ 31% des gens en dehors de ces groupes ressentent cette forme de crainte.
- Être menacé verbalement : 56.3% chez les TS, 47.5% chez les personnes déplacées, 50% chez les Gay/lesbienne et 50% chez les consommateurs de drogues injectables. Seulement 26.5% du reste de la population affirment avoir cette crainte.
- Être harcelé physiquement : 56.3%% chez les TS, 55.6% chez les HARSH, 45.8% chez les personnes déplacées, et 50% chez, respectivement, les Gay/lesbienne et les consommateurs de drogues injectables.
- Être agressé physiquement : 56.3% chez les TS, 55.6% chez les HARSH, 45.8% pour les personnes déplacées, et 50% chez, respectivement, les Gay/lesbienne et les consommateurs de drogues injectables
- Aucun prisonnier n'a affirmé avoir ressenti l'une de ces formes de craintes.

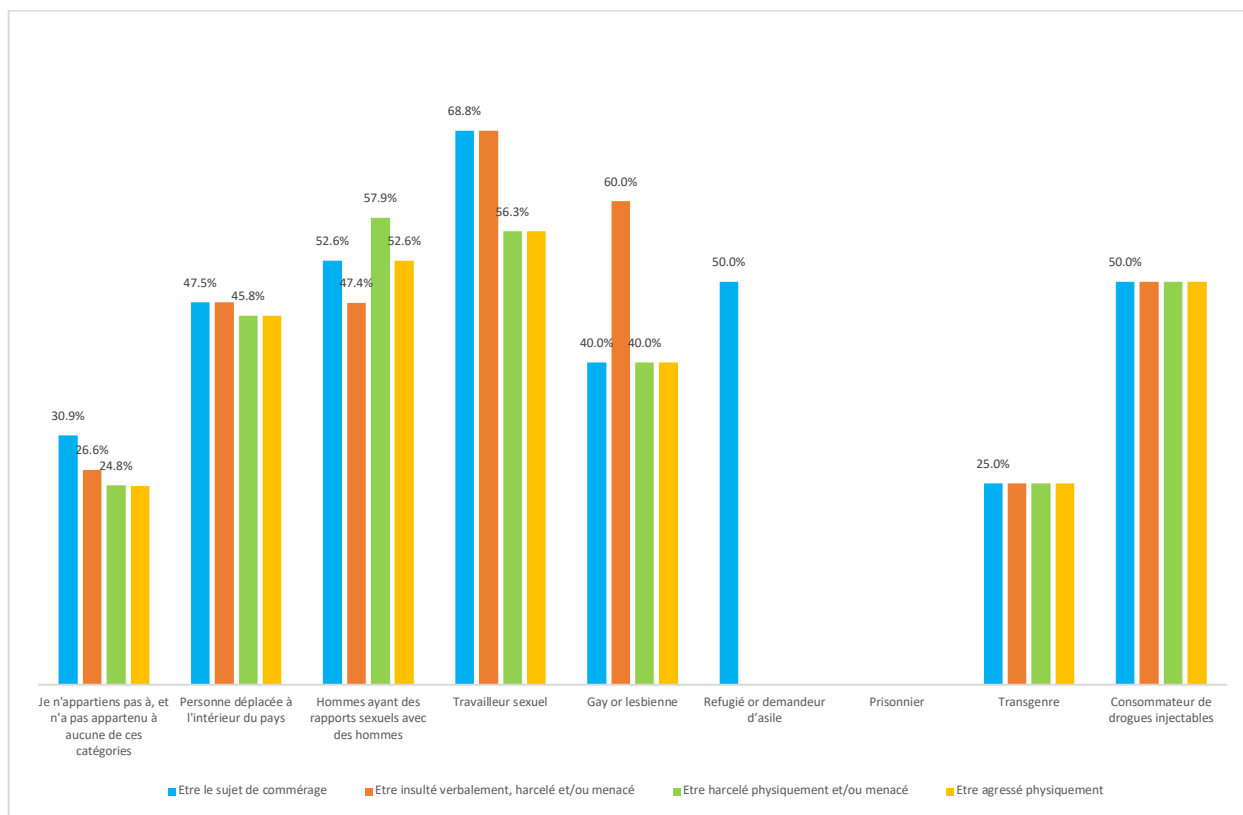


Figure 8-Pourcentages d'enquêtés craignant diverses formes de stigmatisation au cours des 12 derniers mois en fonction de leur appartenance ou non à une population clé

Crainte de rejet sexuel

La crainte d'un rejet sexuel n'est pas très fréquente chez les PVVIH. En effet, seulement 26.6 % expriment ce sentiment. Chez les femmes, cela semble être plus préoccupant que chez les hommes. En effet, de ces 2.6% de PVVIH ayant répondu "oui" pour cette forme de crainte, les femmes représentent près de 75%.

2D : Droits, lois et politiques

Cette section aborde le degré de connaissance des répondants des documents légaux et des politiques sur la protection des droits des PVVIH comme la *"Déclaration d'Engagement sur le VIH/SIDA"* et le *"Plan stratégique national multisectoriel 2018 – 2023 du VIH en Haïti"*. Il est aussi question de savoir si à un moment donné les PVVIH ont senti leurs droits violés, et aux quels cas, quels recours ont été utilisés et quels en ont été les résultats.

Connaissance des documents et textes de lois sur la protection du PVVIH

La tendance générale est la méconnaissance des documents et textes de lois. Ainsi, parmi les PVVIH, seulement 34% (427) ont entendu parler de la *"Déclaration d'Engagement sur le VIH/SIDA"*. Parmi eux, seulement 1 personne sur 5 a déjà discuté de son contenu. Le plan stratégique national multisectoriel 2018-2023, n'est connu que d'un PVVIH sur cinq (21%). Aucun transgenre n'est au courant de ce plan.

Beaucoup plus d'hommes que de femmes ont entendu parler de ces documents. Les résultats sont statistiquement significatifs ($p < 0.005$). Cependant, les discussions sur ces documents sont très peu conduites, et ce, tout genre compris (Tableau 28).

Tableau 28- Répartition des enquêtés rapportant avoir eu connaissance de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA des Nations Unies et le Plan stratégique national multisectoriel 2018 – 2023 en fonction du sexe

Connaissance et discussions sur les documents de protection des PVVIH	Homme N =342	Femme N = 891	Transgenre N = 8	Total N =1241	P-value
Déclaration d'Engagement sur le VIH/SIDA					
Avoir Entendu parler de la Déclaration d'Engagement sur le VIH/sida ?	40%	32%	13%	34%	0.012
Avoir discuté du contenu de la Déclaration d'Engagement sur le VIH/sida ?	20%	20%	0%	20%	0.065
Plan stratégique national multisectoriel 2018 – 2023					
Avoir Entendu parler du Plan stratégique national multisectoriel 2018 – 2023	26%	20%	0%	22%	0.023
Avoir discuté du contenu du plan stratégique national multisectoriel 2018 – 2023	18%	17%	0%	17%	0.107

*Degré de signification du test de Khi²

Selon les données recueillies, le niveau d'éducation influe naturellement sur le degré de connaissance des documents et textes de lois sur la protection des PVVIH. En effet, plus les PVVIH ont un niveau supérieur d'éducation, plus ils en sont au courant. Un PVVIH sur quatre (25%) de niveau éducationnel non formel était au courant de ces documents contre au moins deux sur cinq (40%) du niveau universitaire (Figure 10).

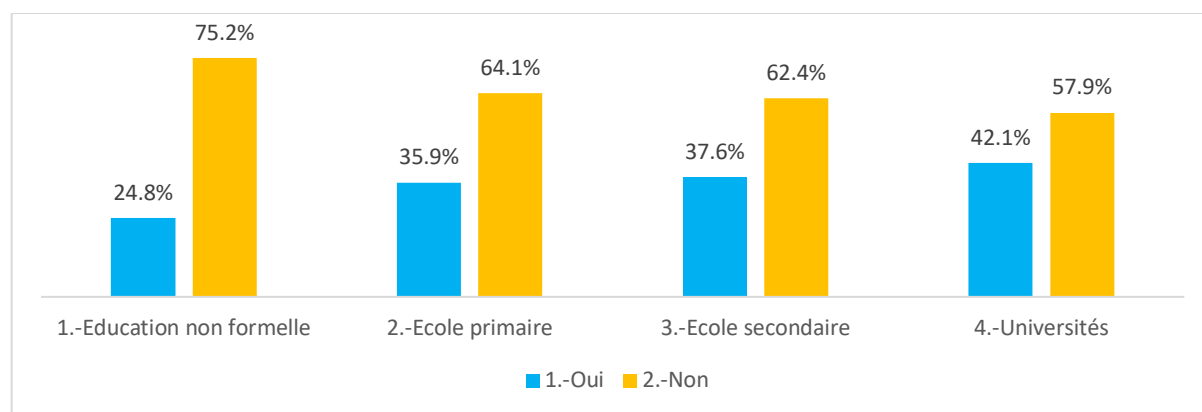


Figure 9-Répartition des PVVIH en fonction de leur degré de connaissance de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA des Nations Unies et de leur niveau d'éducation

Les figures 11 et 12 permettent d'évaluer les résultats indiquent que la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA des Nations Unie est mieux connue par les PVVIH des départements de la Grande-Anse, du Nord et de l'Ouest comparativement aux autres départements.

Dans l'Ouest et le Sud-est un pourcentage plus élevé de PVVIH est au courant du plan stratégique national multisectoriel 2018-2023 que dans les autres départements

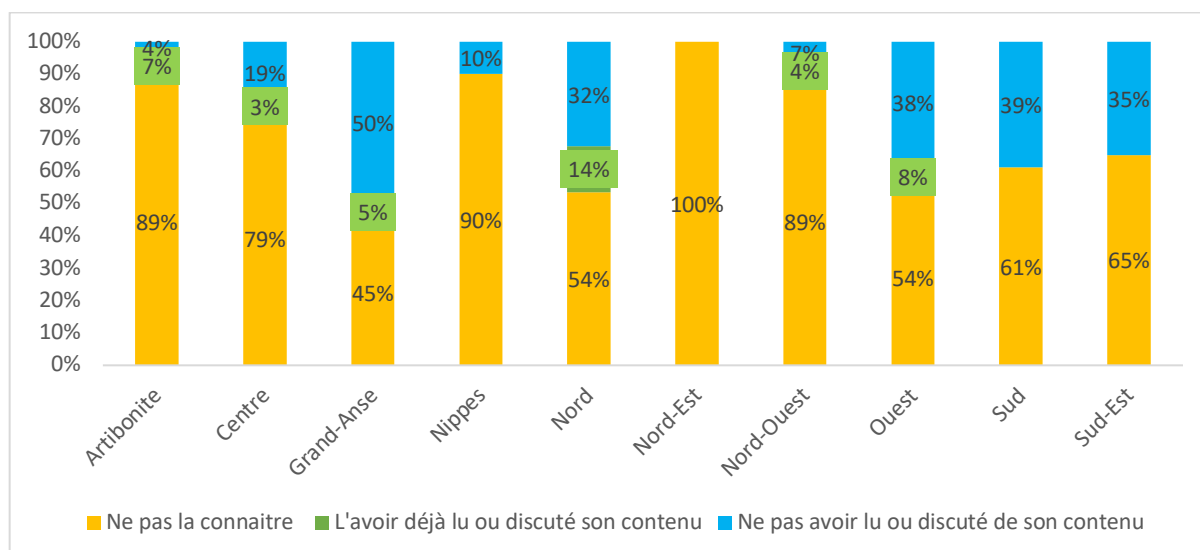


Figure 10- Répartition des PVVIH en fonction de leur degré de connaissance et de consultation de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA des Nations Unies selon les départements

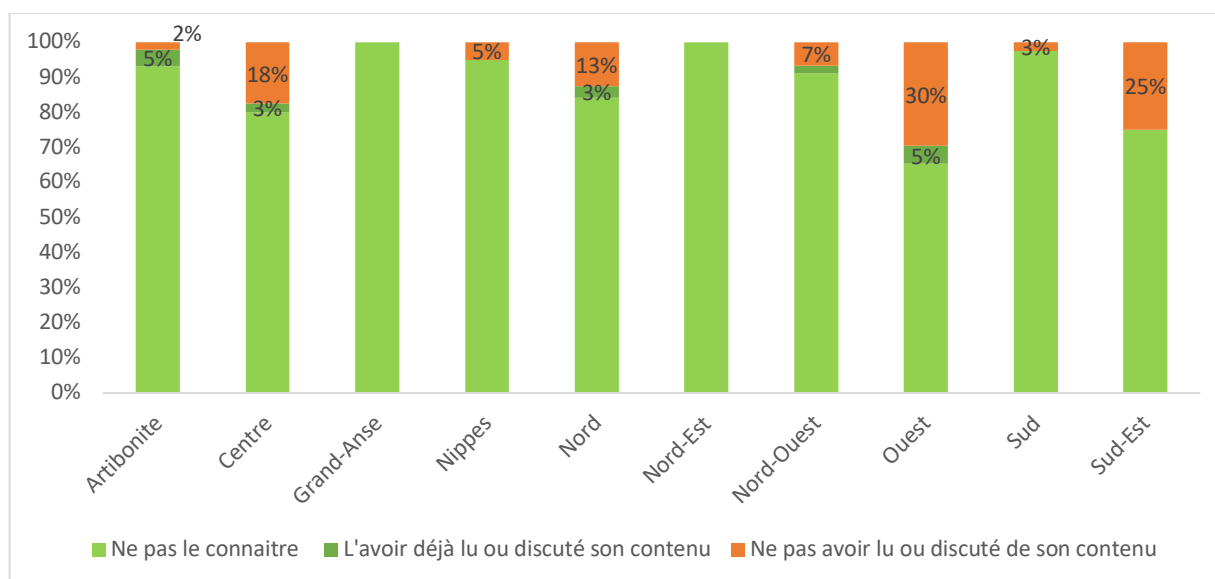


Figure 11- Répartition des enquêtés en fonction de leur degré de connaissance et de consultation du Plan stratégique national multisectoriel 2018 – 2023 en Haïti selon les départements

Pratiques discriminatoires exercées sur les PVVIH en fonction du sexe

L'analyse des données montre que très peu de PVVIH ont vécu des pratiques discriminatoires, soit 5%. Cela inclut (i) la mise en quarantaine, isolement ou ségrégation (1.2%), (ii) la divulgation de la séropositivité pendant les voyages (0.1%), (iii) la divulgation de statut VIH pour demander la résidence ou la nationalité (0.3%), (IV) le refus d'une assurance maladie ou une assurance-vie en raison du statut VIH (0.4%), (V) la soumission sous contrainte à une procédure médicale ou de santé (y compris le dépistage du VIH) (3.3%).

