



Indice de Stigmatisation des Personnes vivant avec le VIH 2.0

RAPPORT RÉGIONAL AFRIQUE DE L'OUEST



Février 2023



REMERCIEMENTS

Le Partenariat International de l'Indice de Stigmatisation des Personnes vivant avec le VIH (GNP+, ICW, et ONUSIDA), le Réseau Africain des Personnes vivant avec le VIH – Afrique de l'Ouest (RAP+AO), la Communauté Internationale des Femmes vivant avec le VIH/sida – Afrique de l'Ouest (ICW AO), et Afrique Centrale (ICW AC); remercient les principales parties prenantes ci-dessous pour leurs contributions à la réalisation du présent «Rapport Régional de l'Indice de Stigmatisation des Personnes vivant avec le VIH 2.0 en Afrique de l'Ouest». Il s'agit notamment :

Des réseaux des associations de personnes vivant avec le VIH, ayant dirigé la mise en œuvre des études nationales de l'Indice de Stigmatisation des Personnes vivant avec le VIH 2.0 :

- Ghana Network of Persons Living with HIV (NAP+);
- Network of People Living with HIV and AIDS in Nigeria (NEPWHAN);
- Réseau des Associations de Personnes vivant avec le VIH au Togo (RAS+);
- Réseau Béninois des Associations de Personnes vivant avec le VIH (RéBAP+);
- Réseau Mauritanien des Personnes vivant avec le VIH (REMAP+);
- Réseau National pour une Grande Implication des Personnes Infectées par le VIH dans la Lutte contre le sida au Burkina Faso (REGIPIV-BF);
- Réseau Ivoirien des Organisations de Personnes vivant avec le VIH (RIP+).

Des partenaires nationaux, et internationaux ayant contribué au financement des études nationales de l'Indice de Stigmatisation des PVVIH 2.0 :

- USAID/PEPFAR;
- ONUSIDA;
- Fonds Mondial.

Tous les participants dont les témoignages constituent une contribution significative à l'élaboration du présent rapport.

L'équipe de rédaction du rapport régional d'Afrique de l'Ouest :

- GNP+, ICW, Université Johns Hopkins;
- Bertrand Kampoer, Consultant international.



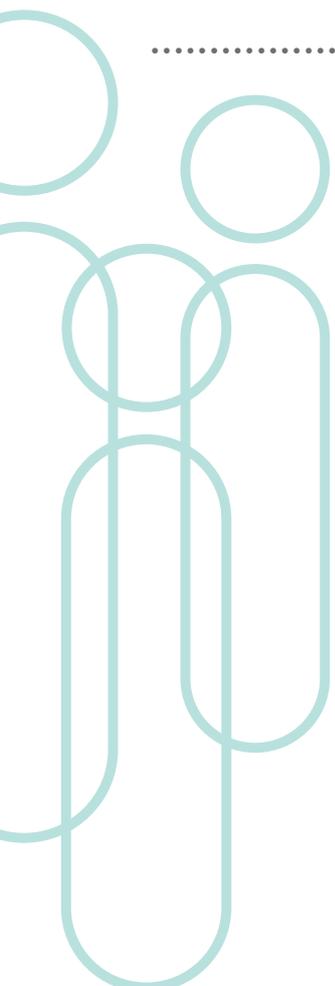


Table des matières

Abréviations et acronymes	6
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	7
1. INTRODUCTION	12
2. CONTEXTE RÉGIONAL	15
3. MÉTHODOLOGIE	17
3.1 Approche régionale	17
3.2 Portée géographique de l'étude	17
3.3 Participants	17
3.4 Instruments	18
3.5 Considérations éthiques	18
3.6 Mise en œuvre	18
3.7 Analyse des données	18
4. RÉSULTATS	20
4.1 Caractéristiques sociodémographiques de l'étude	20
4.2 Services de soins de santé	24
4.3 Santé sexuelle et reproductive	32
4.4 Éducation	33
4.5 Emploi/Lieu de travail	33
4.6 Droits humains et actions pour le changement	34
4.7 Ménage (stigmatisation intériorisée, famille et communauté)	37
4.8 Expériences de la stigmatisation et discrimination vécues pour d'autres raisons que le statut VIH	43
4.9 Situation des femmes vivant avec le VIH en Afrique de l'Ouest	45
5. DISCUSSION	48
6. RECOMMANDATIONS	55
7. CONCLUSION	58
Bibliographie	59
Annexes	61

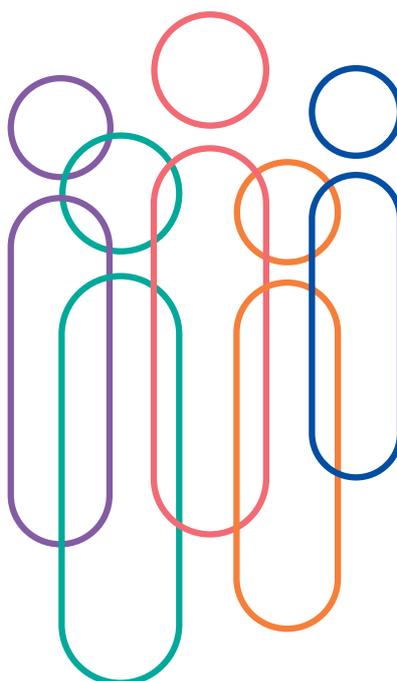
LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	Répartition des participants par pays	20
Figure 2 :	Répartition globale de l'échantillon par strate d'âge	21
Figure 3 :	Répartition des participants par identité de genre	21
Figure 4 :	Répartition des participants appartenant aux populations clés	21
Figure 5 :	Statut sérologique du partenaire/conjoint	22
Figure 6 :	Répartition des participants selon qu'ils suivent actuellement des études ou non	22
Figure 7 :	Incapacité du répondant à couvrir ses besoins fondamentaux durant les 12 derniers mois	24
Figure 8 :	Pourcentage des participants qui ont évité de se faire soigner en raison de leur statut sérologique	25
Figure 9 :	Populations clés qui évitent l'accès aux soins du fait de leur statut sérologique	26
Figure 10 :	Participants qui ont subi un test de VIH sans leur accord/consentement	26
Figure 11 :	Participants qui ont déclaré avoir hésité à effectuer le test VIH, car ils craignaient la réaction des autres personnes en cas de test positif	26
Figure 12 :	Participants ayant hésité à initier ou prendre le traitement, car ils pensaient que les personnels de santé les maltraiteraient ou divulgueraient leur statut sans leur consentement	27
Figure 13 :	Répartition des participants selon la durée depuis la prise de connaissance du statut sérologique positif	27
Figure 14 :	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH ayant déjà interrompu ou arrêté leur traitement VIH	28
Figure 15 :	Répartition par population clé des PVVIH ayant déjà interrompu ou stoppé leur traitement	28
Figure 16 :	Raison de l'hésitation à reprendre le traitement chez les populations clés	29
Figure 17 :	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui ont reçu un diagnostic de trouble de santé mentale au cours des 12 derniers mois	30
Figure 18 :	Populations clés ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de santé mentale	31
Figure 19 :	Diagnostic de problèmes de santé mentale	31
Figure 20 :	Actions pour remédier aux violations de droits	36

Figure 21 : Pourcentage des PVVIH qui déclarent avoir connaissance de l'existence des lois qui les protègent dans leur pays de résidence	37
Figure 22 : Populations clés ayant déclaré connaître l'existence des lois protégeant les PVVIH dans leur pays	37
Figure 23 : Pourcentage des personnes vivant avec le VIH qui déclarent que la divulgation de leur statut à des proches a été une expérience positive	38
Figure 24 : Stigmatisation intériorisée chez les populations clés, du fait du statut VIH, durant les 12 derniers mois	40
Figure 25 : Stigmatisation intériorisée chez les populations clés au cours des 12 derniers mois	41
Figure 26 : Divers sentiments éprouvés suivant la durée depuis la connaissance de son statut sérologique positif	42
Figure 27 : Répartition des participants par genre et par pays	50
Figure 28 : Analyse croisée sur l'influence de la durée de VIH et le parcours des soins	52

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Type d'emploi	23
Tableau 2 : Pourcentage de personnes qui ont été stigmatisées par les travailleurs de la santé au cours des 12 derniers mois	46



ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

Africa CDC	Africa Centre for Disease Control and Prevention
ARV	Antirétroviraux
CEDEAO	Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest
FM	Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
GIPA	Greater Involvement of People Living with HIV
GNP+	Global Network of People Living with HIV
HSH	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
ICW	International Community of Women Living with HIV/AIDS
ICW AO	International Community of Women Living with HIV/AIDS - Afrique de l'Ouest
ICW AC	International Community of Women Living with HIV/AIDS - Afrique Central
IST	Infections sexuellement transmissibles
JHU	Université Johns Hopkins
JVVIH	Jeunes vivant avec le VIH
NAP+	Ghana Network Association of People Living with HIV
NEPWAN	Network of People Living with HIV and AIDS in Nigeria
ODD	Objectifs de développement durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PEC	Prise en charge
PTF	Partenaires techniques et financiers
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RAS+	Réseau des Associations de Personnes vivant avec le VIH au Togo
RéBAP+	Réseau Béninois des Associations de Personnes vivant avec le VIH
REGIPIV-BF	Réseau National pour une Grande Implication des Personnes Infectées par le VIH dans la lutte contre le sida au Burkina Faso
REMAP+	Réseau Mauritanien des personnes vivant avec le VIH
RIP+	Réseau Ivoirien des organisations de Personnes vivant avec le VIH
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SSR	Santé sexuelle et reproductive
TARV	Traitement antirétroviral
TG	Personne transgenre
TS	Travailleur du sexe
UD	Usager de drogues
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine



Atelier rapport régional

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

CONTEXTE

La nouvelle stratégie mondiale de lutte contre le sida (2021-2026), développée par l'ONUSIDA, vise à réduire les inégalités qui sont à l'origine de l'épidémie de sida. Celle-ci place les personnes au centre des actions et stratégies afin de mettre les pays et communautés sur la bonne voie pour mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030. Des décennies d'expérience et de preuves issues de la riposte au VIH montrent que les inégalités croisées, la discrimination, la violence, les lois punitives et discriminatoires et les pratiques néfastes entravent les progrès vers l'éradication du sida.

Pour mieux suivre les progrès réalisés dans le domaine de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) du fait de leur statut sérologique, le Partenariat International de l'Indice de Stigmatisation des Personnes vivant avec le VIH regroupant la Communauté Internationale des Femmes vivant avec le VIH (ICW), le Réseau Mondial des Personnes vivant avec le VIH (GNP+), le Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et la Fédération Internationale

pour la Planification Familiale (IPPF), a développé l'Indice de Stigmatisation des Personnes vivant avec le VIH en 2008. En 2020, un questionnaire révisé (Version 2.0) et une méthodologie standardisée ont été lancés pour d'une part répondre aux changements intervenus dans l'épidémie du VIH et dans la riposte mondiale et d'autre part pour garantir que les résultats des mises en œuvre de l'Indice de Stigmatisation des PVVIH puissent être mieux comparés dans le temps et dans différents contextes.

Le Partenariat International de l'Indice de Stigmatisation des PVVIH a facilité l'élaboration d'un rapport régional pour la région de l'Afrique de l'Ouest basé sur les données du Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Mauritanie, Nigéria et du Togo.

OBJECTIF GÉNÉRAL

L'objectif général est d'évaluer l'impact de la stigmatisation et de la discrimination sur la vie des personnes vivant avec le VIH, y compris les populations clés en Afrique de l'Ouest, à l'aide de données collectées dans 7 pays de la sous-région.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Plus spécifiquement il s'agit de :

1. Fournir une base de preuves pour le changement de politiques et les interventions programmatiques ;
2. Informer l'élaboration et la mise en œuvre de politiques régionales qui protègent les droits des personnes vivant avec le VIH.

MÉTHODOLOGIE

Approche Régionale : 17 indicateurs ont été retenus pour évaluer au niveau régional, le niveau de stigmatisation et discrimination chez les PVVIH. Les indicateurs relèvent des domaines suivants :

- Milieu de soins de santé;
- Milieu scolaire et éducatif;
- Milieu professionnel;
- Système judiciaire;
- Ménages, communautés et famille;
- Santé sexuelle et reproductive;
- Expériences de la stigmatisation et discrimination vécues pour d'autres raisons que le statut VIH.

Les données ont été désagrégées selon des classes d'âge, l'identité de genre (femmes cisgenres, hommes cisgenres, femmes transgenres, hommes transgenres), groupes de populations clés et population générale ; et par groupe spécifique de populations clés (personnes gays et autres HSH, personnes transgenres, travailleurs du sexe et usagers de drogues) pour certains indicateurs spécifiques.

Portée géographique de l'étude : L'étude couvre sept pays en Afrique de l'Ouest : le Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Mauritanie, Nigéria et le Togo.

Participants : 10910 PVVIH ont été enrôlés.

Instruments : Le questionnaire standardisé de l'Indice de Stigmatisation des PVVIH 2.0 a été utilisé par l'ensemble des pays pour collecter les données quantitatives. Ils ont tous suivi

la méthodologie standardisée de l'Indice de Stigmatisation des PVVIH 2.0.

Considérations éthiques : Les clairances éthiques ont été obtenues dans tous les pays selon leurs réglementations. Toutes les données collectées ont été traitées de façon anonyme avec chaque participant bénéficiant d'un code unique d'identification.

Mise en œuvre : Les études nationales de l'Indice de Stigmatisation des PVVIH 2.0 dans les sept pays se sont déroulées entre 2020 et 2021. Elles ont toutes été coordonnées au niveau pays par les réseaux nationaux des associations des PVVIH.

Analyse des données : Les bases de données des sept pays ont été apurées suivant le dictionnaire des données standardisées de l'étude, développé par le Partenariat International. Seules les variables programmées selon la méthodologie standardisée ont été retenues pour permettre une comparaison entre les pays. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide de R, un logiciel libre dédié aux statistiques (R Foundation for Statistical Computing, Vienne, Autriche).

PRINCIPAUX RÉSULTATS

En milieu des soins

De nombreuses populations clés évitent les services de santé :

- Plus de 11 % des participants issus des populations clés ont déclaré éviter de se présenter dans un centre de santé pour recevoir des soins du fait de leur statut VIH.
- La recherche des soins pour les populations clés est aussi affectée par d'autres facteurs tels que : (i) leur identité de genre (34,6 %; n=266); (ii) l'orientation sexuelle (22,9 %; n=151); (iii) le fait d'être travailleur du sexe (16,9 %; n=275); (iv) ou encore, le fait d'être une personne qui utilise des drogues (20,1 %, n=87).

Parmi les populations clés, les usagers de drogues et les femmes transgenres ont de plus grandes difficultés à avoir accès au dépistage, aux soins et à adhérer au traitement du VIH.

Aussi :

- Les usagers de drogues (17,5 %; n=76) et les personnes transgenres (14,9 %; n=123) ont le plus déclaré éviter l'accès aux soins.
- Les hommes gays et autres HSH (27,9 %; n=146) et les usagers de drogues (25,8 %; n=46) ont le plus affirmé avoir hésité à prendre le traitement contre le VIH de peur qu'ils ne soient maltraités par un professionnel de la santé ou que leur statut VIH soit dévoilé sans leur consentement.
- Les usagers de drogues (23,2 %; n=93) et les hommes gays et autres HSH (21,7 %; n=131) ont le plus confirmé avoir déjà interrompu leurs traitements.

Concernant l'interruption des traitements :

- 15,8 % des participants à l'étude ont déclaré avoir déjà interrompu ou stoppé leurs traitements aux antirétroviraux (TARV). Ces interruptions peuvent s'expliquer par plusieurs raisons : (i) la peur que leur partenaire, leur famille ou leurs amis découvrent leur statut VIH (38,7 %); (ii) la crainte que d'autres personnes en dehors de la famille et des amis découvrent leur statut VIH (41,2 %); (iii) le fait de ne pas être prêts à faire face à leur infection au VIH (38,7 %); (iv) la peur que les personnels de santé les traitent mal ou divulguent leur statut sans leur consentement (17,0 %); et (v) une mauvaise expérience avec un personnel de santé (11,5 %).

Accès aux services de santé proportionnellement non équitable chez les femmes :

- Dans le cadre de leurs interactions avec les services de santé; les femmes cisgenres (14,9 %) par rapport aux hommes cisgenres (12,5 %) ont plus déclaré que ce n'était pas leur choix de se faire tester pour le VIH.
- Par rapport à la moyenne (7,4 %), les femmes transgenres ont plus déclaré (17,5 %) avoir évité de se rendre dans un centre de santé pour se faire soigner en raison de leur séropositivité.
- Des centaines de femmes ont rapporté des entraves à leurs droits à la santé sexuelle

et reproductive. En effet, elles ont: (i) été conseillées par le personnel de santé d'interrompre une grossesse (n=87); (ii) subi une pression pour utiliser une méthode ou option particulière d'accouchement (n=154); (iii) été poussées à utiliser une pratique particulière d'alimentation du nourrisson (n=239); et (iv) été poussées à suivre un traitement contre le VIH pendant la grossesse (n=154).

Concernant les personnes de la tranche d'âges de 18–24 ans :

- 12,6 % ont déclaré éviter de se présenter dans un centre de santé pour recevoir des soins du fait de leur statut VIH (moyenne de l'étude 7,4 %).
- 20,0 % ont déclaré avoir déjà interrompu ou stoppé leur traitement aux antirétroviraux (moyenne de l'étude 15,8 %).
- 43,5 % des jeunes de 18–24 ans se sont sentis coupable de leur statut VIH positif (moyenne de l'étude 31,4 %).
- 49,3 % ont déclaré avoir éprouvé de la honte parce qu'ils sont séropositifs (moyenne de l'étude 36,5 %).
- 26,8 % ont déclaré qu'être séropositifs leur a donné l'impression d'être sales (moyenne de l'étude 20,6 %).

Influence de la durée de vie avec le VIH :

Même après deux ans de vie avec le VIH, les participants à l'étude ont déclaré éviter les cliniques ou les centres de santé quand ils en avaient besoin (12,4 %). Ces participants ont également été les plus fréquents à rapporter des problèmes liés à la santé mentale (10,9 %).

Dans le système judiciaire :

- 2,3 % des interviewés ont reporté avoir été obligés de faire un dépistage du VIH ou de dévoiler leur statut pour recevoir des soins de santé;
- 1,6 % ont signalé avoir été forcés de faire un test du VIH afin d'obtenir un visa ou demander la résidence ou la citoyenneté dans un pays.

Malgré cela, les recours aux actions visant la réparation des actes de stigmatisation et de discrimination liés au VIH sont très limités. En effet, seuls 3,6 % (48/1345) de participants ayant subi ces faits ont déclaré avoir déposé une plainte, 25/1353 ont contacté un avocat et 8/1353 se sont exprimés publiquement.

Dans les ménages, les communautés et les familles :

- En communautés les populations clés sont plus stigmatisées, soit en raison de l'identité de genre (41,8 %), de l'orientation sexuelle (35 % chez les personnes gays ou autres HSH), du travail du sexe (21,7 %), ou de l'utilisation des drogues (29,3 %);
- 16,6 % des PVVIH interrogées ont déclaré avoir connu du fait de leur statut VIH des remarques discriminatoires ou des commérages de la part des membres de leurs familles, et 17,0 % des personnes autres que les membres de leurs familles. Environ 12 % des PVVIH interrogées ont déclaré avoir subi du harcèlement verbal du fait de leur statut VIH;
- En ce qui concerne la stigmatisation intériorisée¹, au cours des 12 derniers mois, les PVVIH interrogées ont déclaré avoir adopté certains comportements ou attitudes à cause de leur statut VIH. Il s'agit du choix de ne pas participer aux rassemblements sociaux du fait de leur statut VIH (12,8 %). La différence est marquée entre les populations clés (18,2 %) et la population générale (11,3 %), (ii) du fait de s'isoler de la famille et/ou des amis du fait de leur statut VIH (11,1 %). La différence est marquée entre les populations clés (16,7 %) et la population générale (9,5 %);
- 77,1 % ont déclaré avoir éprouvé beaucoup de difficultés à dire aux gens qu'ils étaient séropositifs;
- 20,6 % ont déclaré qu'être séropositifs leur a donné l'impression d'être sales;

1. La « stigmatisation intériorisée » se produit lorsqu'une personne accepte les idées négatives et les stéréotypes sur les personnes vivant avec le VIH et commence à les appliquer à elle-même. La stigmatisation intériorisée par le VIH peut entraîner des sentiments de honte, de peur de la

- 31,4 % ont déclaré se sentir coupable du fait de leur statut VIH positif;
- 36,5 % ont déclaré avoir éprouvé de la honte parce qu'ils sont séropositifs;
- 23,9 % ont déclaré s'être sentis sans valeur parce qu'ils sont séropositifs;
- 72,0 % ont déclaré avoir caché leur statut séropositif aux autres.

Les résultats analysés ci-dessus présentent des données factuelles d'intérêt sur la stigmatisation et la discrimination en Afrique de l'Ouest, et leurs impacts dans trois des cinq principaux domaines du « Partenariat Mondial pour l'Action visant à Éliminer Toutes les Formes de Stigmatisation et de Discrimination liées au VIH » : (i) en milieu des soins de santé, (ii) dans le système judiciaire; (iii) et dans les ménages, les communautés et les familles.

En milieu des soins, la stigmatisation et la discrimination des PVVIH en Afrique de l'Ouest pourrait impacter l'accès aux services de dépistage, soins et le traitement du VIH. Ceci concerne de manière particulière l'hésitation à se faire tester pour le VIH, l'hésitation à se présenter dans un centre de santé pour les soins, et l'interruption de traitement.

Dans le système judiciaire, malgré certains progrès réalisés dans plusieurs pays, concernant les lois punitives ou criminalisant en lien avec le VIH, certains pays ont des difficultés à appliquer leurs réglementations. Ceci peut s'expliquer par la faible proportion des PVVIH qui réclament réparation de la violation de leurs droits.

Dans les ménages, les communautés et les familles, les participants à l'étude font toujours face à plusieurs types de stigmatisation et discrimination liée à la divulgation de leur statut VIH, y compris les remarques discriminatoires et les commérages.

divulgation, d'isolement et de désespoir. Ces sentiments peuvent empêcher les gens de se faire tester et traiter pour le VIH. Center for Disease Control and Prevention. *HIV Stigma and Discrimination*. 2021. [Facts about HIV Stigma](#),

Il est recommandé :

Aux parties prenantes sous-régionales (Union Africaine, Africa CDC, CEDEAO, Bureau Régional des Nations Unies, Bureau Régional de l'ONUSIDA, etc.) de/d :

1. Soutenir les efforts des pays pour renforcer l'estimation de la taille des populations clés, en particulier pour les personnes transgenres, afin d'améliorer la conception et la couverture des programmes d'accès à la santé et de mieux évaluer les progrès vers l'élimination de la discrimination parmi les populations clés;
2. Favoriser un engagement significatif des jeunes vivant avec le VIH (JVVIH) dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des interventions des programmes pour les JVVIH ainsi que d'autres interventions en direction des jeunes, y compris la combinaison d'outils de prévention à fort impact et des mesures spécifiques pour les filles, les adolescentes et les jeunes âgées de 18 à 24 ans;
3. Soutenir les efforts des pays pour accroître la disponibilité et l'accès aux services d'aide juridique pour les PVVIH et les populations clés vivant avec le VIH;
4. Développer le réseautage avec les organisations des droits humains en Afrique de l'Ouest pour créer des réponses rapides aux problèmes des droits humains parmi les PVVIH et les populations clés vivant avec le VIH;
5. Soutenir l'inclusion de modules de formation complets sur les droits humains, y compris la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et les questions de genre dans les programmes nationaux des écoles de médecine et d'infirmières;
6. Initier un cadre régional de réforme juridique au niveau des pays en vue d'atteindre l'objectif mondial de moins de 10 % de pays ayant des lois punitives qui refusent ou limitent l'accès aux services de santé pour le VIH;
7. Promouvoir les droits de santé sexuelle et reproductive des femmes et des filles. Ceci inclut des mesures pour éliminer des dépistages obligatoires même dans le contexte de la prévention de la transmission parent-

enfant. Les femmes et les filles ne doivent pas être forcées pour l'interruption de grossesse; le choix d'une méthode d'accouchement; les pratiques d'alimentation du nourrisson; ou encore l'obligation d'un traitement ARV pendant la grossesse;

8. Mener des campagnes régionales et nationales pour combattre la stigmatisation publique. Ces campagnes doivent associer des médias qui contribueront à influencer les croyances sociales et culturelles des communautés en Afrique de l'Ouest. Plusieurs recherches confirment que la stigmatisation publique est liée au manque d'informations qui contribue à renforcer des préjugés;
9. Fournir des ressources financières et techniques durables aux réseaux des associations de PVVIH afin de leur permettre d'assurer un renforcement de leurs capacités sur des programmes visant à réduire la stigmatisation intériorisée; surveiller les progrès de réduction de la stigmatisation et assurer un meilleur encadrement dans les groupes d'autosoutien.
10. Explorer les possibilités de mobilisation de ressources financières, y compris l'utilisation du mécanisme régional d'octroi de financement du Fonds Mondial pour combler les lacunes du pays afin de s'assurer que toutes les recommandations de l'étude sur l'Indice de Stigmatisation des PVVIH 2.0 sont suffisamment financées.

Aux réseaux régionaux des associations de personnes vivant avec le VIH :

1. Utiliser la technologie et l'innovation pour établir un mécanisme virtuel de surveillance de la déclaration des incidents dans les établissements de soins de santé. Le mécanisme permettrait ensuite aux réseaux nationaux de fournir des informations en retour aux autorités sanitaires nationales pour améliorer les prestations de services de lutte contre le VIH;
2. Soutenir le réseau national des PVVIH dans l'utilisation des résultats de leur Indice de Stigmatisation des PVVIH 2.0 pour l'élaboration

de programmes, de lois et de politiques axés sur le VIH ;

3. Collaborer avec le bureau régional de l'ONUSIDA pour l'Afrique occidentale et centrale pour élaborer un cadre de responsabilisation afin de suivre les progrès et l'engagement du gouvernement à éliminer toutes les formes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH.

Recommandations spécifiques concernant le genre :

1. Les systèmes de soins de santé doivent prendre des mesures urgentes pour transformer les préjugés sexistes et autres préjugés nuisibles dans le cadre des soins de santé et à tous les niveaux de prestation de services. Un suivi communautaire attentif des expériences de ces préjugés sexistes soutiendra les efforts visant à mesurer les progrès réalisés vers l'élimination de ces préjugés et de la stigmatisation liée au VIH dans le cadre des soins de santé.
2. Les décideurs et les prestataires de services doivent reconnaître que les femmes vivant avec le VIH ont le droit de mener une vie sexuelle et reproductive et ont le droit de prendre des décisions autonomes concernant leur santé sexuelle et reproductive, y compris le choix de sortir avec quelqu'un, d'avoir des relations sexuelles et d'avoir des enfants.
3. Souligner l'importance d'une approche intersectionnelle en tant qu'outil d'analyse et catégorie juridique pour l'égalité et la non-discrimination, qui permet de comprendre comment différentes identités peuvent influencer l'accès aux droits et aux opportunités.

1. INTRODUCTION

La stigmatisation liée au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a été définie par le Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) comme des croyances, des sentiments et des attitudes négatifs envers les personnes vivant avec le VIH, les groupes associés aux personnes vivant avec le VIH (par exemple, les familles de personnes vivant avec le VIH), et d'autres populations clés exposées à un risque plus élevé d'infection par le VIH, telles que les usagers de drogues (UD), les travailleurs du sexe (TS), les personnes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les personnes transgenres (TG). Les stéréotypes appliqués aux personnes malades ou perçues comme « à risque » ont un impact destructeur sur la santé des populations, faisant par là même de la stigmatisation une cause fondamentale de l'inégalité en matière de santé.² La discrimination est l'une des manifestations de la stigmatisation.³ Ces déterminants sociaux de la santé sont des marqueurs importants pour l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD) en lien avec le VIH, ainsi que pour l'atteinte de la vision de l'ONUSIDA de mettre fin à l'épidémie du VIH d'ici 2030.

Pour mieux suivre les progrès réalisés dans le domaine de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), le Partenariat International de l'Indice de Stigmatisation des PVVIH a développé l'Indice de Stigmatisation des Personnes vivant avec le VIH.

