ORGANISME INTER-ÉTATIQUE **UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ II-SOA**

INSTITUT DE **FO**RMATION ET DE **R**ECHERCHE **D**EMOGRAPHIQUES

FACTEURS ASSOCIES AUX ATTITUDES DE STIGMATISATION A L'EGARD DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA AU CAMEROUN

Mémoire présenté et soutenu en vue de l'obtention du Diplôme de

MASTER PROFESSIONNEL EN DÉMOGRAPHIE

Par Aminatou NZIE

Comité d'Encadrement

Directeur : **Dr. Didier NGANAWARA**

Lecteur : **Dr. Samuel KELODJOUE**

Yaoundé, Novembre 2010

ENGAGEMENT

Les opinions contenues dans ce document sont propres à son auteure et n'engagent en aucun cas l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD).

DEDICACE

A mon père Mefire Oumarou,

A ma maman Cachiwouo Salamatou,

A la famille Pekekue Zakari,

A tous mes frères et sœurs cadets : Moundé Amadou, Mefire Mariama, Mefire chouiabou, Mefire Youchawou, Mefire Fadimatou, Mefire Awawou, Mefire Hajara, Mefire Inoussa, Mefire Moustapha, Mefire Idrissou, Mefire Abdel, mefire Sodétou et Mefire Salif.

A toutes les personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA pour leur aptitude à surmonter les effets de la stigmatisation dans leur vie quotidienne.

REMERCIEMENTS

Ce travail n'aurait pas pu aboutir à son terme si nous n'avions pas bénéficié à la fois de l'encadrement et du soutien de certaines personnes. Qu'il nous soit permis de remercier du fond du cœur tous ceux, qui de près ou de loin, ont contribué à sa réalisation.

Nos remerciements vont à l'endroit du Gouvernement camerounais qui, par l'entremise du MINEPAT (Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire), a financé cette formation.

Nous exprimons tout particulièrement notre profonde gratitude au Docteur Didier NGANAWARA pour les sacrifices qu'il a consentis, en acceptant de diriger ce travail et pour sa disponibilité, malgré ses multiples occupations.

Nos remerciements vont également à l'endroit du Docteur Samuel KELODJOUE qui n'a cessé de formuler des critiques constructives pour l'amélioration de ce travail.

Nous tenons à manifester notre reconnaissance au Docteur Honoré MIMCHE grâce à qui nous avons eu accès à une riche documentation sur ce sujet et des orientations nécessaires pour le choix de ce sujet de recherche.

Nous remercions aussi le corps enseignant et le personnel administratif de l'IFORD qui, durant notre formation, ont toujours eu pour souci de nous amener à prendre conscience du rôle que nous devons jouer dans le processus de développement de l'Afrique.

Que nos camarades des 29ème et 31ème promotions soient remerciés pour la convivialité et l'esprit d'équipe qui ont prévalu tout au long de la formation.

Nos sincères remerciements vont enfin à l'endroit de la grande famille MOUCHIPOU Soulémane

TABLE DES MATIERES

ENGAGEMENT I
DEDICACE II
REMERCIEMENTS III
TABLE DES MATIERES IV
LISTE DES TABLEAUX VII
LISTE DES GRAPHIQUES ET FIGURES VIII
LISTE DES ABBREVIATIONS IX
RESUME XI
ABSTRACT XII
INTRODUCTION GENERALE 1
CHAPITRE 1 : CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE 7
1.1. SITUATION POLITIQUE ET LEGISLATIVE 7
1.1.1. Contexte sociopolitique 7
I.1.2. Contexte législatif 9
1.2. CONTEXTE SOCIODEMOGRAPHIQUE 10
1.3. CONTEXTE SOCIOCULTUREL 14
1.4. CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE 15
1.4.1. De la croissance durable à la crise 15
1.4.2. La persistance de la pauvreté dans les ménages et les disparités 16
1.5. EVOLUTION DE LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE ET REPONSES APPORTEES 18
1.5.1. Evolution de la situation épidémiologique 18
1.5.2. Principaux groupes vulnérables exposés a la stigmatisation 22
1.5.3. Un engagement de la communauté et du secteur privé pour la promotion des droits des personnes infectées et la prise en charge communautaire de la maladie 29
CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE 32
2.1. REVUE DE LITTERATURE 32
2.1.1 Facteurs socioculturels 33
2.1.2. Facteurs économiques 38
2.1.3. Facteurs institutionnels 41
2.2. CADRE CONCEPTUEL 44
2.2.1. Hypothèse générale et schéma conceptuel 44
2.2.2. Définition des concepts 46

2.3. CADRE D'ANALYSE 48
2.3.1. Hypothèses spécifiques 48
2.3.2. Schéma d'analyse 49
CHAPITRE 3 : ASPECTS METHODOLOGIQUES 52
3.1. SOURCE DE DONNEES 52
3.1.1. Objectifs de l'EDSC III 52
3.1.2. Echantillonnage 53
3.1.3. Questionnaires 54
3.1.4. Population étudiée et taille de l'échantillon 55
3.2. EVALUATION DE LA QUALITE DES DONNEES 55
3.2.1. Examen des taux de non réponse 55
3.2.2. Evaluation de la qualité des données sur l'âge 57
3.2.3 Evaluation numérique de la qualité des données sur l'âge avec l'indice de Myers .. 58
3.3. DEFINITION DES VARIABLES OPERATIONNELLES 60
3.3.1 Variable dépendante 60
3.3.2. Variables indépendantes ou variables explicatives 62
3.4. METHODES D'ANALYSE 64
3.4.1. L'analyse descriptive 64
3.4.2. L'analyse bivariée 64
3.4.3. L'analyse multivariée 64
3.4.4. L'analyse explicative 65
CHAPITRE 4 : ANALYSE DIFFERENTIELLE DE LA STIGMATISATION DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA 67
4.1. ANALYSE DESCRIPTIVE BIVARIEE 67
4.1.1. Variations de la proportion des individus ayant des attitudes de non tolérance vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA selon les caractéristiques sociodémographiques 67
4.1.2. Variations de la proportion des individus ayant des attitudes de non tolérance vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA selon leurs caractéristiques socioculturelles .. 70
4.1.3. Variations des individus qui adoptent des attitudes de non tolérance vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA selon le niveau de vie du ménage 73
4.1.4. Variation des attitudes de non tolérance vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA selon la pratique du test de dépistage du VIH 74

4.2. Profils des individus ayant des attitudes de non tolérance vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA 74
4.2.1. Détermination et caractérisation des axes factoriels 75
4.2.2. Représentation graphique et essai de catégorisation des individus 77
CHAPITRE 5 : ESSAI D'EXPLICATION DE LA STIGMATISATION DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA 80
5.1. IDENTIFICATION DES FACTEURS EXPLICATIFS ET LEURS MECANISMES D'ACTION 80
5.2. HIERARCHISATION DES FACTEURS EXPLICATIFS 86
5.3. DISCUSSION DES RESULTATS 88
CONCLUSION GENERALE 92
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 96
ANNEXES 99