Tableau 29- Répartition des participants ayant eu à se soumettre à des pratiques discriminatoires liées à leur statut VIH en fonction du sexe

Pratiques discriminatoires violant les droits des PVVIH au cours des 12 derniers mois	Homme		Femme		Transgenre		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
J'ai été détenu, mis en quarantaine, isolé ou ségrégué	0	0.0%	15	1.7%	0	0.0%	15	1.2%
J'ai été obligé de divulguer ma séropositivité afin d'entrer dans un autre pays	1	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.1%
J'ai été obligé de divulguer mon statut VIH pour demander la résidence ou la nationalité	1	0.3%	3	0.3%	0	0.0%	4	0.3%
On m'a refusé une assurance maladie ou une assurance-vie en raison de mon statut VIH	4	1.2%	0	0.0%	1	12.5%	5	0.4%
On m'a forcé à me soumettre à une procédure médicale ou de santé (y compris le dépistage du VIH)	11	3.2%	29	3.3%	1	12.5%	41	3.3%
Rien de tout cela ne m'est arrivé	325	95.0%	844	94.7%	6	75.0%	1175	94.7%

Khi²=48.593, p<0.001 (Statistiquement significatif)

Pratiques discriminatoires exercées en fonction de leur appartenance à une population clé

Chez les populations clés représentant une faible partie de la population totale des enquêtés, la seule pratique qu'un nombre élevé d'entre eux a eu à vivre est la soumission de force à une procédure médicale ou de santé (y compris le dépistage du VIH) (tableau 30). Nous retrouvons ainsi : un sur deux consommateurs de drogues injectables, un Gay ou lesbienne sur quatre, trois HARSH sur 20, six personnes déplacées à l'intérieur du pays sur 59, deux sur deux réfugiés ou demandeurs d'asile, une seule sur les 16 TS. Les prisonniers et les transgenres n'ont pas eu à vivre de pratiques discriminantes.

Tableau 30- Répartition des participants ayant eu à se soumettre à des pratiques discriminatoires liées à leur statut VIH en fonction de l'appartenance à une population clé

Pratiques discriminatoires violant les droits des PVVIH au cours des 12 derniers mois	Consommateur de drogues injectables (n=2)	Gay or lesbienne (n=4)	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (n=20)	Personne déplacée à l'intérieur du pays (n=59)	Refugié or demandeur d'asile (n=2)	Travailleur sexuel (n=16)
J'ai été détenu, mis en quarantaine, isolé ou ségrégué	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%	0.0%	0.0%
On m'a refusé une assurance maladie ou une assurance-vie en raison de mon statut VIH	0.0%	0.0%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%
On m'a forcé à me soumettre à une procédure médicale ou de santé (y compris le dépistage du VIH)	50.0%	25.0%	15.0%	10.2%	100.0%	6.3%
Rien de tout cela ne m'est arrivé	50.0%	75.0%	80.0%	88.1%	0.0%	93.8%

Recours face aux pratiques discriminatoires

Face aux pratiques discriminatoires, s'apparentant aux violations de droits, certains PVVIH entreprennent des démarches de réparation soit directement soit à travers d'autres personnes influentes de la société. Dans le cadre de cette enquête, 147 personnes soit 12% ont déclaré que l'un de leurs droits a été violé au cours des 12 mois précédant l'enquête. Une personne sur cinq

n'était pas sûre que cela leur ait été arrivé une fois. Ce qui laisse présager que les PVVIH ne sont pas forcément bien imbus de leurs droits pour reconnaître leurs violations, quand cela arrive.

Parmi les 147 PVVIH qui pensaient que leurs droits avaient été violés, seulement 10 ont tenté d'obtenir réparation (soit directement, soit à travers une personne morale et/ou physique), parmi lesquelles cinq ont entamé ce processus dans les 12 mois suivant l'acte. L'affaire a été traitée pour seulement 2 personnes alors que pour 8 d'entre elles, il ne s'est rien passé.

Pour les 137 autres PVVIH qui n'ont tenté aucune démarche de réparation, ils ont évoqué les raisons suivantes :

- Insuffisance des ressources financières pour agir (29%) ;
- Processus de résolution du problème paraissant trop bureaucratique (16%) ;
- Pas ou peu de confiance que le résultat serait couronné de succès (16%) ;
- Intimidation ou peur d'agir (15%) ;
- Déconseillé par quelqu'un d'autre de prendre des mesures (6%) ;
- Aucune des raisons précédentes (17%).

Le nombre de PVVIH ayant eu recours à d'autres personnes comme les membres du gouvernement ou un politicien local ou national suite à un acte abusif est très négligeable. Néanmoins, plus d'un PVVIH sur dix (17%) n'a pas eu recours à des actions de justice pour obtenir réparation suite à un abus de leur droit. Ils ont de préférence, au cours des 12 derniers mois, confronté, défié ou éduqué quelqu'un qui les stigmatisait ou discriminait.

2E : Effectuer un changement

La section 'Effectuer un changement' dans le cadre de cette enquête revient à évaluer d'une part la connaissance des PVVIH sur les organisations, groupes et réseaux de soutien et d'autres part, à collecter les idées de changement proposées pour lutter contre les actes de discrimination et de stigmatisation. A travers cette section le degré d'implication des PVVIH dans des réseaux de support est aussi présenté.

Connaissance de groupes d'assistance en cas de discrimination et sollicitation

En ce qui a trait à la connaissance des PVVIH sur l'existence de groupe d'assistance en cas de discrimination, seulement 16% (184 PVVIH) avaient connaissance de l'existence d'un groupe ou organisation de soutien. Les hommes sont beaucoup plus nombreux à connaître l'existence d'un groupe ou organisation de soutien. En effet, un homme sur cinq (20%) est au courant de l'existence des groupes/organisation de soutien contre 12% de femmes. Il semble par ailleurs que les hommes savent beaucoup plus sur des organisations non gouvernementales locale et les groupes d'appui aux personnes vivant avec le VIH que de tout autre regroupement ou bureau.

Les organisations/groupes les plus connus sont les groupes de soutien aux PVVIH. 60.7% des participants connaissent des groupes d'appui aux personnes vivant avec le VIH et 9% connaissent le réseau de personnes vivant avec le VIH. Les organisations de Droits humains sont connues de 15% des enquêtés qui disent être au courant des groupes de soutien. Le Programme National de lutte contre le SIDA (PNLS) n'est connu que d'une personne.

Tableau 31- Répartition des types d'organisations ou groupes connus parmi les participants ayant déclarés en connaître en fonction du sexe

Type d'organisation ou groupe connu par les participants	Homme		Femme		Transgenre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Autre	1	1.47%	6	5.36%	0	0.00%	7	3.80%
Cabinet juridique	2	2.94%	6	5.36%	0	0.00%	8	4.35%
Groupe d'appui aux personnes vivant avec le VIH	47	69.12%	61	54.46%	3	75.00%	111	60.33%
Organisation confessionnelle	0	0.00%	1	0.89%	0	0.00%	1	0.54%
Organisation de droits humains	7	10.29%	18	16.07%	0	0.00%	25	13.59%
Organisation non gouvernementale locale	6	8.82%	8	7.14%	1	25.00%	15	8.15%
Programme National de lutte contre le SIDA (PNLS)	0	0.00%	1	0.89%	0	0.00%	1	0.54%
Réseau de personnes vivant avec le VIH	5	7.35%	11	9.82%	0	0.00%	16	8.70%
Total	68	100%	112	100%	4	100%	184	100%

$\chi^2=35.111$, $p=0.004$ (Statistiquement significatif)

Une bonne proportion des résidents du milieu rural connaît l'existence des groupes/organisation de soutien (47%) en comparaison à ceux habitant les zones urbaines (32.1%) ou semi-urbaines (20.7%).

Tableau 32- Répartition des participants 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	Homme		Femme		Transgenre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Zone rurale	24	35.3%	63	56.3%	0	0.0%	87	47.3%
Zone semi-urbaine	20	29.4%	17	15.2%	1	25.0%	38	20.7%
Zone urbaine	24	35.3%	32	28.6%	3	75.0%	59	32.1%
Total	68	100%	112	100%	4	100%	184	100%

Entraide entre PVVIH

Si 184 PVVIH sur les 1241 disent connaître et ont même identifié les organisations de protection des droits des PVVIH, seulement 16% d'entre eux ont déjà fait appel à ces organisations pour résoudre un problème de stigmatisation ou de discrimination.

Quatre PVVIH sur dix (42%) ont apporté un soutien à d'autres personnes au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête. 84% de ces soutiens reçus étaient de nature émotionnel (p. ex. counseling, partage d'histoires et d'expériences personnelles), 14% de nature physique (p. ex. donner de l'argent ou de la nourriture, faire une course pour eux). A cet effet, 35% des personnes qui ont fourni ces soutiens appartiennent à des associations de PVVIH.

Appartenance à une association

Parmi les PVVIH seulement 25% appartiennent à une organisation de soutien aux PVVIH dont 50% de transgenre, 28% de femmes et 22% d'hommes. 65% des PVVIH appartenant à une organisation viennent du département de l'Ouest. Partout ailleurs, sauf dans l'Artibonite et le

Nord-Est, il y a beaucoup plus de femmes que d'hommes à appartenir à des groupements de support au PVVIH, même si ces différences ne sont pas statistiquement significatives (Tableau 33).

Tableau 33- Répartition des participants appartenant à une association en fonction de la région d'enquête et du sexe

Département	1.-Homme		2.-Femme		3.-Transgenre		Total	P-value*
	N	%	N	%	N	%	N	
Artibonite	16	33.3%	38	27.3%	1	50.0%	55	0.592
Centre	2	5.9%	6	13.0%	0	0.0%	8	0.291
Grand-Anse	0	0.0%	2	13.3%	0	0.0%	2	0.389
Nippes	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	-
Nord	5	16.1%	18	18.8%	0	0.0%	23	0.742
Nord-Est	1	20.0%	5	11.9%	0	0.0%	6	0.813
Nord-Ouest	1	16.7%	7	17.9%	0	0.0%	8	0.939
Ouest	50	30.5%	157	37.1%	3	60.0%	210	0.166
Sud	1	3.3%	6	12.0%	0	0.0%	7	0.184
Sud-Est	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	-

*Degré de signification du test de Khi²

Même si les chiffres ne traduisent aucune différence statistiquement significative entre le niveau scolaire et l'appartenance à une association, on retrouve que 83% de ceux qui appartiennent à une organisation ont atteint au moins le niveau primaire. Un nombre assez négligeable d'enquêtés de niveau universitaire appartient à une association.

Tableau 34- Répartition des participants appartenant à une association en fonction du niveau d'éducation et de l'âge

Niveau d'Éducation	18 à 19 ans		20 – 24 ans		25 – 29 ans		30 - 39 ans		40 – 49 ans		50 + ans		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Éducation non formelle	0	0.0%	3	16.7%	4	12.9%	12	12.1%	15	15.3%	18	25.7%	52	16.3%
École primaire	1	33.3%	3	16.7%	13	41.9%	35	35.4%	40	40.8%	24	34.3%	116	36.4%
École secondaire	2	66.7%	12	66.7%	13	41.9%	51	51.5%	43	43.9%	27	38.6%	148	46.4%
Université	0	0.0%	0	0.0%	1	3.2%	1	1.0%	0	0.0%	1	1.4%	3	0.9%

Khi²=15.107, p=0.444 (Statistiquement non significatif)

Participation active au changement

La participation des PVVIH au changement est très faible compte tenu des réponses collectées pour les questions traitant ces aspects. En effet, au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, 6% des PVVIH ont pris part à un programme ou à un projet (gouvernemental ou non gouvernemental) qui fournit une assistance aux personnes vivant avec le VIH alors que 1% (20) avaient participé à des efforts visant à élaborer des lois, des politiques ou des règlements relatifs au VIH.