L'indice de Stigmatisation des PVVIH est un outil standardisé pour recueillir des preuves sur

l'impact de la stigmatisation et de la discrimination sur la vie des PVVIH. Il a été développé pour être utilisé par et pour les personnes vivant avec le VIH et reflète le principe de la participation accrue des personnes vivant avec le VIH (GIPA) selon lequel les réseaux de PVVIH sont habilités à diriger la mise en œuvre complète de l'étude. L'Indice de Stigmatisation des PVVIH a été lancé pour la première fois en 2008. Dix ans plus tard, en 2018, l'outil a été révisé pour refléter les changements dans l'épidémie de VIH et la riposte mondiale, sur la base d'un nombre croissant de preuves sur la façon dont différentes communautés sont affectées par la stigmatisation et la discrimination. L'Indice de Stigmatisation des PVVIH 2.0 a une section élargie sur les soins de santé et met davantage l'accent sur l'intersectionnalité de la stigmatisation parmi les communautés de PVVIH y compris les populations clés. Le terme « populations clés » est utilisé dans ce processus pour désigner les groupes de personnes suivants⁴:

- **Les personnes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)** – cela inclut les hommes qui s'identifient comme homosexuels, ainsi que ceux qui ne s'identifient pas comme homosexuel et qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes ;
- **Travailleurs du sexe (TS)** – personnes de tout sexe qui consentent régulièrement ou occasionnellement à recevoir de l'argent ou des biens en échange de services sexuels ;
- **Personnes transgenres (TG)** – toute personne dont l'identité et l'expression de

2. Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *Am J Public Health*. 2013 May;103(5):813-21. doi: 10.2105/AJPH.2012.301069. Epub 2013 Mar 14. PMID: 23488505; PMCID: PMC3682466.

3. Stangl AL, Earnshaw VA, Logie CH, van Brakel W, C Simbayi L, Barré I, Dovidio JF. The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform

research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Med*. 2019 Feb 15;17(1):31. doi: 10.1186/s12916-019-1271-3. PMID: 30764826; PMCID: PMC6376797.

4. All definitions are taken from UNAIDS (2015) *Terminology Guide 2015* or INPUD (2019) *Drug Users' Terminology: Community Quick Reference Guide*.

genre sont différentes des attentes sociales en fonction du sexe assigné à la naissance. Cela peut inclure des personnes qui se considèrent comme des hommes, des femmes, des non-conformistes de genre ou ailleurs sur le spectre des identités de genre ;

- **Usagers de drogues (UD)** – les personnes qui utilisent des substances psychoactives qui ne sont pas médicalement approuvées. Cela inclut les personnes qui ont déjà utilisé de la drogue de cette manière.

De plus, en 2020, une méthodologie standardisée 2.0 a été lancée pour garantir que les résultats des mises en œuvre puissent être mieux comparés dans le temps et dans différents contextes.

L'un des éléments clés de l'Indice de Stigmatisation des PVVIH 2.0 est l'utilisation des données recueillies à partir de l'étude pour le plaidoyer en vue d'éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH grâce à l'intervention de l'étude aux niveaux national, régional et mondial. Alors que les données collectées se concentrent sur l'information des interventions au niveau des pays, il est nécessaire de mener une analyse régionale pour façonner les réponses régionales afin de lutter contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH.

Le Rapport Régional de l'Indice de Stigmatisation des Personnes vivant avec le VIH 2.0 en Afrique de l'Ouest s'est appuyé sur les domaines prioritaires du « *Partenariat Mondial pour l'Élimination de la Stigmatisation et de la Discrimination liées au VIH* ». ⁵ Selon le Partenariat Mondial, la discrimination dans les établissements de soins de santé est l'un des principaux obstacles à la fin de l'épidémie du sida en tant que menace à la santé publique à l'horizon 2030. Cependant, au-delà du secteur de la santé, la stigmatisation et la discrimination liées au VIH se rencontrent dans tous les domaines de la vie sociale, des familles et des communautés jusqu'aux environnements éducatifs et professionnels et au sein du système judiciaire.

5. ONUSIDA (2019) *Partenariat Mondial pour l'Élimination de la Stigmatisation et de la Discrimination liées au VIH*.

Les indicateurs de stigmatisation et de discrimination utilisés dans ce rapport sont ceux recommandés, qui figurent dans les lignes directrices sur la surveillance mondiale du sida.⁶ Il s'agit notamment de la stigmatisation et discrimination des PVVIH :

- En milieu de soins de santé ;
- En milieu scolaire et éducatif ;
- En milieu professionnel ;
- Dans le système judiciaire ; et
- Dans les ménages, les communautés et les familles.

Le groupe de travail ayant supervisé l'élaboration du « Rapport Régional de l'Indice de Stigmatisation des PVVIH 2.0 en l'Afrique de l'Ouest » a également approuvé deux domaines pertinents de l'Indice de Stigmatisation des PVVIH 2.0 à savoir :

- La santé sexuelle et reproductive ;
- Les expériences de la stigmatisation et discrimination vécues pour d'autres raisons que le statut VIH.

OBJECTIF GÉNÉRAL

L'objectif général est d'évaluer l'impact de la stigmatisation et de la discrimination sur la vie des personnes vivant avec le VIH, y compris les populations clés en Afrique de l'Ouest, à l'aide de données collectées dans 7 pays de la région.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Plus spécifiquement il s'agit de :

- Fournir une base de preuves pour le changement de politiques et les interventions programmatiques ;
- Informer l'élaboration et la mise en œuvre de politiques régionales qui protègent les droits des personnes vivant avec le VIH.

6. ONUSIDA (2021) *Stratégie Mondiale de Lutte contre le SIDA, 2021–2026. Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au SIDA*.

2. CONTEXTE RÉGIONAL

Selon l'ONUSIDA,⁷ environ 38,4 millions de personnes dans le monde vivaient avec le VIH en 2021. Parmi ces personnes, 36,7 millions avaient 15 ans et plus et 54 % étaient des femmes. La région d'Afrique du Centre et de l'Ouest est la troisième région portant le plus lourd fardeau de l'épidémie avec environ 5 millions de personnes vivant avec le VIH. En Afrique de l'Ouest la prévalence du VIH varie de 0,2 % au Niger à 3,1 % en Guinée-Bissau (Bénin 0,8 %, Burkina Faso 0,6 %, Côte d'Ivoire 1,9 %, Ghana 1,7 %, Mauritanie 0,3 %, Nigéria 1,4 %, Togo 2,2 %). Les pays de la sous-région présentent des épidémies concentrées dans certains groupes de populations spécifiques, notamment, chez les femmes avec une prévalence de 1,7 % contre 0,8 % chez les hommes et au sein des populations clés (HSH, TS, UD, TG) et autres populations vulnérables au VIH (personnes détenues, personnes vivant avec un handicap, les réfugiés et autres déplacés, etc.).

Entre 2010 et 2021, les nouvelles infections à VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre ont diminué de 43 %. Bien qu'étant une performance au-dessus de la valeur globale qui n'est que de 32 % de réduction des nouvelles infections à VIH sur la même période, elle est encore loin de la réduction de 75 % escomptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies. En 2021, les populations clés et leurs partenaires sexuels représentaient 72 % des nouvelles infections au VIH chez les adultes, et les femmes et les filles (âgées de 15 à 49 ans) représentaient 65 % des nouvelles infections parmi les adultes vivant avec le VIH.

Au niveau global, de nombreux efforts ont été consentis pour barrer la route au VIH. Dans cette

perspective, l'initiation d'élimination du VIH d'ici 2030 a été adoptée par l'ONUSIDA en 2014 et la plupart des pays du monde et de la sous-région y ont immédiatement souscrit. Les interventions clés qui ont été mises en œuvre pour l'atteinte des objectifs ont été: l'amélioration de l'identification des cas de VIH, l'amélioration de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH identifiées, l'amélioration du suivi clinique et la réduction des obstacles liés à la lutte contre l'épidémie. Actuellement, (i) 81 % connaissent leur statut, (ii) 77 % sont sous traitement, et (iii) 62 % ont atteint une suppression virale. L'accès aux soins diffère en fonction du sexe. En effet, chez les femmes (âgées de 15 ans et plus) 85 % connaissent leur statut, 83 % sont sous traitement et 67 % affichent une suppression virale, alors que chez les hommes de la même tranche d'âge, 73 % connaissent leur statut, 66 % sont sous traitement, et 53 % affichent une suppression virale⁸.

Les lois discriminatoires et punitives restent malheureusement d'actualité en Afrique de l'Ouest et parfois différent d'un pays à l'autre.⁹ Au Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Mauritanie et au Togo, les personnes transgenres ne sont ni criminalisées ni poursuivies; la réglementation du travail du sexe est punitive; la possession d'une certaine quantité limitée de drogues pour un usage personnel est proscrite; aucune restriction n'est appliquée sur l'entrée, le séjour et la résidence des personnes vivant avec le VIH; aucune obligation du dépistage du VIH pour les permis de mariage, de travail ou de séjour des PVVIH. En dehors du Nigéria, il existe des lois qui pénalisent la transmission, la non-divulgaration ou l'exposition à la transmission du VIH au Bénin,

7. ONUSIDA. En Danger: Rapport mondial actualisé sur le sida 2022. 2022.

8. UNAIDS, WHO, UNICEF. <https://aidsinfo.unaids.org>

9. UNAIDS, WHO. Laws and Policies Analytics.

Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Mauritanie et Togo. Le consentement parental est requis pour l'accès au dépistage du VIH pour les adolescents de moins de 14 ou 16 ans au Bénin, Côte d'Ivoire, Ghana et Togo. Au Burkina Faso, en Mauritanie et au Nigéria, il est requis pour les adolescents de moins de 18 ans. Concernant les lois pénalisant les actes sexuels entre personnes du même sexe, il n'existe aucune législation spécifique au Bénin, Burkina Faso et Côte d'Ivoire. Au Ghana, Nigéria et Togo, la pratique est sujette à un emprisonnement (14 ans – à vie, jusqu'à 14 ans) ou aucune peine spécifiée. La peine de mort est requise en Mauritanie.

Malgré quelques progrès, l'égalité entre les femmes et les hommes reste un travail inachevé en Afrique de l'Ouest. La région est fortement marquée par les inégalités et les discriminations de genre. Elle est la région du monde où il y a la majorité des mariages de mineures avec environ 44 % des femmes âgées de 20 à 24 ans mariées avant l'âge de 15 ans.¹⁰

L'inégalité entre les sexes, les déséquilibres de pouvoir et les normes et croyances sexistes néfastes continuent d'accroître le risque d'infection par le VIH¹¹ chez les filles et leur vulnérabilité aux violences basées sur le genre. L'Afrique de l'Ouest et du Centre compte 6 des 10 pays du monde ayant les taux de mariage précoce des enfants les plus élevés, une pratique

qui nuit de manière disproportionnée aux filles et augmente leur risque de contracter le VIH.¹²

Cette violation des droits humains est en déclin en Afrique et dans le monde et la prévalence des mariages des enfants varie considérablement avec des différences frappantes à travers le continent africain. Selon l'UNICEF, dans la région, environ 41% des filles sont mariées avant l'âge de 18 ans. Le Niger a le taux de mariage d'enfants le plus élevé au monde avec 76 % des filles mariées avant l'âge de 18 ans et où l'âge du consentement n'est que de 13 ans, tandis que seulement 5 % des filles vivent des situations similaires à Djibouti où l'âge du consentement est de 18 ans.¹³ Les niveaux élevés d'inégalités socio-économiques et entre les sexes exposent les filles à un risque élevé d'exploitation sexuelle, d'agression sexuelle et de violence sexiste.

De même, les droits fondamentaux des femmes et des filles sont bafoués. Une femme sur quatre n'a pas d'autonomie reproductive ou « le pouvoir de décider quand, le cas échéant, avoir des enfants ». Cela est dû à des besoins de planification familiale non satisfaits ainsi qu'à une faible utilisation de contraceptifs – 17 % contre 64 % dans le monde.¹⁴ D'un point de vue de l'égalité en politique, la situation est plus nuancée. Les femmes dans les parlements n'ont augmenté que légèrement, passant de 13 % en 2007 à près de 16 % en 2017, avec de grandes disparités entre les pays, allant de 6 % au Nigéria à 42 % au Sénégal.¹⁵

10. Ordioni N. (2005) Pauvreté et inégalités de droits en Afrique : une perspective « genrée », *Mondes en développement*, vol. no 129, no. 1, 2005, pp. 93-106 <https://doi.org/10.3917/med.129.0093>

11. Boyle EH, Svec J. Intergenerational Transmission of Female Genital Cutting: Community and Marriage Dynamics. *J Marriage Fam.* 2019 Jun;81(3):631-647. doi: 10.1111/jomf.12560. Epub 2019 Mar 6. PMID: 31741540; PMCID: PMC6860922.

McCloskey LA, Eloff I, Doran K. Determinants of intergenerational sexual relationships and HIV risk among South African women outpatients in Gauteng. *AIDS Care.* 2021 May;33(5):654-662. doi: 10.1080/09540121.2020.1823311. Epub 2020 Sep 23. PMID: 32964726.

12. UNICEF. *Child marriage. Key results for children.* www.unicef.org/wca/child-marriage

13. Age of Consent. Age of Consent in Niger. www.ageofconsent.net/world/niger

14. Bouchama, N. et al. (2018). Gender Inequality in West African Social Institutions. *West African Papers*, n° 13, Éditions OCDE, Paris, doi.org/10.1787/fe5ea0ca-en

15. Ferrant G., Hamel N. (2018) *Gender equality in West Africa? The key role of social norms* ; OECD Development Centre, OECD Sahel and West Africa Club Secretariat Mars 2018. <https://oecd-development-matters.org/2018/03/08/gender-equality-in-west-africa-the-key-role-of-social-norms/>

3. MÉTHODOLOGIE

3.1 APPROCHE RÉGIONALE

« Le Rapport Régional de l'Indice de Stigmatisation des Personnes vivant avec le VIH 2.0 en Afrique de l'Ouest » a été coordonné par le Partenariat International de l'Indice de Stigmatisation des Personnes vivant avec le VIH – Afrique de l'Ouest (RAP+AO). Le groupe de travail pour le rapport régional de l'Afrique de l'Ouest (RAP+AO, GNP+, ICW, ICW AO, ICW AC, ONUSIDA, et JHU) a retenu 17 indicateurs pour évaluer au niveau régional, le niveau de stigmatisation et discrimination chez les PVVIH :

- En milieu de soins de santé ;
- En milieu scolaire et éducatif ;
- En milieu professionnel ;
- Dans le système judiciaire ;
- Dans les ménages, les communautés et les familles ;
- Santé sexuelle et reproductive ;
- Expériences de la stigmatisation et discrimination vécues pour d'autres raisons que le statut VIH.

Le rapport régional de l'Afrique de l'Ouest présente des données désagrégées à trois niveaux :

1. identité de genre (femmes cis, hommes cis, femmes transgenres, hommes transgenres, autres) ;
2. groupes de populations clés et population générale ; et par
3. groupe spécifique de populations clés (les gays et les autres hommes ayant les rapports sexuels avec les hommes, personnes transgenres, travailleurs du sexe et les utilisateurs de drogues) pour certains indicateurs spécifiques.

3.2 PORTÉE GÉOGRAPHIQUE DE L'ÉTUDE

Le rapport régional couvre sept pays en Afrique de l'Ouest. Il s'agit du Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Mauritanie, Nigéria et du Togo. Dans chaque pays, les sites de collecte de données ont été choisis pour avoir une meilleure représentativité de l'ensemble des PVVIH y compris les populations clés, prenant en compte le milieu urbain et le milieu rural. Les zones sélectionnées dans tous les pays couvraient au moins 50 % de la population estimée de PVVIH dans le pays.

3.3 PARTICIPANTS

Les pays ont collecté les données chez les PVVIH dans leurs grandes diversités y compris celles issues des populations clés. Il s'agit des PVVIH adultes âgées de 18 ans et plus, résidant tant en zone urbaine que rurale, suivies ou non dans des structures de prise en charge du VIH, et sélectionnées selon la procédure d'échantillonnage choisie pour la sous-population de PVVIH. Les populations ciblées pour l'étude par les pays sont celles recommandées par la méthodologie standardisée : les PVVIH de la population générale y compris ceux non engagés dans les soins, les personnes gays et autres HSH, les personnes transgenres, les travailleurs du sexe, et les usagers de drogues. Par ailleurs chaque pays avait la possibilité d'inclure d'autres populations vulnérables au VIH dans leurs contextes (migrants, réfugiés, personnes vivant avec un handicap, anciens détenus, etc.). Au total, 10910 PVVIH ont été enrôlées pour l'étude dans les sept pays, avec une proportion importante au Burkina Faso (2338), et la proportion la plus faible en Mauritanie (664). Tous ont donné leurs consentements éclairés à participer à l'étude. La combinaison de deux approches a été utilisée pour le recrutement des participants : il s'agit

de (i) l'échantillonnage basé sur le lieu et (ii) l'échantillonnage de référence en chaîne limitée. Les proportions pour l'une ou l'autre approche diffèrent cependant selon les pays en fonction du contexte national. Chacun des pays a enrôlé au moins 25 % des PVVIH issues des populations clés (personnes gays et autres HSH, les travailleurs du sexe, les personnes transgenres et les usagers de drogues).

3.4 INSTRUMENTS

Le questionnaire standardisé de l'Indice de Stigmatisation des PVVIH 2.0 a été utilisé par l'ensemble des pays pour collecter les données quantitatives. Ce questionnaire permet de comprendre comment différents groupes de personnes vivant avec le VIH sont affectés par la stigmatisation et la discrimination, y compris les populations clés. Il recueille des données sur les expériences des personnes qui sont marginalisées en raison de leur sexe, de leur identité de genre, de leur âge, de leur orientation sexuelle ou de leur implication dans le travail du sexe ou l'utilisation de drogues. Ils ont tous suivi la méthodologie standardisée de l'Indice de Stigmatisation des PVVIH 2.0.

3.5 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Chaque équipe pays a proposé un protocole qui a été révisé par le Partenariat International de l'Indice de Stigmatisation des PVVIH afin de s'assurer que la méthodologie standardisée y compris les principes éthiques de l'Indice de Stigmatisation des PVVIH 2.0 ont été respectés. Les clairances éthiques ont été obtenues dans tous les pays selon leurs réglementations en s'assurant que la participation volontaire, la protection des données, la confidentialité, et la prise en charge d'éventuels risques seront prises en compte. Toutes les données collectées ont été traitées de façon anonyme, chaque participant

ayant été enrôlé avec un code unique ne permettant pas d'avoir accès aux informations sur son identité.

3.6 MISE EN ŒUVRE

Les études nationales de l'Indice de Stigmatisation des PVVIH 2.0 dans les sept pays se sont déroulées entre 2020 et 2021. Elles ont toutes été coordonnées au niveau pays par les réseaux nationaux des associations des PVVIH assistés d'un Comité de Pilotage pluriacteurs et multidisciplinaires, d'un consultant international et/ou des consultants nationaux. La mise en œuvre s'est déroulée globalement en six étapes majeures :¹⁶

- Préparation ;
- Planification de la recherche (élaboration d'un protocole de recherche) ;
- Préparation à la collecte de données (mise en place du système de collecte de données, recrutement et formation des enquêteurs) ;
- Collecte de données ;
- Analyse des données et développement du rapport ;
- Diffusion et plaidoyer.

Le Partenariat International de l'Indice de Stigmatisation des PVVIH a apporté un accompagnement aux pays dans toutes les étapes afin de l'adapter aux exigences internationales pour garantir la qualité du processus et des rapports nationaux.¹⁷

3.7 ANALYSE DES DONNÉES

Les bases des 7 pays ont été nettoyées, suivant le dictionnaire des données standardisées de l'étude, développé par le Partenariat International. Seules les variables programmées selon la méthodologie standardisée ont été retenues pour permettre

16. GNP+. *Directives de mise en œuvre, un manuel pour aider les réseaux de personnes vivant avec le VIH à réaliser l'Index de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH.* 2021. www.stigmaindex.org/wp-content/uploads/2021/11/PLHIV-Stigma-Index-implementation-Guidelines_FR.pdf

17. Actuellement, 6 des 7 pays inclus dans ce rapport régional (c'est-à-dire le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Mauritanie, le Nigéria et le Togo) ont finalisé leurs rapports nationaux de l'Indice de Stigmatisation des PVVIH 2.0. Ces rapports sont disponibles sur le site Web de l'Index de Stigmatisation. Le rapport national du Ghana sera disponible sur le site web une fois qu'il sera terminé.

une comparaison entre les pays. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide de R, un logiciel libre dédié aux statistiques (R Foundation for Statistical Computing, Vienne, Autriche). Les fréquences, proportions et moyennes ont été calculées pour les caractéristiques des participants. Pour comprendre la distribution des indicateurs d'intérêt, nous avons calculé la proportion de chaque indicateur, en utilisant comme dénominateur le nombre de répondants pour chaque question, et désagrégée selon le genre, l'appartenance à une population clé et les groupes d'âge. Plus précisément, le genre a été divisé en cinq groupes, à savoir les femmes cisgenres, les hommes cisgenres, les femmes transgenres, les hommes transgenres, et la catégorie « autres » – regroupant les personnes ne s'identifiant pas comme femme, homme ou transgenre, ou encore ceux qui préfèrent ne pas répondre. Concernant les groupes d'âge, nous avons divisé notre population en trois catégories : 18-24 ans, 25-49 ans, et 50 ans et plus. Compte tenu des différences de sexe et d'âge, nous n'avons inclus que les femmes âgées de 18 à 49 ans pour le calcul des proportions pour la question portant sur l'obligation d'utiliser certaines méthodes de contraception pour obtenir un traitement antirétroviral.

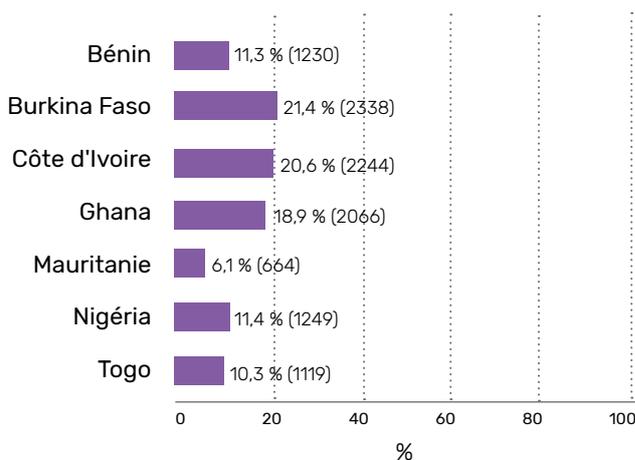
4. RÉSULTATS

4.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ÉTUDE

D'après le rapport de l'ONU sur les perspectives démographiques mondiales, la population en Afrique de l'Ouest en 2019 était estimée à 391 millions d'habitants et devrait doubler d'ici 2050. Cette évolution s'explique par le maintien d'un taux de fécondité de 5,2 enfants par femme en moyenne ces 5 dernières années et la progression de l'espérance de vie à un rythme supérieur à la moyenne mondiale. L'Afrique de l'Ouest représente aujourd'hui près de 37 % de la population du sous-continent. Le rythme de croissance démographique varie selon les pays de la zone. Avec un taux de fécondité de près de 7 enfants par femme, le Niger est de loin celui dont la croissance est la plus forte. Le Mali, le Burkina Faso et le Nigéria suivent le pas avec des taux de fécondités de plus de 5 %. Le Nigéria est le pays le plus peuplé de la sous-région avec une population de plus de 212 millions d'habitants en 2021.

Sur le plan économique, la sous-région possède d'abondantes ressources et exporte des produits de base tels que le pétrole (Nigéria), le cacao (Côte d'Ivoire, Ghana) et le coton (Bénin, Burkina Faso). Le secteur agricole reste prépondérant dans la plupart des pays et est le premier employeur (66 % des emplois) et source de revenus de population. Toutefois, selon le rapport¹⁸ de suivi de l'impact socio-économique de la COVID-19 en Afrique de l'Ouest rendu public par la CEDEAO, l'extrême pauvreté dans la sous-région a augmenté de près de 3% en 2021 et la proportion de personnes

Figure 1 : Répartition des participants par pays



vivant avec moins de 1,9 dollar par jour est passée de 2,3% en 2020 à 2,9% en 2021. Le taux de pauvreté en Afrique de l'Ouest était estimé à 36,8%, les pays les plus pauvres de la sous-région étant le Burkina Faso, le Togo et le Bénin avec plus de 40% de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté.

Les données ci-dessus fournissent une base pour comprendre les caractéristiques sociales des participants à l'étude. L'échantillon total sur l'ensemble des pays couvert par l'étude est constitué de 10 910 personnes avec des proportions plus importantes au Burkina Faso (21,4 %), en Côte d'Ivoire (20,6 %) et des proportions réduites au Bénin (11,3%) et en Mauritanie (6,1 %).

18. Commission Economique pour l'Afrique. L'extrême pauvreté augmente en Afrique de l'Ouest à cause de la pandémie de COVID-19. 2022.

Les participants de la tranche d'âge de 25–49 ans sont les plus représentés dans l'étude (69,5 %), suivi des personnes âgées de plus de 50 ans (21,4 %) et enfin les jeunes de 18–24 ans (9,1 %). Selon l'identité du genre, les femmes cisgenres représentent 64,5 % (n=7003) de l'échantillon contre 27,9 % d'hommes cisgenres (n=3025), et 7,2 % de personnes transgenres (n=785). Ceci est en cohérence avec la féminisation de l'épidémie dans la région.

Figure 2 : Répartition globale de l'échantillon par strate d'âge

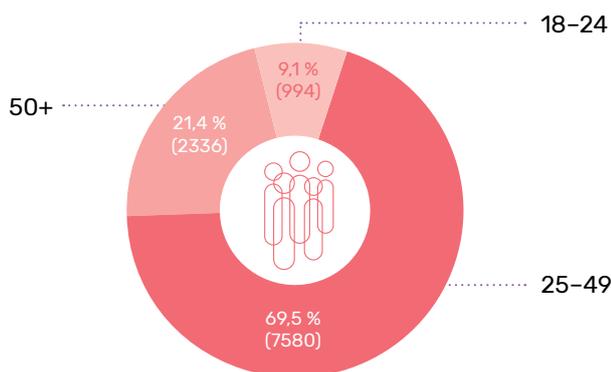
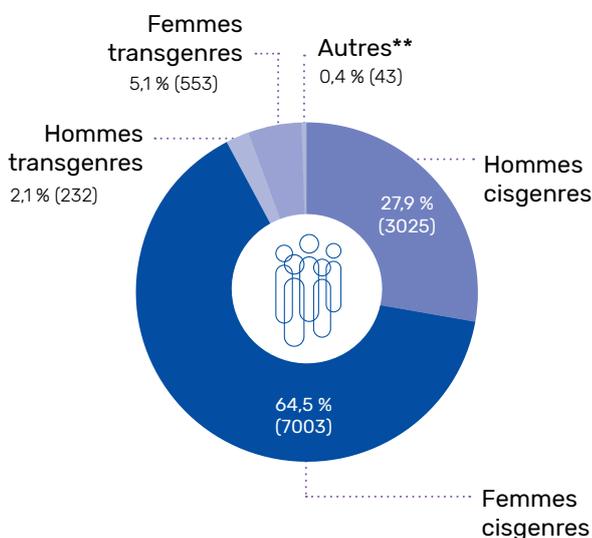


Figure 3 : Répartition des participants par identité de genre*



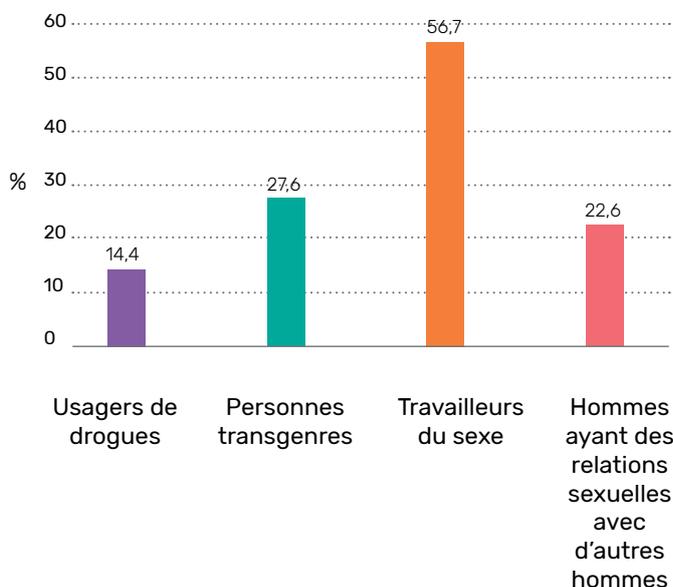
* La catégorie « refuse de répondre » n'est pas présentée dans la figure.
 ** Ne s'identifie pas comme femme, homme ou transgenre.

Les populations clés dans cette étude représentent 27,5 % (2995/10910) des participants parmi lesquelles : (i) les travailleurs du sexe (56,7 %; n=1697/2995); (ii) les personnes transgenres (27,6 %; n=828/2995); (iii) les personnes gays et autres HSH (22,6 %; 676/2995) et (iv) les personnes qui utilisent des drogues (14,4 %; n=433/2995).

La durée moyenne en nombre d'années depuis laquelle les participants connaissent leur statut positif au VIH varie selon les pays : Bénin (5,3 ans), Burkina Faso (12,7 ans), Côte d'Ivoire (19,8 ans), Ghana (6,5 ans), Mauritanie (18,2 ans), Nigéria (11,6 ans), Togo (8,3 ans). La moyenne régionale est de 11,7 années, tandis que la médiane au niveau régional est de 15 ans.