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. 1: repartition regionale de la population du cameroun en 2010 par sexe..... 12

Tableau 1. 2: prevalence du vih par region et selon certaines caracteristiques demographiques et socio-economiques 21

Tableau 3. 1 : taux de non reponse 56

Tableau 3. 2: calcul de l'indice de myers a partir des donnees sur l'age des femmes**..... 59**

Tableau 3. 3: calcul de l'indice de myers a partir des donnees sur l'age des hommes 59

Tableau 4. 1 : proportion des individus ayant des attitudes de non tolerance vis-a-vis des personnes infectees par le vih/sida selon les caracteristiques sociodemographiques 69

Tableau 4. 2: proportion des individus ayant des attitudes de non tolerance vis-a-vis des personnes infectees par le vih/sida selon leurs caracteristiques socioculturelles..... 72

Tableau 4. 3: proportion des individus ayant des attitudes de non tolerance vis-a-vis des personnes infectees par le vih/sida selon la caracteristique socio-economique 73

Tableau 4. 4: proportion des individus ayant des attitudes de non tolerance vis-a-vis des personnes infectees par le vih/sida selon qu'ils ont deja effectue un test de depistage du vih ou non..... 74

Tableau 4. 5: description de l'axe 1 par les modalites..... 76

Tableau 4. 6: description de l'axe 2 par les modalites 77

Tableau 5. 1 : risque relatif de stigmatisation des personnes seropositives. 85

Tableau 5. 2: contribution des variables explicatives a la variation de la stigmatisation des personnes vivant avec le vih/sida. 87

LISTE DES GRAPHIQUES ET FIGURES

Figure 1. 1 : pyramide par groupe d'ages de la population du cameroun en 2010 11

Graphique 1. 2 : tendance de la pauvrete au cameroun (1996-2007) 17

Figure 2. 1 : schema conceptuel des attitudes de non tolerance des personnes vivant avec le vih/sida 45

Figure 2. 2 : schema d'analyse 50

Graphique 1. 1 : tendance de la pauvrete au cameroun (1996-2007) 17

Graphique 3. 1 : evolution des effectifs des enquetes par age 57

Graphique 3. 2: evolution des effectifs des enquetes par sexe selon les groupe d'ages quinquennaux 60

Graphique 3. 3: pourcentage des individus ayant une attitude d'intolerance vis-a-vis des personnes seropositives 61

Figure 4. 1 : categorisation des individus ayant des attitudes de non tolerance selon certaines caracteristiques 78

LISTE DES ABBREVIATIONS

ACP :	Analyse en Composantes Principales
AFCM :	Analyse Factorielles des Correspondances Multiples
ARV	Anti Rétroviraux
BIT	Bureau International du Travail
BUCREP	Bureau Central des Recensements et Etudes de Population
CEA	Commission Economique pour l'Afrique
CEDEF	Convention sur l'Elimination de toutes formes de Discrimination à l'égard des Femmes
CNLS	Comité National de Lutte contre le SIDA
CTA	Centre de Traitement Agré
CTa	Centre de Traitement affilié
CTD	Collectivités Territoriales Décentralisées
DHS	Demographic and Health Survey
DSCE	Document de Stratégie de la Croissance et de l'Emploi
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
ECAM	Enquête Camerounaise Auprès des Ménages
EDS	Enquête démographique et de Santé
FAO	Fonds des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
GICAM	Groupement Inter patronal du Cameroun
GTC	Groupe Technique Central
IEC	Information Education Communication
INS	Institut National de la Statistique
IO	Infections Opportunists
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MINEPAT	Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
OBC	Organisations à Base Communautaire
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables du fait du VIH/SIDA

OIT	l'Organisation Internationale duTravail
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le Sida
PAS :	Programme d'Ajustement Structurel
PDC	Plans de Développement Communaux
PIB	Produit Intérieur Brut
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
PPTE	Pays Pauvre Très Endetté
PTME	Protection de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH/SIDA
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SIDA	Syndrome de l'Immuno-Déficience acquise
UNESCO	l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Fonds des Nations Unies Pour l'Enfance)
UPEC	Unités de Prise en Charge
UPS	Unités Primaires de Sondages
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus de l'Immuno-déficience Humaine
WHO	World Health Organisation
ZD	Zones de Dénombrement

RESUME

La présente étude a pour objectif de contribuer à une meilleure connaissance des facteurs explicatifs de la stigmatisation ou mieux encore des attitudes de non tolérance vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA au Cameroun (PVVIH) en vue de mettre à la disposition des acteurs impliqués dans la lutte contre cette maladie des informations qu'ils prendraient en compte dans leur stratégie.

L'hypothèse qui soutient ce travail est que la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA au Cameroun s'explique par les facteurs socioculturels, socio-économiques et institutionnels qui, à travers les caractéristiques sociodémographiques, la connaissance sur le VIH/SIDA et la pratique du test de dépistage, influencent l'attitude des individus vis-à-vis des personnes infectées par cette pandémie.

Pour mettre à l'épreuve des faits nos hypothèses, nous avons utilisé les données de l'EDS III du Cameroun de 2004, et avons eu recours aux méthodes statistiques descriptives et explicatives. Après des analyses descriptives bidimensionnelles et multidimensionnelles, suivies d'une régression logistique binaire, il en ressort que le niveau d'instruction, la région de résidence, l'âge, le statut matrimonial, le sexe, le niveau de vie du ménage et le milieu de résidence ont une influence sur la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA, avec une plus forte contribution pour le niveau d'instruction. En revanche, il apparaît que la religion et la pratique du test de dépistage du VIH n'ont pas une influence sur la stigmatisation de ces personnes.

Les résultats de cette étude peuvent contribuer à l'élaboration des programmes de lutte contre le VIH/SIDA en général et partant contre la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA tout en multipliant les efforts sur les groupes d'individus analphabètes et moins instruits, car l'instruction permettra de mieux appréhender les messages de sensibilisation, et l'on pourra à court terme envisager des messages de sensibilisation des populations analphabètes en langue locale, puisque la variable niveau d'instruction est celle qui contribue le plus à expliquer le phénomène de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

ABSTRACT

The objective of this study is to contribute to a better knowledge of meaningful factors of stigmatization of people leaving with HIV/AIDS in Cameroon, and therefore put at the disposal of truthful informations. Leaders what they should take into account in their strategy of fighting against HIV/AIDS for a sustainable development.