Les enquêtés n'ont pas été capables de choisir les domaines précis sur lesquels ils pensent pouvoir agir parmi les choix de réponses proposés. C'est ainsi que 78% d'entre eux ont choisi la modalité "Aucune de ces choses". Les autres 22% sont partagés entre : les projets locaux destinés à bénéficier aux personnes vivant avec le VIH (8.5%), les programmes/projets nationaux destinés à bénéficier aux personnes vivant avec le VIH (8.5%), les questions juridiques/droits touchant les personnes vivant avec le VIH (3.1%), les politiques des gouvernements locaux touchant les

personnes vivant avec le VIH (2.7%), les politiques gouvernementales nationales touchant les personnes vivant avec le VIH (1.6%), et les accords/traités internationaux (0.6%) (Tableau 35).

Tableau 35-Domains 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	N	%
Questions juridiques/droits touchant les personnes vivant avec le VIH	38	3.1%
Politiques des gouvernements locaux touchant les personnes vivant avec le VIH	33	2.7%
Projets locaux destinés à bénéficier aux personnes vivant avec le VIH	105	8.5%
Politiques gouvernementales nationales touchant les personnes vivant avec le VIH	20	1.6%
Programmes/projets nationaux destinés à bénéficier aux personnes vivant avec le VIH	69	5.6%
Accords/traités internationaux	8	0.6%
Aucune de ces choses	968	78.0%

Il a été aussi recueilli leur avis sur la ‘‘chose la plus importante à faire par les organisations de PVVIH pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination (Figure 13). Parmi les choix de réponses nous retrouvons par ordre d’importance :

- Sensibiliser le public au SIDA : 33 % d’enquêtés.
- Fournir un soutien aux personnes vivant avec le VIH en leur offrant un soutien émotionnel, physique et des références à des services : 28.4% d’enquêtés.
- Faire un plaidoyer pour les droits de toutes les personnes vivant avec le VIH : 23.6 % d’enquêtés.
- Éduquer les personnes vivant avec le VIH sur la vie avec le VIH (y compris l’apprentissage en matière de traitement) : 11.4 % d’enquêtés.
- Faire un plaidoyer pour les droits et/ou soutien aux groupes particulièrement marginalisés (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, consommateurs de drogues injectables, travailleurs du sexe) : 3.2 % d’enquêtés.

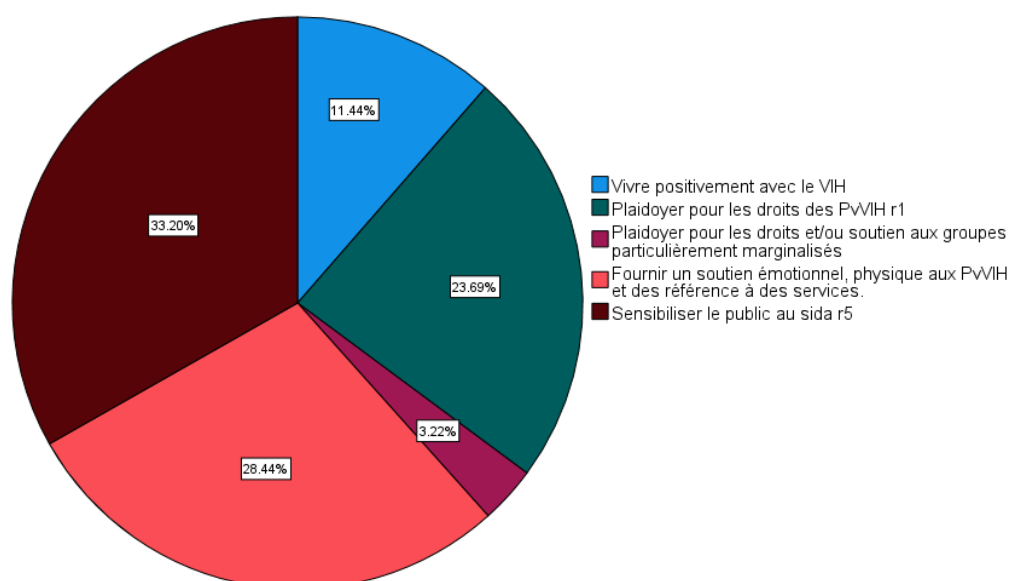


Figure 12-Principaux domaines dans lesquels les associations de PVVIH devraient s’impliquer pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination

3.3. Expérience lors du diagnostic, du dévoilement de statut, au cours du traitement et la possession d'enfant

Cette section présente les avis des PVVIH sur les raisons pour lesquelles ils ont réalisé le test VIH, les motifs derrière la divulgation de statut quand c'est le cas, la perception du traitement, la décision d'avoir des enfants ainsi que les problèmes et défis confrontés dans leur quotidien.

3A : Test/diagnostic

Raisons

La raison de se faire dépister pour le VIH vient de plusieurs motifs chez les enquêtés. Les motifs les plus prépondérants sont : la maladie ou décès d'un conjoint ou membre de la famille (25%), la grossesse (22%), la référence en raison de symptômes présumés liés au VIH (20%). De plus, 20% de PVVIH ont juste voulu savoir leur séropositivité.

La différence observée entre les genres est statistiquement significative avec une prédominance des hommes, sauf pour la grossesse et pour le choix de réponse "Autre".

Tableau 36- Raisons de dépistage du VIH en fonction du sexe

Raisons de dépistage du VIH	Homme		Femme		Transgenre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Autre raisons	12	3.5%	33	3.7%	0	0.0%	45	4%
Emploi	7	2.0%	11	1.2%	0	0.0%	18	1%
Grossesse	0	0.0%	275	31.0%	0	0.0%	275	22%
Mariage/relation sexuelle	3	0.9%	7	0.8%	0	0.0%	10	1%
Référé par une clinique du fait d'IST	8	2.3%	12	1.3%	2	25.0%	22	2%
Référé en raison de symptômes présumés liés au VIH	93	27.2%	152	17.1%	1	12.5%	246	20%
Mari/femme/partenaire/membre de la famille testé positif	17	5.0%	25	2.8%	0	0.0%	42	3%
Maladie ou décès du mari/épouse/partenaire/membre de la famille	100	29.2%	231	25.9%	0	0.0%	331	27%
Je voulais juste savoir mon status sérologique	100	29.2%	147	16.5%	5	62.5%	252	20%

Khi²= 176.751, p=0.000 (Statistiquement significatif)

Responsabilité dans la décision de se faire tester pour le VIH

En plus de la raison de se faire dépister, il y a aussi la décision. Cette dernière peut être prise de manière volontaire ou sous contrainte ou encore à l'insu de la personne en question. La grande majorité des PVVIH ont pris eux-mêmes la décision de se faire dépister, soit 86%. Parmi les 14% de PVVIH testées de manière involontaire, 9% ne l'a su qu'après avoir été testés, 3% ont subi soit une action coercitive d'autrui (3%), et 1% la pression des autres. Les femmes sont plus nombreuses statistiquement parlant à être dépistées de manière involontaire que les hommes.

Tableau 37-Répartition des enquêtés en fonction de la décision pour se faire tester en fonction du sexe

Décision de se faire tester	Homme		Femme		Transgenre	
	N	%	N	%	N	%
Oui, j'ai moi-même pris la décision d'être testé (c'est-à-dire que c'était volontaire)	307	89.8%	750	84.2%	7	87.5%
J'ai pris la décision d'être testé, mais il était sous la pression des autres	3	0.9%	15	1.7%	0	0.0%
J'ai été forcé(e) de faire le test de dépistage du VIH (coercition)	3	0.9%	39	4.4%	1	12.5%
J'ai été testé à mon insu - je ne l'ai constaté qu'après que le test ait été fait	29	8.5%	87	9.8%	0	0.0%

Khi²=13.951, p=0.030 (Statistiquement significatif)

Conseils au moment du dépistage

Les conseils au moment du test de dépistage se donnent en général en deux temps soit avant le prélèvement (pré-test), soit après (post-test). La règle est de donner des conseils avant et après le dépistage. Dans notre échantillon, 77.6% d'enquêtés ont reçu les conseils à la fois avant et après. 16.7% n'auraient reçu de conseils qu'après avoir fait le test, 4.6 % n'auraient reçu aucun conseil.

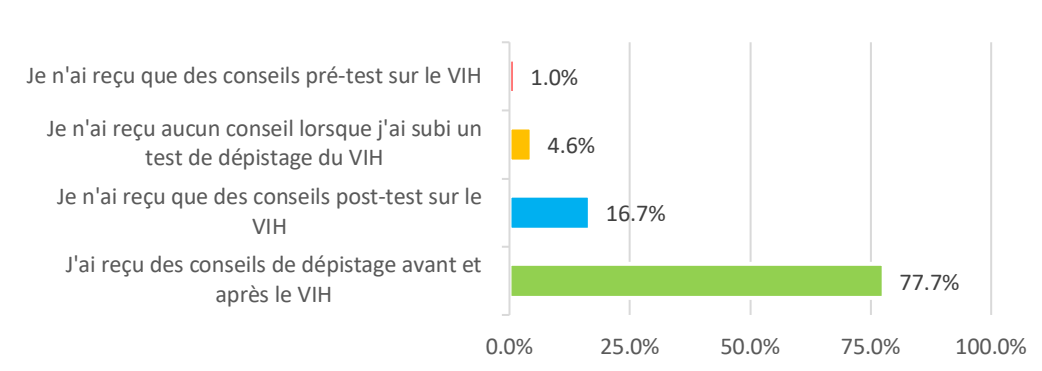


Figure 13-Répartition des enquêtés selon qu'ils aient ou non reçu un conseil pré et posttest lors de leur dépistage pour le VIH

3B : Divulgence de statut et confidentialité

Divulgence de statut

La divulgation de statut à son conjoint (mari, femme ou partenaire), au personnel médical comme travailleur de la santé ou travailleurs sociaux a été volontaire pour au moins 30% des PVVIH. La proportion de ceux qui pensent que quelqu'un aurait divulgué leur statut à leur insu est très faible et oscille entre 0.5% pour les enseignants et 9,6% s'agissant des membres de leur famille. En plus du choix 'Non Applicable', les pourcentages de réponse les plus élevés sont obtenus pour 'ils ne connaissent pas ma séropositivité'. En effet, la séropositivité de près de la moitié des PVVIH n'est pas connu de leurs enfants (46.2%) ou de leurs voisins (46%).

Tableau 38-Divulgence du statut sérologique des enquêtés au niveau familial et social

Personnes ou groupes de personnes	Je leur ai dit		Quelqu'un d'autre leur a dit, avec mon consentement		Quelqu'un d'autre leur a dit, sans mon consentement		Ils ne connaissent pas ma séropositivité		Non applicable	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mari- femme- partenaire	377	30.4%	18	1.5%	28	2.3%	288	23.2%	530	42.7%
Autres membres adultes de la famille	316	25.5%	34	2.7%	43	3.5%	454	36.6%	394	31.7%
Enfants	147	11.8%	5	0.4%	29	2.3%	573	46.2%	487	39.2%
Amis/voisins	64	5.2%	5	0.4%	82	6.6%	571	46.0%	519	41.8%
Autres personnes vivant avec le VIH	247	19.9%	20	1.6%	119	9.6%	396	31.9%	459	37.0%
Collègues	28	2.3%	6	0.5%	22	1.8%	329	26.5%	856	69.0%
Employeur /patron	21	1.7%	3	0.2%	17	1.4%	321	25.9%	879	70.8%
Clients	5	0.4%	4	0.3%	14	1.1%	328	26.4%	890	71.7%
Partenaires utilisateurs de drogues injectables	0	0.0%	3	0.2%	8	0.6%	263	21.2%	967	77.9%
Leaders religieux	17	1.4%	5	0.4%	16	1.3%	476	38.4%	727	58.6%
Leaders communautaires	80	6.4%	5	0.4%	22	1.8%	480	38.7%	654	52.7%
Travailleurs de la santé	410	33.0%	98	7.9%	99	8.0%	245	19.7%	389	31.3%
Travailleurs sociaux/conseillers	407	32.8%	12	0.9%	99	8.0%	211	17.0%	401	32.3%
Enseignants	5	0.4%	5	0.4%	6	0.5%	265	21.4%	960	77.4%
Fonctionnaires du gouvernement	1	0.1%	5	0.4%	9	0.7%	460	37.1%	766	61.7%
Médias	2	0.2%	4	0.3%	10	0.8%	458	36.9%	767	61.8%

Pressions ressenties pour la divulgation de statut

La pression de divulguer le statut a été abordée sous deux angles : selon qu'il s'agit des PVVIH ou groupes de PVVIH et de l'entourage des enquêtés. Les réponses obtenues permettent de conclure que majoritairement les PVVIH ne subissent pas de pression de la part d'autres groupes de PVVIH pour divulguer leur statut. En effet, 88% d'entre eux ont choisi la réponse "jamais" à cette question. Les femmes (9%) sont quand même plus exposées que les hommes (4%) à cette forme de pression.