Plus de la moitié des participants (56,0 %) ont déclaré avoir une relation amoureuse ou intime au moment de l'étude avec des différences plus ou moins marquées entre les pays : Côte d'Ivoire (62,1 %), Ghana (44,6 %) et Nigéria (73,0 %).

Figure 4 : Répartition des participants appartenant aux populations clés



Parmi les participants ayant déclaré avoir des relations intimes, une personne sur 4 affirme que son partenaire actuel vit également avec le VIH. Environ 17 % ont déclaré être avec un partenaire n'ayant pas le VIH. Près de 6 personnes sur 10 ne sont pas sûres du statut VIH de leur partenaire, excepté en Côte d'Ivoire et au Nigéria où environ 7 personnes sur 10 et 4 personnes sur 10, respectivement, ne sont pas sûres du statut VIH de leur partenaire actuel.

Le nombre moyen d'enfants par ménage des participants à cette étude est de 2,5 avec quelques variations au Ghana (2,0), en Mauritanie (3,6), et au Togo (2,1).

Dans l'ensemble, environ 1 personne sur 10 poursuit actuellement des études (11,5 %) au moment de l'étude, sauf le Nigéria où 24 % des participants poursuivent des études.

Figure 6 : Répartition des participants selon qu'ils suivent actuellement des études ou non

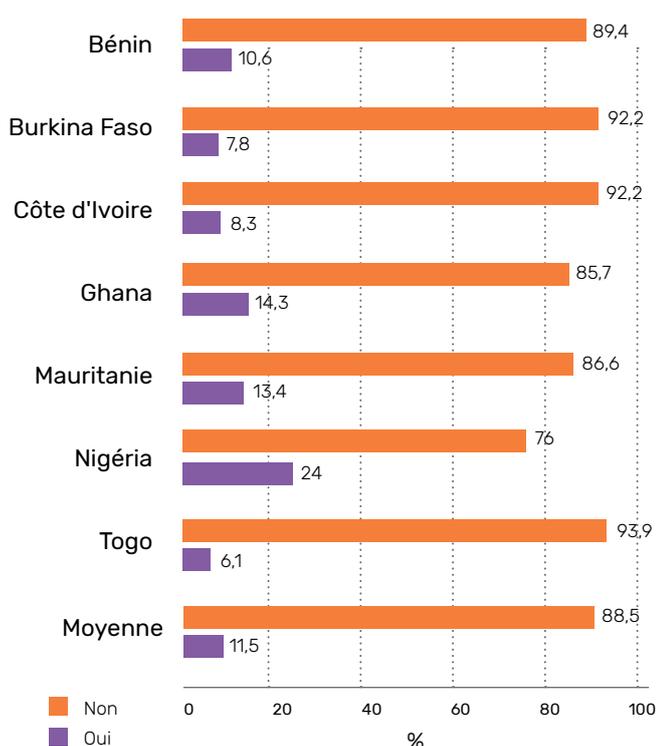
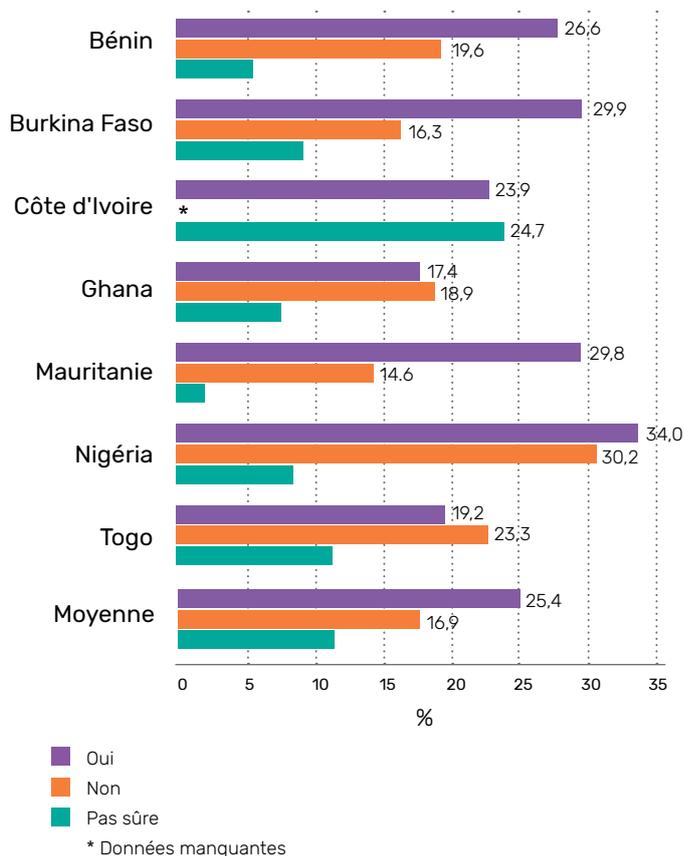


Figure 5 : Statut sérologique du partenaire/conjoint



La proportion moyenne des répondants ayant suivi une formation professionnalisante (école de métier) est relativement faible (5,3 %). Au Bénin, elle est au-dessus de la moyenne (12,6 %). Les proportions les plus faibles ont été observées en Mauritanie (1,0 %) et au Burkina Faso (1,9 %). La proportion moyenne des participants ayant un niveau d'études universitaires est en deçà de 10 %. Le Nigéria est largement au-dessus (36,1 %). Les plus faibles proportions ont été observées en Mauritanie (2,2 %) et au Burkina Faso (4,2 %). Les participants n'ayant aucune éducation formelle représentent 29,5 % de l'échantillon total.

Tableau 1 : Type d'emploi

		Bénin	Burkina Faso	Côte d'Ivoire	Ghana	Mauritanie	Nigéria	Togo	Total
Plein temps	n	139	206	191	276	40	208	96	1156
	%	11,3 %	8,9 %	8,5 %	13,4 %	6,0 %	16,7 %	8,6 %	10,6 %
Temps partiel	n	164	227	132	187	61	272	86	1129
	%	13,3 %	9,7 %	5,9 %	9,1 %	9,2 %	21,8 %	7,7 %	10,3 %
Travailleur indépendant	n	252	462	592	616	20	236	328	2506
	%	20,5 %	19,8 %	26,4 %	29,8 %	3,0 %	18,9 %	29,3 %	23,0 %
Travailleur occasionnel	n	297	431	498	386	39	247	212	2110
	%	24,2 %	18,5 %	22,2 %	18,7 %	5,9 %	19,8 %	19,0 %	19,4 %
Retraité	n	22	30	34	22	11	20	29	168
	%	1,8 %	1,3 %	1,5 %	1,1 %	1,7 %	1,6 %	2,6 %	1,5 %
Sans emploi	n	356	977	797	579	493	266	368	3836
	%	28,9 %	41,9 %	35,5 %	28,0 %	74,3 %	21,3 %	32,9 %	35,2 %

Au niveau régional, les personnes sans emploi (35,2 %) représentent la majorité des participants, suivies des travailleurs indépendants (23,0 %) et enfin des travailleurs occasionnels ou informels (19,4 %). On retrouve une forte majorité de participants sans emploi en Mauritanie (74,3 %) et dans une certaine mesure au Burkina Faso (41,9 %), par contre au Nigéria, seuls 21,3 % ont déclaré être sans emploi.

Concernant leur capacité à couvrir leurs besoins fondamentaux au cours des 12 derniers mois ; 24,2 % des participants déclarent avoir été très souvent dans l'incapacité de satisfaire leurs besoins de base (nourriture, logement, vêtements). Toutefois, des disparités existent entre les pays (34,1 % au Togo contre 15,9 % au Bénin).

En moyenne 53,6 % de participants ont déclaré être parfois dans l'incapacité de combler leurs besoins avec des disparités entre pays (Nigéria (70,0 %) et Bénin (41,8 %).

Moins de 1 participant sur 10 a déclaré appartenir à un groupe autochtone. Le Ghana et le Togo présentent des proportions similaires. Le Nigéria présente une situation particulière avec environ

3 personnes sur 10 qui déclarent appartenir à un groupe autochtone.

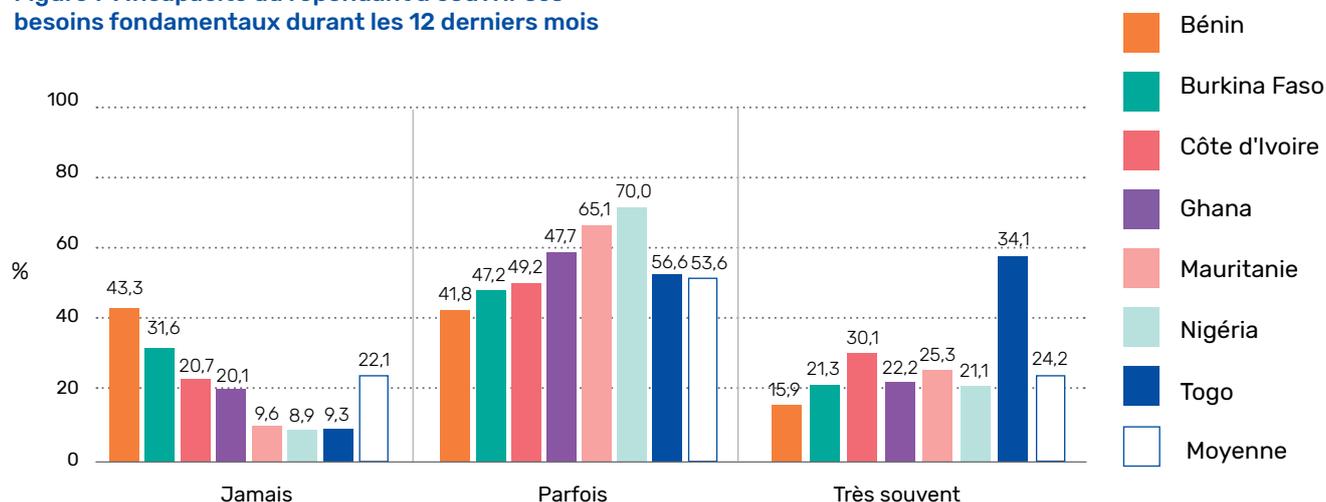
Au niveau régional, moins de 1 participant sur 10 a déclaré appartenir à un groupe de personnes vivant avec un handicap. Cette proportion est plus élevée au Togo, avec 18,23 % des participants déclarant vivre avec un handicap, et plus faible au Bénin avec 2,5 % des participants vivant avec un handicap.

Environ 1,5 % de participants ont déclaré être des réfugiés ou des demandeurs d'asile. La proportion des participants qui ont déclaré appartenir à un groupe de réfugiés ou de demandeurs d'asile oscille entre 0,2 % en Côte d'Ivoire et 3,6 % au Ghana.

De manière générale, plus de 97 % des participants ont déclaré n'appartenir à aucun groupe de travailleurs migrants. Ainsi, la proportion des participants qui ont déclaré appartenir à un groupe de travailleurs migrants oscille entre 0,9 % en Côte d'Ivoire et au Bénin, et 3,2 % au Togo.

Concernant la question de migration, en outre du statut de réfugié ou de demandeur d'asile,

Figure 7 : Incapacité du répondant à couvrir ses besoins fondamentaux durant les 12 derniers mois



l'étude a également interrogé les participants sur la question de déplacement interne. En moyenne 4,9 % des participants ont déclaré appartenir à un groupe de déplacés internes, avec des pourcentages plus élevés au Togo (12,2 %), Bénin (9,2 %) et Mauritanie (8,9 %).

En général, moins de 2 personnes sur 100 participants (1,1 %) ont déclaré être ou avoir été incarcérées ou en prison.

Dans l'ensemble, plus de 35 % des participants appartiennent à un groupe ou réseau de soutien aux personnes vivant avec le VIH. Ce pourcentage est le même au Togo et en Côte d'Ivoire. Il est en deçà au Bénin (20,6 %), au Ghana (20,6 %) et en Mauritanie (21,5 %), et plus élevé au Nigéria (75,1 %) où une forte majorité des participants sont membres d'un groupe ou réseau de personnes vivant avec le VIH.

4.2 SERVICES DE SOINS DE SANTÉ

L'OMS a institué des changements dans ses priorités et ses orientations sanitaires à la lumière des Objectifs de Développement Durable (ODD). Son treizième programme général de travail a énoncé la vision de bâtir « un monde dans

lequel tous les peuples atteignent le niveau de santé et de bien être le plus élevé possible ». ¹⁹ Conformément à cette mission, l'OMS a défini trois priorités stratégiques interconnectées destinées à garantir, dans tous les pays, une vie en bonne santé et le bien-être pour tous à tout âge à savoir : l'instauration de la couverture sanitaire universelle, l'intervention dans les situations d'urgence sanitaire et la promotion de la santé des populations.

L'état de la santé est généralement analysé en fonction de trois dimensions différentes : l'état de vie en bonne santé, la charge de la morbidité, et le poids des facteurs de risque qui contribuent à la maladie et à la mort. De manière globale en Afrique, l'espérance de vie en bonne santé est passée de 50,9 ans en 2012 à 53,8 ans en 2015. ²⁰ La charge de morbidité est désormais poussée par les maladies transmissibles, les maladies non transmissibles, les violences et les traumatismes. Les affections des voies respiratoires inférieures, le VIH/sida et les maladies diarrhéiques représentent toujours les principales causes de morbidité et de mortalité. Sur le plan de service de santé, selon l'OMS en 2015, 36 % des pays africains ne disposaient pas de tous les services de santé

19. OMS. Promouvoir la santé, préserver la sécurité mondiale, servir les populations vulnérables. 2019.

20. OMS. État de santé dans la région africaine de l'OMS. 2018.

nécessaires pour chaque tranche d'âge de la population. Les tranches d'âge des adolescents et des personnes âgées disposent de la gamme de services la plus faible de la région. L'accès aux services essentiels reste faible pour les pays de la sous-région. En effet, l'indice d'accès aux services de santé est d'environ 0,32 dans la sous-région, et même là où ils sont disponibles, la qualité des services essentiels demeure un défi.

Pour les services de santé pour le VIH, la proportion de PVVIH dans la sous-région connaissant leur statut VIH est estimée à 80 %. Parmi les sept pays faisant l'objet du présent rapport, la Mauritanie avec 40 % de PVVIH qui connaissent leur statut enregistre la performance la plus faible. Les proportions dans les autres pays varient de 71 % au Ghana à 90 % au Nigéria. Le Togo et la Côte d'Ivoire sont à 80 %, le Burkina Faso à 88 % et le Bénin à 85 %. Parmi les PVVIH connaissant leur statut sérologique, environ 78 % dans la sous-région sont sous traitement antirétroviral. La Mauritanie demeure le pays ayant la performance la plus faible avec seulement 38,5 % de PVVIH connaissant leur statut sous ARV. Le Nigéria présente également ici la meilleure performance avec 90,1 % de PVVIH qui connaissent leur statut sérologique

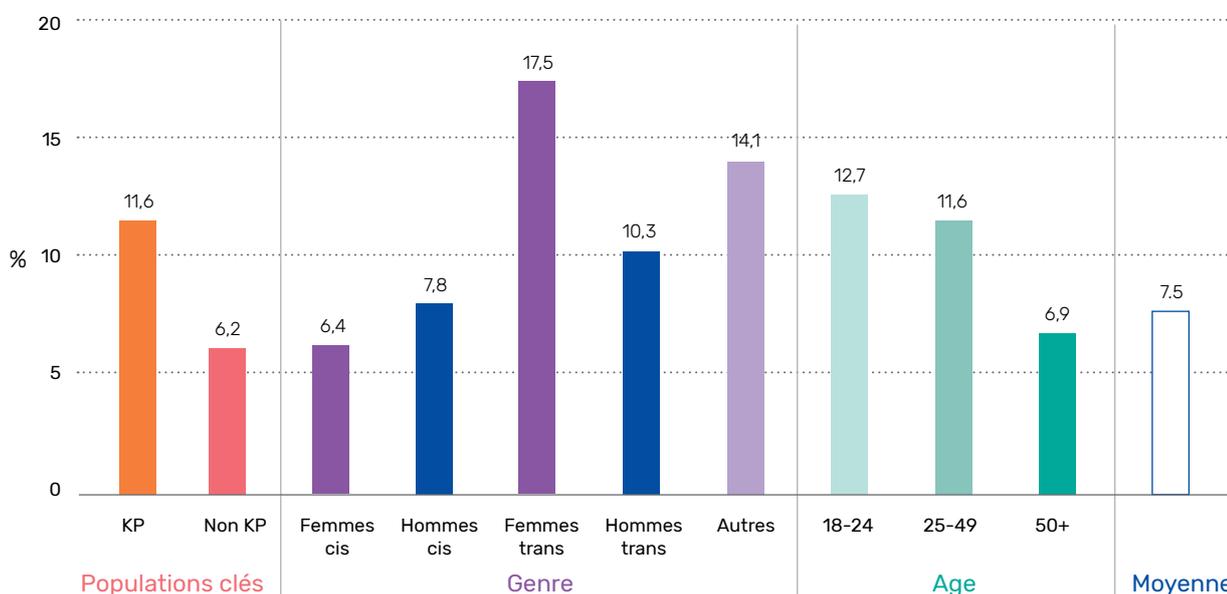
sous ARV. Dans la sous-région, seulement 47 % de PVVIH sous ARV déclarent avoir une charge virale indétectable. Le Nigéria est le seul pays de la sous-région à compter une forte proportion de participants déclarant avoir une charge virale indétectable (69,8 %).

Dépistage, soins et traitement du VIH

7,5 % des participants ont déclaré éviter de se présenter dans un centre de santé pour recevoir des soins du fait de leur statut au cours des 12 derniers mois. Ce fait a été plus rapporté par les participants appartenant aux populations clés (11,6 %) que par ceux de la population générale (6,2 %). Les femmes transgenres sont relativement plus nombreuses à avoir déclaré avoir évité de se présenter dans un centre de santé (17,5 %) ainsi que les personnes de la tranche d'âge de 18-24 ans (12,7 %). Cependant les participants de la tranche d'âge de plus de 50 ans ont déclaré moins éviter les centres de santé (6,9 %).

L'analyse parmi les populations clés montre que les usagers de drogues (17,5 %; n=76) et les personnes transgenres (14,9 %; n=123) ont relativement été plus nombreux à rapporter avoir évité de se présenter dans les centres de santé du fait de leur statut sérologique.

Figure 8 : Pourcentage des participants qui ont évité de se faire soigner en raison de leur statut sérologique



13,9 % des participants à l'étude ont déclaré que ce n'était pas leur choix d'effectuer le test du VIH. La différence est importante entre les populations clés (9,6 %) et la population générale (15,2 %). Cet écart est moins important entre les hommes cisgenres (12,5 %) par rapport aux femmes cisgenres (14,9 %). Pour l'ensemble des participants ayant affirmé que ce n'était pas leur choix de faire le test du VIH, 1,6 % ont déclaré avoir effectué le test du VIH parce qu'il avait un caractère obligatoire. Cette déclaration a été plus faite par les femmes cisgenres (2,0 %) par rapport aux hommes cisgenres (1,0 %), ainsi que par la population générale (2,0 %), que les populations clés (0,5 %). Chez les populations clés, les usagers de drogues (12,0 %; n=51) et les travailleurs du sexe (13,0 %; n=218) sont plus nombreux à avoir été testés sans leur consentement.

Figure 9 : Populations clés qui évitent l'accès aux soins du fait de leur statut sérologique

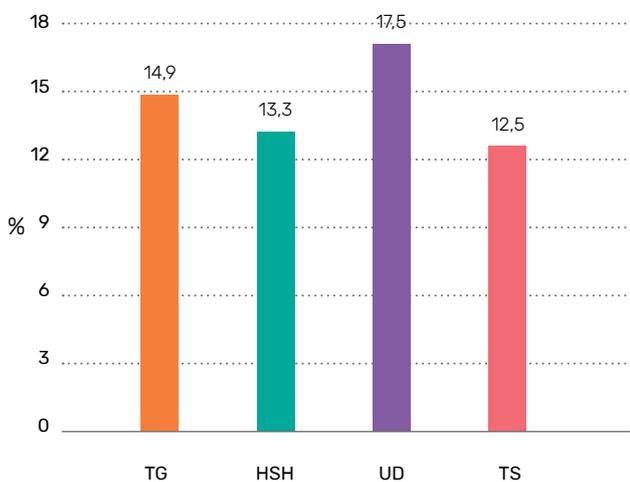
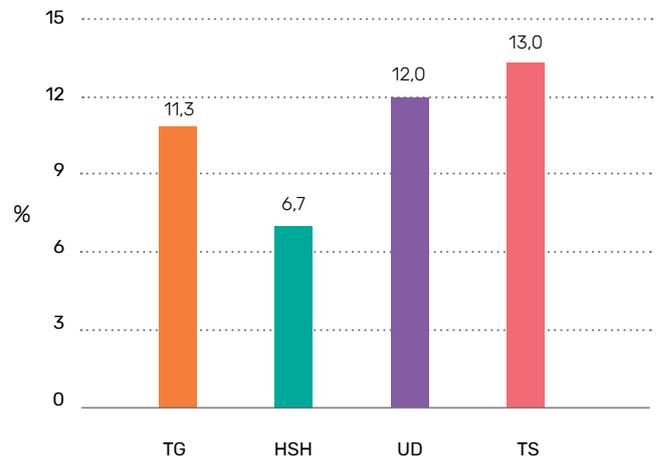


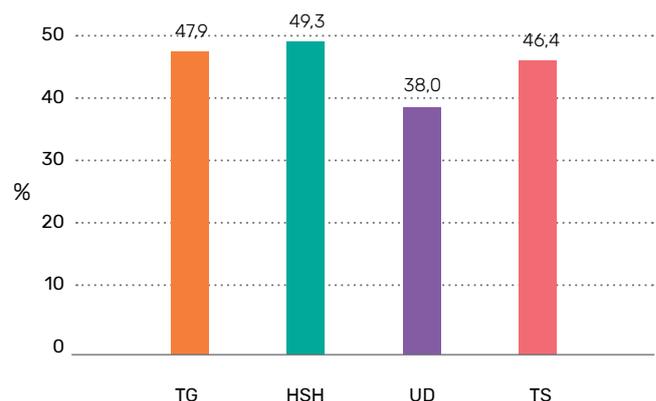
Figure 11 : Participants qui ont déclaré avoir hésité à effectuer le test VIH, car ils craignent la réaction des autres personnes en cas de test positif

Figure 10 : Participants qui ont subi un test de VIH sans leur accord/consentement



39,7 % des participants ont déclaré hésiter à se faire dépister en raison des réactions qu'auraient des personnes de leur entourage (famille, amis, employeur, communauté) à un test positif. Cette réaction d'hésitation est un peu plus élevée chez les populations clés (43,8 %), par rapport à la population générale (38,5 %).

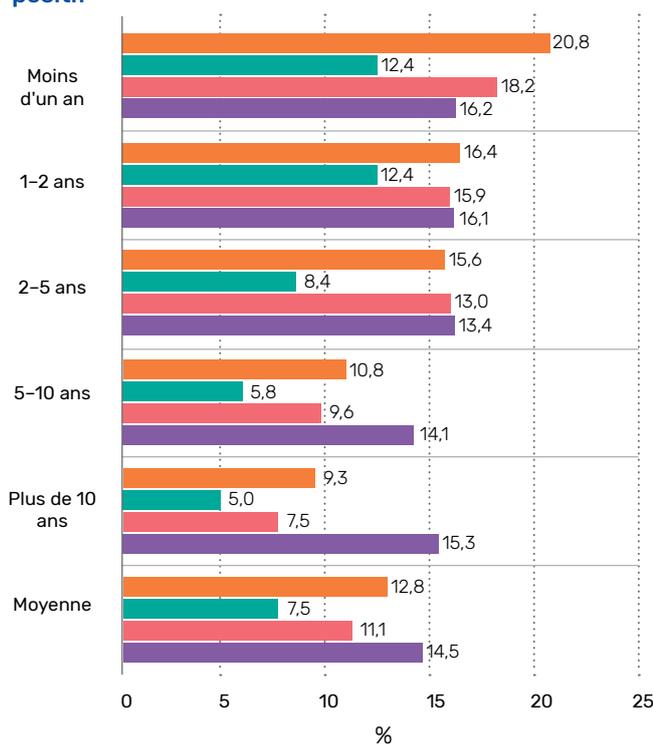
De manière spécifique chez les populations clés; les hommes gays et autres HSH (19,3 %; n=299) et les personnes transgenres (47,9 %; n=338) ont déclaré le plus hésiter à effectuer le test du VIH, car ils craignent la réaction des autres personnes en cas de test positif.



De manière générale, 21 % des participants à l'étude ont déclaré avoir hésité à initier un traitement pour le VIH parce qu'ils redoutaient que les personnels de santé les traitent mal ou divulguent leur statut VIH sans leur consentement. On note également que 9,6 % des participants ont déclaré avoir déjà eu une mauvaise expérience antérieure avec le personnel de santé (Annexe 1). Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (27,9 %; n=146) et les personnes usagers de drogues (25,8 %; n=46) sont parmi les populations clés, ceux qui ont déclaré avoir le plus hésité à prendre le traitement contre le VIH, car ils craignent que les personnels de santé les maltraitent ou divulguent leur statut sérologique.

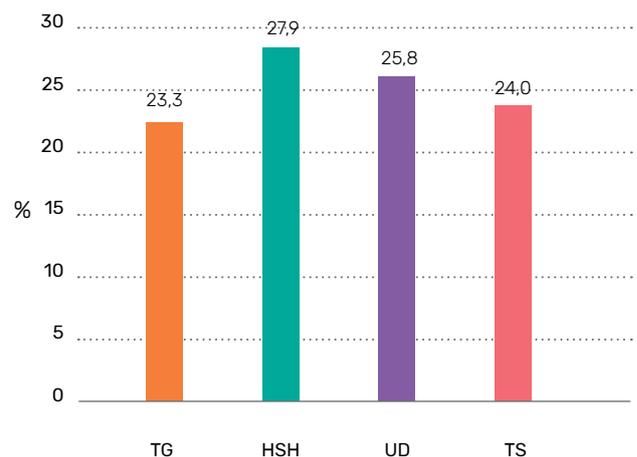
La durée de vie avec le VIH pourrait également avoir une relation avec l'évitement des soins. En effet, plus la connaissance du statut VIH est récente, plus cette personne est susceptible d'éviter de se rendre dans les centres de santé pour solliciter les soins. Sur les périodes de moins d'une année et de 1-2 année de connaissance du statut VIH, 12,4% des participants à l'étude

Figure 13 : Répartition des participants selon la durée depuis la prise de connaissance du statut sérologique positif



ont évité les services de soins de santé. Ce pourcentage diminue progressivement au fur et à mesure que le nombre d'années de vie avec le VIH augmente (8,4 % entre 2-5 ans ; 5,8 % entre 5-10 ans, et 5,0 % à plus de 10 ans). L'interaction sociale des personnes enquêtées subit également la même influence au fur et à mesure de la durée de vie avec le VIH. Ainsi parmi ceux déclarant s'être isolés de leur famille ou amis, 18,21 % connaissent leur statut depuis moins d'une année, et 7,5 % depuis plus de dix années.

Figure 12 : Participants ayant hésité à initier ou prendre le traitement, car ils pensaient que les personnels de santé les maltraiteraient ou divulgueraient leur statut sans leur consentement



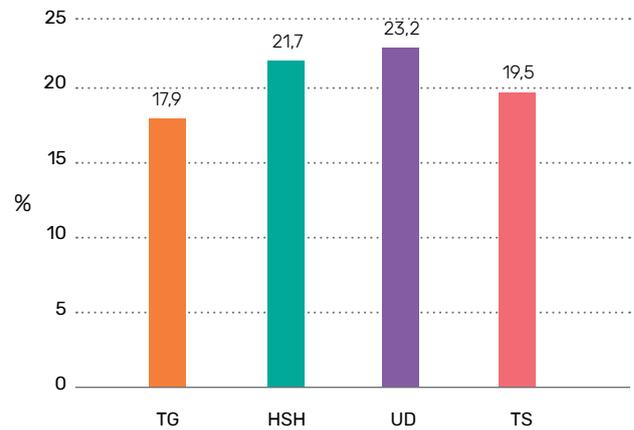
- J'ai décidé de ne plus me rendre dans les rassemblements sociaux
- J'ai évité d'aller dans un centre de santé ou à l'hôpital au moment où j'en avais besoin
- Je me suis isolé en me mettant à l'écart de la famille et des amis
- J'ai décidé de ne plus avoir de rapports sexuels

Interruption de traitement

Au total, 15,8 % des participants à l'étude ont déclaré avoir déjà interrompu ou stoppé leur traitement aux antirétroviraux. Ceci est un peu plus élevé chez les populations clés (18,6 %) par rapport à la population générale (15 %). La proportion des femmes transgenres (19,8 %) déclarant avoir interrompu ou stoppé leur traitement aux ARV est supérieure à la moyenne d'ensemble de l'étude. La proportion de participants déclarant avoir interrompu leur traitement était de 15,3% pour les femmes cisgenres et de 16,1 % pour les hommes cisgenres. Les personnes de la tranche d'âge de 18-24 (20,4 %) et de 25-49 (20,4 %) sont plus susceptibles que celles âgées de plus de 50 ans (14,6 %) d'interrompre ou de stopper leur traitement.