The hypothesis verified in this work is that stigmatization of people living with HIV/AIDS in Cameroon draw its explanations in sociocultural, sociodemographic, socio-economical and political factors which through their knowledges on HIV/AIDS influence their view towards HIV/AIDS infected people.

Account explicative and descriptive statistic methods. After bidimensional and multidimensional descriptive analyses, followed by a logistic regression, we have come to know that the level of instruction, the region, âge, matrimonial status, sex, living and living milieu are significantly To prove hypotheses, we have used facts of IDS III 2004 and have taken into associated to stigmatization with a high rate for the level of instruction. In other words, these factors explain the stigmatization behaviour that individuals have towards HIV/AIDS patients. Nevertheless, it has been shown that religion and HIV/AIDS test have nothing to do with stigmatization. This is surprising in the case that literature clearly identifies them as stigmatization and factor giving the high rate to muslim religion. Concerning ambiguous results, we can emphasize on sex. In fact, it has been shown that in our results that men are more stigmatizing than women.

The results of this study can contribute to elaborate fighting programs against HIV/AIDS in general and against stigmatization of people living with HIV/AIDS in Cameroon laying emphasis on illiterate individual groups and those who are less educated.

INTRODUCTION GENERALE

L'épidémie du SIDA constitue aujourd'hui dans la plupart des pays en développement, un sérieux défi en matière de santé publique (Mimche, 2009). La 17è conférence internationale sur le VIH/SIDA, tenue à Mexico en septembre 2008, a révélé que 33 millions de personnes sont encore infectées dans le monde dont 22 millions en Afrique. Malgré de nombreuses campagnes de prévention réalisées depuis l'apparition de la maladie, près de 14 000 personnes, dont 2 000 enfants de moins de 15 ans, sont ainsi infectées. Alors que les premiers travaux scientifiques n'ont montré l'existence de la pandémie du SIDA qu'en 1985 au Cameroun (Kaptué, 1998), elle est devenue, en moins d'un demi-siècle, l'un des problèmes majeurs de santé dans ce pays. La séroprévalence a ainsi connu entre cette date et 2002 une évolution ''inquiétante'', touchant principalement les jeunes, les femmes enceintes, les prostituées, les hommes en tenue, les transporteurs qui sont par ailleurs devenus les catégories les plus prisées dans la définition des groupes cibles au niveau des institutions nationales en charge de la question. Estimée à environ 0,5% en 1987, ce taux passera à 12 % en 2002, du moins d'après les sources des enquêtes sentinelles, qui ont été dans un premier temps l'instrument utilisé pour la surveillance épidémiologique. En 1999, la prévalence est de 07,2% contre 11,8% en 2000, d'après les mêmes sources.

Cependant, d'après l'enquête démographique et de santé (EDS 2004), des données plus objectives et représentatives de la réalité sanitaire et sociodémographique nationale ont montré que ce taux est de 5,5% pour des individus âgés entre 15 et 49 ans, avec des spécificités pour quelques catégories sociales[1]. Compte tenu de l'évolution de la pandémie dans le monde, la communauté internationale en a fait un domaine prioritaire de la santé publique à travers l'OMD 6 (objectif du millénaire pour le développement) qui entend « combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies ».

[1] L'EDS (2004, p. 304) montre que :
- Le taux de prévalence est plus élevé chez les femmes, 6,8% contre 4,1% chez les hommes.
- Le milieu urbain présente un risque d'infection nettement plus élevé que les zones rurales.
- La séroprévalence présente de fortes disparités entre les régions du pays. A titre d'illustration, il est particulièrement élevé au Nord-Ouest (8,7%), à l'Est (8,6%) au Sud-Ouest (8,0%). A l'opposé, les provinces du Nord et de l'Extrême-Nord présentent les plus faibles taux de prévalence, avec respectivement 1,7% et 2,0%.
- L'entrée en vie sexuelle prédispose au risque d'infection.
- Les taux de prévalence sont plus élevés chez les hommes et les femmes vivant dans les ménages plus aisés (soit respectivement 2,4% et 3,2%) que chez ceux vivant dans les ménages les plus pauvres.

Sur le plan purement social et culturel, la maladie s'est développée dans un environnement où la stigmatisation reste encore très importante (Laurindo Da Silva, 2002). Ce contexte de la pandémie a des influences sur la gestion de la maladie par les personnes vivant avec le virus, leurs familles et leur entourage, qui sont également affectés par la discrimination (Kerouedan, 1999). Le SIDA reste donc un véritable « fait de société » à travers les enjeux sociaux et culturels qui l'entourent (Flick Uwe, 1992; Desclaux et Raynaut, 1997) et la manière dont les personnes infectées et/ou affectées assurent la gestion quotidienne de la maladie, en cherchant à éviter leur marginalisation sociale.

La séropositivité contribue dès lors à l'entrée du malade dans une *« carrière thérapeutique»* qui finit par faire de lui *« un être à part »*. Elle lui confère une nouvelle identité sociale ; celle que les sociologues ont qualifié d'*« identité blessée »* (Thiaudière, 2002). Ainsi, l'ensemble des pratiques sociales liées à la prise en charge de la maladie forme un espace de relations sociales qui renforcent *« le sentiment d'appartenir à un monde social à part »*. Chez plusieurs patients, *« la chronicité de la maladie impose une représentation de soi »* qui tend à développer une forme d'auto-culpabilité (Mimche, 2009). Ainsi, le dépistage, l'annonce du statut sérologique et la mise sous traitement antirétroviral *« participent à la construction d'une identité qui reconnaît non seulement des besoins spécifiques aux malades mais qui, immanquablement, institue une définition (une catégorie administrative, sociale et juridique) du " malade atteint par l'infection au VIH" et, par là même, participe à la constitution d'un statut social »* Thiaudière (2002). C'est pour cette raison que d'après le Bureau International du Travail (BIT, 2003), « *Par- delà la souffrance qu'elle impose aux individus et à leur famille, l'épidémie affecte profondément le tissu social et économique des sociétés. Le VIH/SIDA est devenu une terrible menace pour le monde social (…). Il représente en outre une menace pour les droits fondamentaux* [des personnes atteintes], *notamment avec la discrimination et la stigmatisation dont sont victimes (…) les personnes qui vivent avec le VIH/SIDA ou en sont affectées. L'épidémie, avec ses conséquences, frappe plus durement les groupes vulnérables.».*