92% des répondants disent ne pas subir de pressions d'autres personnes de leur entourage pour divulguer leur statut. Les proportions d'hommes (8.8%) et de femmes (7.2%) qui ont déclaré au moins une fois avoir été sous pression pour dévoiler leur statut ne diffèrent pas trop (tableau 39).

Tableau 39- Répartition des enquêtés selon la pression ressentie pour la divulgation de leur statut en fonction du sexe

Pression ressentie	Homme		Femme		Transgenre		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pression de PVVIH ou groupes de PVVIH pour divulguer son statut sérologique								
Souvent	23	6.7%	51	5.7%	1	12.5%	75	6.0%
Quelques fois	10	2.9%	33	3.7%	0	0.0%	43	3.5%
Une fois	6	1.8%	22	2.5%	0	0.0%	28	2.3%
Jamais	303	88.6%	785	88.1%	7	87.5%	1095	88.2%
Pression d'autres personnes ne vivant pas avec le VIH pour divulguer son statut sérologique								
Souvent	10	2.9%	15	1.7%	0	0.0%	25	2.0%
Quelques fois	14	4.1%	37	4.2%	1	12.5%	52	4.2%
Une fois	6	1.8%	17	1.9%	0	0.0%	23	1.9%
Jamais	312	91.2%	822	92.3%	7	87.5%	1141	91.9%

Confidentialité

Sept PVVIH sur dix (71%) ont affirmé que le personnel médical n'aurait pas divulgué leur statut. Une femme sur quatre et trois transgenres sur huit ne sont pas certains que le personnel médical aurait gardé leur statut confidentiel.

Un enquêté masculin sur deux est sûr que son dossier médical est gardé confidentiel. Cependant 5 sur 8 affirment ne pas savoir si leurs dossiers sont gardés confidentiels. Cette même tendance se retrouve chez les femmes. Cependant, 62,5 % des transgenres ne sont pas certains de la tenue confidentielle de leur statut (Tableau 40).

Tableau 40- Répartition des enquêtés selon leur perception du respect de la confidentialité en fonction du sexe

Perception	Homme		Femme		Transgenre		Totaux	
	N	%	N	%	%	N	N	%
Divulgarion du statut sérologique par le personnel médical								
Oui	19	5.6%	20	2.2%	0	0.0%	39	3%
Non	248	72.5%	634	71.2%	5	62.5%	887	71%
Pas certain	75	21.9%	237	26.6%	3	37.5%	315	25%
Confidentialité des dossiers médicaux								
Je suis sûr que mes dossiers médicaux seront gardés totalement confidentiels	191	55.8%	468	52.5%	3	37.5%	662	53%
Je ne sais pas si mes dossiers médicaux sont confidentiels	137	40.1%	403	45.2%	5	62.5%	545	44%
Il est clair pour moi que mes dossiers médicaux ne sont pas gardés confidentiels	14	4.1%	20	2.2%	0	0.0%	34	3%

Réactions suite à la divulgation de statut

Ceux dont leur statut a été dévoilé soit volontairement ou involontairement, font l'objet d'actes discriminatoires de leur entourage (voisins, famille, conjoints, etc.) même si la fréquence n'est pas élevée. Aussi 7 % d'hommes, 12% de femmes et 12.5% de transgenres ont vécu des réactions discriminatoires de la part d'amis ou de voisins après le dévoilement du statut. 5.8 % d'hommes et 6.3% de femmes ont été victimes de réactions discriminatoires de leurs conjoints. Les transgenres ont été les plus touchés par les actes discriminants de la part des employeurs, soit 12.5% de transgenres contre 2.6% d'homme et 2% de femmes.

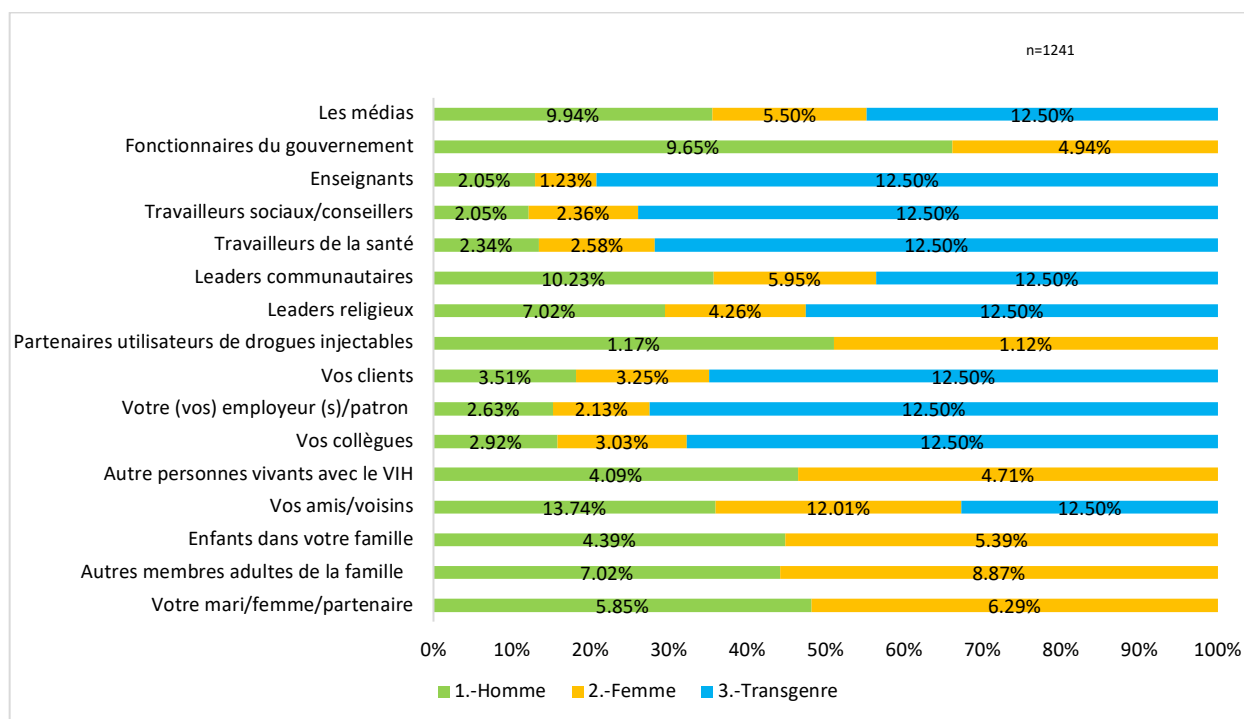


Figure 14-Pourcentages d'enquêtés ayant rapporté des attitudes discriminatoires ou très discriminatoires après la divulgation de leur statut sérologique en fonction des différents groupes ou personnes de leur entourage et du sexe

Perception de l'expérience de dévoilement de statut

Le moment de dévoilement est vécu différemment selon la personne en question, cependant, cette enquête a permis de voir que les opinions sur le caractère stimulant de cette situation sont partagées à parts égales entre *oui*, *non* et *non applicable*, soit 33% pour ces modalités respectivement.

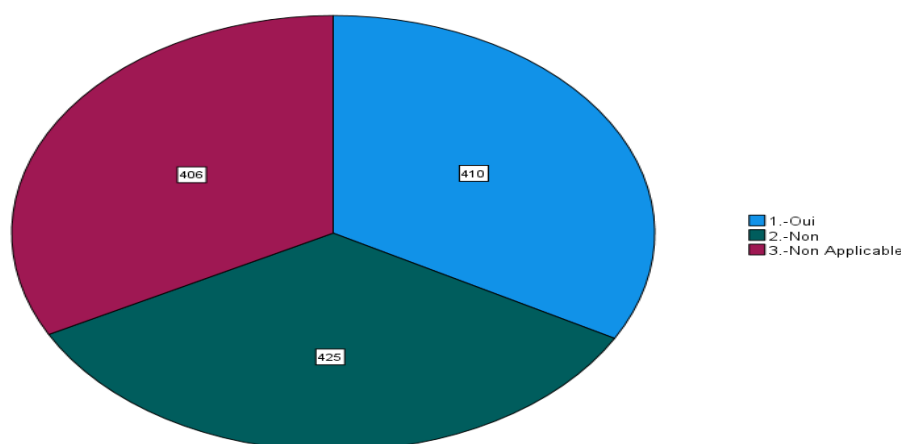


Figure 15-Nombre d'enquêtés trouvant que la divulgation de leur statut sérologique a été une expérience stimulante (N=1241)

3C : Traitement antirétroviral et médicaments contre les infections opportunistes

Cette section permet de savoir comment les enquêtés voient leur état de santé en étant sous traitement, de comprendre les rapports des patients avec les prestataires pendant leur traitement, de renseigner sur le degré d'accès aux médicaments contre les infections opportunistes et au traitement antirétroviral.

Perception de leur état de santé

Environ 8 PVVIH sur 10 (dont 79% de femmes et 76.6% d'homme) ont une opinion positive de leur état santé allant de bon (19%) très bon (30%), excellent (29%). Ceux qui pensent que leur état de santé est mauvais ne représentent que 8 % des PVVIH (Tableau 41).

Tableau 41-Perception de l'état de santé des PVVIH en fonction de leur sexe

État de santé	Homme		Femme		Transgenre		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Excellent	104	30.4%	252	28.3%	2	25.0%	358	28.8%
Très bon	100	29.2%	273	30.6%	4	50.0%	377	30.4%
Bon	58	17.0%	179	20.1%	1	12.5%	238	19.2%
Acceptable	53	15.5%	114	12.8%	1	12.5%	168	13.5%
Mauvais	27	7.9%	73	8.2%	0	0.0%	100	8.1%

Khi²=5.075, p-value= 0.750 (Statiquement non significatif)

Pour ce qui est des zones de résidence, urbaines, semi urbaines et rurales les différences observées ne sont pas statistiquement significatives. Les PVVIH qui habitent en milieu semi-urbain sont plus nombreux (11%) à croire que leur état de santé n'est pas bon (mauvais), comparativement à ceux des zones rurales et urbaine, 7.6% et 7.2% respectivement.

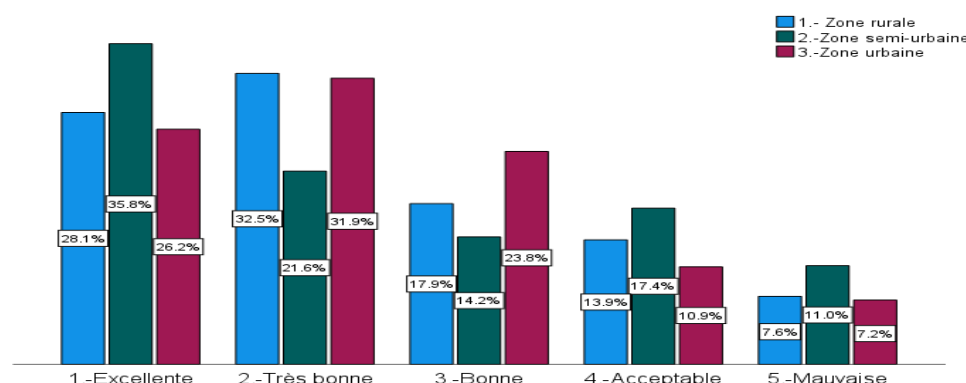


Figure 16-Perception de l'état de santé par les participants en fonction de la zone d'enquête

Accès aux ARV

Près de 10 répondants sur 10 (98.8%) sont actuellement enrôlés sous traitement Antirétroviral (ARV) et ce, quel que soit le genre. Un nombre un peu moins élevé d'enquêtés jouissent de l'accès aux ARV soit 80% indépendamment du genre (Tableau 42).

Il n'existe pas de lien significatif entre le milieu de résidence et être sous traitement ARV. En effet, quel que soit la zone de résidence considérée, au moins 98 % des PVVIH sont sous ARV au moment de l'enquête. Par contre, la relation entre milieu de résidence et accès aux ARV est significative. L'accès aux ARV des PVVIH vivant en milieu rural est un peu plus réduit que ceux vivant en milieu semi-urbain et urbains (p-value=0.004) (Tableau 43). En effet, 23.6 % des PVVIH vivant en milieu rural n'ont pas accès au ARV contre 17% et 16% des PVVIH vivant respectivement en zone semi-urbaine et urbaine.