Chez des populations clés de manière spécifique, les usagers de drogue (23,2 %; n=93) et les hommes gays et autres HSH (21,7 %; n=131) sont les groupes ayant le plus déclaré avoir déjà interrompu ou stoppé leur traitement contre le VIH.

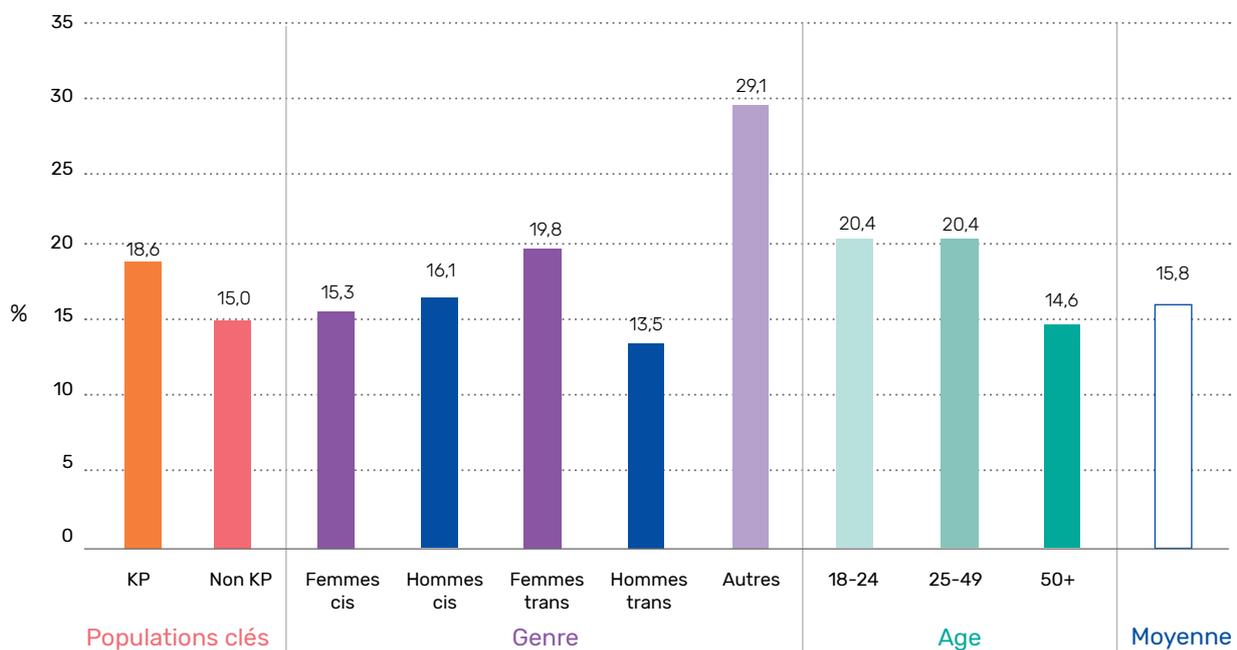
Figure 15 : Répartition par population clé des PVVIH ayant déjà interrompu ou stoppé leur traitement



Sur les motifs ayant contribué à l'interruption des traitements ARV au cours des 12 derniers mois, les participants ont déclaré :

- Craindre que quelqu'un découvre leur statut VIH (4 %). Ce motif est deux fois plus évoqué par les populations clés (6,8 %) que par la population générale (3,2 %);
- Ne pas être prêts à assumer leur statut VIH (1,9 %);

Figure 14 : Pourcentage de personnes vivant avec le VIH ayant déjà interrompu ou arrêté leur traitement VIH



- c. Craindre que les personnels de santé les traitent mal ou divulguent leur statut VIH sans leur consentement (0,3 %);
- d. Le fait de prendre à ce moment-là des drogues (0,4 %).

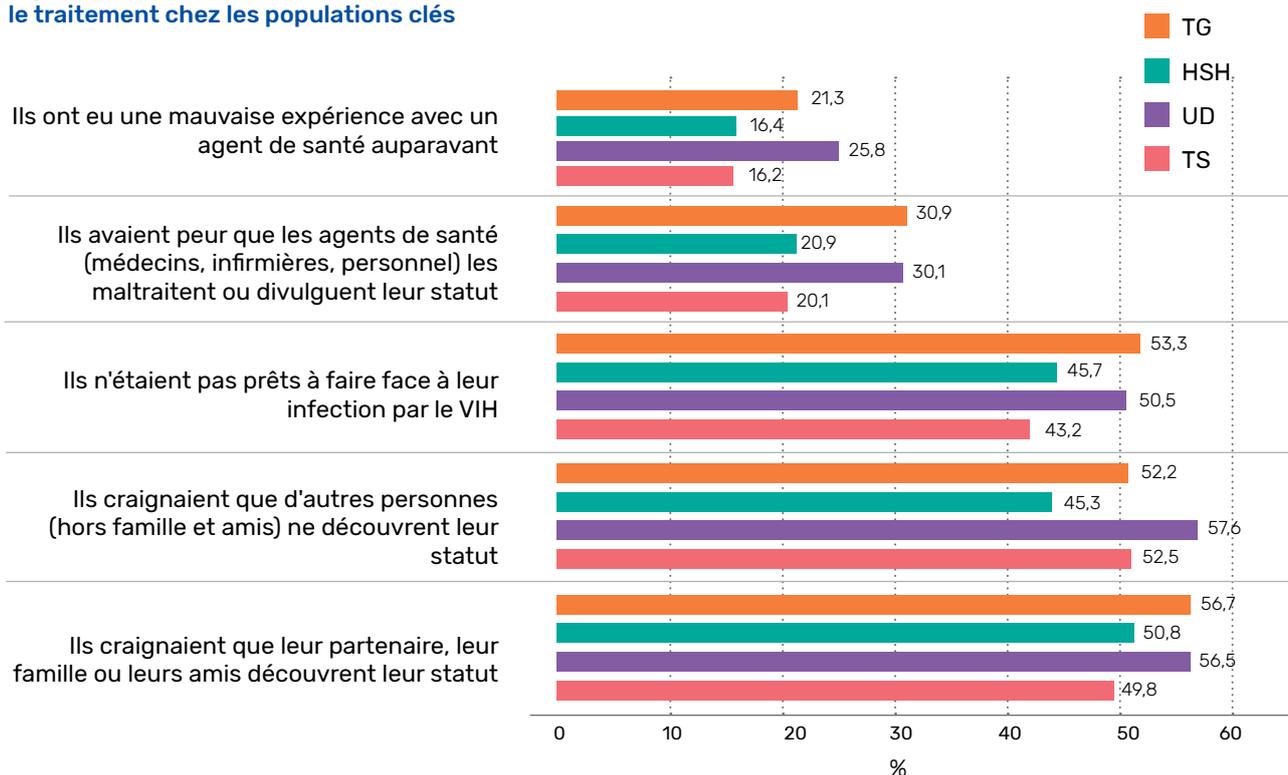
Concernant les principales raisons d'hésitation, du retard ou de l'empêchement de reprendre les soins ou le traitement ARV :

- a. 38,7 % des participants ont déclaré qu'ils s'inquiétaient que leur partenaire, leur famille ou leurs amis découvrent leur statut VIH. Les populations clés (50,3 %) sont plus susceptibles d'arrêter les soins ou le traitement ARV par rapport à la population générale (34,6 %). Cette situation est également très au-dessus de la moyenne chez les femmes transgenres (57,6 %) et chez les hommes transgenres (50 %). Les enquêtés de la tranche d'âge de 25-49 ans sont les plus concernés (50,2 %);
- b. 41,2 % des participants ont déclaré qu'ils craignaient que d'autres personnes en dehors

de la famille et des amis découvrent leur statut VIH. Cette proportion est plus importante chez les populations clés (47,7 %) par rapport à la population générale (39,2 %). Les enquêtés de la tranche d'âge de 25-49 ans sont les plus susceptibles d'arrêter ou d'interrompre leurs soins ou traitement (47,8 %);

- c. 38,7 % des participants ont déclaré qu'ils n'étaient pas prêts à faire face à leur infection au VIH. L'écart est un peu marqué entre les populations clés et la population générale, mais aussi chez les hommes et femmes transgenres. En effet, ce taux est supérieur chez les populations clés (44,3 %), par rapport à la population générale (36,5 %). Il est également supérieur chez les hommes transgenres (64,3 %) par rapport aux femmes transgenres (51,0 %);
- d. 17,0 % des participants ont déclaré qu'ils craignaient que les personnels de santé les traitent mal ou divulguent leur statut sans leur consentement. Ce sentiment est plus développé chez les hommes transgenres (32,1 %) et les femmes transgenres (31,6 %);

Figure 16 : Raison de l'hésitation à reprendre le traitement chez les populations clés



e. 11,5 % des participants ont déclaré avoir eu précédemment une mauvaise expérience avec un personnel de santé. Cette expérience est pratiquement le double chez les femmes transgenres (22,7 %) et élevée chez les hommes transgenres (17,8 %).

Au sein des populations clés, quel que soit le motif, les usagers de drogues et les personnes transgenres ont le plus déclaré hésiter à reprendre un traitement ARV après un arrêt ou une suspension du traitement. En effet, 56,2 % (n=52) des UD et 56,2% (n=76) des TG craignent que leurs partenaires, familles ou amis découvrent leur statut sérologique. Cette crainte est aussi présente chez TS (49,8 %; n=151) et les hommes gays et autres HSH (50,8 %; n=65). Ceci est également valable concernant le fait de ne pas être prêts à faire face à leur infection par le VIH. Ce sentiment a été le plus rapporté par les personnes transgenres (53,3 %; n=72) et les usagers de drogue (50,5 %; n=47).

Concernant la principale raison non liée à une stigmatisation pour laquelle le traitement ARV a été stoppé, les participants à l'étude ont déclaré :

a. Que les médicaments n'étaient pas disponibles à la clinique (1,9 %) ;

b. Que les médicaments n'étaient pas abordables (0,8 %) ;

c. Être incapables de se rendre en clinique ou à la pharmacie pour se procurer le médicament (2,0 %) ;

d. Ne pas supporter les effets secondaires des médicaments (3,1 %) ;

e. Ne pas ressentir le besoin du traitement (1,3 %) ;

f. Ne pas être qualifiés au traitement, à cause des CD4s ou la charge virale (0,1 %) ;

g. Avoir été en prison, ou en détention, et que le traitement n'était pas disponible (0,1 %).

Santé mentale

Au cours des 12 derniers mois, 9,0 % des participants ont déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de santé mentale (anxiété, dépression, insomnie, stress post-traumatique). Cette condition a été plus mise en exergue par les femmes transgenres (13,7 %) et les enquêtés de la tranche d'âge de 25-49 ans (11,9 %).

Chez les populations clés les hommes gays et autres HSH (12,7 %; n=85), les usagers de drogues (14,3 %; n=62) sont les personnes ayant le plus déclaré avoir été diagnostiquées des problèmes de santé mentale tels que l'anxiété, la dépression, l'insomnie, et le stress post-traumatique.

Figure 17 : Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui ont reçu un diagnostic de trouble de santé mentale au cours des 12 derniers mois

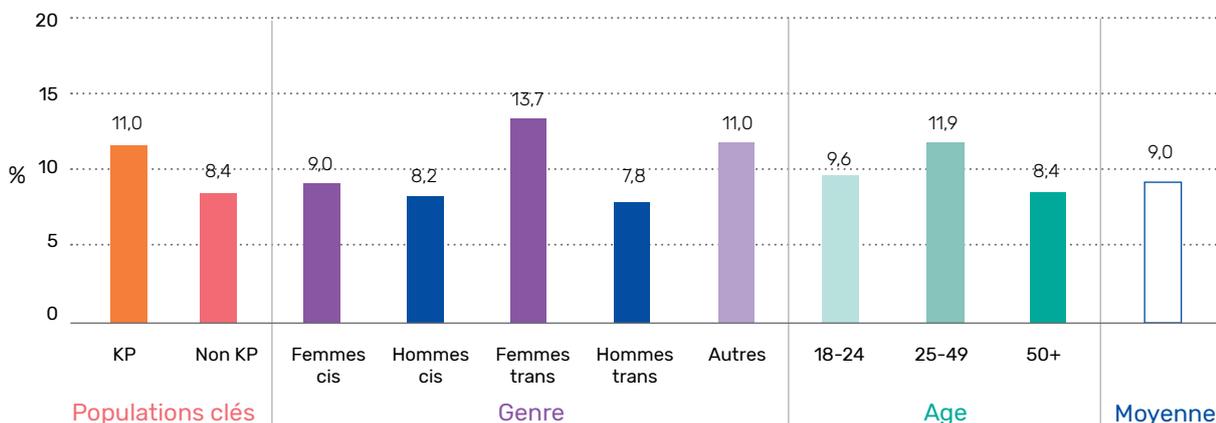
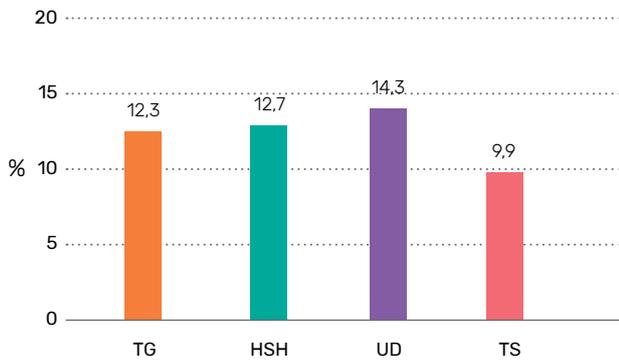
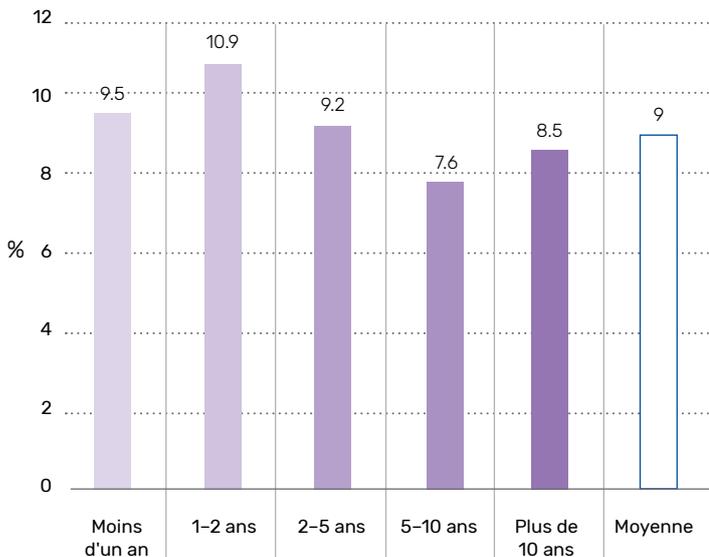


Figure 18: Populations clés ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de santé mentale



En moyenne les problèmes de santé mentale (anxiété, dépression, insomnie et stress post-traumatique) ont été diagnostiqués chez environ 9 % de participants à l'étude. La proportion des personnes chez qui ces problèmes ont été diagnostiqués varie de 7,6 % à 11 % selon la durée de vie avec le VIH. Les personnes ayant entre 1 et 2 ans de vie avec le VIH ont le plus (10,9 %) présenté des problèmes de santé mentale. La proportion des personnes reportant le moins de diagnostics sont ceux vivant avec le VIH depuis 5 à 10 ans (7,6 %).

Figure 19 : Diagnostic de problèmes de santé mentale



Expériences de prestation de services

Au cours des 12 derniers mois, les participants ont déclaré avoir vécu plusieurs types de discrimination dans la recherche des soins de santé spécifiques au VIH de la part du personnel de santé dans leurs unités de prise en charge. Il s'agit notamment :

- a. Du refus des services de santé de les servir en raison de leur statut sérologique (1,3 %);
- b. Du conseil de s'abstenir de tout rapport sexuel (2,25 %);
- c. Des mauvaises paroles ou des commérages du fait de leur statut VIH (3,8 %);
- d. Des abus verbaux (crier, réprimander, injurier, etc.) du fait de leur statut VIH (3,76 %);
- e. Des abus physiques (pousser, frapper, etc.) du fait de leur statut VIH (0,9 %);
- f. Du fait d'éviter des contacts physiques et des précautions particulières du fait de leur statut VIH (2,1 %);
- g. De la divulgation à d'autres personnes de leur statut VIH sans leur consentement (3,4 %).

La majorité des participants à l'étude (n=8572) ont exprimé leurs sentiments concernant la confidentialité de la conservation de leurs dossiers médicaux. À cet effet :

- a. 80,7 % (n=6918/8572) ont déclaré être persuadé que leurs dossiers médicaux sont gardés confidentiels et ne seront pas divulgués sans leur consentement écrit ;
- b. 17,8 % (n=1526/8572) ont déclaré ne pas savoir si leurs dossiers médicaux est tenu confidentiels ;
- c. 1,4 % (n=128/8572) ont déclaré être convaincus que leurs dossiers médicaux ne sont pas conservés en toute confidentialité.

Expériences spécifiques des populations clés dans la recherche des soins de santé

Concernant les personnes transgenres et non-binaires, c'est-à-dire les personnes dont l'identité de genre diffère du sexe assigné à la naissance (n=827), 33,4 % ont déclaré avoir déjà eu peur de recourir à des services de santé. Les femmes transgenres sont plus susceptibles d'avoir peur de recourir à des services (37,6 %), alors que cette attitude est moins présente chez les hommes transgenres (27,6 %). Ce pourcentage est de 14,9 % pour des personnes ayant vécu cette expérience au cours des 12 derniers mois, et 17,7 % chez les femmes transgenres.

Concernant les personnes gays et autres HSH, 22,9 % (n=151) ont déclaré avoir peur de recourir à des services de santé à cause de leurs inquiétudes que quelqu'un apprenne qu'ils ont des rapports sexuels avec des hommes. Ce pourcentage est de 12,0 % (n=79) pour des personnes ayant vécu cette expérience au cours des 12 derniers mois.

Concernant les TS, sur les 1697 participants, 16,8 % ont déclaré avoir déjà eu peur de recourir à des services de santé à cause de leurs inquiétudes que quelqu'un apprenne qu'ils sont/ou été travailleurs du sexe. Ce pourcentage est de 12,0 % (n=79) pour des personnes ayant vécu cette expérience au cours des 12 derniers mois.

Concernant les UD, sur les 433 répondants, 21,4 % ont déclaré avoir déjà eu peur de recourir à des services de santé à cause de leurs inquiétudes que quelqu'un apprenne qu'ils sont/ou ont été usagers de drogues. Ce pourcentage est de 11,8 % pour des personnes ayant vécu cette expérience au cours des 12 derniers mois.

4.3 SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Selon l'UNFPA, une bonne santé sexuelle et reproductive est un état de bien-être total sur le plan physique, mental et social relativement à tous les aspects du système reproductif. Dans cet état, les personnes sont en mesure de profiter d'une vie sexuelle satisfaisante et sûre et ont la capacité de procréer et de décider si elles désirent avoir des relations sexuelles ou non, ainsi que quand et comment.

La majorité des infections au VIH sont transmises sexuellement ou associées à la grossesse, à l'accouchement ou à l'allaitement. En Afrique en général et dans la sous-région d'Afrique de l'Ouest en particulier, les rapports sexuels sont le premier mode de contamination par le VIH. Ces interactions entre la santé sexuelle et reproductive et le VIH/sida sont aujourd'hui largement reconnues. En outre, certaines causes de la mauvaise santé sexuelle et reproductive et du VIH/sida sont les mêmes: la pauvreté, l'inégalité entre les sexes et la marginalisation des populations les plus vulnérables. La communauté internationale s'accorde sur le fait que l'on ne parviendra pas à réaliser les Objectifs de Développement Durable sans la garantie d'un accès aux services de SSR et sans une réponse mondiale efficace au VIH/sida. La stigmatisation et la discrimination des PVVIH sont des fléaux qui entravent l'accès aux soins. La connaissance des expériences de stigmatisation et de discrimination vécues par les PVVIH en lien avec l'accès aux services de santé est nécessaire pour le développement et la mise en œuvre des interventions de remédiation.

Les pourcentages des enquêtés rapportant une expérience de stigmatisation en matière de santé sexuelle et reproductive de la part des agents de santé au cours des 12 derniers mois dans la région se présentent comme suit : (i) 0,8 % (n=93) été conseillés de ne pas devenir mère/père d'un enfant, (ii) 0,1 % (n=12) ont subi une pression ou ont été incités à se faire stériliser ; (iii) 0,1 % (n=10) ont été stérilisés à leur insu ou sans leur consentement ; (iv) 0,1 % (n=19) sont des victimes d'un refus de la contraception ou des services de planification familiale et (v) 0,2 % (n=27) ont été conditionnés de l'accès au traitement ARV à l'utilisation de la contraception ou d'une méthode contraceptive en spécifique (Annexe 2).

Les pourcentages des enquêtés de sexe féminin rapportant une expérience de stigmatisation en matière de santé sexuelle et reproductive de la part d'un professionnel de la santé se présentent au niveau régional comme suit au cours des 12 derniers mois : (i) 0,3 % (n=22) ont été conseillés d'interrompre une grossesse ; (II) 0,6 % (n=40) ont

subi une pression pour l'utilisation d'une méthode contraceptive en particulier; (iii) 1,2 % (n=73) ont subi une pression pour l'utilisation d'une méthode/option d'accouchement en particulier; (iv) 1,2 % (n=73) ont subi une pression pour l'utilisation d'une pratique d'alimentation du nourrisson en particulier; et (v) 2,5 % (n=156) ont subi une pression pour le suivi d'un TARV pendant la grossesse afin de réduire les chances de transmission du VIH (Annexe 3).

4.4 ÉDUCATION

Le droit à l'éducation est un droit humain. Il figure explicitement dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, dans la Convention sur les Droits de l'Enfant, ainsi que dans d'autres conventions et déclarations internationales. En 1990 à Jomtien en Thaïlande, des gouvernements de nombreux pays du monde ont promis de faire de l'Éducation Pour Tous une réalité pour l'an 2000. Mais lorsqu'ils se sont à nouveau rencontrés en 2000 à Dakar au Sénégal, il était clair que cet objectif n'avait pas été atteint. Le suivi de l'Objectif 4 de Développement Durable indiquait en 2014 que 263 millions enfants, adolescents et jeunes n'étaient pas scolarisés. Entre 2008 et 2014, le taux d'achèvement du second cycle du secondaire était de 84% dans les pays à revenu élevé, de 43% dans les pays à revenu moyen supérieur, de 38% dans les pays à revenu moyen inférieur et de 14% dans les pays à faible revenu. Il est clair que sur la base de ces résultats de nombreux enfants dans le monde et en particulier dans les pays à faible revenu comme ceux de l'Afrique de l'Ouest n'ont pas encore accès à l'éducation. Les facteurs qui entravent l'accès à l'éducation sont divers, notamment les conditions socioéconomiques, sanitaires et culturelles. Le VIH/sida a également ajouté une vulnérabilité supplémentaire chez les enfants affectés par le VIH. En effet, être diagnostiqué avec le VIH/sida peut induire un

fardeau psychosocial chez les jeunes avec un impact énorme sur leur vie quotidienne notamment sur la participation à l'école. Une étude menée au Kenya en 2015²¹ a décrit les expériences post-divulgence des enfants séropositifs scolarisés comme choquantes, décourageantes et exaspérantes.

Le rapport régional présente les données suivantes concernant l'environnement éducatif pour les PVVIH:

- 0,9 % (n=81) des enquêtés affirment que leur séropositivité a déjà été divulguée à leurs enseignant(s)/administrateur(s) d'école sans leur consentement.
- 0,9 % (n=87) des enquêtés affirment que leur séropositivité a déjà été divulguée à leurs camarades de classe sans leur consentement (Annexe 4).

Environ 1 personne sur 10 suit actuellement une forme d'éducation formelle (11,5 %).

4.5. EMPLOI/LIEU DE TRAVAIL

L'Objectif 8 de Développement Durable des Nations Unies comprend la promotion d'une croissance économique soutenue, inclusive et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous. De la même manière, l'Article 23 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et le Pacte International Relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels stipulent que tous les citoyens ont le droit de gagner leur vie et de participer à la participation sociale par le travail.²² Selon ces directives, les PVVIH ont les droits fondamentaux au travail, à la réussite professionnelle et à l'émancipation économique. Cela est aussi garanti par la recommandation de l'OIT²³ sur le VIH et le sida, 2010 (n° 200) qui interdit la discrimination dans le monde du travail sur la base de la séropositivité réelle ou

21. Gachanja G. A rapid assessment of post-disclosure experiences of urban HIV-positive and HIV-negative school-aged children in Kenya. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4465943/

22. GNP+, ILO. Evidence Brief: HIV Stigma and Discrimination in the World of Work: Findings from the PLHIV Stigma Index, 2018.

23. L'Organisation Internationale du Travail est une agence de l'ONU qui établit des normes internationales, élabore des politiques et conçoit des programmes visant à promouvoir le travail décent pour tous les hommes et femmes dans le monde. ILO. [Mission et Impact](#).

perçue,²⁴ appelle au respect des droits humains fondamentaux de tous les travailleurs, y compris le droit de ne pas subir les tests requis et de ne pas divulguer sa séropositivité.

Néanmoins, la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des PVVIH, ainsi que les pratiques discriminatoires des employeurs, des collègues et des clients menacent l'accomplissement de ces objectifs. En conséquence, les personnes vivant avec le VIH se retrouvent souvent à travailler dans l'économie informelle où la couverture de protection sociale est limitée ou inexistante. Cela a aussi un coût psychologique et social important car ces personnes ne travaillent pas à leur plein potentiel, sont socialement exclues et ne sont pas capables de contribuer aux communautés et à l'économie nationale.

Divulgence

6,4% (n=594/9159) des participants ont déclaré que leur statut VIH est connu par leur employeur. Cependant, les personnes appartenant à la population générale ont rapporté ces faits plus fréquemment (7,2 %) que celles appartenant aux populations clés (3,8 %). Chez les collègues de travail, 6,8% (n=631/9244) des participants ont déclaré que leur statut sérologique est connu par ces derniers. Ce taux est une fois de plus élevé chez la population générale (7,6 %) par rapport aux populations clés (4,1 %). 1,4 % et 1,8 % de l'ensemble des participants indiquent que leur statut sérologique a été divulgué respectivement à leurs employeurs et collègues de travail sans leur consentement. Il n'y a pas de différence fondamentale, quelle que soit l'appartenance aux populations clés ou à la population générale.

Expérience de la stigmatisation et de la discrimination

4,1 % des participants (n=455/10909) ont déclaré qu'en raison de leur statut VIH, ils ont déjà été refusés à un recrutement ou ont perdu une source

de revenus ou un emploi. Ce taux est légèrement au-dessus de la moyenne chez les populations clés (5,3 %) par rapport à la population générale (3,9 %). Au cours des 12 derniers mois, 1,7 % des participants ont déclaré qu'en raison de leur statut VIH, ils ont déjà été refusés à un recrutement ou ont perdu une source de revenus ou un emploi.

3,2 % des participants (n=349/10908) ont déclaré qu'en raison de leur statut VIH, ils ont été refusés une promotion ou une offre d'emploi. 1,3 % des participants ont affirmé avoir vécu la même expérience au cours des 12 derniers mois.

4.6 DROITS HUMAINS ET ACTIONS POUR LE CHANGEMENT

En 2020, parmi les 151 pays déclarants, 92 pays déclarent avoir des lois criminalisant la non-divulgence, l'exposition et la transmission du VIH ou des poursuites fondées sur le droit pénal général. Au moins 20 pays dans le monde imposent encore des restrictions de voyage sous une forme ou une autre aux PVVIH. En 2018, 59 pays ont déclaré maintenir le dépistage obligatoire du VIH pour les mariages, les permis de travail ou de résidence ou pour certains groupes de personnes.²⁵

En outre, 69 pays signalent qu'ils ont des lois qui criminalisent spécifiquement les relations sexuelles entre personnes de même sexe ; 98 pays signalent qu'ils criminalisent certains aspects du travail du sexe ; 100 pays indiquent que l'usage ou la possession de drogues pour usage personnel constitue une infraction pénale ou un motif de détention obligatoire ; 4 pays ont indiqué qu'ils continuaient de criminaliser la transmission du VIH de la mère à l'enfant et les femmes peuvent être poursuivies pour avoir transmis le VIH à leur fœtus ;²⁶ et, non des moindres, les personnes transgenres du monde entier sont soumises à des lois et des politiques punitives et discriminatoires qui limitent leurs libertés, y compris l'autonomie

24. OIT. Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/SIDA et le monde du travail, 2001.

25. UNAIDS. Remove laws that harm, create laws that empower. Zero Discrimination Day 1 March 2022, 2022.

26. UNAIDS. Global Partnership for Action to Eliminate all Forms of HIV-related Stigma and Discrimination.

corporelle, l'identité juridique, la vie privée et l'expression de soi. En 2019, les personnes transgenres ont été criminalisées et/ou poursuivies dans 19 des 134 pays déclarants. Les femmes transgenres ont des taux de VIH les plus élevés (parmi toutes les autres populations), avec une prévalence du VIH allant jusqu'à 40% signalée dans certaines études.²⁷

La section ci-dessous du rapport régional analyse les violations de droits vécues par les PVVIH et populations clés en Afrique subsaharienne, ainsi que les mesures prises pour obtenir justice. La connaissance des lois qui protègent les PVVIH et des mécanismes nationaux et régionaux de défense des droits humains est importante pour les PVVIH afin qu'ils puissent se défendre, mais aussi pour qu'ils demandent que la prévention de la transmission du VIH devienne une responsabilité partagée de tous les individus (quel que soit leur statut VIH) et non une tâche des PVVIH.