C'est donc à cause de cet environnement, particulièrement favorable à la marginalisation des personnes vivant avec le virus du SIDA (PVVIH), que les récentes études en sciences sociales sur le SIDA ont dépassé le cadre de l'analyse des connaissances attitudes

et pratiques (reconnu sous le terme générique d'enquêtes CAP), pour désormais examiner la vie quotidienne des patients (Dozon et Vidal, s.d. ; Becker et al., 1999 ; Laurindo Da Silva, 1999 ; Loenzien, 2002). Inspirée des travaux du sociologue américain Erving Goffman (1975) sur le stigmate, la question de la stigmatisation des PVVIH est dès lors devenue ces dernières années un important thème de recherche sur le VIH-SIDA en Afrique (Becker et al., 1999 ; Mimche, 2009). Elle constitue à la fois un centre d'intérêt scientifique, à cause de ses conséquences sur l'intégration sociale de ces personnes, et une préoccupation sanitaire pour l'ensemble des acteurs impliqués dans la lutte conte la pandémie, à cause de l'ampleur du phénomène et ses enjeux sur les recours/comportement thérapeutiques (Laurindo Da Silva, 1999 ; Thiaudière, 2002). Dans ce sens, et comme l'ont relevé Fournier et Haddad (1995) *« La santé est également une réalité sociale à laquelle les sociétés répondent par un système culturel qui lie l'événement maladie, les réponses individuelles et sociales, l'ensemble des pratiques liées à la maladie et les institutions compétentes en la matière »*. D'après les résultats de l'EDS 2004, le phénomène de stigmatisation des PVVIH se pose avec acuité dans la société camerounaise, à cause des attitudes de non tolérance que peuvent adopter les individus vis-à-vis de ces derniers et qui contribuent à les discriminer socialement.

Pour appréhender la stigmatisation des personnes infectées au Cameroun, l'EDS 2004 avait un module sur la question. Lors de la collecte, plusieurs questions ont été posées sur le sujet. On a ainsi cherché à savoir :

- si les enquêtés seraient prêts à prendre soin d'un parent vivant avec le VIH/SIDA ;
- s'ils achèteraient des légumes frais chez un commerçant vivant avec le VIH/SIDA ;
- s'ils pensaient qu'une enseignante vivant avec le VIH/SIDA devrait continuer à enseigner ;
- s'ils pensaient qu'il fallait garder secret le statut d'un membre de la famille vivant avec le VIH/SIDA.

Les résultats de l'EDS 2004 montrent que moins d'une femme sur dix (9 %) aurait une attitude tolérante dans les quatre situations ci-dessus citées. Cette attitude de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH/SIDA est légèrement plus répandue parmi les groupes de femmes dont la connaissance complète des moyens de transmission et de prévention du VIH/SIDA est la plus élevée. En effet, ce sont les femmes les plus jeunes (10 % contre 7 % à 40-49 ans), les célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels (18 % contre 7 % parmi celles

en union), celles qui résident à Yaoundé/Douala (16 % contre 11 % dans les Autres villes et 4 % en milieu rural), celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (16 % contre 1 % pour celles qui sont sans instruction) et enfin celles vivant dans les ménages les plus riches (16 % contre 2% pour celles des ménages les plus pauvres) qui auraient le plus fréquemment tendance à se comporter de manière tolérante à l'égard des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Par contre, la proportion d'hommes qui aurait une attitude de tolérance dans les quatre situations est deux fois plus élevée que celle constatée chez les femmes (19 % contre 9 %). Les hommes étaient aussi, en proportion, près d'une fois et demie plus nombreux que les femmes à avoir une connaissance complète des moyens de transmission et de prévention du VIH/SIDA (32 % contre 23 %). Comme chez les femmes, on constate que les comportements tolérants à l'égard des personnes vivant avec le VIH/SIDA sont très influencés par le niveau de connaissance des moyens de transmission et de prévention du virus. En effet, les hommes les plus tolérants sont, comme, chez les femmes, ceux qui possèdent toutes les informations correctes sur le VIH/SIDA. Dans l'ensemble les résultats de l'enquête montrent l'importance de la stigmatisation dans la mesure où seuls 22% des enquêtés peuvent adopter une attitude tolérante vis-à-vis des personnes infectées (EDS, 2004).

On peut penser que les attitudes de non tolérance peuvent être liées aux conceptions erronées sur l'infection au VIH et le SIDA dans la mesure où celles-ci conditionnent les attitudes et les comportements vis-à-vis de cette infection. En outre, le comportement que les individus adopteraient dans différentes situations face à des personnes atteintes par le VIH/SIDA est révélateur du niveau de perception du risque de transmission du virus qui peut se traduire, dans la vie courante, par une stigmatisation à l'égard des personnes infectées par ce virus.

Comme le relèvent les auteurs de *Vivre et penser le sida en Afrique « pour comprendre et agir dans l'ordre de la prévention, il faut prendre en compte l'articulation de ces positionnements interprétatifs et ces diverses pratiques sociales au travers desquels les acteurs sociaux expriment »* leurs attitudes à l'égard de la maladie ou du malade (Becker et al., 1999). En effet, la réduction de la stigmatisation des PVVIH peut renforcer l'utilisation des services de santé et la prise en charge biomédicale de la maladie. Compte tenu de ce qui précède, on comprend aisément que le VIH/SIDA apparaît comme « une maladie pas comme les autres ». En attendant la découverte d'un vaccin contre ce que certains ont appelé *« le mal*

du siècle », le *« phénomène sida »* dépasse le cadre de la seule expertise médicale ou sanitaire pour devenir un *« problème »* de société. Comme tel, il nécessite désormais des politiques publiques qui ne se contentent plus d'élaborer des messages de prévention portant sur la promotion du préservatif, l'abstinence ou la fidélité, mais visent la confidentialité dans la déclaration des résultats des tests sérologiques, la non discrimination des malades du SIDA, la reconnaissance du VIH comme une question de la vie collective, la prise en charge et le soutien des patients et de leur famille, l'accès des personnes affectées par l'épidémie au traitement, etc. C'est pour cette raison que le Gouvernement Camerounais a entrepris, depuis quelques années, des actions visant à faciliter l'accès du plus grand nombre de PVVIH aux antirétroviraux (ARV) mais également la lutte contre la discrimination des PVVIH, en élaborant des documents de politique y relatifs.

Afin de réduire ou d'améliorer la réponse nationale, le Gouvernement camerounais a décidé d'élaborer un nouveau Plan Stratégique de Lutte contre le VIH/SIDA et les autres IST pour la période 2011-2015. Parmi les objectifs spécifiques relatifs à la protection des droits des PVVIH, on peut retenir :

- l'amélioration de la qualité de vie des PVVIH grâce à une prise en charge globale de qualité ;
- la réduction de l'impact socio-économique de la maladie sur les personnes vivant avec le VIH, les Orphelins et Enfants Vulnérables du fait du VIH/SIDA (OEV) et les autres personnes affectées (CNLS, 2010).