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

	Homme		Femme		Transgenre		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Prise actuelle de traitement antirétroviral (p-value=0.375)								
Oui	339	99.1%	880	98.8%	8	100.0%	1227	98.9%
Non	3	0.9%	11	1.2%	0	0.0%	14	1.1%
Accès aux ARV (p-value=0.242)								
Oui	268	78.4%	719	80.7%	8	100.0%	995	80.2%
Non	74	21.6%	172	19.3%	0	0.0%	246	19.8%

Tableau 43- Répartition des enquêtés prenant un traitement ARV et perceptions des enquêtés sur l'accessibilité du traitement ARV en fonction de la zone d'habitation

	Zone rurale		Zone semi-urbaine		Zone urbaine	
	N	%	N	%	N	%
Prise actuelle de traitement antirétroviral (p-value=0.910)						
Oui	612	98.9%	215	98.6%	400	99.0%
Non	7	1.1%	3	1.4%	4	1.0%
Accès à des médicaments ARV (p-value=0.004)						
Oui	473	76.4%	181	83.0%	341	84.4%
Non	146	23.6%	37	17.0%	63	15.6%

Accès aux médicaments contre les infections opportunistes

La quasi-totalité des PVVIH (98%) prennent actuellement des médicaments contre les infections opportunistes (IO). Une proportion un peu moins élevée (89%) a accès aux médicaments IO, indépendamment du genre (tableau 44).

Tableau 44- Répartition des enquêtés prenant un traitement IO et perceptions des enquêtés sur l'accessibilité des traitements pour les IO en fonction du sexe et de la zone d'habitation

	Homme		Femme		Transgenre		Total	
	N	%	N	N	N	%	N	%
Actuellement sous IO (p-value=0.375)								
Oui	336	98.2%	872	97.9%	8	100.0%	1216	98.0%
Non	5	1.5%	10	1.1%	0	0.0%	15	1.2%
Je ne sais pas	1	0.3%	9	1.0%	0	0.0%	10	0.8%
Accès aux IO selon les enquêtés (p-value=0.242)								
Oui	312	91.2%	786	88.2%	8	100.0%	1106	89.1%
Non	19	5.6%	73	8.2%	0	0.0%	92	7.4%
Je ne sais pas	11	3.2%	32	3.6%	0	0.0%	43	3.5%

Tout comme pour les ARV, il n'existe pas de lien significatif entre milieu de résidence et la prise des médicaments contre les IO. En effet, quel que soit la zone de résidence considérée, la majorité des PVVIH (97.4%) ont déclaré être sous traitement contre les IO au moment de l'enquête. En ce qui concerne l'accès aux médicaments OI, la relation est statistiquement significative. L'accès des aux médicaments OI des PVVIH vivant en milieu rural est un peu plus réduit que ceux des zones semi-urbaines et urbaines (p. value=0.036) (Tableau 45). En effet, 9% des PVVIH vivant en milieu rural n'a pas accès aux médicaments IO, comparativement à 7.8% et 4.7% de ceux vivant respectivement en zone semi-urbaine et urbaine.

Tableau 45- Répartition des enquêtés prenant un traitement IO et perceptions des enquêtés sur l'accessibilité des traitements pour les IO en fonction de la zone d'habitation

	Zone rurale		Zone semi-urbaine		Zone urbaine	
	N	%	N	%	N	%
Actuellement sous IO (p-value=0.479)						
Oui	603	97.4%	215	98.6%	398	98.5%
Non	11	1.8%	1	0.5%	3	0.7%
Je ne sais pas	5	0.8%	2	0.9%	3	0.7%
Accès aux IO selon les enquêtés (p-value=0.036)						
Oui	540	87.2%	198	90.8%	368	91.1%
Non	56	9.0%	17	7.8%	19	4.7%
Je ne sais pas	23	3.7%	3	1.4%	17	4.2%

Discussions avec un professionnel de la santé

Au cours des 12 mois précédant l'enquête, 37% des PVVIH ont eu une discussion (aucune différence entre les genres (p-value=0.998)) avec un professionnel de la santé sur les options de traitement liées au VIH. 25% des 1241 PVVIH enquêtés ont eu une discussion constructive avec un professionnel de la santé sur d'autres sujets tels que santé sexuelle et reproductive, relation sexuelle et bien-être émotionnel.

3D : Possession d'enfant

89% (1108) des PVVHIV ont déclaré avoir des enfants. La relation entre la possession d'enfant et zone de résidence n'est pas statistiquement significative ($p=0.268$). Les femmes sont plus nombreuses à avoir des enfants que les hommes comme le montre le tableau 46 (p-value=0.000). En effet, 9 femmes sur 10 ont des enfants contre 8 hommes sur 10. Les jeunes âgés de 18 à 19 ans sont les moins prédominants en termes de possession d'enfants, soit 52.4%.

Avec l'éducation, s'amenuise un peu le pourcentage de personnes avec enfants de manière significative (p-value<0.001). En effet, 93.3% d'enquêtés avec enfants ont reçu une éducation non formelle alors que 63.2% d'universitaires déclarent avoir des enfants.

Le niveau d'insécurité alimentaire n'influe pas nécessairement sur la possession d'enfants. Avec ou sans l'insécurité alimentaire près de 89% d'enquêtés ont un enfant.

Ceux qui connaissent leur séropositivité il y a moins de 5 ans sont les moins nombreux à avoir d'enfants, soit 33%. Alors que 67 % des patients avec enfants sont au courant de leurs séropositivité au VIH depuis plus de 5 ans.

Tableau 46- Répartition des enquêtés relatant avoir des enfants en fonction de diverses caractéristiques socio-démographiques et de la durée de connaissance de la séropositivité au VIH

	Avec enfants		Sans enfants		P-value*
	N	%	N	%	
Genre					
1.-Homme	273	79.8%	69	20.2%	0.000
2.-Femme	833	93.5%	58	6.5%	
3.-Transgenre	2	25.0%	6	75.0%	
Groupe d'âge					
Jeune âgé (e) 18 à 19 ans	11	52.4%	10	47.6%	0.000
Adulte âgé (e) 20 – 24 ans	39	67.2%	19	32.8%	
Adulte âgé (e) 25 – 29 ans	104	80.6%	25	19.4%	
Adulte âgé (e) 30 - 39 ans	340	88.8%	43	11.2%	
Adulte âgé (e) 40 – 49 ans	332	94.3%	20	5.7%	

Adulte âgé (e) 50 + ans	282	94.6%	16	5.4%	
Zone d'habitation					
1.- Zone rurale	556	89.8%	63	10.2%	0.268
2.-Zone semi-urbaine	199	91.3%	19	8.7%	
3.-Zone urbaine	353	87.4%	51	12.6%	
Niveau d'éducation					
1.-Education non formelle	237	93.3%	17	6.7%	<0.001
2.-Ecole primaire	441	90.6%	46	9.4%	
3.-Ecole secondaire	418	86.9%	63	13.1%	
4.-Universités	12	63.2%	7	36.8%	
Niveau d'insécurité alimentaire					
Insécurité alimentaire modéré ou sévère	903	89.8%	103	10.2%	0.259
Pas d'insécurité alimentaire	205	87.2%	30	12.8%	
Durée de connaissance de la séropositivité VIH					
0 - 1 an	123	83.1%	25	16.9%	0.006
1 - 4 ans	293	87.2%	43	12.8%	
5 - 9 ans	292	89.0%	36	11.0%	
10 - 14 ans	205	93.2%	15	6.8%	
15 + ans	195	93.3%	14	6.7%	

*Degré de signification du test de Khi²

Statut des enfants

Parmi les 89% (1108) d'enquêtés à avoir déclaré avoir des enfants, 13% (142) ont des enfants séropositifs pour le VIH. Les femmes (85.2%) sont statistiquement plus nombreuses que les hommes (14.8%) (p-value=0.00) à avoir des enfants infectés par le VIH. 76% des PVVIH avec enfant séropositifs pour le VIH ont atteint au moins le niveau primaire. Alors que ceux qui n'ont reçu aucune éducation formelle ne représente que 23% des PVVIH avec un enfant positif pour le VIH. Autrement dit, le niveau d'éducation a un lien proportionnel avec la possession d'enfant VIH positif. Ceux qui connaissent leur séropositivité depuis plus de 5 ans sont aussi statistiquement plus nombreux à avoir d'enfants positifs au VIH.

Tableau 47- Répartition des enquêtés relatant avoir des enfants séropositifs en fonction de diverses caractéristiques socio-démographiques et de la durée de connaissance de la séropositivité VIH des enquêtés parmi les enquêtés ayant des enfants

	Avec enfants VIH positifs		Avec enfants VIH négatifs		P-value*
	N	%	N	%	
Genre					
1.-Homme	21	14.8%	252	26.1%	0.000
2.-Femme	121	85.2%	712	73.7%	
3.-Transgenre	0	0.0%	2	0.2%	
Groupe d'âge					
Jeune âgé (e) 18 à 19 ans	0	0.00%	11	1.10%	<.001
Adulte âgé (e) 20 – 24 ans	6	4.20%	33	3.40%	
Adulte âgé (e) 25 – 29 ans	16	11.30%	88	9.10%	
Adulte âgé (e) 30 - 39 ans	52	36.60%	288	29.80%	
Adulte âgé (e) 40 – 49 ans	45	31.70%	287	29.70%	
Adulte âgé (e) 50 + ans	6	4.2%	33	3.4%	
Zone d'habitation					
1.- Zone rurale	75	52.8%	481	49.8%	0.432
2.-Zone semi-urbaine	21	14.8%	178	18.4%	
3.-Zone urbaine	46	32.4%	307	31.8%	
Niveau d'éducation					
1.-Education non formelle	33	23.2%	204	21.1%	<0.001
2.-Ecole primaire	60	42.3%	381	39.4%	
3.-Ecole secondaire	48	33.8%	370	38.3%	
4.-Universités	1	0.7%	11	1.1%	
Niveau d'insécurité alimentaire					
Insécurité alimentaire modéré ou sévère	126	88.7%	777	80.4%	0.033

Pas d'insécurité alimentaire	16	11.3%	189	19.6%	
Durée de connaissance de la séropositivité VIH					
0 - 1 an	12	8.5%	111	11.5%	
1 - 4 ans	29	20.4%	264	27.3%	
5 - 9 ans	37	26.1%	255	26.4%	0.004
10 - 14 ans	29	20.4%	176	18.2%	
15 + ans	35	24.6%	160	16.6%	

*Degré de signification du test de Khi²

Conseils ou obligations concernant leur santé sexuelle et de la reproduction en fonction du sexe

Cinq hommes sur dix (50%) ont reçu des conseils sur les options en matière de reproduction, comparativement à plus de 7 femmes sur dix (73%). S'agissant des formes de pression exercées par les professionnels de santé : 10% des PVVIH ont été conseillés de ne pas avoir d'enfants, 2.8% ont été obligés d'entreprendre un processus de stérilisation, 16% ont été contraints d'utiliser une forme de contraception comme condition pour obtenir des ARV. Les femmes sont les plus touchées par toutes ces formes de pression de la part de professionnels de santé avec des pourcentages plus élevés que les hommes.

Tableau 48-Répartition des PVVIH ayant eu des conseils ou obligations concernant leur santé sexuelle et de la reproduction en fonction du sexe

Avoir reçu :	Homme		Femme		Transgenre	
	N	%	N	%	N	%
Un conseil sur vos options en matière de reproduction	171	50.0%	650	73.0%	1	12.5%
Un conseil par des professionnels de santé pour ne pas avoir d'enfants	21	6.1%	106	11.9%	0	0.0%
Une obligation par des professionnels de santé de stérilisation	6	1.8%	29	3.3%	0	0.0%
Une obligation d'utiliser certaines formes de contraception pour obtenir des ARV	35	10.2%	161	18.1%	1	12.5%

Contraintes exercées sur les femmes enceintes/allaitante par les professionnels de santé

Les femmes ont été questionnées sur les contraintes qu'elles ont subies de la part de professionnels de santé au cours des 12 mois précédant l'enquête. 5% (48) des femmes auraient reçu des conseils pour se faire avorter. 30 % (265) ont reçu des avis sur les méthodes d'accouchement vu leur statut et 25% (219) ont déclaré avoir reçu des conseils sur les pratiques d'alimentation des nourrissons.

Tableau 49- Conseils reçus par les femmes sur leur grossesse, les méthodes d'accouchement et l'alimentation du nourrisson par les prestataires de soins

Conseils reçus par les femmes	N=891	%
Interruption de grossesse (avortement)		
Oui	48	5%
Non	754	85%
NA	89	10%
Méthode d'accouchement		
Oui	265	30%
Non	534	60%
NA	92	10%
Pratiques d'alimentation des nourrissons		
Oui	219	25%
Non	576	65%
NA	96	10%

Réduction de la transmission Mère-enfant

Il a été demandé aux femmes d'indiquer si elles ont reçu le traitement ARV pendant leur grossesse pour prévenir l'infection de leur enfant à venir. 27% des femmes n'étaient pas séropositives pendant leur grossesse. Près de la moitié des femmes (49%) ont reçu un traitement ARV pendant un épisode de grossesse. 16% ne savait pas qu'un tel traitement existait et 6% n'en ont pas eu l'accès. Parmi les femmes ayant reçu un traitement antirétroviral pendant leur grossesse, 420 (95%) d'entre elles ont également bénéficié d'informations sur une grossesse et une maternité sans risque dans le cadre de la PTME.