Cas de violations de droits liées à l'obligation d'effectuer un dépistage du VIH ou de dévoiler le statut pour bénéficier d'un service essentiel

Globalement, environ 97 % des participants ont déclaré n'avoir pas fait d'expérience de cas de violation de leurs droits liée à leur obligation de passer un test de dépistage du VIH ou de dévoiler leur statut pour bénéficier d'un service essentiel. Toutefois, 2,3 % (n=253/10908) des participants dont 1,1 % (n=119/10908) au cours des 12 derniers mois précédant l'étude ont été obligés de passer un test de dépistage du VIH ou de dévoiler leur statut pour recevoir des soins de santé. Il faut également signaler que 2,5 % (n=281/10908) des participants, dont 0,8 % (n=88/10908) au cours des 12 derniers mois, ont été forcés d'avoir des relations sexuelles sans consentement. Par ailleurs, 1,1 % des participants (n=117/9865) ont déclaré avoir été refoulés dans un refuge pour victimes de violences domestiques. Cette violation est plus marquée chez les hommes transgenres (4,3 %) et les femmes transgenres

(4,2 %). Globalement, les populations clés (1,6 %) ont rapporté plus de violations de leurs droits que la population générale (1,0 %). La tranche d'âge de 25-49 ans (2,0 %) est celle ayant rapporté le plus de violations de leurs droits. (Annexe 5)

Violations des droits et actions entreprises pour la réparation

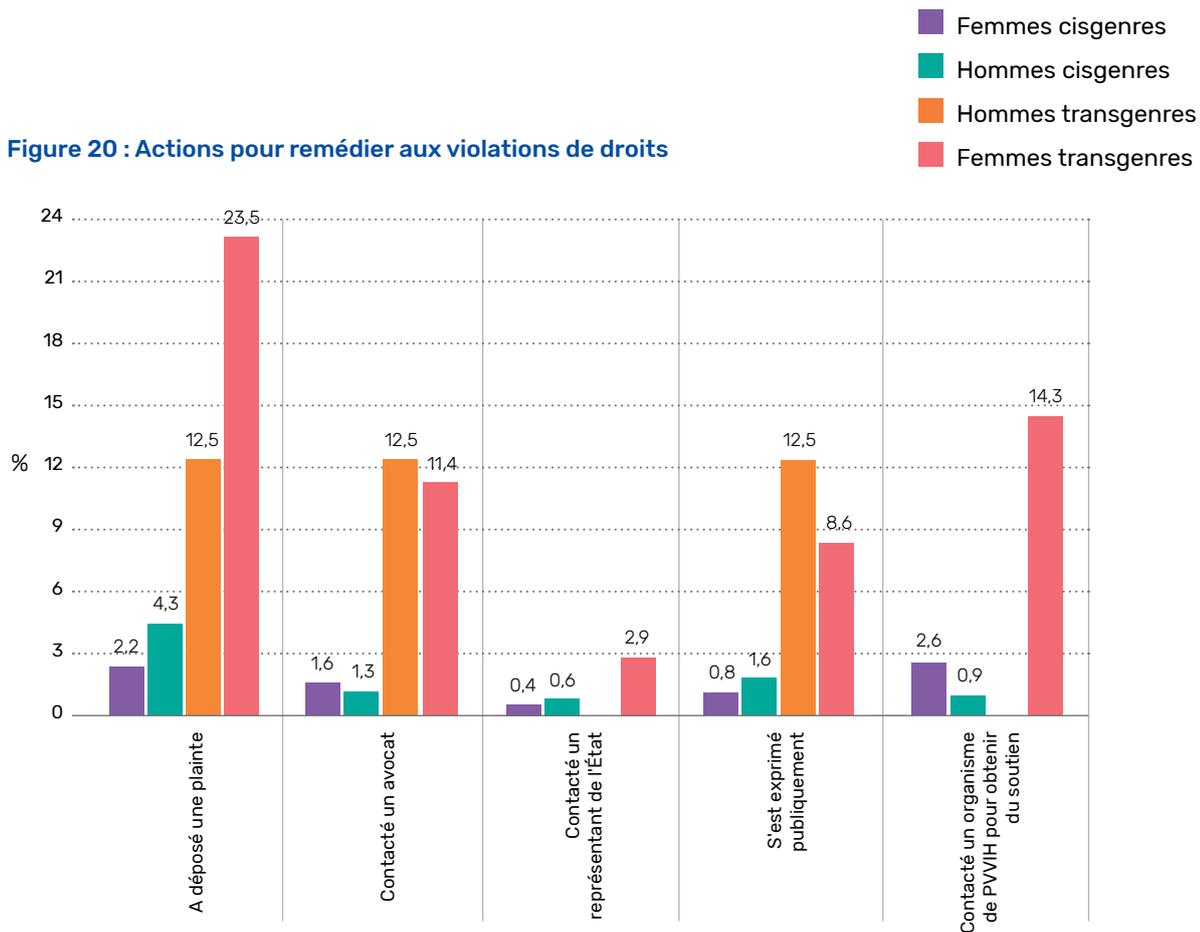
En nombre absolu, des centaines de participants ont déclaré avoir vécu divers types de violations et d'abus. En effet :

- 170/10908 ont été forcés de prendre un test du VIH ou à divulguer leur statut afin d'obtenir un visa ou demander la résidence ou la citoyenneté dans un pays.
- 153/10909 ont été obligés de se faire dépister pour le VIH ou de divulguer leur statut afin de postuler à un emploi ou d'obtenir un régime de retraite.
- 102/10908 ont été forcés de se faire dépister pour le VIH ou de divulguer leur statut afin de fréquenter un établissement d'enseignement ou d'obtenir une bourse.
- 253/10909 ont été forcés d'effectuer un test de dépistage ou de divulguer leur statut afin d'obtenir une assurance maladie.
- 158/10907 ont été forcés de divulguer publiquement leur statut sans donner au préalable un consentement.
- 281/10906 ont été forcés d'avoir des relations sexuelles alors qu'ils ne le souhaitaient pas.
- 117/9865 se sont vus refusés dans un refuge pour victimes de violences domestiques.
- 112/9851 ont été empêchés par leurs partenaires d'accéder aux services de santé.

Plusieurs participants (119/10909) ont déclaré avoir été forcés de se faire dépister pour le VIH ou de divulguer leur statut afin d'obtenir des services de santé au cours des 12 derniers mois avant l'enquête.

27. UNAIDS, Executive Summary: Seizing the Moment. Tackling entrenched inequalities to end epidemics, 2020.

Figure 20 : Actions pour remédier aux violations de droits



Les actions suivantes ont été entreprises par les participants ayant reporté avoir été victimes de violations de leurs droits au cours de 12 mois précédant l'étude :

- 48/1345 ont déposé une plainte
- 32/1353 ont contacté un organisme communautaire/un réseau de PVVIH
- 25/1353 ont contacté un avocat
- 18/1353 ont contacté un représentant du gouvernement ou un politicien
- 8/1353 se sont exprimés publiquement

Les femmes transgenres sont celles ayant entrepris le plus d'actions pour le changement en matière de lutte contre les violations des droits au cours des 12 derniers mois précédant l'étude. En effet, 23,5 % d'entre elles ont déposé une plainte et 14,2 % ont contacté un organisme communautaire. Sur les 1353 participants ayant rapporté avoir été victimes de violation de leurs droits au cours des 12 mois précédant l'étude, 24 participants ont indiqué que leurs actions avaient permis de régler le problème.

Connaissance des lois qui protègent les PVVIH contre la discrimination

Dans l'ensemble, 55,1 % des participants ont déclaré être au courant de l'existence des lois protégeant les PVVIH dans leur pays. Les populations clés (63,7 %) ont été relativement les plus nombreuses à reporter avoir connaissance de l'existence de lois protégeant les PVVIH contre la discrimination comparativement aux participants appartenant à la population générale (52,4 %). Les femmes cisgenres (49,4 %) connaissent moins les lois par rapport aux hommes cisgenres (63,3 %).

La connaissance des lois protégeant les PVVIH, parmi les populations clés de manière spécifique est plus importante chez les hommes gays et autres HSH (73,5 %; n=382) et les personnes transgenres (71,5 %; n=198), et relativement plus faible chez les usagers de drogues (60,2 %; n=103) et les travailleurs du sexe (55,4 %; n=590).

Figure 21 : Pourcentage des PVVIH qui déclarent avoir connaissance de l'existence des lois qui les protègent dans leur pays de résidence

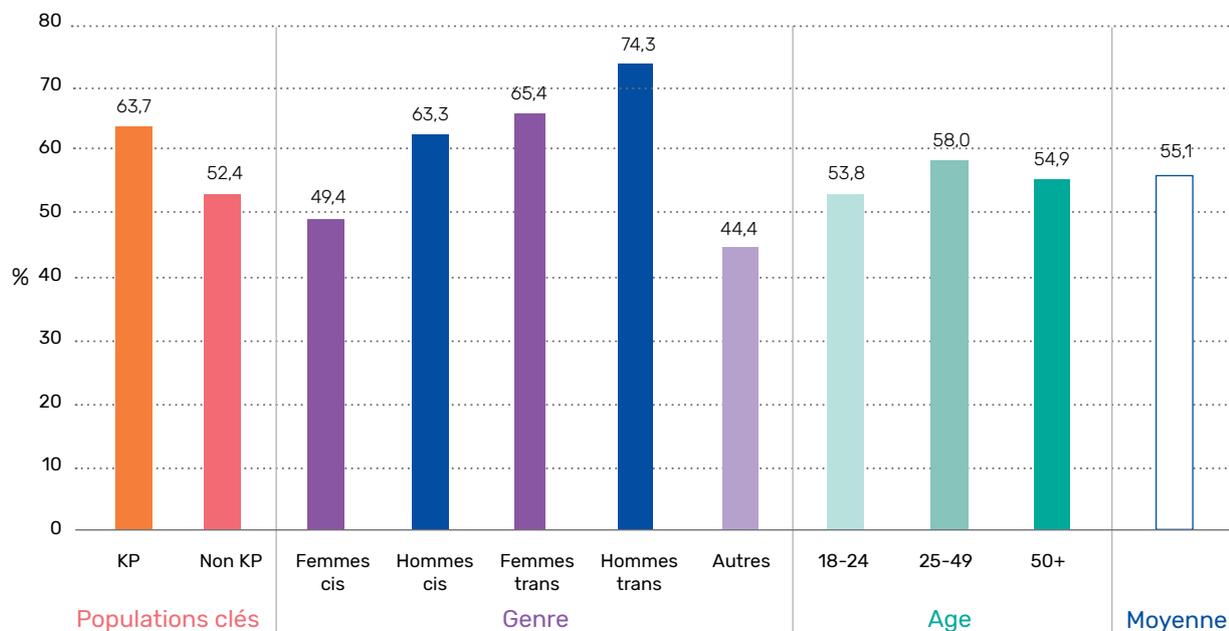
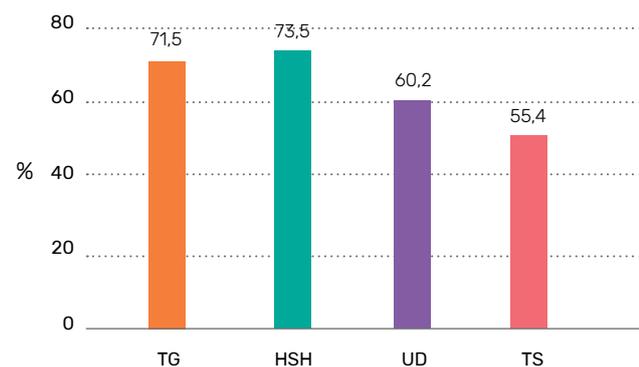


Figure 22 : Populations clés ayant déclaré connaître l'existence des lois protégeant les PVVIH dans leur pays



4.7 MÉNAGE (STIGMATISATION INTÉRIORISÉE, FAMILLE ET COMMUNAUTÉ)

L'épidémie du VIH/sida est due à des facteurs complexes et globaux, parmi lesquels on trouve certains déterminants socioculturels tels que les pratiques culturelles et religieuses. Ces facteurs, ainsi que l'entourage et la famille influencent le comportement des individus.²⁸

La famille²⁹ (parents et leurs enfants, ainsi que la famille élargie) a une grande influence sur la manière dont un individu réagit à l'épidémie et à son statut VIH. Elle joue un rôle qui diminue ou augmente la vulnérabilité de l'individu due au VIH/sida en rejetant ou soutenant cet individu. Si la famille accepte la personne qui vit avec le VIH/sida, elle fournit éventuellement un meilleur soutien et de meilleurs soins à la personne. La famille proche peut aussi se placer comme un médiateur dans les situations où un individu

28. Ashford L. S. (2006) The Impact of HIV and AIDS on Populations. <https://u.demog.berkeley.edu/~jrw/Biblio/Eprints/PRB/files/french/HowHIVAIDSAffectPop-FR.pdf>.

29. Kalibala, S. (n.d.) Population Council Nairobi, Kenya, The Role of the Family in HIV Prevention.

veut révéler son statut à ces proches et l'aider à développer des stratégies pour éviter son rejet.

La manière dont la famille réagit au VIH et comment la personne fait face à son statut est aussi influencée par la religion. Les valeurs religieuses façonnent les constructions sociales et sont responsables de représentations sociales sur le sida, les PVVIH et les groupes les plus exposés au risque du VIH. En outre de la religion, la structure familiale influence aussi la capacité de se protéger du VIH. Le continent africain dispose d'une forte population jeune³⁰ : environ 30 % de la population est âgée de 10 à 24 ans. Dans le contexte où le sida présente la première cause de décès des adolescents en Afrique, où 7 sur toutes les 10 nouvelles infections du sida chez les adolescents sont des filles, la famille joue un rôle primordial dans la dynamique de l'épidémie, la prévention, et l'éducation des enfants.

Divulgence

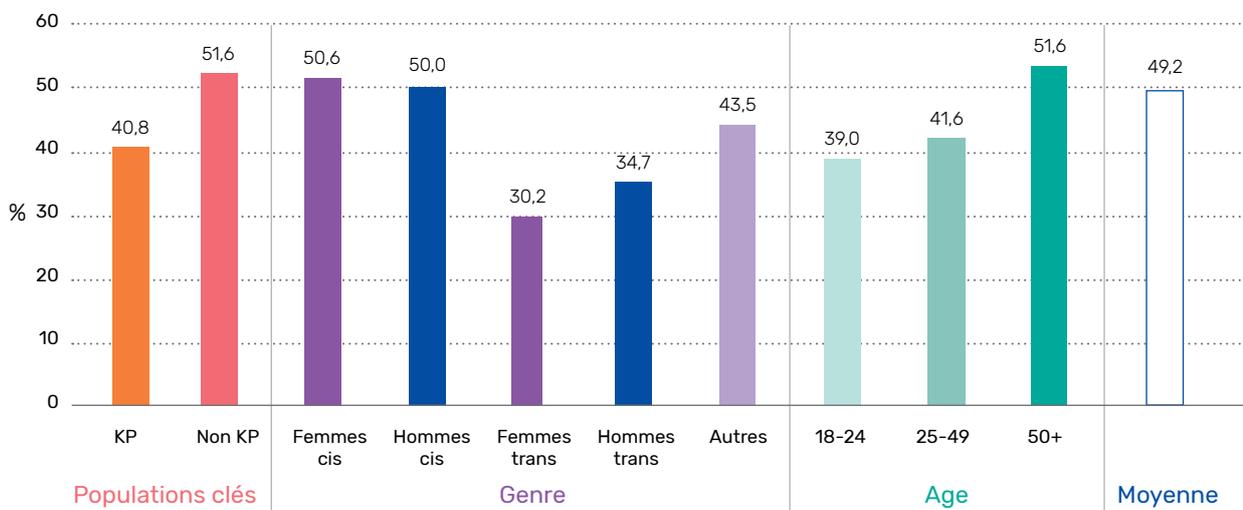
49,2 % des participants ont déclaré qu'avoir divulgué leur statut VIH à leurs proches a été une expérience positive. Les participants appartenant à la population générale ont rapporté le plus

souvent une expérience positive de divulgation (51,6 %) que ceux appartenant aux populations clés (40,8 %). Les hommes transgenres ont également moins rapporté des expériences positives de divulgation (30,2 %) que les femmes transgenres (34,7 %).

47 % des participants ont déclaré que les personnes dont elles sont proches les ont soutenus dès la première fois qu'elles ont eu connaissance de leur statut VIH. Les participants appartenant à la population générale ont le plus souvent rapporté avoir reçu du soutien de leurs proches lorsqu'ils ont pour la première fois été informés de leur statut VIH (48,9 %) que les participants appartenant aux populations clés (40,6 %). Dans l'ensemble, les hommes transgenres ont été relativement moins nombreux à déclarer avoir eu du soutien de leurs proches (31,4 %).

29,6 % des participants ont déclaré que la divulgation de leur statut VIH est devenue plus facile avec le temps. Il n'existe pas de différences marquées entre les populations clés et la population générale en ce qui concerne la

Figure 23 : Pourcentage des personnes vivant avec le VIH qui déclarent que la divulgation de leur statut à des proches a été une expérience positive



30. African Union Commission, *Ending Child Marriage and the Spread of HIV. Opportunities and Challenges*, 2016.

divulgaration du statut. Cependant, les hommes transgenres (20,2 %) sont relativement moins nombreux à trouver que la divulgation du statut est devenue plus facile avec le temps.

Expériences de stigmatisation et de discrimination

Concernant les expériences de stigmatisation et de discrimination:

- 7,1 % des 10 909 participants à l'étude ont déclaré avoir subi une exclusion sociale du fait de leur statut sérologique. Parmi eux, 2,2 % en ont fait l'expérience au cours des 12 derniers mois.
- 2,9 % des 10 909 participants à l'étude ont déclaré avoir subi une exclusion des activités religieuses du fait de leur statut VIH. Parmi eux, 1,1 % en ont fait l'expérience au cours des 12 derniers mois.
- 7,3 % des participants à l'étude ont déclaré avoir subi une exclusion des activités familiales du fait de leur statut VIH. Les hommes transgenres (11,6 %) et les femmes transgenres (11,2 %) sont les plus touchés. Au cours des 12 derniers mois, 2,6 % des participants à l'étude ont déclaré avoir subi une exclusion des activités familiales, dont 6 % d'hommes transgenres et 4,1 % de femmes transgenres.
- 16,6 % des 10 908 participants à l'étude ont déclaré avoir connu des remarques discriminatoires ou des commérages de la part des membres de leurs familles du fait de leur statut VIH. Les femmes transgenres (20,4 %) et les femmes cisgenres (17,9 %) sont les plus nombreuses en proportion. Parmi ces derniers, 6,7 % en ont fait l'expérience au cours des 12 derniers mois.
- 16,9 % des 10 909 participants à l'étude ont déclaré avoir subi des remarques discriminatoires ou de commérages de la part des personnes autres que les membres de leurs familles du fait de leur statut VIH. Les femmes transgenres (19,8 %) et les femmes cisgenres (18,5 %) sont relativement les plus nombreuses à avoir rapporté ces faits. Au cours des 12 derniers mois, 7,1 % de participants ont rapporté avoir subi des remarques

discriminatoires ou des commérages de la part des personnes autres que les membres de leurs familles.

- 12,2 % des 10 908 participants à l'étude ont déclaré avoir subi du harcèlement verbal du fait de leur statut VIH. Parmi ces personnes, 5,2 % ont subi du harcèlement verbal au cours des 12 derniers mois.
- 6,7 % des 10 908 participants à l'étude ont déclaré avoir subi des chantages du fait de leur statut VIH. Les hommes transgenres (9,9 %) et femmes transgenres (9,7 %) sont les plus affectés. Parmi ces personnes, 3,0 % ont rapporté avoir subi des chantages au cours des 12 derniers mois. De même 4,3 % d'hommes transgenres et 5,2 % des femmes transgenres ont déclaré avoir subi ces chantages au cours des 12 derniers mois précédant l'étude.
- 4,1 % des 10 907 participants à l'étude ont déclaré avoir subi un harcèlement physique du fait de leur statut VIH. Parmi ces personnes, 1,1 % ont subi la même attitude au cours des 12 derniers mois.
- 6,2 % des 10 907 participants à l'étude, ont déclaré que leur mari/femme/partenaire ou leurs enfants ont connu des discriminations du fait du statut VIH. Parmi ces personnes, 2,5 % en ont fait l'expérience au cours des 12 derniers mois.

Stigmatisation intériorisée et résilience

Au cours des 12 derniers mois, les participants à l'étude ont déclaré avoir adopté certaines attitudes ou comportements à cause de leur statut VIH :

- 12,8 % des participants ont déclaré avoir choisi de ne pas participer aux rassemblements sociaux du fait de leur statut VIH. La différence est marquée entre les populations clés (18,1 %) et la population générale (11,2 %) ;
- 7,4 % des participants ont déclaré avoir évité de se rendre dans une clinique où un hôpital lorsque la situation l'exigeait du fait de leur statut VIH. La différence est marquée entre les populations clés (11,6 %) et la population générale (6,2 %). Les femmes transgenres sont les plus affectées (17,5 %). Les participants à

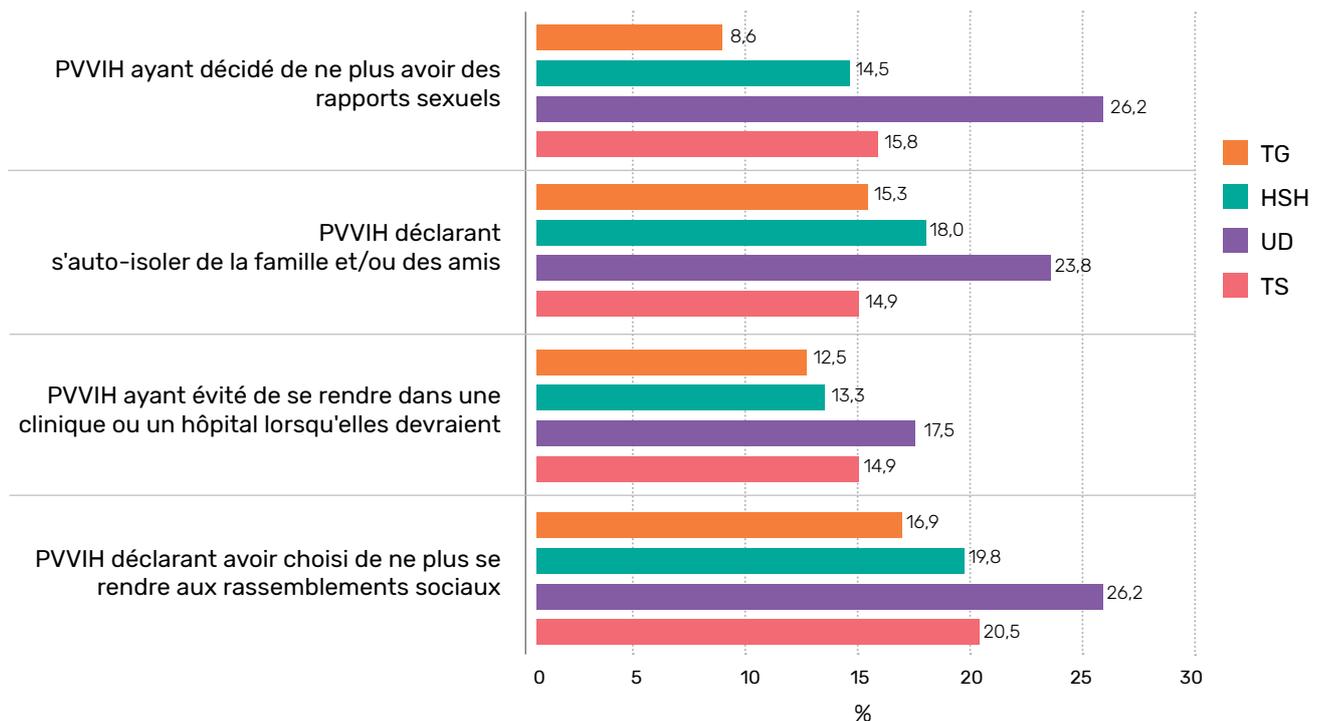
l'étude de la tranche d'âge de 18-24 ans sont les plus touchés (12,6 %);

- 11,1% des participants ont déclaré s'être isolés de la famille et/ou des amis du fait de leur statut VIH. La différence est marquée entre les populations clés (16,6 %) et la population générale (9,5 %). Les hommes transgenres (17,6 %) et les femmes transgenres (23,1 %) sont les plus concernés;
- Environ 14,5 % des participants ont déclaré avoir décidé de ne pas avoir de rapports sexuels du fait de leur statut VIH. Il y a une certaine différence entre les populations clés (10,7 %) et la population générale (15,5 %). Les participants de la tranche d'âge de 18-24 ans sont les plus concernés (17,2 %).

Au sein de la communauté des populations clés, certains groupes sont plus affectés qu'autres. Au cours des 12 derniers mois les usagers de drogues

(26,2 %; n= 75) et les personnes transgenres (16,9 %; n= 131) sont les plus nombreux à déclarer avoir choisi de ne plus se rendre aux rassemblements sociaux du fait de leur statut sérologique. Les usagers de drogue (17,5 %; n=76) et les personnes transgenres (12,5 %; n=123) sont également les groupes qui déclarent avoir évité de se rendre dans une clinique ou un hôpital lorsqu'elles en avaient besoin du fait de leur statut sérologique. Les mêmes groupes (usagers de drogues (23,8 %; n=103) et les personnes transgenres (15,3 %; n=175)) sont une fois de plus, les personnes les plus concernées concernant l'auto-isolement de la famille et/ou des amis du fait de leur statut sérologique. La décision de ne plus avoir des rapports sexuels du fait de leur statut sérologique était plus commune chez les usagers de drogues (26,2 %; n=75) et chez les hommes gays et autres HSH (14,5 %; n=75).