De ce fait, une étude sur les facteurs explicatifs des attitudes de non tolérance vis-à-vis des PVVIH ne manque pas d'intérêt dans un pays comme le Cameroun, caractérisé comme pays à épidémie généralisée[2]. Ainsi, la question centrale autour de laquelle s'effectue cette investigation est la suivante : quels sont les facteurs explicatifs de la stigmatisation ou des attitudes de non tolérance vis-à-vis des PVVIH au Cameroun ? En d'autres termes, quels sont les facteurs de prédisposition à l'adoption de ce type de comportements par les individus enquêtés ?

L'objectif général de cette étude est de contribuer à une meilleure connaissance des facteurs explicatifs des attitudes de non tolérance vis-à-vis des PVVIH, en vue d'aider les

[2] Selon L'ONUSIDA (2004), l'infection au VIH/SIDA est dite généralisée au Cameroun car le taux de prévalence déborde le seuil de 5% dans certains groupes de la population.

acteurs impliqués dans la lutte contre la maladie et particulièrement ceux concernés par la promotion de leurs droits, à mieux élaborer des programmes spécifiques.

De façon spécifique, cette étude vise à :

- Analyser les différentiels des comportements relatifs au risque d'adopter des attitudes de non tolérance vis-à-vis d'une personne vivant avec le virus du SIDA ;
- Dresser le profil des personnes qui adoptent des attitudes de non tolérance vis-à-vis d'une personne vivant avec le virus du SIDA;
- Identifier et hiérarchiser les facteurs de prédisposition à l'adoption de telles attitudes et leurs mécanismes d'action

Ce travail est structuré autour de cinq chapitres. Le premier chapitre est consacré au contexte général de l'étude. Le deuxième présente le cadre théorique et les hypothèses de recherche. Le troisième chapitre aborde les aspects méthodologiques. Dans le chapitre quatre, il est question de faire une analyse différentielle des attitudes de non tolérance vis-à-vis des PVVIH et de dresser le profil des personnes qui adoptent ces genre d'attitudes. Le cinquième chapitre fournit des explications sur les facteurs de prédisposition à l'adoption des attitudes suscités, ainsi que sur les mécanismes d'actions et tente de les hiérarchiser. Ce travail s'achève par une conclusion générale et quelques recommandations formulées à partir des résultats obtenus.

CHAPITRE 1 : CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE

Les comportements des individus dans une société donnée sont en partie le reflet de l'environnement dans lequel ils vivent. Durkheim (1983) affirme à ce titre qu'un phénomène social est normal dans un contexte social donné. Comme le note le sociologue canadien Rocher (1968) les comportements et attitudes des personnes sont le produit de l'environnement social, politique et culturel des acteurs sociaux. Dans ce sens, l'intérêt de faire une étude sur un phénomène social, en présentant son contexte, peut être pertinent dans la mesure où les éléments contextuels fournissent des premières informations pour l'explication de la réalité étudiée. Ce chapitre présente tour à tour les différents éléments qui permettent de comprendre la question du SIDA et particulièrement celle de la stigmatisation des personnes infectées et vivant avec la maladie, en abordant respectivement la situation (politique et législative) globale du pays, le contexte sociodémographique, l'engagement politique du Cameroun pour la lutte contre la maladie, y compris la promotion d'un environnement protecteur des PVVIH, le contexte économique, le contexte socioculturel, la situation épidémiologique et les réponses apportées.

1.1. SITUATION POLITIQUE ET LEGISLATIVE

L'environnement politique et législatif du Cameroun prend à la fois en compte la question de la lutte contre le VIH/SIDA et la protection des personnes infectées, notamment en vue d'éviter leur marginalisation sociale. C'est pour cette raison que des avancées juridiques ont été observées ces dernières années en vue de la promotion des droits des PVVIH.

1.1.1. Contexte sociopolitique

En juillet 2004, le Cameroun a élaboré la loi n°2004/017 du 22 juillet 2004 fixant les règles générales applicables en matière de décentralisation. D'après cette loi d'orientation, la décentralisation est un transfert par l'Etat aux collectivités territoriales décentralisées (CTD) de compétences particulières et de moyens appropriés. Depuis le début de l'année 2010, la mise en œuvre de cette loi est effective à travers le transfert de certaines compétences ainsi que les fonds y relatifs aux collectivités locales décentralisées. Pour lancer effectivement le

processus, le Chef du Gouvernement a signé plusieurs décrets[3] fixant les modalités de transfert de certaines compétences par l'Etat aux communes dans plusieurs domaines à compter de l'exercice budgétaire 2010. Il s'agit par exemple du :

- décret n° 2010/0243/PM du 26 février 2010 fixant les modalités d'exercice des compétences transférées par l'Etat aux Communes en matière d'attribution des aides et des secours aux indigents et aux nécessiteux ;

- décret N° 2010/0246/PM fixant les modalités d'exercice de certaines compétences transférées par l'Etat au Communes en matière de santé publique ;

Dans l'esprit de la décentralisation, la nouvelle orientation du développement local est basée sur une gouvernance partagée dans la mesure où les usagers des communes doivent être informés de la conception et de la mise en œuvre des plans de développement communaux (PDC). Ceux-ci doivent également prendre en compte leurs besoins spécifiques et répondre aux normes de qualités (Evina Akam et al, 2009). A cet effet, la décentralisation est une opportunité pour faciliter l'accès des populations (y compris les personnes infectées par le VIH/SIDA) aux services sociaux de base pour lutter contre la pauvreté. C'est pourquoi la gouvernance communale doit être transparente, orientée vers les besoins des populations, participative et efficiente. Le processus de décentralisation constitue donc un atout pour l'amélioration de l'accès des groupes vulnérables (dont font partir les PVVIH) à la santé, la réduction des inégalités sociales et l'équité (Evina Akam et al , 2009).