3E : Problèmes et défis rencontrés

La partie ‘‘ problèmes et défis’’ permet de comprendre ce que vivent les PVVIH au quotidien dans leur rapport avec les institutions sanitaires de dépistage et de traitement du VIH. Contrairement aux autres sections, elle est construite autour de questions ouvertes à partir desquelles les enquêtés ont pu exprimer leurs opinions sur le dépistage et le diagnostic du VIH, la divulgation et la confidentialité concernant la séropositivité, le traitement antirétroviral et le fait d'avoir des enfants quand on est séropositif.

Problèmes et défis par rapport au dépistage et diagnostic du VIH

73% des PVVIH, soit 901, ont réagi sur la question en lien avec des problèmes confrontés au moment du dépistage. Pour 73% l'expérience de dépistage du VIH s'est réalisée sans heurts, les prestataires avaient fait montre de professionnalisme et de compassion au moment de leur annoncer les résultats.

Egzamen ak diagnostik la toujou nomal nou jwenn anpil sipò nan men travayè lasante yo’’.

Traduction : L'examen et le diagnostic ont toujours été normaux, les professionnels de santé nous ont beaucoup supportés.

Femme enrôlée dans le département des Nippes

Pour 21% d'entre eux, par contre, il faudrait changer de prestataires les soupçonnant de divulguer les informations sur leurs dossiers ou les accusant de ne pas avoir été assez humains avec eux pendant le diagnostic ou encore d'avoir eu un comportement discriminant à leur égard. Nous relevons ces commentaires de ces femmes de l'un des hôpitaux de l'Artibonite.

‘‘Chanje yon seri de moun nan laboratwa yo paske le yap fe egzamen ou di yo bagay la few mal yo meprizew tankou w se chyen’’.

Traduction : Il faut changer certains personnels du laboratoire qui nous insultent et qui nous méprisent comme des chiens pendant le dépistage

’’Gen moun nan kap pike li pa menm kreye yon fason poul fel pi dousman li foute egwi on sèl kou.’’

Traduction : Certains prestataires ne font pas trop attention, ils insèrent l'aiguille abruptement.

Pour une fraction moins élevée, 6.6%, il faudrait de préférence travailler à réduire le temps d'attente. Cet homme du département de l'Ouest rapporte :

“Yo fem chita twop lem vin fè tè. Depiw positif lew vin fe examen ki gen rapò ak lot koze isit la yo fel fè yon jounen”.

Traduction :Le temps d’attente est trop long. Si on est un PVVIH qui vient pour d’autres examens le temps d’attente dure même une journée

Pour 70% de ceux qui ont exprimé un défi confronté au moment du diagnostic, l’acceptation de ce nouvel état de santé est un gros effort à faire et l’expérience est même affligeante. Ce qui démontre la nécessité de renforcer les services de counseling post test. ‘

’Lèm te fek fè tè la mwen pran yon gwo chòk. Mwen te menm vle elimine tèt mwen, men jiskaprezan mwen pa trò santi m byen”

Traduction : Au moment du dépistage j’ai un gros choc. J’avais même envie de me suicider, même aujourd’hui encore, je ne me sens pas bien."

Homme, département de l’Ouest

Tableau 50- Principaux défis et problèmes liés au diagnostic du VIH

Problèmes liés au dépistage		
Réponses	Effectif	%
Aucun problème	654	72.59%
Doute sur la confidentialité des dossiers et le professionnalisme du personnel sanitaire	187	20.75%
Temps d'attente trop long	60	6.66%
TOTAL	901	100%
Défis liés au dépistage		
Acceptation du statut	240	71%
Aucun défi	100	29%
TOTAL	340	100%

Problèmes et défis par rapport à la divulgation et confidentialité au sujet de la séropositivité

Le dévoilement du statut, comme cela a été exposé au niveau de la section 3B, est un acte auquel très peu de PVVIH se livrent spécialement quand il s’agit de leur entourage immédiat par peur d’être rejeté. Six PVVIH sur 10 ont déclaré avoir des difficultés pour dévoiler leur statut à leur entourage immédiat.

“Pi gwo problem mw mw te santim wont poum te di sa”

Traduction : Mon plus grand problème c’est de dévoiler mon statut, j’en ai honte
Femme, Hôpital du Sud-est

”Pi gwo défi pou mwen si marim konnen lika touyem”

Traduction : Mon plus grand défi c’est que mon mari me tuerait s’il apprenait cela
Femme, Hôpital de l’Ouest

D'autres PVVIH, autour de 9%, craignent de devenir l'objet de discrimination si cela finit par se savoir. 10% pensent que les gens ne sont pas préparés pour comprendre les PVVIH, autrement dit pas assez sensibilisés sur la question de séropositivité au VIH.

''Lew di moun ou gen VIH la se nan lari yo metew''

Traduction : Quand on dévoile son statut à quelqu'un, automatiquement la nouvelle s'ébruite
Femme, Hôpital du Sud

''Patap gen okenn pwoblèm non se jis paske m patarenmen pou moun palem mal ni pou yo pa imilyem''

Traduction : Je n'ai aucun problème avec le dévoilement, sauf que je ne souhaiterais pas faire l'objet ni de commérage ni d'humiliation

Homme, Hôpital du centre

''Nou poko pare kom sosyete pou moun kap viv ak vih fé devwalman nou bezwen tolérance pou moun kap viv ak vih an ayiti''

Traduction : En Haïti nous ne sommes pas encore prêts d'accepter le dévoilement de la séropositivité, on a besoin d'être plus tolérants envers les PVVIH

Femme, Hôpital du Sud-est

Une faible proportion croit que leurs dossiers auraient été divulgués à leur insu et remettent en question la confidentialité dans les hôpitaux

''Pas de confidentialité à 100 pour 100''

Traduction : La confidentialité est absente à 100% dans les milieux de soins
Femme, Hôpital de l'Ouest

Tableau 51 : Principaux problèmes identifiés par les enquêtés en ce qui concerne la divulgation et la confidentialité de son statut VIH

Problèmes liés à la divulgation et confidentialité au sujet de la séropositivité	Effectif	%
Manque de courage/Difficulté à dévoiler le statut sérologique surtout aux amis et personnes proches	751	60.52%
Aucun problème	131	10.56%
La population n'est pas assez éduquée pour comprendre les PVVIH	120	10%
Peur de devenir une cible de discrimination ou menace si le statut est divulgué	115	9.27%
Doute sur la confidentialité du personnel médical	112	9.02%
Je ne sais pas	12	0.97%
Total	1241	100.00%

Problèmes et défis par rapport au traitement antirétroviral

Bien que 99% des PVVIH soient enrôlés sous ARV et que l'accès soit aussi garanti pour 80.7% d'entre eux, les conditions de réception du traitement ne sont pas toujours idéales pour tous les patients. Les réponses de 296 enquêtés ont été analysées pour comprendre les problèmes et défis qui existent concernant le traitement aux ARV. Il appert qu'à côté du fait que la durée du traitement soit le principal problème et à la fois un défi pour près de 70% de PVVIH au point de vouloir arriver à une cure définitive, la mauvaise qualité des services hospitaliers et l'inefficacité du service de distribution des médicaments ont été déplorées par 16% de PVVIH. Par ailleurs 8.8%

de patients croit qu'il faudrait ajouter un volet de prise en charge nutritionnel pour faciliter une meilleure adhérence aux médicaments et parer aux effets secondaires (comme les vertiges). Les verbatim de quelques enquêtes ont été recensés à ces propos.

‘Efe segondè yo ki plis problem ak jan yo deranjem sim pa manje’.

Traduction : Les effets secondaires sont plus insupportables si on n'est pas bien nourri
Homme, Hôpital de l'Artibonite

‘Mwen ta renmen yo jwenn yon tretman définitif pou pwoblèm VIH la’

Traduction : Je souhaiterais qu'on parvienne à une cure définitive du virus
Homme, Hôpital de l'Ouest

‘Pranl san manje a se pi gro problem mwen, Se sa ki konn fem pa pranl pafwa’.

Traduction : Prendre ces médicaments à jeun est mon véritable problème, voilà pourquoi je rate des doses certaines fois

Homme, Hôpital de l'Artibonite

‘Yo dwe pale ak pesonel yo pouw yo fe pi rapid le yap bay konprime yo’.

Traduction : Il faut ordonner aux prestataires de faire plus rapide lors de la livraison des médicaments
Femme, Hôpital de l'Ouest

Tableau 52-Principaux défis identifiés par les enquêtés concernant le traitement antirétroviral

Défis liés au traitement antirétroviral	Effectif	%
Améliorer la qualité et l'efficacité du service de distribution des médicaments	47	15.9%
Augmenter le staff sanitaire	3	1.0%
Créer un programme pour permettre les moins favorisés à trouver à manger car il faut manger pour prendre les médicaments.	26	8.8%
Éviter les ruptures de stocks des médicaments	17	5.7%
Trouver un traitement curatif définitif	203	68.6%
Total	296	100.0%

Problèmes et défis par rapport à la possession d'enfants

Parmi les 1108 PVVIH (89%) qui ont des enfants, 758 (68%) ont opiné directement sur les problèmes et défis rencontrés du fait d'avoir des enfants en étant positifs au VIH. Si pour 76.8% aucun problème n'a été relaté pour d'autres (même à effectif réduit), 3.1% le sentiment de pouvoir transmettre le virus par mégarde serait un défi assez important. Pour 98% de femmes c'est plutôt le fait de prendre beaucoup de précautions pour éviter la transmission verticale qui soit un défi. Deux verbatim ont été choisis pour étayer cette trouvaille :

‘Mwen te santi se yon gwo pwoblem poum fe pitit paske mw te bezwen pwoteje ti bebe ki nan vant mwen an’
Femme, Nippes

**''Mwen pa ta renmen fe ti moun sewopozitif''
Femme, Nord-Ouest**

Tableau 533- Principaux problèmes identifiés par les enquêtés concernant le fait d'avoir des enfants en étant PVVIH

Problèmes liés au fait d'avoir des enfants lorsque l'on est PVVIH	Effectif	%
Aucun problème	582	76.78%
Je ne sais pas	72	9.50%
Je ne veux pas que mes enfants le sachent	59	7.78%
Peur de transmettre le virus à l'enfant	24	3.17%
J'ai pris la décision de ne pas enfanter malgré qu'on m'ait informé que je peux enfanter sans transmettre le virus	10	1.32%
Peur que les enfants soient stigmatisés	11	1.45%
Total	758	100.00%

IV. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

5.1. Conclusion

Les partenaires du Programme National de lutte contre le VIH/sida (CDC/PEPFAR et ONUSIDA) ont supporté la réalisation de cette première étude de l'Index de stigmatisation et de discrimination envers les personnes vivant avec le HIV en Haïti. L'objectif de l'étude est d'évaluer le niveau de stigmatisation et de discrimination liées au VIH vécues par les personnes vivant avec le HOB en Haïti. Les résultats de l'index stigma permettent de mieux comprendre la stigmatisation et ses différentes formes telle que vécu par les PVVIH en Haïti. Sur les 1241 PVVIH enquêtés, 36%, affirment avoir vécu au moins une fois une expérience de stigmatisation. Les formes les plus préoccupantes varient du commérage, des insultes, des harcèlements ou menaces physiques, des agressions physiques. Cependant, les exclusions des activités sociales, religieuses et familiales ne sont vécues que par un très faible pourcentage d'enquêtés

La stigmatisation interne qui anime les PVVIH est la résultante des actions discriminatoires perpétrées à leur endroit. Il s'agit pour bon nombre d'enquêtés de la décision de ne pas fonder une famille, de ne pas avoir d'enfants, de s'isoler ou même de ne refuser de se faire soigner au besoin. Pour un nombre non négligeable d'enquêtés l'accès au logement, au travail, aux services de santé et à l'éducation s'est vu amoindri à cause des actes discriminants alors qu'ils vivent déjà dans une précarité économique manifeste sans emploi ou avec un revenu médian mensuel de 5000 HTG et dans l'insécurité alimentaire.

En matière de droits et politiques très peu d'enquêtés ont donné des réponses qui convainquent de la connaissance de leurs droits. La tendance générale est la méconnaissance des documents et textes de lois comme la *''Déclaration d'Engagement sur le VIH/SIDA''* et le *''Plan stratégique national multisectoriel 2018-2023''*. Pour ceux qui peuvent décrire une violation de leurs droits, la recherche formelle de réparation auprès d'institutions dans le domaine de protection du citoyen n'est pas une pratique courante. Néanmoins l'entraide entre PVVIH semble être préférée.

Les efforts de réduction de la transmission verticale ont été notables car presque toutes les femmes ont reçu un traitement ou des conseils pour mettre au monde des enfants sains. En dépit de cela, une fraction d'entre elles reçoivent des pressions de la part des professionnels de santé pour se faire avorter.