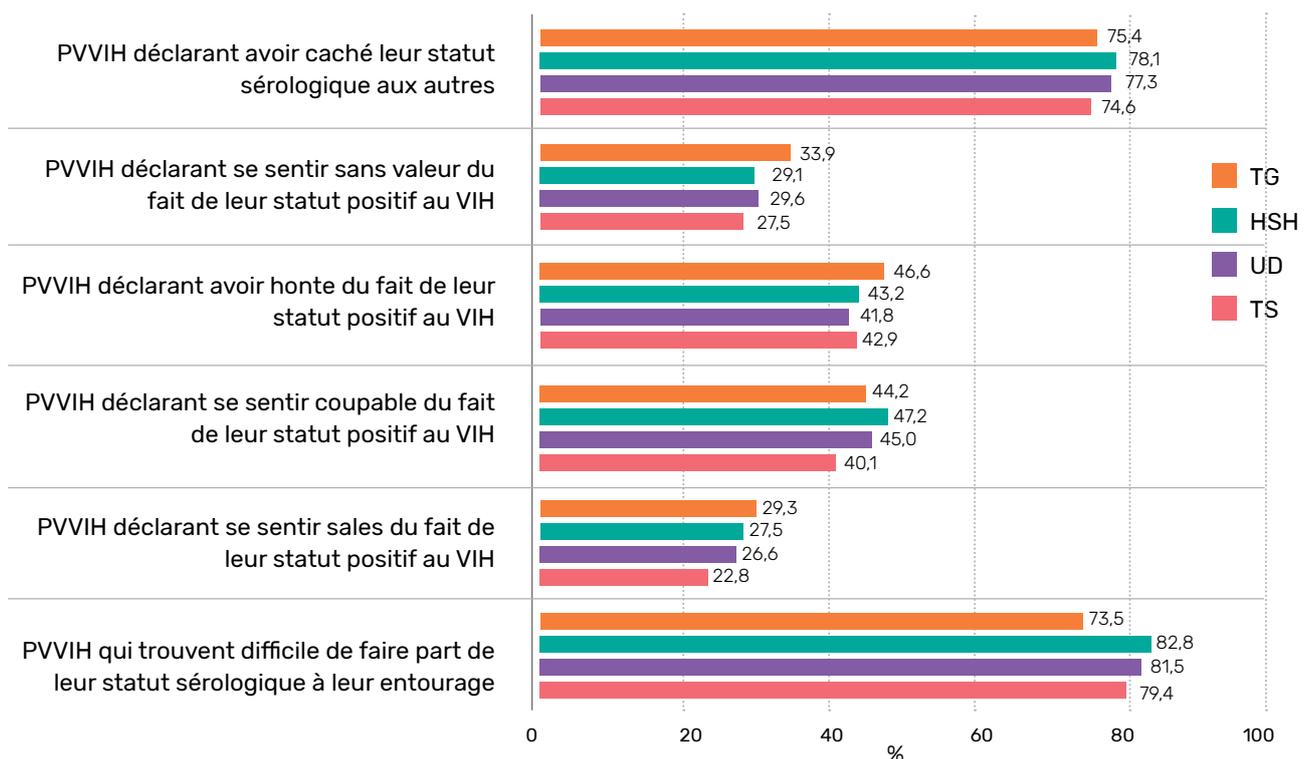
Figure 24 : Stigmatisation intériorisée chez les populations clés du fait du statut VIH , durant les 12 derniers mois



Les participants ont exprimé leurs perceptions sur un certain nombre d'assertions:

- 77,1 % des participants à l'étude ont déclaré avoir éprouvé beaucoup de difficultés à dire aux gens qu'ils sont séropositifs. Aucune différence n'a été relevée entre les sexes, les genres, les tranches d'âge, ainsi que les populations clés et la population générale;
 - 20,6 % des participants à l'étude ont déclaré qu'être séropositifs leur a donné l'impression d'être sales. Ce pourcentage est plus marqué chez les hommes transgenres (32,3 %) et les femmes transgenres (29,1 %). La tranche d'âge de 18-24 ans est celle ayant rapporté le plus cette impression (26,7 %);
 - 31,4 % des participants à l'étude ont déclaré se sentir coupable du fait de leur statut VIH positif. La différence est marquée entre les populations clés (39,5 %) et la population générale (29,0 %). La tranche d'âge de 18-24 ans est celle ayant rapporté le plus ce sentiment (43,5 %);
 - 36,5 % des participants à l'étude ont déclaré avoir éprouvé de la honte parce qu'ils sont séropositifs. Ce sentiment est plus développé chez les hommes transgenres (48,2 %) et femmes transgenres (46,1 %). Les personnes de la tranche d'âge de 18-24 ans ont été relativement plus nombreuses à rapporter avoir éprouvé de la honte (49,3 %);
 - 23,9 % des participants à l'étude ont déclaré s'être sentis sans valeur parce qu'ils sont séropositifs. Ce sentiment est plus fréquent chez les hommes transgenres (37,9 %) et femmes transgenres (32,3 %). La tranche d'âge de 18-24 ans est la plus concernée (33,4 %);
 - 72,0 % des participants à l'étude ont caché leur statut séropositif aux autres. La tranche d'âge de 18-24 ans est la plus concernée (79,6 %).
- La stigmatisation intériorisée a été analysée chez les participants à l'étude. Les données montrent qu'au sein des populations clés, les hommes gays et autres HSH (82,8 %; n=560) et les usagers de drogues (81,5 %; n= 353) sont les plus nombreux

Figure 25 : Stigmatisation intériorisée chez les populations clés au cours des 12 derniers mois



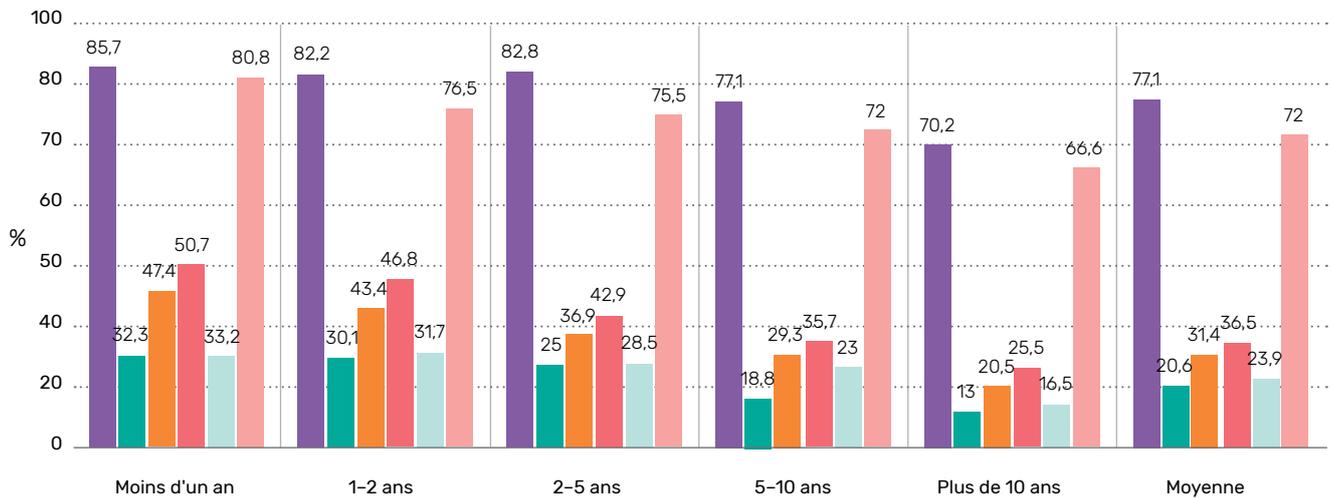
à trouver difficile de faire part de leur statut sérologique à leur entourage. Les travailleurs du sexe (22,8 %; n=387) et les usagers de drogues (26,6 %; n=115) sont moins nombreux à déclarer se sentir sales du fait de leur statut sérologique positif au VIH.

Les hommes gays et autres HSH et les usagers de drogues ont également été relativement les plus nombreux à déclarer :

- Se sentir coupable du fait de leur statut positif au VIH (hommes gays et autres HSH n=319 (47,2 %) ; usagers de drogues n= 194 (45,0 %)).
- Avoir caché son statut sérologique aux autres (personnes hommes gays et autres HSH n=528 (78,1 %); usagers de drogue n=334 (77,3 %)).

Partager, parler de son statut demeure toujours un sujet difficile à aborder. En effet, 77,1 % des participants déclarent qu’il est difficile de discuter de son statut avec une personne. Cependant les résultats révèlent que ce malaise est plus soulevé par les participants qui ont eu un diagnostic plus récent. Ils sont plus nombreux à partager cette préoccupation (85,7 %), que ceux qui vivent avec le VIH depuis plus de dix ans (70,2 %). Il en est de même pour le sentiment de honte, d'autodévalorisation et de culpabilité que peut éprouver une personne vivant avec le VIH : il ressort que chez les participants dont le diagnostic date entre 1 et 2 ans, le sentiment de honte est plus présent (46,8 %) que chez ceux qui vivent avec le VIH depuis plus de 10 ans (25,5 %).

Figure 26 : Divers sentiments éprouvés suivant la durée depuis la connaissance de son statut sérologique positif



- Il est difficile de parler aux gens de mon statut sérologique positif au VIH
- Être positif au VIH me fait me sentir sale
- Je me sens coupable d'être positif au VIH
- Je me sens honteux d'être positif au VIH
- Parfois, je me sens dévalorisé d'être positif au VIH
- Je cache mon statut sérologique aux autres

4.8 EXPÉRIENCES DE LA STIGMATISATION ET DISCRIMINATION VÉCUES POUR D'AUTRES RAISONS QUE LE STATUT VIH

Les populations clés vivant avec le VIH/sida, y compris les personnes qui utilisent des drogues, les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs du sexe et les personnes transgenres, ont été victimes de multiples formes de stigmatisation. En plus de la stigmatisation liée au VIH, ces populations subissent également une stigmatisation liée au comportement conduisant à de nombreuses formes de traitement discriminatoire à leur égard. Ces traitements vont de l'isolement de la société en général à la criminalisation par les lois gouvernementales.

Les populations clés représentent moins de 5% de la population mondiale, mais elles et leurs partenaires représentaient 70% des nouvelles infections à VIH en 2021, et cela en raison des risques plus élevés associés à leur « comportement à risque ». Parmi les populations clés, le risque relatif de contracter le VIH est 35 fois plus élevé chez les personnes qui s'injectent des drogues que chez les adultes qui ne s'injectent pas de drogues. Il est également 30 fois plus élevé chez les travailleuses du sexe et 14 fois plus élevé chez les femmes transgenres que chez les femmes adultes (15-49 ans) dans la population générale, et 28 fois plus élevé chez les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes que chez les hommes adultes (15-49 ans) dans la population générale.³¹

Malgré les preuves de leur risque plus élevé d'infection par le VIH, ces populations clés restent invisibles et/ou sont placées tout en bas de la structure de la société, ce qui se reflète dans le manque de reconnaissance de leur existence par les gouvernements nationaux. Dans le contexte de la riposte au VIH/sida, cela résulte que les populations clés ont une faible couverture du programme VIH/sida, un faible taux de participation aux services de dépistage du VIH ainsi qu'un faible taux de traitement.

Identité de genre

Seuls les participants qui s'identifient comme personnes transgenres (n=828), ou les personnes dont le sexe attribué sur leur certificat de naissance d'origine ne correspond pas à leur identité de genre actuelle ont été interrogés sur leurs expériences de stigmatisation et discrimination du fait de leur identité de genre.

- 41,4 % des participants (n=318) ont déclaré s'être sentis exclus des activités familiales du fait de leur identité de genre. Les femmes transgenres sont légèrement au-dessus de la moyenne (43,4 %). Les participants de la tranche d'âge de 18-24 ans sont ceux qui ont déclaré le plus s'être sentis exclus des activités familiales du fait de leur identité de genre (44,3 %). Parmi ces personnes, 20,7 % (n=171) ont eu le même sentiment au cours des 12 derniers mois. Les participants de la tranche d'âge de 18-24 ans sont encore les plus marqués (24,1 %).
- 46,4 % des participants (n=357), ont déclaré avoir déjà vécu le fait que des membres de leurs familles ont fait des remarques discriminatoires ou des commérages à leur égard en raison de leur identité de genre. Ce sentiment est plus développé chez les femmes transgenres (49,9 %). Les participants du groupe d'âge de 18-24 ans ont le plus souvent rapporté avoir reçu des remarques discriminatoires ou des commérages de la part de membres de leurs familles en raison de leur identité de genre (50,8 %). Parmi eux, 24,3 % ont fait cette expérience au cours des 12 derniers mois. Les femmes transgenres (27,5 %) ont le plus souvent rapporté cette expérience au cours des 12 derniers mois.
- 41,8 % des 828 participants ont déclaré avoir été déjà harcelé verbalement en raison de leur identité de genre. Les femmes transgenres (44,3 %) sont les plus concernées; ainsi que les personnes de la tranche d'âge de 18-24 ans (42,2 %). Parmi eux, 25,0 % en ont fait l'expérience au cours des 12 derniers mois y compris les femmes transgenres (27,6 %) et ceux de la tranche d'âge de 18-24 ans (30,8 %).

31. UNAIDS, *Dangerous inequalities*, World AIDS Report 2022, 2022,

Groupe de soutien : 45,0 % (n=215) des participants à l'étude s'identifiant comme des personnes transgenres ou des personnes dont l'identité de genre est différente de celle à la naissance ont déclaré appartenir à un réseau ou un groupe de soutien avec leurs pairs. Les participants de la tranche d'âge de 25–49 ans se retrouvent plus dans un groupe de soutien (45,8 %).

Les personnes gays et autres hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes

Seuls les participants s'identifiant comme personnes gays, HSH, et ceux (participants masculins) qui ont déjà eu des relations sexuelles avec un autre homme ont été ciblés pour ces questions (n=676).

- 26,1 % des participants (n=172) ont déclaré avoir été exclus des activités familiales parce qu'ils ont des rapports sexuels avec les hommes. La tranche d'âge de 18–24 ans est la plus concernée (29,0 %). Parmi eux, 12,9 % (n=91) en ont fait l'expérience au cours des 12 derniers mois. De même, au cours des 12 derniers mois cette expérience a été le plus souvent rapportée par les personnes de la tranche d'âge de 18–24 ans (19,6 %).
- 26,1 % des participants (n=172) ont déclaré avoir subi des remarques discriminatoires ou des commérages de la part de leurs familles parce qu'ils sont des personnes gays ou autres HSH. La tranche d'âge de 18–24 ans est la plus concernée (44,5 %). Parmi ceux ayant subi des remarques discriminatoires du fait de leur orientation ou comportement sexuel, 21,9 % en ont fait l'expérience au cours des 12 derniers mois. Cette expérience est le plus rapportée par les personnes de la tranche d'âge de 18–24 ans (32,4 %).
- 34,5 % des participants (n=202) ont déclaré avoir été harcelé verbalement en raison du fait qu'ils ont des rapports sexuels avec d'autres hommes. La tranche d'âge de 18–24 ans est la plus touchée (37,6 %). Parmi ces derniers, 18,2 % (n=115) en ont fait l'expérience au cours des 12 derniers mois. L'expérience est toujours

plus présente chez les personnes de la tranche d'âge de 18–24 ans (24,0 %).

Groupe de soutien : 57,0 % des participants (n=375) ont déclaré appartenir à un réseau ou un groupe de soutien aux personnes gays et autres HSH. Les participants des tranches d'âge de 25–49 ans (59,6 %) et plus de 50 ans (62,6 %), sont plus nombreux à avoir déclaré appartenir à un groupe ou association.

Travailleurs du sexe

15,3 % des personnes ayant participé à l'étude s'identifiant comme travailleur de sexe ou ayant déjà eu des rapports sexuels en échange d'argent ou de biens (n=250) ont déclaré avoir été exclues des activités familiales parce qu'ils sont ou ont été des travailleurs du sexe ou ont des rapports sexuels en échange d'argent ou de biens. Les personnes transgenres (21,4 %; n=48) présentent la proportion la plus élevée. Parmi elles, 10,3 % (n=23) en ont fait l'expérience au cours des 12 derniers mois.

24,3 % des personnes ayant participé à l'étude s'identifiant comme travailleurs de sexe (n=397) ont déclaré avoir été victimes de commérages de la part des membres de leurs familles parce qu'ils sont ou ont été des travailleurs du sexe ou ont des rapports sexuels en échange d'argent ou de biens.

21,7 % des personnes ayant participé à l'étude s'identifiant comme travailleur de sexe (n=353) ont déclaré avoir déjà été harcelé verbalement parce qu'ils sont ou ont été des travailleurs du sexe ou ont des rapports sexuels en échange d'argent ou de biens.

Groupe de soutien : 32,0 % des participants s'identifiant comme TS (n=540) ont déclaré appartenir à un réseau ou un groupe de soutien pour les travailleurs du sexe.

Les personnes qui utilisent les drogues

26,5 % des interviewés s'identifiant comme usager de drogues ou ayant déjà utilisé des drogues (n=115) ont déclaré avoir été exclus des activités familiales parce qu'ils utilisent ou ont utilisé des

drogues. Parmi eux, 14,3 % en ont fait l'expérience au cours des 12 derniers mois.

36,3 % des interviewés s'identifiant comme usagers de drogues ou ayant déjà utilisé des drogues (n=157) ont déclaré avoir fait l'expérience de remarques discriminatoires ou de commérages de la part des membres de la famille parce qu'ils utilisent ou ont utilisé des drogues. Parmi eux, 20,3 % en ont fait l'expérience au cours des 12 derniers mois.

Environ 29 % des interviewés s'identifiant comme personnes qui utilisent des drogues (n=126) ont déclaré avoir déjà été harcelé verbalement parce qu'ils utilisent ou ont utilisé des drogues. Parmi eux, 18,0 % en ont fait l'expérience au cours des 12 derniers mois.

Groupe de soutien : 27,3 % des interviewés s'identifiant comme personnes qui utilisent des drogues (n=116) ont déclaré appartenir à un réseau ou un groupe de soutien de personnes qui utilisent des drogues.

4.9 SITUATION DES FEMMES VIVANT AVEC LE VIH EN AFRIQUE DE L'OUEST

Les femmes de plus de 15 ans représentent 64,4 % de la population des adultes et des enfants vivant avec le VIH en Afrique de l'Ouest. Le taux de prévalence du VIH est deux fois plus élevé chez les femmes de 15 à 49 ans (1,7 %) comparé aux hommes (0,8 %), et cela s'applique aux jeunes

femmes (0,6 %) par rapport aux jeunes hommes (0,3 %). Les femmes représentent 63 % des nouvelles infections chez les personnes de plus de 15 ans.³² Les femmes et les filles sont touchées de manière disproportionnée par le VIH et les inégalités entre les sexes continuent d'alimenter l'épidémie de VIH dans la région. Dans cette section, nous examinerons certaines données qui représentent les expériences uniques des femmes vivant avec le VIH en ce qui concerne la stigmatisation et la discrimination dans le but d'identifier des stratégies sexospécifiques pour réduire la stigmatisation et la discrimination en tant qu'obstacles à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien.

Accès aux services de santé

Les femmes vivant avec le VIH, et en particulier les femmes faisant partie des populations clés, sont plus susceptibles que les hommes d'avoir des expériences hostiles (telles que la violence verbale, les commérages et les violations de la confidentialité au cours des 12 derniers mois) lorsqu'elles cherchent à accéder aux services de santé (Tableau 2). Les femmes cisgenres et transgenres ont signalé un nombre plus élevé de violations de leurs droits à la santé que les hommes cis, notamment des discours discriminatoires ou des commérages de la part des travailleurs de la santé et des violences verbales et physiques de la part du personnel de santé en raison de leur séropositivité.

32. UNAIDS, WHO, UNICEF. AidsInfo. <https://aidsinfo.unaids.org/>

Tableau 2 : Pourcentage de personnes qui ont été stigmatisées par les travailleurs de la santé au cours des 12 derniers mois

Indicateur	Femmes cisgenres	Femmes transgenres	Travailleuses du sexe	Hommes cisgenres
Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui déclarent avoir reçu des commentaires négatifs ou commérages en raison de leur statut sérologique de la part des agents de l'établissement de soins de santé	270 (4.16 %)	25 (5.25 %)	26 (3.47 %)	71 (2.59 %)
Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui déclarent avoir vécu de la violence verbale (cris, réprimandes, injures ou autre forme de violence verbale) en raison de leur statut sérologique de la part des agents de l'établissement de soins de santé	252 (3.88 %)	36 (7.39 %)	27 (3.60 %)	78 (2.82 %)
Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui déclarent avoir vécu de la violence physique (bousculade, coups ou autre forme de violence physique) en raison de leur statut sérologique de la part des agents de l'établissement de soins de santé	57 (0.92 %)	7 (1.49 %)	9 (1.20 %)	20 (0.75 %)
Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui déclarent la divulgation de leur statut sérologique à d'autres personnes sans leur consentement par des agents de l'établissement de soins de santé	178 (3.68 %)	19 (4.43 %)	16 (3.28 %)	52 (2.47 %)

En raison des interactions fréquentes avec les systèmes de santé du fait de la grossesse et de l'accouchement, les femmes sont plus limitées dans leurs possibilités d'éviter le système de santé. Pourtant, les femmes cisgenres (12,6 %, n=757) ont déclaré avoir vécu plus d'expérience de stigmatisation et de discrimination de la part des prestataires de soins que les hommes cisgenres (8,6 %, n=221). Pour les femmes vivant avec le VIH, le fait de faire partie d'une population clé augmente leur probabilité d'éviter les soins de santé, par exemple les femmes transgenres étaient plus susceptibles d'avoir déclaré avoir évité d'aller dans un centre de santé (17,5 %, n=97), tandis que seulement 8,3 % (n=63) des travailleuses du sexe ont déclaré éviter d'aller dans

une clinique ou un hôpital quand elles en avaient besoin. 40,2 % (n=398) des femmes cisgenres ayant déclaré avoir hésité, retardé ou autrement été empêchées d'entreprendre un traitement contre le VIH, ont agi ainsi parce qu'elles craignaient que d'autres personnes (au-delà de la famille) apprennent leur séropositivité. Le même motif a été reporté par 53,0 % des travailleuses du sexe et 56,6 % des femmes transgenres ayant hésité, retardé ou été empêchées d'initier un traitement ARV. En comparaison, 39,9 % (n=175) des hommes cis, 43,7 % (n=7) des travailleuses du sexe et 39,3 % (n=11) des hommes transgenres ayant déclaré avoir hésité ou retardé d'entreprendre un traitement contre le VIH pour le même motif.

Santé et droits sexuels et reproductifs

Dans le contexte d'inégalité entre les sexes et d'une faible autonomie en matière de reproduction dans la région d'Afrique Subsaharienne, les femmes vivant avec le VIH dénoncent de difficultés importantes dans la réalisation de leurs besoins et leurs droits en santé sexuelle et reproductive (SSR). En raison de la normalisation des abus envers les femmes vivant avec le VIH en matière de reproduction, au cours des 12 derniers mois précédant les études, 7,8 % (n=480) des répondants ont signalé des restrictions sur leur SSR par un professionnel de la santé concernant leur prise de décision sur la pratique d'alimentation du nourrisson et les options d'accouchement, ont subi une stérilisation forcée et/ou contrainte, se sont vues refuser la contraception ou des services de planification familiale et ont été conseillées d'interrompre une grossesse en raison de leur statut VIH. En comparaison, 0,9 % (n=25) des hommes cisgenres ont déclaré qu'on leur avait conseillé de ne pas devenir père d'un enfant, qu'ils ont subi des pressions ou étaient incités à se faire stériliser, qu'on leur avait refusé la contraception ou des services de planification familiale et qu'on leur avait dit d'utiliser une méthode contraceptive spécifique. Malgré les progrès de la science sur le VIH et des efforts visant à prévenir la transmission verticale, la protection et la réalisation des droits sexuels et reproductifs des femmes vivant avec le VIH n'ont pas été prioritaires. Les normes de genre néfastes et les déséquilibres de pouvoir entre les sexes augmentent la vulnérabilité des femmes vivant avec le VIH à ces types d'abus dans les établissements de santé.

Accès à la justice

Bien que les femmes vivant avec le VIH aient signalé un large éventail de violations de leurs droits, allant des violations des droits sexuels et reproductifs aux types spécifiques de violations des droits énumérés ci-dessus, celles-ci étaient moins susceptibles de porter plainte, moins susceptibles de s'exprimer publiquement et plus susceptibles que les hommes cisgenres de demander l'aide d'une organisation locale.

En l'occurrence, au cours des 12 derniers mois, 0,2 % (n=12) des femmes ont déclaré avoir été arrêtées et traduites en justice sur la base d'une accusation liée à leur statut sérologique, comparativement à 0,1 % (n=4) des hommes cis. Plus du double des femmes, 1,0 % (n=72), ont déclaré avoir été forcées à effectuer un dépistage du VIH ou de divulguer leur statut VIH afin d'obtenir des services de santé, et 0,4 % (n=34) ont été forcées de dévoiler publiquement leur séropositivité sans leur consentement, comparativement à 1,0 % (n=29) et 0,5 % (n=14) des hommes cis. Le nombre de participants qui ont déclaré avoir été forcés d'avoir des relations sexuelles alors qu'ils ne le voulaient pas est deux fois plus élevé chez les femmes, soit 0,5 % (n=41), comparativement à 0,6 % (n=19) chez les hommes.

Bien que 49,4 % (n=1995) des femmes vivant avec le VIH comprennent leurs droits, elles sont moins désireuses à s'exprimer publiquement et à demander de l'aide pour signaler les violations des droits : 88,5 % (n=567) des femmes ayant reporté une violation de leurs droits n'ont pas porté plainte ou dénoncé ces abus. Il est nécessaire de créer, d'accroître et de renforcer la formation sur les droits des femmes vivant avec le VIH et des femmes des populations clés afin d'établir des protocoles pour le suivi et le signalement de la violence sexiste et des violations des droits. Lorsqu'on explore les expériences des femmes issues des populations clés, l'inégalité d'accès à la justice devient plus évidente puisque 1,2 % (n=7) des femmes transgenres ont admis avoir été arrêtées. Alors que 49,4 % (n=168) des femmes transgenres connaissent les lois qui protègent les personnes vivant avec le VIH contre la discrimination, beaucoup près de 64,0 % (n=37) n'ont pas pris des mesures spécifiques contre les violations de leurs droits. Par exemple, les travailleuses du sexe ont reporté des expériences intensifiées de discrimination et stigmatisation, 1,6 % (n=12) ont été forcées à avoir des relations sexuelles malgré leur refus. Toujours parmi celles-ci, 43,4 % (n=188) ont admis connaître les lois protectrices de leur pays, mais 73,3 % (n=44) n'ont pas signalé ou dénoncé les violations de leurs droits.

5. DISCUSSION

Le Rapport Régional de l'Indice de Stigmatisation des Personnes vivant avec le VIH 2.0 en Afrique de l'Ouest a évalué les expériences de stigmatisation et de la discrimination chez les PVVIH y compris les populations clés en Afrique de l'Ouest à travers les données collectées dans 7 pays de la région. Les résultats analysés présentent des données factuelles d'intérêt sur la stigmatisation et la discrimination en Afrique de l'Ouest, et leurs impacts dans cinq des six principaux domaines du Partenariat Mondial pour l'Élimination de la Stigmatisation et de la Discrimination liées au VIH : (i) en milieu des soins de santé, (ii) dans le système judiciaire ; (iii) dans les ménages, les communautés et les familles, (iv) en milieu scolaire, et (v) en milieu professionnel.

En milieu des soins ; la stigmatisation et la discrimination des PVVIH en Afrique de l'Ouest pourraient impacter l'accès aux services de dépistage, soins et le traitement du VIH. Ceci concerne de manière particulière l'hésitation à se faire tester pour le VIH, l'hésitation à se présenter dans un centre de santé pour les soins, et l'interruption de traitement.

De nombreuses populations clés évitent les services de santé

Les données régionales montrent que les proportions de personnes appartenant aux populations clés qui évitent les services de santé en raison de la stigmatisation et/ou de la discrimination restent élevées. Comparativement à la population générale (6,2 %) ; plus de 11 % des participants issus des populations clés ont déclaré éviter de se présenter dans un centre de santé pour recevoir des soins du fait de leur statut VIH en Afrique de l'Ouest. La recherche

des soins de santé est affectée par plusieurs facteurs tels que : (i) l'identité de genre (34,6 % ; n=266) ; (ii) l'orientation sexuelle (22,9 % ; n=151) ; (iii) le fait d'être travailleur du sexe (16,9 % ; n=275) ; (iv) ou encore, le fait d'être une personne qui utilise des drogues (20,1 % ; n=87). En effet, les obstacles à l'accès aux soins comprennent la peur de la diffusion de son statut sérologique, le fait de se sentir subjectivement en bonne santé, la migration, les problèmes liés au système de santé et la peur de la discrimination.³³ Les insécurités personnelles, les secrets et les défauts perçus peuvent tous déclencher des réactions de honte, ce qui rend les gens extrêmement conscients d'eux-mêmes, autocritiques et embarrassés.³⁴ La stigmatisation peut rendre les gens plus susceptibles de cacher des symptômes ou des maladies, les empêcher de rechercher des soins de santé immédiatement et les empêcher d'adopter des comportements sains.³⁵

En communautés les populations clés font parfois face à de multiples expériences de stigmatisation. Ces expériences de stigmatisation peuvent être liées à l'identité de genre (41,8 %), à l'orientation sexuelle (35,0 % chez les personnes gays et autres HSH), au travail du sexe (29,3 %), ou à l'utilisation des drogues (29,3 %). La stigmatisation et la discrimination à l'encontre des populations clés contribuent largement à la forte prévalence du VIH parmi elles et sont liées à un accès réduit aux soins de santé et au logement. La protection contre la discrimination, l'accès aux services juridiques, la connaissance des droits, l'accès à la justice et à la protection internationale, peuvent donner aux personnes les moyens de revendiquer leurs droits et d'améliorer l'accès aux services liés au VIH.

33. Nhassengo P, Cataldo F, Magaco A, et al. Barriers and facilitators to the uptake of test and treat in Mozambique: A qualitative study on patient and provider perceptions. *PLoS One*. 2018;13(12):e0205919. 10.1371/journal.pone.0205919

34. Tangney, J. P., & Fischer, K. W. (Eds.). (1995). *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride*. Guilford Press.

35. Center for Disease Control and Prevention. *Reducing Stigma*. 2021.

Dépistage, soins et traitement du VIH plus complexe chez les populations clés

Les données de ce rapport régional d'Afrique de l'Ouest désagrégées par groupe de populations clés (les personnes gays et autres HSH, personnes transgenres, travailleurs du sexe et usagers de drogues) indiquent que les populations clés sont fortement marquées sur l'ensemble des indicateurs du dépistage, soins et traitements. A titre illustratif, les HSH (27,9 % ; n=146) et les UD (25,8 % ; n=46) ont plus signalé avoir le plus souvent hésité à initier le traitement ARV. Également, les UD (23,25% ; n=93) et les HSH (21,7% ; n=131) ont indiqué plus souvent avoir interrompu leur traitement que les autres populations clés.