En 2009, le Gouvernement a entrepris, en collaboration avec la société civile, les partenaires au développement et le secteur privé, la formulation d'une vision à long terme pour le développement qui se propose de faire du Cameroun « un pays émergent à l'horizon 2035». Le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE)[4] qui couvre la période 2010-2020 est désormais, conformément à la Déclaration de Paris, le cadre de référence de la politique et de l'action gouvernementale ainsi que le lieu de convergence de la coopération avec les partenaires techniques et financiers en matière de développement. Il place le défi de la croissance et de la création d'emplois au centre de ses actions en faveur de la réduction de la pauvreté. Il constitue ainsi le vecteur de la recherche, de la croissance et de la redistribution de ses fruits jusqu'aux couches les plus vulnérables de la population, avec un

[3] Cf. http://www.spm.gov.cm/textes.
[4] Il s'agit de la nouvelle version du Document de stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP)

accent particulier sur les femmes et les enfants. Le DSCE fournit également un cadre intégré de développement humain durable à moyen terme ainsi qu'une feuille de route pour l'atteinte progressive des OMD. Ses principaux axes d'interventions concernent: i) la stratégie de croissance; ii) la stratégie de l'emploi; iii) la gouvernance et la gestion stratégique de l'Etat. Actuellement, les stratégies sectorielles sont actualisées en vue de les adapter aux DSCE et de les arrimer au contexte des OMD. De ce fait, la promotion du capital humain reste une préoccupation fondamentale de ce document. C'est pourquoi la lutte contre le VIH/SIDA y joue un rôle important car il n'y a pas de développement, ou de croissance, sans ressources humaines de qualité. Faire du Cameroun un pays émergent suppose qu'on s'attarde avec priorité à la question du VIH/SIDA dont les effets sur différents secteurs de la vie sociale peuvent compromettre les possibilités d'un véritable décollage. C'est pourquoi il « réaffirme aussi la volonté du Gouvernement de poursuivre la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dans leur ensemble » (DSCE, 2009).

I.1.2. Contexte législatif

Le Cameroun a ratifié plusieurs conventions internationales, notamment celles relatives aux mesures juridiques de la Déclaration de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le SIDA en 2001 (CNLS, 2009). Il convient également de relever la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, la Convention sur l'Elimination de toutes formes de Discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) et son Protocole Additionnel, la Convention sur les Droits de l'Enfant, la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples et la signature de son Protocole Additionnel relatif aux Droits de la femme en Afrique. Tous ces textes préconisent la non discrimination des personnes, y compris celles qui souffrent d'un handicap comme le VIH/SIDA.

La constitution du Cameroun prévoit le principe de l'égalité des droits des citoyens, y compris ceux des personnes infectées par le VIH/SIDA. Le principe de l'égalité de tous, telles que celle des droits de la femme et de ceux de l'homme, est un choix stratégique qui s'inscrit dans le double souci de la mise en œuvre des dispositions de la loi fondamentale et du respect des engagements souscrits en matière de promotion des droits humains (CNLS, 2009).

En dehors des dispositions contenues dans la Constitution et le Code pénal, la protection des personnes vivant avec le VIH demeure insuffisante. Les pratiques de stigmatisation et de discrimination envers les personnes infectées et affectées persistent à l'échelon familial, communautaire et sur les lieux de travail (Aventin, 1999). Les projets de Lois relatifs au Code des personnes et de la Famille et aux violences basées sur le genre, ainsi que ceux concernant spécifiquement la protection des PVVIH (projets de Loi du Ministère de la santé Publique et celui de la Société Civile) ont été élaborés et suivent leur cours (CNLS, 2009).

1.2. CONTEXTE SOCIODEMOGRAPHIQUE

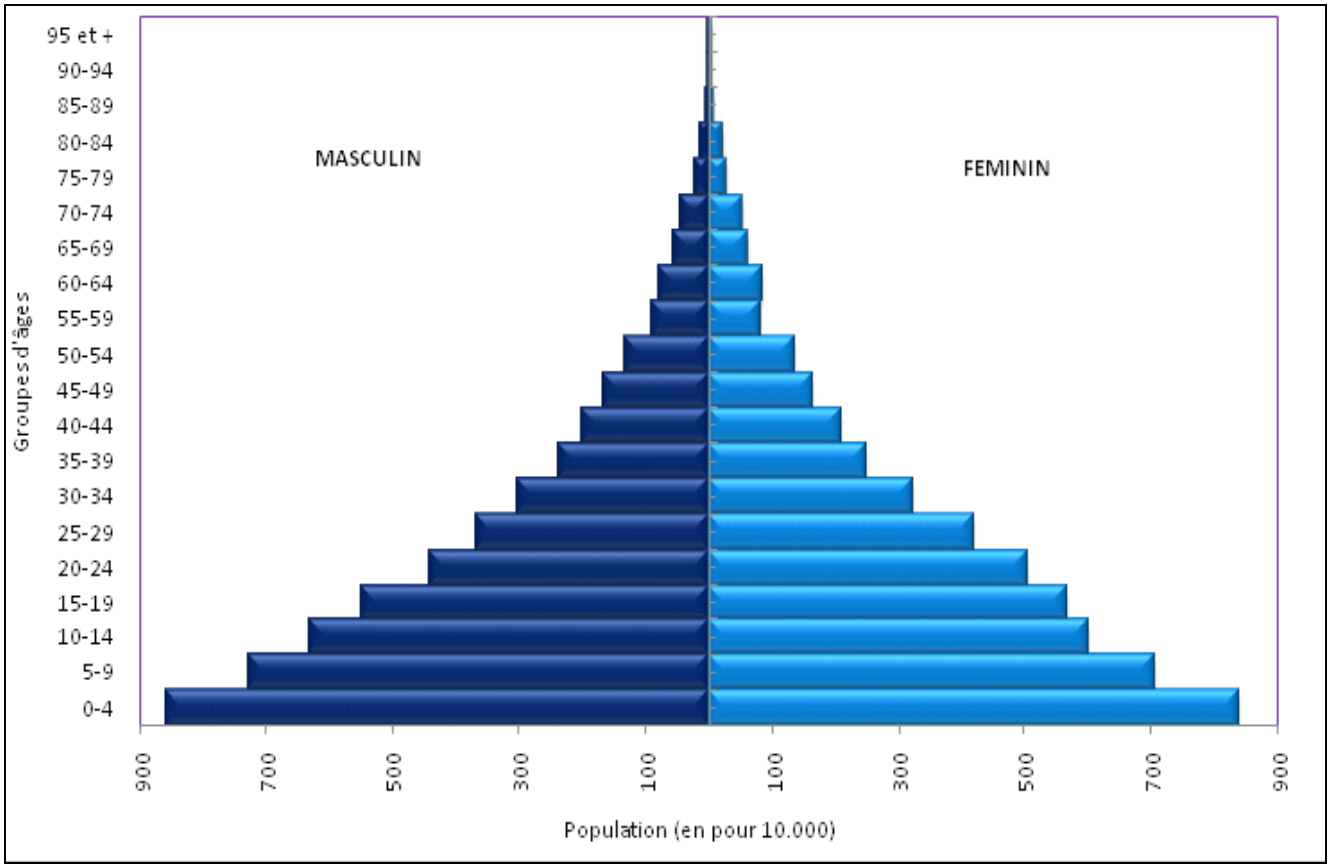
La population camerounaise a connu une évolution au cours des dix dernières années (BUCREP, 2010). De 17,4 millions d'habitants en 2005 elle est estimée à 19,4 millions en 2010. Toutefois, cette croissance démographique peut, à terme, être influencée par les effets de la pandémie du SIDA puisqu'elle joue à la fois sur la capacité reproductive des personnes en âge de procréer et la mortalité générale. Le défi démographique que pose cette évolution induit un enjeu majeur dans la prise en charge des personnes infectées si la séroprévalence n'est pas stabilisée. La croissance démographique peut aggraver la vulnérabilité des enfants et des femmes en tant que groupes exposés aux effets de la pandémie.