Les problèmes et défis évoqués par les enquêtés dans les domaines du dévoilement de statut, dans l'administration du traitement et de l'enfantement en étant séropositifs au VIH est la preuve irréfutable que beaucoup d'actions méritent d'être entreprises dans la riposte nationale. En attendant, ces trouvailles fournissent des informations précieuses sur les domaines qui doivent être ciblés ou améliorés dans la programmation des soins et du soutien aux PVVIH et les changements de politique à entreprendre pour garantir un accès équitable aux services de prise en charge dans une dimension plus holistique. L'indice de Stigmatisation des personnes vivant avec le VIH peut être utilisé comme outil de plaidoyer non seulement pour garantir les droits des PVVIH mais aussi pour améliorer les services.

5.2. Recommandations

Les recommandations formulées dans le cadre de cette enquête prennent corps non seulement dans les trouvailles, plus précisément dans les expériences de stigmatisation des sujets, mais aussi dans les opinions exprimées par rapport aux défis rencontrés et dans ce qu'ils croient être impératif pour faciliter un traitement efficace. Les recommandations visent les organisations de PVVIH, la société civile et le MSPP.

Aux associations de PVVIH

Compte tenu du fait que très peu de PVVIH soient au courant de l'existence des associations et que ceux qui le sont les consultent d'ailleurs très rarement pour les appuyer dans leur quête de réparation suite aux violences subies, il conviendrait pour ces associations de :

- Créer des cadres et des mécanismes d'échanges sur les activités entreprises et particulièrement ceux qui concernent la défense des droits de PVVIH.
- Servir de pont entre ceux qui subissent les actes discriminants et les structures étatiques responsables en la matière.
- Mettre en place des clubs avec les pairs pour le partage des sujets notamment pour lutter contre l'auto-stigmatisation.
- Militer auprès des entités responsables de défense des droits du citoyen pour donner suites aux plaintes rapportées.
- Créer des espaces de discussions qui encouragent les victimes à parler de leur expérience en toute confidentialité.
- Organiser des ateliers pour parler des droits des PVVIH et informer sur les documents légaux qui régissent le domaine.
- Encourager la vie ouverte avec le VIH en insistant sur le dévoilement du statut sérologique et en organisant des sessions de counseling pour lutter contre la stigmatisation interne.
- Encourager le dévoilement du statut sérologique avec son ou sa conjoint (e), facilitant ainsi l'adhérence et la compliance pour couper la chaîne de transmission.
- S'organiser pour avoir des activités génératrices de fonds (Mutuelle ...).
- Faire la requête d'autres études Index Stigma pour évaluer les résultats des différentes actions qui seront entreprises pour combattre la stigmatisation et la discrimination.

A la Société civile

La société civile organisée a un rôle clé à jouer aux côtés des associations et autorités étatiques pour décourager les comportements discriminatoires envers les PVVIH et renforcer la connaissance des droits de ceux-ci. Il a été suggéré de :

- Encourager et soutenir la formation d'associations de supports aux PVVIH
- Participer activement dans les activités de plaidoyer pour les droits des PVVIH et des populations clés
- Participer activement dans les activités de sensibilisation sur la problématique du SIDA et les comportements discriminants
- Vulgariser à travers les médias des messages contre la discrimination et la stigmatisation des PVVIH et supporter des émissions sur les droits des PVVIH
- Supporter les activités de formation des PVVIH sur leurs droits fondamentaux en tant que citoyens et sur les recours qu'ils ont en cas de violation de leurs droits
- Sensibiliser le monde du travail sur la stigmatisation contre les PVVIH et les groupes vulnérables pour permettre l'insertion économiques de ceux-ci

- Travailler avec les écoles et universités pour inclure dans les curricula de formation des sujets visant le respect des droits des citoyens touchés par des maladies incurables comme le SIDA

Au Ministères de la santé et de la Population

A travers le PNLS, le MSPP doit veiller à la prise en charge holistique des PVVIH. Ce qui implique des actions tant dans les structures de soins qu’au niveau de la société globalement.

Dans les institutions de prise en charge, en collaboration avec les responsables de soins des IS

- Renforcer les groupes d’auto-soutien dans les IS et orienter leurs champs d’actions vers des sujets relatifs aux droits et aux recours juridiques face aux discriminations.
- Promouvoir l’embauche des PVVIH dans le circuit de soins aux PVVIH.
- Accorder plus de place aux pairs éducateurs dans les activités de promotion de l’adhérence et d’accompagnement psychologique.
- Renforcer le counseling post test pour l’acceptation du statut.
- Travailler à rendre le circuit du patient VIH plus intégré aux circuits normaux de prise en charge des patients des IS pour minimiser les temps d’attente et garantir la vie privée.
- Avoir ou renforcer les programmes de dévoilement de statut pour soutenir les PVVIH.
- Former les travailleurs de la santé aux droits de l’homme et à l’éthique médicale.
- Rechercher des fonds pour soutenir ce qui sont dans l’incapacité de venir dans les rendez-vous.
- Former tous les prestataires de l’institution sur la prise en charge globale et holistique du VIH, afin qu’on n’ait pas une seule catégorie de prestataires attachées à cet effet.

Au niveau national

- Renforcer la sensibilisation des populations sur le VIH/sida et principalement sur la stigmatisation dont sont victimes les PVVIH (incluant les populations clés) en mettant l’emphase sur les droits des victimes.
- Légiférer sur le droit des PVVIH ainsi que la discrimination et la stigmatisation.
- Renforcer l’implication des familles dans la prise en charge et le soutien / accompagnement des PVVIH à travers des partenariats avec les groupements de société civile.
- Supporter ou lancer des activités de plaidoyer pour les droits et/ou soutien aux groupes particulièrement marginalisés principalement les populations clés.
- Vulgariser les textes légaux sur la protection des droits des PVVIH (nationaux et internationaux) sur des supports adaptés (affiches, dépliants, émissions télévisées et radiophoniques).
- Vulgariser le plan stratégique national multisectoriel 2018 – 2023 au niveau communautaire et des associations.
- Renforcer la participation significative des PVVIH dans la définition et l’élaboration des politiques à travers les organisations de soutiens.

- Renforcer l'accessibilité aux ARV et médicaments contre les Infections opportunistes (niveau associations et population générale) et particulièrement dans les IS localisées dans des zones reculées et enclavées.
- Mener des recherches qualitatives sur la stigmatisation et discrimination des PVVIH et préciser des populations clés.
- Définir et suivre systématiquement des indicateurs de stigmatisation et discrimination dans le suivi et l'évaluation du programme national de lutte contre le Sida.
- Planifier et réaliser périodiquement des d'enquêtes Index stigma pour évaluer les modifications au cours du temps des indicateurs sur la stigmatisation et la discrimination.

V. REFERENCES

1. ACLU AIDS Project (2003). HIV and Civil Rights – A Report from the Frontlines of the HIV/AIDS Epidemic, New York, 10p.
2. Brown L, Macintyre K, Trujillo L (2003). Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: what have we learned? *AIDS Education and Prevention*, 15(1): 46-69.
3. Carvalho, Coudray (2012). 5e enquête sur les discriminations à l'encontre des personnes vivant avec le VIH. INPES
4. EMMUS V (2012).
5. Fortenberry D, McFarlane M, Bleakley A, Bull S, Fishbein M, Grimley DM, Malotte K, Stroner BP (2002). *Relationship of stigma and shame to gonorrhoea and HIV screening*. American Journal of Public Health, 92(3) : 378-81.
6. INSP, (2003).
7. Klein SJ, Karchner WD, O'Connell DA (2002). *Interventions to prevent HIV-related stigma and discrimination: findings and recommendations for public health practice*. Journal of Public Management Practice, 8(6): 44-53.
8. Lichtenstein B. (2013). Stigma as a barrier to treatment of sexually transmitted infection in the American Deep South: issues of race, gender and poverty. *Social Science & Medicine* (inpress).
9. Mann J. (1987). Statement at an informal briefing on AIDS to the 42nd Session of the United Nations General Assembly, 20th October 1987, New York. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/61546/1/WHO_SPA_INF_87.12.pdf
10. Parker R & Aggleton P (2003). *HIV & AIDS – related stigma & discrimination: a conceptual framework and implication for action*. *Social Science and Medicine*, 57(1): 13-24.
11. UNAIDS (2013). Rapport mondiale sur le VIH/Sida
12. Wayne Snedecor, G. W. and Cochran, W. G. (1989). *Statistical Methods*, Eighth Edition. Iowa State University Press.
13. MSPP/PNLS (2017). Public Opinion on stigma and Discrimination towards People Living with HIV and Vulnerable Groups in Haiti, (unpublished).

Annexe 1 : Résultats généraux

Thèmes	Variables	Résultats
Socio-démographiques	• Genre • Appartenance à une population clé • Âge • Milieu de résidence • Nombre d'enfant et taille du ménage • Niveau d'éducation • Situation matrimoniale • Situation économique : ▪ Emploi ▪ Revenu ▪ Sécurité alimentaire • Handicap • Connaissance du statut de séropositivité • Statut d'enrôlement	• L'effectif total des enquêtés s'élève à 1241 personnes dont 28% sont de genre masculin, 72% féminin et 1% de transgenre. • Seulement 8.9 % des enquêtés appartiennent à une population clé notamment : Personne déplacée à l'intérieur du pays (4.7%), "Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes" (1.5%), Transgenre (0.5%), Travailleur de sexe (1.4%), Gay ou lesbienne (0.4%), Consommateur de drogues injectables (0.2%), Réfugié ou demandeur d'asile (0.2%), Prisonnier (0.1%). • L'âge moyen de la population est de 41 ans variant dans l'intervalle de 18 comme âge minimum et de 83 comme âge maximum. • Une personne sur deux dans la population est âgée de moins de 40 ans et l'autre de plus de 40 ans. • La moitié des enquêtés résident dans des aires rurales et l'autre dans des zones urbaines et semi-urbaines. • La distribution des enquêtés en fonction de leur milieu de résidence indique une prédominance d'occupation des territoires ruraux et semi-urbains à l'intérieur des départements administratifs. • Pour environ 7 sur 10 enquêtés (74%), la taille de ménages varie entre 1 à 5 personnes. Seulement 8.9 % des enquêtés appartiennent à une population clé. • Le niveau scolaire le plus élevé de la population sous étude est l'université, cependant atteint par seulement 1.5% d'enquêtés. L'école primaire est le niveau d'éducation la plus prisée avec 39.2% de la population. • Près de la moitié (48%) de la population est dans la situation relationnelle "Marié ou cohabitant/placé". • Au moment de l'enquête, 34.7 % des répondants n'étaient pas actifs sexuellement contre 65.3% qui l'étaient. • 44.4 % (près de 5 sur 10) des enquêtés ne travaillent pas. • Le revenu mensuel médian des ménages est de 5000 HTG, soit moins de 100 USD évalué au taux de change de juin 2021. Quatre sur dix enquêtés ont un revenu mensuel de moins de 5000 HTG. • Au cours du mois précédant l'enquête 75% des répondants se sont retrouvés dans une situation d'insécurité alimentaire.

Thèmes	Variables	Résultats
		• Seulement 32 enquêtés (3%) souffraient d'un handicap au moment de l'enquête • Globalement, la connaissance du statut de séropositivité est très récente chez les enquêtés. Près de 4 sur 10 enquêtés connaissent leur séropositivité il y a moins de 5 ans de cela. • Au sein des ménages 73% des enquêtés ont des enfants âgés de 0 à 14 ans. Seulement 8% des enquêtes ont déclaré vivre avec des orphelins du SIDA. • Près de la totalité (99%) des enquêtés sont enrôlés dans une structure de prise en charge du VIH
Expériences des PVVIH en matière de stigmatisation et de discrimination par les autres personnes	• Stigmatisation par d'autres personnes (entourage et famille) • Formes • Causes	• Sur chaque 5 personnes enquêtées, 2, soit 35.8%, affirment avoir vécu au moins une fois une expérience de stigmatisation. Celle-ci peut prendre la forme d'exclusion des réunions et activités sociales, d'exclusion des activités religieuses, d'exclusion d'activité familiale, de commérage/ragots, d'insultes, d'harcèlement ou menaces verbales, d'harcèlement ou menaces physiques, d'agressions physiques. • Pour 15% des victimes il existerait un lien entre leur séropositivité ou le statut VIH et l'expérience de stigmatisation. • De toutes ces formes de discrimination les plus en vogue sont le commérage (29.6%), les insultes (22.4%), les harcèlements ou menaces physiques (12.5%) et les agressions physiques (8.6%). • Pour chacun de ces types de discrimination, les pourcentages de victimes qui pensent que leur séropositivité en est l'explication principale vont de 49.5% jusqu'à 81%. • L'insécurité alimentaire semble être un facteur alimentant toutes ces formes de discrimination énoncées précédemment. 8 sur 10 personnes ayant rapporté avoir subi chacune de ces opprobres sont aussi en proie à une insécurité alimentaire soit modérée ou élevée. • La stigmatisation est aussi exercée dans l'environnement immédiat des enquêtés soit par leur conjoint, les colocataires et leurs paires. • Les types de stigmatisation les plus citées sont : ○ Pressions psychologiques/manipulation par la partenaire en raison de sa séropositivité, subies par 8% ○ Rejet sexuel en raison de séropositivité, vécu par 7% ○ Discrimination par d'autres PVVIH, perpétrée sur environ 13% ○ Discrimination du ménage de l'enquêté, victime par 10%