À l'échelle mondiale, le fardeau du VIH est élevé parmi les personnes transgenres. Dans une récente revue systématique, la prévalence du VIH et des IST était élevée chez les femmes et les hommes transgenres. Elle variait de 0 à 49,6 % et de 0 à 8 % respectivement chez les femmes et les hommes transgenres.³⁶ En Afrique de l'Ouest, contrairement aux travailleurs du sexe, plusieurs pays manquent de données sur l'estimation de la taille des populations transgenres.³⁷ De même, peu de pays disposent de programmes effectifs à l'endroit des usagers de drogues. Ceci est un véritable obstacle pour la planification des programmes en direction de ces cibles. Il serait important dans les prochaines planifications de prioriser les personnes transgenres et renforcer les interventions en direction des usagers de drogues.

Toutes les PVVIH sont concernées par l'interruption des traitements

15,8 % des participants à l'étude ont déjà eu à interrompre ou stopper leurs traitements aux antirétroviraux. Ces interruptions peuvent s'expliquer par : (i) la peur que leur partenaire, leur famille ou leurs amis découvrent leur statut VIH (38,7 %), (ii) la crainte que d'autres personnes en

dehors de la famille et des amis découvrent leur statut VIH (41,2 %), (iii) le fait de ne pas être prêts à faire face à leur infection au VIH (38,7 %), (iv) la peur que les personnels de santé les traitent mal ou divulguent leur statut sans leur consentement (17 %), et (v) une mauvaise expérience avec un personnel de santé (11,5 %).

Ces données régionales indiquent quelques disparités significatives probablement en lien avec l'environnement social et culturel telles que les normes religieuses, les fausses croyances sur les maladies transmissibles parfois associées à des pratiques occultes et les inégalités de genre envers les femmes et les filles. Ces pratiques, qui varient selon les contextes et cultures, sont fortement ancrées dans les communautés. De ce fait, celles-ci sont considérées comme faisant partie du quotidien. En Mauritanie, l'hésitation à initier un traitement est de 19 % alors qu'au Bénin elle est de 44 %. Au Bénin, deux PVVIH interviewées au cours de cette étude ont déclaré avoir pour une raison ou pour une autre interrompu ou arrêté leur traitement ARV. « ... tous les jours à 22 h, je devrais prendre mes médicaments. Ne voulant pas que mon entourage sache que je suis une porteuse du VIH, j'ai préféré interrompre mon traitement durant la durée du séjour ». « J'ai deux femmes et une des parentes de la première femme travaille dans le centre de santé où je vais chercher mes ARV. Plusieurs fois, je l'ai rencontrée quand je suis allé pour prendre les médicaments. Ayant senti qu'elle est curieuse de savoir ce que je viens faire pratiquement tous les mois à l'hôpital, j'ai alors décidé d'arrêter le traitement en n'allant plus chercher les médicaments. Malgré, cela elle a fini par découvrir que je suis séropositif et l'a révélé à toute sa famille ». On devrait s'attendre à ce que la motivation d'un changement dans une pratique culturelle qui a été maintenue et crue par une communauté pendant des décennies ou des siècles nécessite du tact, de la patience et un effort soutenu, multidimensionnel et collaboratif.

36. Van Gerwen OT, Jani A, Long DM, Austin EL, Musgrove K, Muzny CA. Prevalence of sexually transmitted infections and human immunodeficiency virus in transgender persons: a systematic review. *Transgender Health*. 2020 Jun 8;5(2):90-103

37. UNAIDS. The Key Populations Atlas. <https://kpatlas.unaids.org/dashboard>

Il peut s'écouler plusieurs années avant qu'un changement appréciable soit réalisé, néanmoins, il est opportun de commencer le processus de changement.³⁸

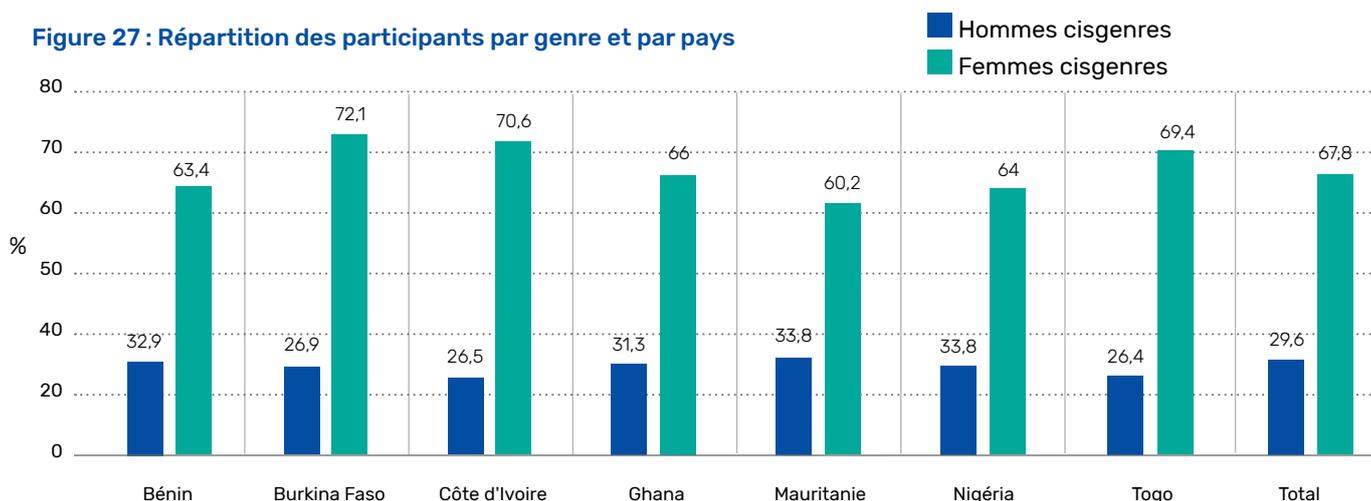
Malgré les disparités sus évoquées, ces différentes attitudes recensées peuvent faire référence à trois formes principales de stigmatisation, notamment (i) la stigmatisation anticipée, (ii) la stigmatisation expérimentée, et (iii) la stigmatisation intériorisée. Dans ce contexte, les individus feraient tout leur possible pour éviter la stigmatisation potentielle ou anticipée associée au fait d'être vu se rendre dans une clinique pour accéder au TARV. La peur de la divulgation du VIH, en raison de la stigmatisation anticipée, est un obstacle distinct à l'engagement dans les soins. Cela est particulièrement important lorsqu'il s'agit de se connecter aux services, de rester dans les soins et d'adhérer au traitement.³⁹ Même si le rôle qui joue la stigmatisation en tant que l'obstacle potentiel au diagnostic et au traitement opportuns du VIH est ambivalent; les perceptions élevées de la stigmatisation liée au VIH influencent significativement le parcours de soins du VIH.⁴⁰

Une série de méta-analyses soutient l'idée que la stigmatisation liée au VIH a un impact négatif sur une variété de résultats liés à la santé chez les personnes vivant avec le VIH y compris la santé mentale.⁴¹ Le rapport indique qu'environ 9 % des PVVIH interrogées ont déclaré avoir été diagnostiquées pour des problèmes de santé mentale au cours des 12 derniers mois (anxiété, dépression, insomnie, stress post-traumatique). Bien que des progrès aient été réalisés en termes de traitement du VIH, les attitudes négatives ont été beaucoup plus lentes à changer. Cette stigmatisation doit être combattue directement en fournissant des structures de soutien plus solides aux patients, des services de santé mentale, des programmes d'éducation et un renforcement des liens entre pairs pour les PVVIH.

Accès aux services de santé proportionnellement non équitable chez les femmes

Selon le rapport mondial actualisé sur le sida de 2021, en Afrique de l'Ouest et du Centre les femmes et les filles (âgées de 15 à 49 ans)

Figure 27 : Répartition des participants par genre et par pays



38. Ogundipe R. (2019) Cultural Practices and Health Consequences: Health or Habits, the Choice Is Ours; Radiance. DOI: 0.5772/intechopen.89778

39. Ayieko J et al. (2018) Hurdles on the path to 90-90-90 and beyond: Qualitative analysis of barriers to engagement in HIV care among individuals in rural East Africa in the context of test-and-treat. *PLOS ONE* 13(8): e0202990, 2018. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202990>

40. Ayieko J et al. (2018) Hurdles on the path to 90-90-90 and beyond: Qualitative analysis of barriers to engagement

in HIV care among individuals in rural East Africa in the context of test-and-treat. *PLOS ONE* 13(8): e0202990, 2018. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202990>

41. Rueda S, Mitra S, Chen S, et al. Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses. *BMJ Open* 2016;6:e011453. doi : 10.1136/bmjopen-2016-011453.

représentaient 65 % des nouvelles infections au VIH. Les adolescentes et les jeunes femmes continuent d'être fortement touchées par le VIH; la prévalence relativement élevée de la violence à l'égard des femmes et des filles constitue un facteur de risque supplémentaire.

Pour suivre la tendance de la forte féminisation de la maladie en Afrique de l'Ouest, les participantes cisgenres ont été majoritaires dans l'ensemble de l'échantillon (67,8 %) contre 29,9 % pour les hommes cisgenres, et 1,8 % chez les personnes transgenres.

Dans le cadre de leurs interactions avec les services de santé, les femmes cisgenres (14,9 %) par rapport aux hommes (12,5 %) ont plus déclaré que ce n'était pas leur choix de se faire tester pour le VIH. C'est un marqueur important pour mettre en exergue l'iniquité envers les femmes à travers des tests obligatoires du VIH. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'ONUSIDA ont publié une déclaration conjointe sur les services de dépistage du VIH qui renforce deux principes clés garantissant une approche du dépistage du VIH fondée sur les droits humains et la santé publique. La déclaration indique que le dépistage du VIH, quelle que soit la manière dont il est administré, doit toujours respecter le choix personnel et adhérer aux principes éthiques et aux droits humains. Il précise que l'OMS et l'ONUSIDA ne recommandent pas le dépistage obligatoire ou forcé envers des individus pour des raisons de santé publique.⁴²

Comparativement à la moyenne de l'étude (7,4 %), les femmes transgenres ont plus déclaré (17,5 %) avoir évité de se rendre dans un centre de santé pour se faire soigner en raison de leur séropositivité. Cette différence chez ces femmes peut faire référence à une stigmatisation intériorisée. Les personnes

transgenres appartiennent à l'un des groupes les plus stigmatisés de la société. Bien que la stigmatisation sociale des personnes TG ait été examinée à plusieurs reprises, les expériences de stigmatisation post-transition chez ce groupe de personnes ont reçu une attention limitée de la recherche. Il est recommandé aux prestataires de santé et aux chercheurs de promouvoir le développement de capacités d'adaptation constructives pour les personnes transgenres avec des interventions ciblant en particulier les femmes trans.⁴³

Des centaines de femmes ont signalé des entraves à leurs droits de santé sexuelle et reproductive. En effet, elles ont été conseillées par le personnel de santé (i) d'interrompre une grossesse (n=87), (ii) ont subi une pression pour utiliser une méthode particulière d'accouchement/option d'accouchement (n=154), (iii) ont été poussées à utiliser une pratique particulière d'alimentation du nourrisson (n=239), et (iv) ont été poussées à suivre un traitement contre le VIH pendant la grossesse (n=154). Ceci peut contribuer à limiter chez les femmes vivant avec le VIH le libre choix des options en matière de santé sexuelle et reproductive comme toute autre personne.

Réduire la stigmatisation, la discrimination et la violence sexiste en transformant les normes sexuelles négatives et les autres normes sociales discriminatoires reste des priorités pour se rapprocher des cibles du Plan Mondial de Lutte contre le sida 2021–2026 en Afrique de l'Ouest.

Les personnes de la tranche d'âges de 18–24 ans au cœur de toutes les préoccupations

Les données collectées chez les participants de la tranche d'âge de 18–24 ans montrent que 7,4 % des participants ont déclaré éviter de se présenter dans un centre de santé pour recevoir des soins

42. UNAIDS. WHO, UNAIDS statement on HIV testing services: new opportunities and ongoing challenges. 2017. https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2017/august/20170829_HIV-testing-services

43. Verbeek, M. J. A., Hommes, M. A., Stutterheim, S. E., van Lankveld, J. J. D. M., & Bos, A. E. R. (2020). Experiences with stigmatization among transgender individuals after transition: A qualitative study in the Netherlands. *International Journal of Transgender Health*, 21(2), 220–233. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1750529>

du fait de leur statut VIH – ce pourcentage est presque le double (12,6 %) chez les jeunes de 18-24 ans. 15,8 % des participants à l'étude ont déclaré avoir déjà interrompu ou stoppé leurs traitements aux antirétroviraux, contre 20 % chez les jeunes de 18-24 ans. En Afrique Subsaharienne, environ six nouvelles infections sur sept surviennent chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans, et les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont deux fois plus susceptibles de vivre avec le VIH que leurs homologues masculins. Les adolescentes et jeunes filles représentaient 63 % de toutes les nouvelles infections à VIH en 2021.⁴⁴ Des initiatives pour les adolescentes et jeunes filles doivent continuer d'amplifier telles que menées par le Fonds Mondial.

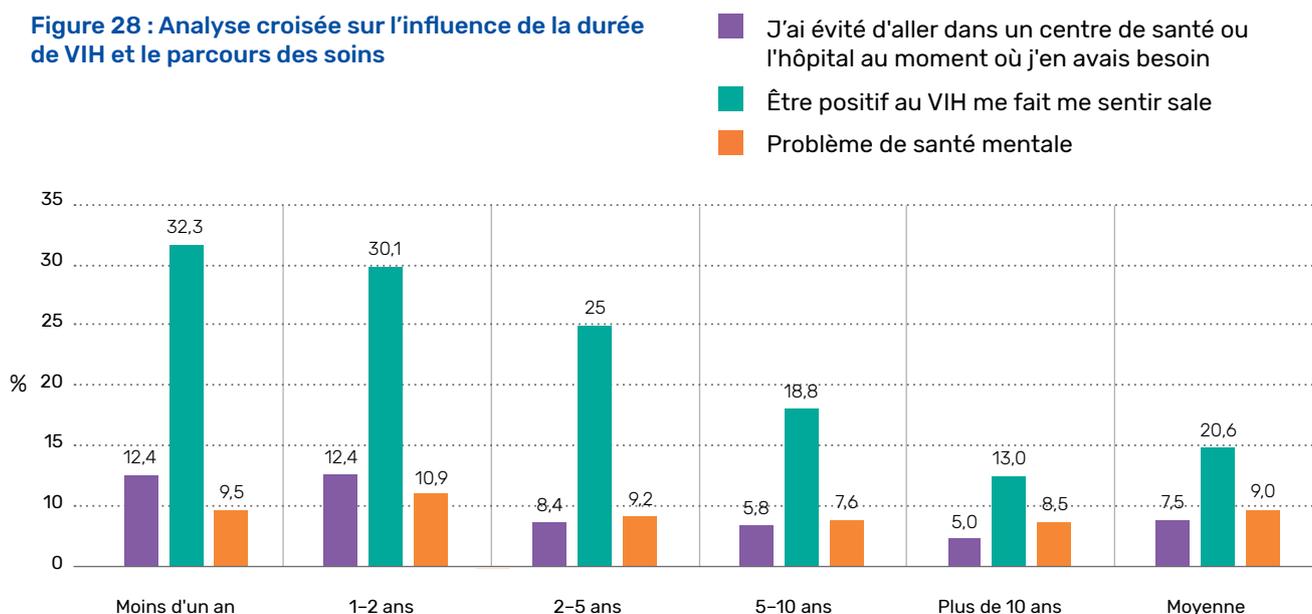
La stigmatisation intériorisée pourrait éloigner les jeunes personnes des services de soins et du VIH. En effet, 43,5 % des jeunes de 18-24 ans se sentent coupable de leur statut VIH positif (moyenne de l'étude 31,4 %). 49,3 % ont déclaré avoir éprouvé de la honte parce qu'ils sont séropositifs (moyenne de l'étude 36,5 %).

26,8 % ont déclaré qu'être séropositif leur a donné l'impression d'être sales (moyenne de l'étude 20,6 %). Ces données interpellent sur la nécessité de concevoir des programmes spécifiques pour les jeunes et adolescents avec un accent sur l'estime de soi. En effet, une faible estime de soi peut entraîner des sentiments d'insécurité, et de ce fait avoir un impact sur les capacités d'action et de prise de décision d'un individu.

Influence de la durée de vie avec le VIH

Ces données régionales présentées dans la figure ci-dessus indiquent que la durée de vie avec le VIH influence le parcours de soins des participants. Ceux qui vivent avec le VIH depuis une courte période (jusqu'à deux ans) déclarent plus fréquemment avoir évité les cliniques ou les établissements de santé lorsqu'ils en avaient besoin que les personnes qui connaissent leur statut sérologique depuis plus de 2 ans. Ainsi, l'évitement de services de soins diminue avec la plus longue durée de vie avec le VIH.

Figure 28 : Analyse croisée sur l'influence de la durée de VIH et le parcours des soins



44. ONUSIDA (2022) En Danger: Rapport Mondial Actualisé sur le sida 2022. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2022-global-aids-update-summary_fr.pdf

De manière générale, des décennies d'expérience et de preuves issues de la riposte au VIH montrent que les inégalités croisées entravent les progrès vers la fin du sida.⁴⁵ Une revue systématique et métasynthèse constate que la stigmatisation liée au VIH compromettait la capacité des participants à adhérer avec succès au TARV. Les interventions visant à réduire la stigmatisation doivent cibler plusieurs niveaux d'influence (intrapersonnels, interpersonnels et structurels) afin d'avoir une efficacité maximale sur l'amélioration de l'adhésion au TARV.⁴⁶ La confiance réduite dans les prestataires est associée à la non-observance des médicaments antirétroviraux et à des taux plus élevés de visites cliniques manquées. Les interventions visant à lutter contre la stigmatisation liée au VIH dans les établissements de soins de santé peuvent améliorer le continuum des résultats des soins.⁴⁷ Dans un article datant de 2011, Agostino M Zamberia a documenté la manière dont la stigmatisation rend difficile l'accès des personnes vivant avec le VIH aux services de soins de santé essentiels et recommande de mettre en place des systèmes de soins et de soutien adéquats pour ces personnes dans leurs familles et leurs communautés.⁴⁸ Le phénomène déjà ancien semble toujours être d'actualité, d'où la nécessité de changer de paradigme.

Dans le système judiciaire, la situation est nuancée par quelques abus malgré une apparence relative d'absence de dérives. En effet, environ 97 % de l'ensemble des participants ont déclaré n'avoir pas fait d'expérience de cas de violations de leurs droits liée à leur obligation de passer un test de dépistage du VIH ou de dévoiler leur statut pour bénéficier d'un service essentiel. Cependant,

les cas de violations de droits liés à l'obligation de passer un test de dépistage du VIH ou de dévoiler le statut pour bénéficier d'un service essentiel restent la problématique majeure. En effet 2,3% (253/10908) ont été obligés de passer un test de dépistage du VIH ou de dévoiler leur statut pour recevoir des soins de santé. Ceci contraste avec toutes recommandations en la matière, tant sur l'éthique de la santé que sur les bonnes pratiques en matière de lutte contre le VIH. Forcer quelqu'un à subir un examen médical de quelque type que ce soit est une ingérence à la vie privée et une entrave aux droits humains.⁴⁹ D'autres violations sont également signalées concernant le test obligatoire afin d'obtenir un visa ou demander la résidence ou la citoyenneté dans un pays (170/10908), dans le but de postuler à un emploi, d'obtenir un régime de retraite (153/10909) ou encore pour avoir accès à un refuge pour victimes de violences domestiques (117/9865). Malgré cela, les recours aux actions visant la réparation sont très limités. En effet, 48/1345 ont déposé une plainte, 25/1353 ont contacté un avocat et 8/1353 se sont exprimés publiquement.

Malgré certains progrès réalisés dans plusieurs pays, concernant les lois punitives ou les lois en lien avec le VIH, certains pays ont des difficultés à appliquer leurs réglementations. En effet, 74 PVVIH (n=10909) ont déclaré avoir été arrêtées et traduites devant le tribunal pour une charge liée à leur statut VIH. Dans la grande majorité des cas, les dispositions de protection des PVVIH sont trop larges, elles ne tiennent pas compte des meilleures recommandations disponibles pour légiférer sur le VIH, ne réussissent pas à faire avancer les droits humains et consacrent

45. Throughout the Strategy, the term "ending AIDS" is used to refer to the full term "ending AIDS as a public health threat by 2030", which is defined as a 90% reduction in new HIV infections and AIDS-related deaths by 2030, compared to a 2010 baseline.

46. Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR, Tsai AC. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *J Int AIDS Soc.* 2013 Nov 13;16(3 Suppl 2):18640. doi: 10.7448/IAS.16.3.18640. PMID: 24242258; PMCID: PMC3833107.

47. Budhwani H, Yigit I, Ofotokun I, Konkle-Parker DJ, Cohen MH, Wingood GM, Metsch LR, Adimora AA, et al. Examining

the Relationships Between Experienced and Anticipated Stigma in Health Care Settings, Patient-Provider Race Concordance, and Trust in Providers Among Women Living with HIV. *AIDS Patient Care STDS.* 2021 Nov;35(11):441-448. doi: 10.1089/apc.2021.0096. PMID: 34739336; PMCID: PMC8817693.

48. Agostino M Zamberia (2011) HIV-related stigma and access to health care among people living with HIV in Swaziland, *Development Southern Africa*, 28:5, 669-680, DOI: 10.1080/0376835X.2011.623914.

49. UN. Charte Internationale des Droits de l'Homme. <https://www.ohchr.org/fr/what-are-human-rights/international-bill-human-rights>

des mythes et des préjugés à l'égard des personnes vivant avec le VIH, et enfin risquent de saper des réponses efficaces à l'épidémie de VIH.⁵⁰ Même si le Fonds Mondial de Lutte contre le sida, la Tuberculose et le Paludisme a contribué à développer plusieurs programmes de soutien psychosocial et de renforcement des opportunités d'accès aux soutiens juridiques dans les pays de la région, des efforts persistent sur le plan socioculturel pour atteindre les standards internationaux en la matière.

Dans les ménages, les communautés et les familles, les participants à l'étude font toujours face à plusieurs types de stigmatisation et discrimination liées à leur statut VIH, y compris les remarques discriminatoires et les commérages. En effet, ce rapport régional d'Afrique de l'Ouest mentionne que 16,6 % des PVVIH interrogées ont déclaré avoir connu des remarques discriminatoires ou des commérages de la part des membres de leurs familles du fait de leur statut VIH, et 17,0 % des PVVIH interrogées ont déclaré avoir connu des remarques discriminatoires ou des commérages des personnes autres que les membres de leurs familles. Environ 12,2 % des PVVIH interrogées ont déclaré avoir subi de l'harcèlement verbal du fait de leur statut VIH.

En ce qui concerne la stigmatisation intériorisée, au cours des 12 derniers mois, les PVVIH interrogées ont déclaré avoir adopté certaines attitudes ou comportements à cause de leur statut VIH. Il s'agit par exemple de: (i) choisir de ne participer aux rassemblements sociaux du fait de leur statut VIH (12,8 %) – la différence est marquée entre les populations clés (18,2 %) et la population générale (11,3 %), (ii) s'isoler de la famille et/ou des amis du fait de leur statut VIH (11,1 %) – la différence est marquée entre les populations clés (16,7 %) et la population générale (9,5 %).

La stigmatisation intériorisée semble assez fréquente chez les PVVIH. En effet, 77,1 % ont déclaré avoir éprouvé beaucoup de difficultés à dire aux gens qu'ils étaient séropositifs; 20,6 % ont déclaré qu'être séropositif leur a donné l'impression d'être sales; 31,4 % ont déclaré se sentir coupable du fait de leur statut VIH positif; 36,5 % ont déclaré avoir éprouvé de la honte parce qu'ils sont séropositifs; 23,9 % ont déclaré se sentir sans valeur parce qu'ils sont séropositifs et environ 72,0 % ont déclaré avoir caché leur statut séropositif aux autres.

Même si les faits marquants mentionnés plus haut sont une conséquence de l'internationalisation de la stigmatisation, ici nous entrevoyons les conséquences de la stigmatisation expérimentée ou vécue. La stigmatisation expérimentée reflète l'ensemble des comportements, des messages et des effets stigmatisants qui sont directement vécus par les PVVIH ou par leurs familles. Ces mécanismes consistent en des pratiques d'étiquetage, de rejet, d'humiliation. Ils provoquent l'isolement social des individus visés. Ces comportements se manifestent dans différents contextes sociaux notamment en famille, dans les communautés, dans les établissements de santé, sur le lieu de travail et dans d'autres environnements.

Limites : La principale limite du « Rapport Régional de l'Indice de Stigmatisation des Personnes vivant avec le VIH 2.0 en Afrique de l'Ouest » est la prise en compte très limitée des données qualitatives. Dans le contexte de l'Indice de Stigmatisation des PVVIH 2.0, il n'existe pas d'approche standardisée de la recherche qualitative, car les problèmes spécifiques explorés sont généralement liés au contexte spécifique du pays. Il est donc difficile d'inclure ces résultats qualitatifs dans ce rapport régional d'Afrique de l'Ouest.

50. Eba, P. M. (2015) HIV-specific legislation in sub-Saharan Africa: A comprehensive human rights analysis. *Afr. hum. rights law j.* [online]. 2015, vol.15, n.2.

6. RECOMMANDATIONS

L'un des principes fondamentaux des 17 Objectifs de Développement Durable (ODD) et de la riposte au VIH/sida est que personne ne doit être laissé pour compte. L'épidémie de sida ne peut être éradiquée sans que les besoins des personnes vivant avec et affectées par le VIH, ainsi que les déterminants de la santé et de la vulnérabilité, ne soient pas pris en compte. Les personnes vivant avec le VIH vivent souvent dans des communautés fragiles et sont souvent victimes de discrimination, sont marginalisées et touchées par l'inégalité et l'instabilité. Leurs préoccupations doivent donc être au premier plan dans tous les efforts nationaux de lutte contre le sida.

À la lumière des principaux résultats du « Rapport Régional de l'Indice de Stigmatisation des Personnes vivant avec le VIH 2.0 en Afrique de l'Ouest » ; le Partenariat International de l'Indice de Stigmatisation des PVVIH (GNP+, ICW, et ONUSIDA), le Réseau Africain des Personnes vivant avec le VIH – Afrique de l'Ouest (RAP+AO), et la Communauté Internationale des Femmes vivant avec le VIH/SIDA – Afrique de l'Ouest (ICW AO), et Afrique Centrale (ICW AC), recommandent les actions ci-dessous aux principales parties prenantes dans la région :

Aux parties prenantes sous régionales (Union Africaine, Africa CDC, CEDEAO, Bureau Régional des Nations Unies, Bureau Régional de l'ONUSIDA, etc.) de/d :

1. Soutenir les efforts des pays pour renforcer l'estimation de la taille des populations clés, en particulier pour les personnes transgenres, afin d'améliorer la conception et la couverture des programmes d'accès à la santé et de mieux évaluer les progrès vers l'élimination de la discrimination parmi les populations clés;
2. Favoriser un engagement significatif des jeunes vivant avec le VIH (JVVIH) dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des interventions des programmes pour les JVVIH ainsi que d'autres interventions en direction des jeunes, y compris la combinaison d'outils de prévention à fort impact et des mesures spécifiques pour les filles, les adolescentes et les jeunes âgées de 18 à 24 ans;
3. Soutenir les efforts des pays pour accroître la disponibilité et l'accès aux services d'aide juridique pour les PVVIH et les populations clés vivant avec le VIH ;

4. Développer le réseautage avec les organisations des droits humains en Afrique de l'Ouest pour créer des réponses rapides aux problèmes des droits humains parmi les PVVIH et les populations clés vivant avec le VIH ;
5. Soutenir l'inclusion de modules de formation complets sur les droits humains, y compris la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et les questions de genre dans les programmes nationaux des écoles de médecine et d'infirmières ;
6. Initier un cadre régional de réforme juridique au niveau des pays en vue d'atteindre l'objectif mondial de moins de 10 % de pays ayant des lois punitives qui refusent ou limitent l'accès aux services de santé pour le VIH ;
7. Promouvoir les droits de santé sexuelle et reproductive des femmes et des filles. Ceci inclut des mesures pour éliminer des dépistages obligatoires même dans le contexte de la prévention de la transmission parent-enfant. Les femmes et les filles ne doivent pas être forcées pour l'interruption de grossesse, le choix d'une méthode d'accouchement, les pratiques d'alimentations du nourrisson, ou encore l'obligation d'un traitement ARV pendant la grossesse ;
8. Mener des campagnes régionales et nationales pour combattre la stigmatisation structurelle ou publique. Ces campagnes doivent associer des médias qui contribueront à influencer les croyances sociales et culturelles des communautés en Afrique de l'Ouest. Plusieurs recherches confirment que la stigmatisation publique est liée aux manques d'informations qui contribuent à renforcer des préjugés ;
9. Fournir des ressources financières et techniques durables aux réseaux des associations de PVVIH afin de leur permettre d'assurer un renforcement de leurs capacités sur des programmes visant à réduire la stigmatisation intériorisée ; surveiller les progrès de réduction de la stigmatisation et assurer un meilleur encadrement dans les groupes d'auto-soutien ;
10. Explorer les possibilités de mobilisation de ressources financières, y compris l'utilisation du mécanisme régional d'octroi de financement du Fonds Mondial pour combler les lacunes du pays afin de s'assurer que toutes les recommandations de l'étude sur l'Indice de Stigmatisation des PVVIH 2.0 sont suffisamment financées.