S'agissant de la structure par sexe de la population, les résultats du troisième RGPH et les projections faites à l'issue de cette opération de collecte montrent que le Cameroun compte toujours un peu plus de femmes que d'hommes, soit 50,6% de femmes en 2010 contre 51% en 2001 (figure 1.1). La proportion des moins de 19 ans, qui était estimée à près de 50% en 2004, tend à augmenter. En 2005, la moitié de la population avait moins de 17,7 ans et le poids démographique des enfants âgés de moins de 15 ans se situait autour de 43,6 %. En 2010, la population ayant moins de 19 ans représente 54,8% de la population totale (BUCREP, 2010) ; ce qui traduit l'extrême jeunesse de la population camerounaise. L'importance du poids démographique de la population âgée de moins de 5 ans (16,9%) mérite que l'on y accorde une attention particulière pour *donner un bon départ à l'enfant* dans son développement harmonieux dans un contexte d'épidémie généralisée. La population d'âge scolaire dans le primaire (6-14 ans) est de 23,4% alors que les adolescents (12-19 ans) représentent (18,5%) de la population totale du pays. Ce qui justifie l'intégration des curricula sur l'éducation concernant le VIH/SIDA. A cause d'une mauvaise connaissance de la maladie VIH/SIDA, les jeunes infectés sont certainement rejetés et discriminés par leur famille et leur

voisinage, surtout ceux résidant en milieu rural. Selon le rapport de l'EDS III, seulement 4% des femmes vivant en milieu rural ont eu une attitude de tolérance vis-à-vis des personnes infectées par le VIH/ SIDA, ceci à cause d'une moindre connaissance des modes de transmission et de prévention du VIH/SIDA, qui est plus élevée dans ce milieu que dans le milieu urbain.

Ainsi, la prépondérance des jeunes dans la structure de la population constitue un défi pour le développement, notamment dans les secteurs de l'éducation, de la survie, de la protection et de la santé. Cette situation nécessite des réponses adéquates en termes de politiques/stratégies visant la réalisation des droits y afférents et particulièrement le bien-être des enfants et des femmes, notamment dans le secteur de la santé et de l'éducation. Par ailleurs, si on suppose que la proportion de la population infectée peut augmenter avec la croissance démographique, il est important que des stratégies soient mises en œuvre pour enrayer cette maladie, y compris celles qui protègent les droits des personnes infectées par le virus du SIDA contre la stigmatisation.

Figure 1. 1 : Pyramide par groupe d'âges de la population du Cameroun estimée en 2010



Source : BUCREP, 2010

La répartition géographique de la population sur le territoire national est très inégale, y compris celle de la population infectée ou affectée par le VIH-SIDA. D'après les résultats définitifs du 3e RGPH, on peut classer les dix régions administratives du Cameroun en trois catégories, en fonction de l'importance numérique de l'effectif de leur population :

- catégorie 1 : les régions les plus peuplées avec plus de 2 millions d'habitants chacune. Ce sont dans l'ordre d'importance : les régions de l'Extrême- Nord (3 111 792 habitants), du Centre (3 098 044 habitants) et du Littoral (2 510 263 habitants) ;
- catégorie 2 : les régions dont l'effectif de la population se situe entre 1 et 2 millions d'habitants. Ce sont dans l'ordre d'importance : les régions du Nord- Ouest (1 728 953 habitants), de l'Ouest (1 720 047 habitants), du Nord (1 687 959 habitants) et du Sud-Ouest (1 316 079 habitants) ;
- catégorie 3 : les régions ayant chacune moins d'un million d'habitants. Ce sont dans l'ordre : les régions de l'Adamaoua (884 289 habitants), de l'Est (771 755 habitants) et du Sud.

Tableau 1. 1: Répartition régionale de la population du Cameroun estimée en 2010 par sexe

Région	Population			Pourcentage de la population totale	Superficie		
	Masculin	Féminin	Totale		Valeur (en(Km²)	%	Densité de population (habitants/ Km2)
Adamaoua	500901	514 721	1 015 622	5,2	63 701	13,7	15,9
Centre	1 770 628	1 755 036	3 525 664	18,2	68 953	14,8	51,1
Est	400 542	401 426	801 968	4,1	109 002	23,4	7,4
Extrême-Nord	1 722 189	1 758 225	3 480 414	17,9	34 263	7,4	101,6
Littoral	1 433 925	1 431 870	2 865 795	14,8	20 248	4,3	141,5
Nord	1 016 557	1 033 672	2 050 229	10,6	66 090	14,2	31
Nord-Ouest	862 269	942 426	1 804 695	9,3	17 300	3,7	104,3
Ouest	839 225	946 060	1 785 285	9,2	13 892	3	128,5
Sud	352 879	339 263	692 142	3,6	47 191	10,1	14,7
Sud-Ouest	700 109	684 177	1 384 286	7,1	25 410	5,4	54,5
Cameroun	**9 599 224**	**9 806 876**	**19 406 100**	**100**	**466 050**	**100**	**41,6**

Source : RGPH (2005)

Parmi les trois régions les plus peuplées, il y en a deux qui doivent leur position du fait de l'implantation sur leur territoire d'une métropole nationale. Il s'agit de la région du Centre qui abrite la ville de Yaoundé, capitale régionale et capitale politique et administrative du Cameroun et dont la population représente 58,7 % de la population totale de la région, et de la région du Littoral qui abrite la ville de Douala, capitale régionale et capitale économique du Cameroun et dont la population représente 76,0 % de la population totale de la région. Les grandes métropoles sont les lieux où se concentrent des populations d'origines variées, avec des risques d'adopter des comportements à haut risque d'infection au VIH/SIDA. C'est pour cette raison que, c'est dans ces villes que les premiers cas ont été identifiés et rendus publics. Ce qui a aussitôt suscité des comportements discriminants vis-à-vis de ces derniers. Par ailleurs, c'est également dans ces villes qu'un discours a été développé autour de la maladie et visant à généraliser de nombreux comportements discriminants.