Thèmes	Variables	Résultats
		• Pour près de 3 victimes sur 10, il y aurait un manque de compréhension du mode de transmission du virus. • Respectivement 23.4% et 26% d'entre eux assimilent les comportements discriminatoires qu'ils subissent au fait que les gens pensent qu'avoir le VIH est honteux ou ont peur d'être infectés.
Accès des PPVVIH au travail, à la santé et l'éducation	Changements : • obligation de changer de lieu de résidence • incapacité de louer un logement • perte d'un emploi ou d'une source de revenu • refus d'emploi ou une possibilité de travail • changement de poste ou de nature de travail ou refus de promotion • refus de services de planification familiale	• Environ 11% des enquêtés se sont retrouvés dans l'obligation de changer de lieu de résidence ou l'incapacité de louer un logement au cours de ces 12 derniers mois. • 17 % ont subi la perte d'un emploi ou d'une source de revenu. • 9% se sont vu refuser un emploi ou une possibilité de travail en raison de votre statut sérologique VIH positif • 3% ont dû changer de poste ou de nature de travail ou refus de promotion en raison du statut sérologique • 3% se sont vu refuser des services de planification familiale en raison du statut sérologique
Stigmatisation interne et peur	Forme de stigmatisation interne : • honte • culpabilité • autocensure • piètre estime de soi • blâme des autres • désir de suicide Conséquences de la stigmatisation interne • ne pas ou ne plus avoir d'enfants • ne pas se marier • isolement de leur famille et/ou amis	• Au moins 46% des enquêtés ont été animés par l'une des formes de stigmatisation interne. Celle-ci va de : La honte (46%), la culpabilité (41%), l'autocensure (39%), la piètre estime de soi (25%), le blâme des autres (25%), le désir de suicide (18%). • A cause de la stigmatisation interne : ○ 22.8% décident de ne pas ou ne plus avoir d'enfants ○ 14.7% décident de ne pas se marier ○ 13.9% se sont isolés de leur famille et/ou amis ○ 13% prennent la résolution de ne pas aller à des manifestations sociales ○ 12.3% abandonnent une formation ou ne pas appliquer à une formation ○ 7.7% évitent d'aller dans une clinique locale au besoin ○ 6% évitent d'aller à l'hôpital au besoin

Thèmes	Variables	Résultats
	• de ne pas aller à des manifestations sociales • abandon d'une formation ou ne pas appliquer à une formation • refus d'aller dans une clinique locale au besoin • refus d'aller à l'hôpital au besoin • ne pas postuler pour un emploi/travail ou une promotion • arrêt de travail Formes de crainte : • commérage • insulte verbale, harcèlement et/ou menace • harcèlement physique et/ou menace • agression physique	○ 5.9% décident de ne pas postuler pour un emploi/travail ou une promotion ○ 4.8% décident d'arrêter de travailler • La stigmatisation interne est la résultante directe de la stigmatisation : ○ environ cinq personnes sur huit (plus de 62.5%) qui décident soit de ne plus aller dans des manifestations sociales, ou qui s'isolent du reste de la famille, ou qui évitent d'aller à l'hôpital ou dans une clinique locale au besoin, ont subi au moins une fois une expérience de stigmatisation. ○ au moins une personne sur deux (50%) ayant décidé d'arrêter de travailler, de ne pas postuler pour un emploi/travail ou une promotion, d'abandonner une formation ou de ne pas se marier, a été une fois victime de stigmatisation durant les 12 derniers mois. • Même si tous les enquêtés n'ont pas eu à vivre une expérience de stigmatisation au cours de ces 12 derniers mois, des pourcentages assez élevés d'entre eux vivent avec la crainte qu'un jour ils en seraient victimes. Aussi : • 33% craignent d'être le sujet de commérage • 29% ont peur d'être insulté verbalement, harcelé et/ou menacé • 28% craignent d'être un jour harcelé physiquement et/ou menacé • 27% ont peur d'être agressé physiquement
Droits, lois, et politiques	• Connaissance des documents et textes de lois sur la protection du PVVIH • Pratiques discriminatoires exercés sur les PVVIH en fonction du sexe	• Connaissance des documents et textes de lois sur la protection du PVVIH ○ la tendance générale est la méconnaissance des documents et textes de lois. Aussi, parmi les enquêtés, seulement 34% (427) ont entendu parler de la '<i>Déclaration d'Engagement sur le VIH/SIDA</i>'. Parmi eux, seulement 1 personne sur 5 a déjà discuté de son contenu. Le plan stratégique national multisectoriel 2018-2023, n'est connu que d'une personne sur cinq, soit 21%.

Thèmes	Variables	Résultats
	Recours face aux pratiques discriminatoires	- Pratiques discriminatoires exercés sur les PVVIH en fonction du sexe - un enquête sur quatre (25%) admet avoir vécu des pratiques discriminatoires en raison de leur séropositivité. Cela inclut (i) la mise en quarantaine, isolement ou ségrégation (1.7%), (ii) la divulgation de la séropositivité pendant les voyages (0.3%), (iii) la divulgation de statut VIH pour demander la résidence ou la nationalité (0.6%), (IV) le refus d'une assurance maladie ou une assurance-vie en raison du statut VIH (1.2%), (V) la soumission sous contrainte à une procédure médicale ou de santé (y compris le dépistage du VIH) (6.5%). - Recours face aux pratiques discriminatoires 147 personnes soit 12% ont déclaré que l'un de leurs droits a été violé au cours des 12 mois passés. Seulement 10 d'entre elles ont tenté d'obtenir réparation (soit directe soit à travers une personne morale et/ou physique)
Contribuer à Effectuer un Changement	- Connaissance de groupe d'assistance en cas de discrimination et sollicitation - Entraide entre PVVIH - Appartenance à une association - Participation active au changement - Action la plus importante à faire par les organisations pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination	- Connaissance de groupe d'assistance en cas de discrimination et sollicitation - sur chaque six personnes une seule (16%) avait connaissance de l'existence d'un groupe ou organisation de soutien. - les organisations/groupes les plus connus sont essentiellement les groupes de soutien de PVVIH. 60.7% des participants connaissent des groupes d'appui aux personnes vivant avec le VIH, 9% connaissent le réseau de personnes vivant avec le VIH. - Entraide entre PVVIH - Une personne sur six (16%) ont déjà fait appel aux groupes de soutien aux PVVIH pour résoudre un problème de stigmatisation ou de discrimination. - Cinq personnes sur huit (42%) ont apporté un soutien à d'autres personnes au cours des 12 derniers mois. 84% de ces soutiens reçus étaient de nature émotionnel (p. ex. counseling, partage d'histoires et d'expériences personnelles), 14% de nature physique (p. ex.

Thèmes	Variables	Résultats
		donner de l'argent ou de la nourriture, faire une course pour eux). ○ Une personne sur trois (35%) d'entre les personnes ayant fourni ces soutiens appartiennent à des associations de PVVIH. • Appartenance à une association ○ Parmi les enquêtés seulement 25% appartiennent à une organisation de soutien aux PVVIH • Participation active au changement ○ Au cours des 12 derniers mois, 6 % des PVVIH ont pris part à un programme ou à un projet (gouvernement ou non gouvernemental) qui fournit une assistance aux personnes vivant avec le VIH ○ 1% (20) avaient participé à des efforts visant à élaborer des lois, des politiques ou des règlements relatifs au VIH. • Action la plus importante à faire par les organisations pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination ○ Sensibiliser le public au SIDA : 33 % d'enquêtés ○ Fournir un soutien aux personnes vivant avec le VIH en leur offrant un soutien émotionnel, physique et de référence à des services : 28.4% d'enquêtés ○ Faire un plaidoyer pour les droits de toutes les personnes vivant avec le VIH : 23.6 % d'enquêtés ○ Éduquer les personnes vivant avec le VIH sur la vie avec le VIH (y compris l'apprentissage en matière de traitement) : 11.4 % d'enquêtés ○ Faire un plaidoyer pour les droits et/ou soutien aux groupes particulièrement marginalisés (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, consommateurs de drogues injectables, travailleurs du sexe): 3.2 % d'enquêté.
Test / Diagnostic	• Raisons • Décisions	• Raisons ○ Les plus prépondérantes sont : la maladie ou décès d'un conjoint ou membre de la famille pour 25% d'entre eux, la grossesse pour 22% de femmes, la référence en raison de

Thèmes	Variables	Résultats
	Conseils au moment du dépistage	symptômes présumés liés au VIH pour 20% des répondants. A côtés de ceux-ci, 20% d'enquêtés ont juste voulu savoir leur séropositivité dont cinq sur huit transgenres. - Décisions - La grande majorité des enquêtés ont pris eux-mêmes la décision de se faire tester, soit 86%. Parmi ceux qui sont testés de manière involontaire, 9% ne l'a su qu'après avoir été testé, 3% a subi soit une action coercitive d'autrui, et 1% la pression des autres - Conseils au moment du dépistage 77.6% d'enquêtés ont reçu les conseils à la fois avant et après dépistage. 16.68% n'auraient reçu de conseils qu'après avoir fait le test. 4.59 % n'auraient reçu aucun conseil.
Divulgence et confidentialité	- Divulgence de statut - Pressions ressenties pour la divulgation de statut : - Confidentialité - Perception de l'expérience de dévoilement de statut	- Divulgence de statut - La séropositivité de près de la moitié des enquêtés n'est pas connu de leurs enfants (46.2%) ou de leurs voisins (46%). - Pressions ressenties pour la divulgation de statut : 90% des répondants disent ne pas subir de pressions d'autres personnes de leur entourage pour divulguer leur statut - Confidentialité : - Sept sur dix enquêtés (70%) ont affirmé que le personnel médical n'aurait pas divulgué leur statut - Perception de l'expérience de dévoilement de statut - Les opinions sur le caractère stimulant de cette situation sont partagées à parts égales entre oui, non et non applicable, soit 33% pour ces modalités respectivement.
Traitement	- Perception de leur état de santé - Enrôlement et accès aux ARV - Enrôlement et accès aux médicaments	- Perception de leur état de santé - Environ quatre sur cinq enquêtés, 79%, ont une opinion positive de leur état santé allant de bon (19%) très bon (30%), excellent (29%). Ceux qui pensent que leur état de

Thèmes	Variables	Résultats
	contre les infections opportunistes Discussions avec un professionnel de la santé sur le traitement ARV	santé soit mauvais ne représentent que 8 % du total des enquêtés - Accès aux ARV - Neuf sur dix enquêtés (98.8%) sont actuellement enrôlés sous traitement Antirétroviral (ARV) et ce, quel que soit le genre. Un nombre un peu moins élevé d'enquêtés accèdent sans problèmes aux ARV soit quatre sur cinq (80%) - Accès aux médicaments contre les infections opportunistes - Neuf sur dix enquêtés (97.9%) prennent actuellement des médicaments contre les infections opportunistes (IO) et ce, quel que soit le genre. Un pourcentage un peu moins élevé d'enquêtés jouissent de l'accès aux médicaments contre les IO soit 89.1% - Discussions avec un professionnel de la santé 37% des participants ont eu une discussion avec un professionnel de la santé sur les options de traitement liées au VIH. 25% des 1241 enquêtés ont eu une discussion constructive avec un professionnel de la santé sur d'autres sujets tels que santé sexuelle et reproductive, relation sexuelle et bien-être émotionnel.
PVVH ayant des enfants et conseils sur la reproduction	- Possession d'enfant selon le statut des enfants - Conseil sur la reproduction - PTME	89% (1108) des enquêtés déclarent avoir des enfants. 13% (142) ont des enfants séropositifs pour le VIH. 10% d'enquêtés ont été conseillé par pour ne pas avoir d'enfants par les professionnels de santé. 2.8% d'enquêtés ont été obligé d'entreprendre un processus de stérilisation 6% ont été contraint d'utiliser une forme de contraception comme condition pour obtenir des ARV. - Les femmes ont été questionnées sur les contraintes qu'elles ont subi ou conseils reçus de la part de professionnels de santé au cours des 12 derniers mois. 5% (48) des femmes auraient reçu des conseils pour se faire avorter. 30 % (265) ont reçu des avis sur les méthodes d'accouchement vu leur statut et 25% (219) ont déclaré avoir reçu des conseils sur les pratiques d'alimentation des nourrissons.

Thèmes	Variables	Résultats
		Près de la moitié des femmes concernées par la grossesse en étant PVVIH (49%) ont reçu un traitement ARV pendant un épisode de grossesse. 16% ne savait pas qu'un tel traitement existait et 6% n'en a pas eu l'accès. Parmi les femmes ayant reçu un traitement antirétroviral pendant leur grossesse, 95% d'entre elles ont également bénéficié d'informations sur une grossesse et une maternité sans risque dans le cadre de la PTME.