**Aux réseaux régionaux des associations de personnes vivant avec le VIH :**

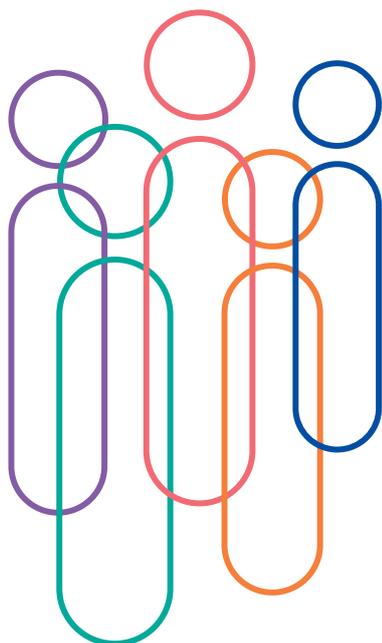
1. Utiliser la technologie et l'innovation pour établir un mécanisme virtuel de surveillance de la déclaration des incidents dans les établissements de soins de santé. Le mécanisme permettrait ensuite aux réseaux nationaux de fournir des informations en retour aux autorités sanitaires nationales pour améliorer les prestations de services de lutte contre le VIH ;
2. Soutenir les réseaux nationaux des PVVIH dans l'utilisation des résultats de leur Indice de Stigmatisation des PVVIH 2.0 pour l'élaboration de programmes et de politiques axés sur le VIH ;
3. Collaborer avec le bureau régional de l'ONUSIDA pour l'Afrique occidentale et centrale pour élaborer un cadre de responsabilisation afin de suivre les progrès et l'engagement du gouvernement à éliminer toutes les formes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH.

Recommandations spécifiques concernant le genre :

1. Les systèmes de soins de santé doivent prendre des mesures urgentes pour transformer les préjugés sexistes et autres préjugés nuisibles dans le cadre des soins de santé et à tous les niveaux de prestation de services. Un suivi communautaire attentif des expériences de préjugés sexistes soutiendra les efforts visant à mesurer les progrès réalisés vers l'élimination des préjugés sexistes et de la stigmatisation liée au VIH dans le cadre des soins de santé.
 2. Les décideurs et les prestataires de services doivent reconnaître que les femmes vivant avec le VIH ont le droit de mener une vie sexuelle et reproductive et ont le droit de prendre des décisions autonomes concernant leur santé sexuelle et reproductive, y compris le choix de sortir avec quelqu'un, d'avoir des relations sexuelles et d'avoir des enfants.
 3. Souligner l'importance d'une approche intersectionnelle en tant qu'outil d'analyse et catégorie juridique pour l'égalité et la non-discrimination, et qui permet de comprendre comment différentes identités peuvent influencer l'accès aux droits et aux opportunités.
- 

7. CONCLUSION

La stigmatisation et la discrimination impactent la vie des personnes vivant avec le VIH en particulier les populations clés en Afrique de l'Ouest. Les principaux résultats du "Rapport Régional de l'Indice de Stigmatisation des Personnes vivant avec le VIH 2.0 en Afrique de l'Ouest" présentent des données factuelles de la persistance de la stigmatisation et de la discrimination envers les PVVIH en Afrique de l'Ouest. En effet, de nombreuses populations clés évitent les services de santé. Le dépistage, soins et traitement du VIH est plus complexe au sein de ces populations. Toutes les PVVIH sont concernées par l'interruption des traitements, l'accès aux services de santé est proportionnellement non équitable chez les femmes et les filles, les personnes de la tranche d'âges de 18-24 ans sont au cœur de toutes les préoccupations, la durée de vie avec le VIH a une influence sur l'accès aux services de santé, les PVVIH hésitent toujours à demander réparation quand leurs droits ne sont pas respectés.



Les données de ce rapport régional d'Afrique de l'Ouest sont une base de preuves pour le changement des politiques et des interventions programmatiques dans la région. Elles doivent informer l'élaboration et la mise en œuvre de politiques régionales qui protègent les droits des personnes vivant avec le VIH. La Déclaration Politique des Nations Unies sur le sida de 2021 recommande aux pays d'éliminer toutes les formes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH, en fixant comme objectif que moins de 10 % des personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection et affectées par le VIH, aient été victimes de stigmatisation et de discrimination d'ici 2025.

Le présent "Rapport Régional de l'Indice de Stigmatisation des Personnes vivant avec le VIH 2.0 en Afrique de l'Ouest" vise à fournir la base d'actions qui contribueront à la réalisation des objectifs de la nouvelle Stratégie Mondiale de Lutte contre le sida 2021-2026; notamment la réduction des inégalités qui sont à l'origine de l'épidémie de sida. L'Afrique de l'Ouest doit mieux se positionner pour être sur la bonne voie de mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030.

BIBLIOGRAPHIE

- African Union Commission (2016) Ending Child Marriage and the Spread of HIV. Opportunities and Challenges Etude-Mettre-Fin-au-Mariage-des-Enfants-et-la-Propagation-du-VIH.pdf (girlsnotbrides.es)
- Age of Consent. *Age of Consent in Niger*. <http://www.ageofconsent.net/world/niger>
- Agostino M Zamberia (2011) HIV-related stigma and access to health care among people living with HIV in Swaziland, *Development Southern Africa*, 28:5, 669-680, DOI: 10.1080/0376835X.2011.623914
- Ashford L. S. (2006) *The Impact of HIV and AIDS on Populations*. <https://u.demog.berkeley.edu/~jrw/Biblio/Eprints/PRB/files/french/HowHIVAIDSAffectPop-FR.pdf>
- Ayieko J et al. (2018) Hurdles on the path to 90-90-90 and beyond: Qualitative analysis of barriers to engagement in HIV care among individuals in rural East Africa in the context of test-and-treat. *PLoS ONE* 13(8): e0202990, 2018. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202990>
- Bouchama N. et al. (2018) Gender Inequality in West African Social Institutions. *West African Papers*, n° 13, Éditions OCDE, Paris, www.oecd-ilibrary.org/development/gender-inequality-in-west-african-social-institutions_fe5ea0ca-en
- Boyle EH, Svec J. Intergenerational Transmission of Female Genital Cutting: Community and Marriage Dynamics. *J Marriage Fam.* 2019 Jun;81(3):631-647. doi: 10.1111/jomf.12560. Epub 2019 Mar 6. PMID: 31741540; PMCID: PMC6860922.
- Budhwani, H., Yigit, I., Ofotokun, I., Konkle-Parker, D. J., Cohen, M. H., Wingood, G. M., Metsch, L. R., Adimora, A. A., Taylor, T. N., Wilson, T. E., Weiser, S. D., Kempf, M. C., Sosanya, O., Gange, S., Kassaye, S., Turan, B., & Turan, J. M. (2021). Examining the Relationships between Experienced and Anticipated Stigma in Health Care Settings, Patient-Provider Race Concordance, and Trust in Providers among Women Living with HIV. *AIDS patient care and STDs*, 35(11), 441-448. <https://doi.org/10.1089/apc.2021.0096>
- Center for Disease Control and Prevention (2021) HIV Stigma and Discrimination. www.cdc.gov/hiv/basics/hiv-stigma/index.html
- Center for Disease Control and Prevention (2021) Reducing Stigma Reducing Stigma. www.cdc.gov/mentalhealth/stress-coping/reduce-stigma/
- Commission Economique pour l'Afrique (2022) L'extrême pauvreté augmente en Afrique de l'Ouest à cause de la pandémie de COVID-19. L'extrême pauvreté augmente en Afrique de l'ouest à cause de la pandémie de covid-19. [NationsUniesCommissionEconomiquepourl'Afrique\(uneca.org\)](http://NationsUniesCommissionEconomiquepourl'Afrique(uneca.org))
- De Cock KM, Jaffe HW, Curran JW. The evolving epidemiology of HIV/AIDS. *AIDS*. 2012 Jun 19;26(10):1205-13. doi: 10.1097/QAD.0b013e328354622a. Erratum in: *AIDS*. 2012 Aug 24;26(13):1733. PMID: 22706007.
- Eba, P. M. (2015) HIV-specific legislation in sub-Saharan Africa: A comprehensive human rights analysis. *Afr. hum. rights law j.* [online]. 2015, vol.15, n.2
- Ferrant G., Hamel N. (2018) Gender equality in West Africa? The key role of social norms; OECD Development Centre, OECD Sahel and West Africa Club Secretariat Mars 2018. <https://oecd-development-matters.org/2018/03/08/gender-equality-in-west-africa-the-key-role-of-social-norms/>
- Gachanja G. A rapid assessment of post-disclosure experiences of urban HIV-positive and HIV-negative school-aged children in Kenya. *PeerJ*. 2015 Jun 11;3:e956. doi: 10.7717/peerj.956. PMID: 26082868; PMCID: PMC4465943.
- Gesesew, H. A., Gebremedhin, A. T., Demissie, T. D., Kerie, M. W., Sudhakar, M., & Mwanri, L. (2017). Significant association between perceived HIV related stigma and late presentation for HIV/AIDS care in low and middle-income countries: A systematic review and metaanalysis. *PLoS One*, 12(3), [e0173928]. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173928>
- GNP+ (2021) *Directives de mise en œuvre, un manuel pour aider les réseaux de personnes vivant avec le VIH à réaliser l'Index de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH*. www.stigmaindex.org/wp-content/uploads/2021/11/PLHIV-Stigma-Index-implementation-Guidelines_FR.pdf
- GNP+, ILO (2018) *Evidence Brief: HIV Stigma and Discrimination in the World of Work: Findings from the PLHIV Stigma Index*. www.stigmaindex.org/wp-content/uploads/2021/11/PLHIV-Stigma-Index-implementation-Guidelines_FR.pdf
- Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *Am J Public Health*. 2013 May;103(5):813-21. doi: 10.2105/AJPH.2012.301069. Epub 2013 Mar 14. PMID: 23488505; PMCID: PMC3682466.
- ILO. Mission et Impact. www.ilo.org/global/about-the-ilo/mission-and-objectives/lang--fr/index.htm
- Indice de Stigmatisation des Personnes vivant avec le VIH. www.stigmaindex.org/

- INPUD (2019) *Drug Users' Terminology: Community Quick Reference Guide*.
- Kalibala, S. (n.d.) Population Council Nairobi, Kenya, *The Role of the Family in HIV Prevention*.
- Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR, Tsai AC. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *J Int AIDS Soc*. 2013 Nov 13;16(3 Suppl 2):18640. doi: 10.7448/IAS.16.3.18640. PMID: 24242258; PMCID: PMC3833107.
- McCloskey LA, Eloff I, Doran K. Determinants of intergenerational sexual relationships and HIV risk among South African women outpatients in Gauteng. *AIDS Care*. 2021 May;33(5):654-662. doi: 10.1080/09540121.2020.1823311. Epub 2020 Sep 23. PMID: 32964726.
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Division of Population Health (2021) *Mental Health; Reducing Stigma*. www.cdc.gov/mentalhealth/stress-coping/reduce-stigma/
- Nhassengo, P., Cataldo, F., Magaco, A., Hoffman, R. M., Nerua, L., Saide, M., ... Dovel, K. (2018). Barriers and facilitators to the uptake of Test and Treat in Mozambique : a qualitative study on patient and provider perceptions. *PLoS ONE*, 13(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205919>
- Ogundipe R. (2019) *Cultural Practices and Health Consequences: Health or Habits, the Choice Is Ours; Radiance*. DOI: 0.5772/intechopen.89778
- OIT (2001) *Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/SIDA et le monde du travail*. www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/--ilo_aids/documents/publication/wcms_113785.pdf
- OMS (2018) *Etat de la santé dans la région africaine de l'OMS*. [www.afro.who.int/sites/default/files/2018-08/Etat de la sante Region africaine de l OMS.pdf](http://www.afro.who.int/sites/default/files/2018-08/Etat_de_la_sante_Region_africaine_de_l_OMS.pdf)
- OMS (2019) *Promouvoir la santé, préserver la sécurité mondiale, servir les populations vulnérables*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328842/WHO-PRP-18.1-fre.pdf>
- ONUSIDA (2019) *Partenariat Mondial pour l'Élimination de la Stigmatisation et de la Discrimination liées au VIH*.
- ONUSIDA (2021) *Stratégie Mondiale de Lutte contre le SIDA, 2021-2026. Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au SIDA*. www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_fr.pdf
- ONUSIDA (2022) *En Danger: Rapport Mondial Actualisé sur le sida 2022*. www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2022-global-aids-update-summary_fr.pdf
- Ordioni N. (2005) Pauvreté et inégalités de droits en Afrique : une perspective « genrée », *Mondes en développement*, vol. no 129, no. 1, 2005, pp. 93-106 <https://doi.org/10.3917/med.129.0093>
- Rueda S, Mitra S, Chen S, Gogolishvili D, Globberman J, Chambers L, Wilson M, Logie CH, Shi Q, Morassaei S, Rourke SB. Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses. *BMJ Open*. 2016 Jul 13;6(7):e011453. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011453. PMID: 27412106; PMCID: PMC4947735.
- Stangl AL, Earnshaw VA, Logie CH, van Brakel W, C Simbayi L, Barré I, Dovidio JF. The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Med*. 2019 Feb 15;17(1):31. doi: 10.1186/s12916-019-1271-3. PMID: 30764826; PMCID: PMC6376797.
- Tangney, J. P., & Fischer, K. W. (Eds.). (1995). *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride*. Guilford Press.
- Turan, B., Budhwani, H., Fazeli, P. L., Browning, W. R., Raper, J. L., Mugavero, M. J., & Turan, J. M. (2017). How does stigma affect people living with HIV? The mediating roles of internalized and anticipated HIV stigma in the effects of perceived community stigma on health and psychosocial outcomes. *AIDS and Behavior*, 21(1), 283-291. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1451-5>
- UN. Charte Internationale des Droits de l'Homme. www.ohchr.org/fr/what-are-human-rights/international-bill-human-rights
- UNAIDS (2015) *Terminology Guide 2015*.
- UNAIDS (2017) WHO, UNAIDS statement on HIV testing services: new opportunities and ongoing challenges. www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2017/august/20170829_HIV-testing-services
- UNAIDS, WHO, UNICEF. <https://aidsinfo.unaids.org/>
- UNAIDS, WHO. Laws and Policies Analytics. <http://lawsandpolicies.unaids.org/>
- UNAIDS. The Key Populations Atlas. <https://kpatlas.unaids.org/dashboard>

ANNEXE 1 : Opinion des enquêtés sur les raisons de l’hésitation à initier un traitement pour le VIH

	Genre					KP		Moyenne
	Homme Cis	Femme Cis	Homme trans	Femme trans	Autres	KP	Non KP	
J’avais peur que les agents de santé (médecins, infirmières, personnel) me traitent mal ou divulguent mon statut (n=1356)	409 (21 %)	867 (20,8 %)	7 (17,0 %)	57 (24,1 %)	14 (22,5 %)	386 (24,6 %)	970 (19,9 %)	21%
J’ai eu une mauvaise expérience avec un agent de santé (n=620)	157 (8,1 %)	418 (10%)	4 (9,7 %)	25 (10,5 %)	15 (24,5 %)	154 (9,8 %)	466 (9,5 %)	9.6 %

ANNEXE 2 : Pourcentage des enquêtés rapportant une expérience de stigmatisation en matière de santé sexuelle et reproductive de la part des agents de santé au cours des 12 derniers mois

	Genre				Age			Moyenne
	Homme Cis	Femme Cis	Homme trans	Femme trans	18-24	25-49	50+	
A été conseillé de ne pas devenir mère/père d’un enfant (n=93)	15 0,5 %	75 0,1 %	2 0,8 %	1 0,1 %	2 0,2 %	7 0,5 %	84 0,9 %	0,8 %
A subi une pression ou a été incité à se faire stériliser (n=12)	2 0,07 %	8 0,1 %	0 0 %	2 0,3 %	0 0 %	1 0,07 %	11 0,1 %	0,1 %
A été stérilisé à son insu ou sans son consentement (n=10)	0 0 %	7 0,1 %	0 0 %	3 0,5 %	0 0 %	1 0,07 %	9 0,1 %	0,09 %
A été victime d’un refus de la contraception ou des services de planification familiale (n=19)	3 0,1 %	12 0,1 %	3 1,2 %	1 0,1 %	2 0,2 %	3 0,2 %	14 0,1 %	0,1 %
A conditionné l’accès aux traitements ARV à l’utilisation de la contraception ou d’une méthode contraceptive en particulier (n=27)	6 0,2 %	16 0,2 %	0 0 %	5 0,9 %	1 0,1 %	4 0,2 %	22 0,3 %	0,2 %

ANNEXE 3 : Pourcentage des enquêtés de sexe féminin rapportant une expérience de stigmatisation en matière de santé sexuelle et reproductive de la part d'un professionnel de la santé

	Age			Moyenne
	18-24	25-49	50+	
A été conseillée d'interrompre une grossesse (N=87) – Oui, mais pas dans les 12 derniers mois	12 3,0 %	5 2,4 %	60 1,1 %	1,4 %
A été conseillée d'interrompre une grossesse (n=22) – Oui, dans les 12 derniers mois	5 1,2 %	5 0,8 %	12 0,2 %	0,3 %
A subi une pression pour l'utilisation d'une méthode contraceptive en particulier (n=154) – Oui, mais pas dans les 12 derniers mois	15 3,8 %	22 3,8 %	117 2,3 %	2,5 %
A subi une pression pour l'utilisation d'une méthode contraceptive en particulier (n=40) – Oui, dans les 12 derniers mois	6 1,5 %	4 0,6 %	30 0,5 %	0,6 %
A subi une pression pour l'utilisation d'une méthode/option d'accouchement en particulier (n=241) – Oui, mais pas dans les 12 derniers mois	16 4,2 %	31 5,1 %	194 3,8 %	3,9 %
A subi une pression pour l'utilisation d'une méthode/option d'accouchement en particulier (n=73) – Oui, dans les 12 derniers mois	8 2,1 %	9 1,5 %	56 1,1 %	1,2 %
A subi une pression pour l'utilisation d'une pratique d'alimentation du nourrisson en particulier (n=241) – Oui, mais pas dans les 12 derniers mois	16 4,2 %	31 5,1 %	194 3,8 %	3,9 %
A subi une pression pour l'utilisation d'une pratique d'alimentation du nourrisson en particulier (n=73) – Oui, dans les 12 derniers mois	8 2,1 %	9 1,5 %	56 1,1 %	1,2 %
A subi une pression pour le suivi d'un traitement antirétroviral pendant la grossesse afin de réduire les chances de transmission du VIH (n=156) – Oui, mais pas dans les 12 derniers mois	12 3,1 %	17 2,8 %	127 2,5 %	2,5 %

ANNEXE 4 : Opinion des enquêtés par rapport aux expériences de divulgation au niveau de l'éducation

	Genre				Age			Global
	Homme Cis	Femme Cis	Homme trans	Femme trans	18-24	25-49	50+	
Les personnes ou groupes de personnes suivants connaissent-ils votre statut sérologique?								
Votre enseignant/ administrateur d'école	33 1,3 %	37 0,6 %	3 1,3 %	7 1,4 %	18 2,2 %	9 0,8 %	54 0,7 %	81 0,9 %
Vos camarades de classe	34 1,3 %	46 0,8 %	1 0,4 %	5 1,0 %	11 1,3 %	13 1,1 %	63 0,9 %	87 0,9 %

ANNEXE 5 : Pourcentage des enquêtés rapportant une expérience de cas de violation de leurs droits liée à leur obligation de passer un dépistage du VIH ou de dévoiler leur statut pour bénéficier d'un service essentiel

		Genre					Age			Global
		Homme Cis	Femme Cis	Homme trans	Femme trans	Autre	18-24	25-49	50+	
J'ai été forcé de me faire dépister pour le VIH ou de divulguer mon statut afin d'obtenir un visa ou de demander la résidence/la citoyenneté dans un pays (n=170)	n	36	103	4	23	4	17	26	127	
	%	1,1 %	1,4 %	1,7 %	4,1 %	4,3 %	1,7 %	1,8 %	1,4 %	1,5 %
Au cours des 12 derniers mois (n=62)	n	15	33	1	11	2	4	6	52	
	%	0,5 %	0,4 %	0,4 %	1,9 %	2,1 %	0,4 %	0,4 %	0,6 %	0,5 %
J'ai été obligé de me faire dépister pour le VIH ou de divulguer mon statut afin de postuler à un emploi ou d'obtenir un régime de retraite (n=153)	n	38	90	2	19	4	14	23	116	
	%	1,2 %	1,2 %	0,8 %	3,4 %	4,3 %	1,4 %	1,6 %	1,3 %	1,4 %
Au cours des 12 derniers mois (n=62)	n	19	29	1	10	3	7	10	45	
	%	0,6 %	0,4 %	0,4 %	1,8 %	3,2 %	0,7 %	0,7 %	0,5 %	0,5 %
J'ai été forcé de me faire dépister pour le VIH ou de divulguer mon statut afin de fréquenter un établissement d'enseignement ou d'obtenir une bourse (n=102)	n	27	50	4	19	2	10	18	74	
	%	0,8 %	0,7 %	1,7 %	3,4 %	2,1 %	1,0 %	1,3 %	0,8 %	0,9 %

		Genre					Age			Global
		Homme Cis	Femme Cis	Homme trans	Femme trans	Autre	18-24	25-49	50+	
Au cours des 12 derniers mois (n=43)	n	9	19	2	13	0	5	9	29	
	%	0,3 %	0,2 %	0,8 %	2,3 %	0,0 %	0,5 %	0,6 %	0,3 %	0,3 %
J'ai été forcé de me faire dépister pour le VIH ou de divulguer mon statut afin d'obtenir des services de soins de santé (n=253)	n	62	156	6	25	4	31	49	173	
	%	2,0 %	2,2 %	2,5 %	4,5 %	4,3 %	3,1 %	3,5 %	2,0 %	2,3 %
Au cours des 12 derniers mois (n=119)	n	29	72	3	14	1	14	16	89	
	%	0,9 %	1,0 %	1,2 %	2,5 %	1,0 %	1,4 %	1,1 %	1,0 %	1,0 %
J'ai été forcé de me faire dépister pour le VIH ou de divulguer mon statut afin d'obtenir une assurance médicale (n=58)	n	16	34	1	6	1	3	13	42	
	%	0,5 %	0,5 %	0,4 %	1,2 %	1,2 %	0,3 %	1,0 %	0,5 %	0,5 %
Au cours des 12 derniers mois (N=22)	n	9	11	1	1	0	1	4	17	
	%	0,3 %	0,1 %	0,4 %	0,2 %	0,0 %	0,1 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %
J'ai été arrêté ou traduit en justice pour une accusation liée à ma séropositivité (n=74)	n	15	45	1	12	1	1	11	62	
	%	0,5 %	0,6 %	0,4 %	2,1 %	1,0 %	0,1 %	0,8 %	0,7 %	0,6 %
Au cours des 12 derniers mois (n=24)	n	4	12	1	7	0	1	4	19	
	%	0,1 %	0,1 %	0,4 %	1,2 %	0,0 %	0,1 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
J'ai été détenu ou mis en quarantaine à cause de mon statut sérologique (n=82)	n	14	46	2	19	1	6	15	61	
	%	0,4 %	0,6 %	0,8 %	3,4 %	1,0 %	0,6 %	1,0 %	0,7 %	0,7 %
Au cours des 12 derniers mois (n=24)	n	4	10	0	10	0	2	2	20	
	%	0,1 %	0,1 %	0,0 %	1,8 %	0,0 %	0,2 %	0,1 %	0,2 %	0,2 %
On m'a refusé un visa ou l'autorisation d'entrer dans un autre pays en raison de mon statut sérologique (n=89)	n	19	50	3	15	2	11	15	63	
	%	0,6 %	0,7 %	1,2 %	2,7 %	2,1 %	1,1 %	1,0 %	0,7 %	0,8 %
Au cours des 12 derniers mois (n=26)	n	6	13	2	5	0	3	3	20	
	%	0,2 %	0,1 %	0,8 %	0,9 %	0,0 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %

		Genre					Age			Global
		Homme Cis	Femme Cis	Homme trans	Femme trans	Autre	18-24	25-49	50+	
On m'a refusé la résidence ou l'autorisation de séjourner dans un autre pays en raison de mon statut sérologique (n=82)	n	12	54	2	12	2	4	15	63	
	%	0,4 %	0,7 %	0,8 %	2,1 %	2,1 %	0,4 %	1,0 %	0,7 %	0,7 %
Au cours des 12 derniers mois (n=25)	n	4	18	0	3	0	0	1	24	
	%	0,1 %	0,2 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %
J'ai été forcé de divulguer publiquement mon statut sérologique ou mon statut a été divulgué publiquement sans mon consentement (n=158)	n	35	92	4	26	1	11	26	121	
	%	1,1 %	1,3 %	1,7 %	4,7 %	1,0 %	1,1 %	1,8 %	1,4 %	1,4 %
Au cours des 12 derniers mois (n=57)	n	14	34	2	7	0	4	9	44	
	%	0,4 %	0,4 %	0,8 %	1,2 %	0,0 %	0,4 %	0,6 %	0,5 %	0,5 %
J'ai été forcé d'avoir des relations sexuelles alors que je ne le voulais pas (n=281)	n	59	145	15	53	9	40	68	173	
	%	1,9 %	2,0 %	6,4 %	9,5 %	9,7 %	4,0 %	4,9 %	2,0 %	2,5 %
Au cours des 12 derniers mois (n=88)	n	19	41	4	19	5	12	19	57	
	%	0,6 %	0,5 %	1,7 %	3,4 %	5,4 %	1,2 %	1,3 %	0,6 %	0,8 %
On m'a refusé l'accès à un refuge pour victimes de violence domestique (n=117)	n	13	77	10	16	1	10	23	84	
	%	0,6 %	1,10 %	4,31 %	4,24 %	1,39 %	1,19 %	1,98 %	1,07 %	1,19 %
Au cours des 12 derniers mois (n=39)	n	2	28	4	4	1	5	8	26	
	%	0 %	0,4 %	1,7 %	1,0 %	1,3 %	0,6 %	0,6 %	0,3 %	0,4 %
Mon ou mes partenaires m'ont empêché d'accéder aux services de santé (publics/privés/communautaires) (n=112)	n	14	73	8	17	0	4	20	88	
	%	0,6 %	1,0 %	3,4 %	4,5 %	0 %	0,4 %	1,7 %	1,1 %	1,1 %
Au cours des 12 derniers mois (n=34)	n	6	24	2	2	0	1	6	27	
	%	0,2 %	0,3 %	0,8 %	0,5 %	0,0 %	0,1 %	0,5 %	0,3 %	0,3 %

ANNEXE 6 : Lois punitives et discriminatoires, Afrique occidentale 2021
 (Rapport mondial sur le sida actualisé 2022)

Lois punitives et discriminatoires, Afrique Occidentale et Centrale, 2021	Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Mauritanie, Nigéria et au Togo
Criminalisation des personnes transgenres	Ni criminalisées ni poursuivies dans l'ensemble des 7 pays
Pénalisation du travail du sexe	Toute criminalisation ou réglementation punitive du travail du sexe dans les 7 pays
Criminalisation des relations sexuelles entre personnes du même sexe	Les lois pénalisant les actes sexuels entre personnes du même sexe ont été dépenalisées ou n'ont jamais existé, ou il n'existe aucune législation spécifique au Bénin, Burkina Faso et Côte d'Ivoire Emprisonnement (14 ans – à vie, jusqu'à 14 ans) ou aucune peine spécifiée au Ghana, Nigéria et Togo Peine de mort en Mauritanie
Loi autorisant la possession d'une certaine quantité limitée de drogues pour un usage personnel	Non dans l'ensemble des 7 pays
Consentement parental requis pour l'accès des adolescents au dépistage du VIH	Oui pour les adolescents de moins de 14 ou 16 ans au Bénin, Côte d'Ivoire, Ghana et Togo Oui pour les adolescents de moins de 18 ans au Burkina Faso et en Mauritanie
Lois pénalisant la transmission, la non-divulgateion ou l'exposition à la transmission du VIH	Oui dans tous les pays sauf au Nigéria
Lois et politiques restreignant l'entrée, le séjour et la résidence des personnes vivant avec le VIH	Aucune restriction dans l'ensemble des 7 pays
Dépistage obligatoire du VIH pour les permis de mariage, de travail ou de séjour ou pour certains groupes	Non dans l'ensemble des 7 pays





The People Living with HIV Stigma Index
www.stigmaindex.org