Par ailleurs, la crise de solidarité entraine un relâchement du système de prise en charge des malades par la communauté, notamment en ce qui concerne les maladies comme le VIH/SIDA dont le statut du malade n'est souvent pas rendu public. La discrétion et l'anonymat qui existe autour du statut sérologique des individus font aujourd'hui qu'on garde très souvent secrète cette information, de peur de faire souffrir le malade du poids de la stigmatisation dans la société. A l'individualisme citadin se greffe donc une individualisation de la prise en charge du SIDA à cause justement de la stigmatisation. Dans une étude réalisée sur les formes de mobilités des PVVIH entre les grandes métropoles et les petites villes moyennes pour des raisons de soins, Mimche et Bonono (2009) montrent que dans une perspective de contournement de la stigmatisation, les patients changent de résidence pour masquer leur statut sanitaire. Ils écrivent à ce titre que : « *l'environnement social et culturel dans lequel la maladie se développe –caractérisé par l'importance de la stigmatisation des personnes infectées- constitue un enjeu majeur pour cette politique de prise en charge de la maladie. Pour contourner la stigmatisation et accéder ''discrètement'' aux soins, certains patients choisissent de se déplacer vers d'autres localités ».*

1.3. CONTEXTE SOCIOCULTUREL

Avec ses 19,4 millions d'habitants estimée en 2010, le Cameroun se caractérise par une extrême diversité ethnique. En effet, ce pays abrite environ 230 ethnies réparties dans plusieurs régions et en plusieurs groupes (Bantou, Sémi-bantou, Soudanais, Hamites et Sémites). Cette diversité socioculturelle se traduit par la cohabitation de populations ayant des systèmes de croyances diversifiées, des traditions différentes et une multiplicité de langues. Les modes de vie et les formes d'organisation socio-économiques varient également d'un groupe à l'autre. Dans une étude récente faisant l'autopsie du pays, Evina et Mimche (2010) présentent le Cameroun comme une mosaïque socio-ethnique qui fait de ce pays *« une exception culturelle en Afrique »*, c'est-à-dire caractérisé par une *« diversité ethnique sans pareille »*. Une des spécificités reste la vulnérabilité de certains groupes à cause de certains modèles socioculturels, des traditions fortement ancrées dans les habitudes traditionnelles. Ce qui se traduit par une diversité de constructions sociales de la maladie et particulièrement des attitudes de non tolérance vis-à-vis des personnes infectées par la maladie. Les termes qui émergent dans chaque contexte socioculturel pour désigner le SIDA ou la personne infectée ont conduit à une diversification des formes de stigmatisation dans la société camerounaise.

Dans certaines communautés fortement centralisées, comme celles de la partie septentrionale et de l'Ouest du pays, les jeunes femmes et/ou couples infectés sont fortement stigmatisés, leur situation épidémiologique étant associée à l'adoption de comportements déviant, la prostitution et l'infidélité notamment. Par ailleurs, les régions musulmanes sont très souvent favorables à la pratique du mariage précoce (Rwenge, 1999). Les écarts d'âge souvent observés entre conjoints (Kamdem, 2009) contribuent à l'adoption de comportements à risque chez les hommes. Mais, en cas d'infection de la femme, la société est plus tolérante vis-à-vis de l'homme. Les coutumes sont généralement hostiles à la sexualité prémaritale. Ce qui amène les populations à avoir une perception négative du SIDA, et à adopter des comportements marginaux et discriminatoires vis-à-vis des personnes infectées par le VIH/SIDA. Cette situation est en partie liée à la construction sociale de la maladie. En effet, dès l'origine de la maladie, le personnel médical a fait de cette maladie *« un péché »*, la transmission sexuelle étant posée comme le principal mode de contamination.

Dans les régions où les populations restent attachées aux valeurs traditionnelles, l'intégration sociale des PVVIH reste difficile. De même, la stigmatisation d'une personne

peut se reproduire à toute sa descendance. C'est pourquoi Goffman affirme qu'ils «*peuvent se transmettre de génération en génération et contaminer également tous les membres d'une famille* » (Goffman, 1975). C'est sans doute la raison pour laquelle pour ces populations, les personnes vivant avec le VIH/SIDA sont responsables de leur propre sort et ne méritent pas de compassion.

En somme, la diversité socioculturelle du Cameroun traduit d'une part la diversité de facteurs de propagation du VIH/SIDA (Rwenge, 1999) et d'autre part la multiplicité de formes de constructions sociales de la maladie qui aboutit également à diverses trajectoires sociales de la stigmatisation. Les formes de désignation de la maladie et la manière dont les communautés construisent les personnes infectées restent donc divergentes. De ce fait, les attitudes de non tolérance vont varier d'une région à l'autre, à causes des perceptions sociales de la maladie. Ainsi, on peut dire avec Emile Durkheim que la stigmatisation est fonction de la société dans laquelle elle est vécue et expérimentée (Durkheim, 1983).

1.4. CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE

1.4.1. De la croissance durable à la crise

Après une période de croissance soutenue jusqu'au milieu des années 1980, avec la chute du cours des produits de rente, le Cameroun a connu une crise économique dès 1986 (Banque mondiale, 1989; Courade, 1994). D'abord perçue comme conjoncturelle, cette crise est devenue structurelle, affectant ainsi toutes les composantes de la vie nationale (santé, éducation, emploi, etc.). Le choc né du tarissement des principales sources pourvoyeuses des devises qui s'est amplifié par la dévaluation du franc CFA en 1994 (Aerts et al., 2000, Courade, 2000). La conséquence la plus perceptible de ce choc fut la généralisation de la pauvreté par la fermeture des entreprises (sinon leur privatisation), les compressions des effectifs dans les secteurs public et privé et les baisses des salaires en 1993 et 1994.

Les mesures prises pour faire face à cette crise ont contribué à exacerber les inégalités, les injustices et les discriminations, accentuant ainsi la vulnérabilité des femmes et d'autres groupes en situation de désavantage. Les principaux indicateurs sociaux, notamment les indicateurs de santé maternelle et infantile, ont connu une dégradation à cause de

l'appauvrissement des familles. La vulnérabilité de la femme s'est ainsi accrue, entraînant souvent l'adoption de comportements à risque d'infection au VIH/SIDA.

Au terme de la mise en œuvre du Plan d'Ajustement Structurel (PAS), avec l'admission du Cameroun à l'initiative PPTE (pays pauvre très endetté), les efforts du pays vont aujourd'hui vers l'amélioration durable des grands agrégats macro économiques, la poursuite de la mise en œuvre des stratégies de croissance et la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement à l'horizon 2015.

Le PIB à prix constant du Cameroun était évalué à 8770,5 milliards de FCFA en 2005.Une grande partie de la population du Cameroun vit de l'agriculture, qui représente environ 22,5 % du Produit Intérieur Brut (PIB) en 2005. L'industrie et le commerce contribuent respectivement pour environ 21 à 57 % du PIB. En 2008, le PIB du Cameroun était estimé à 10 434 milliards de FCFA, soit 30,82% de celui de la sous région Afrique Centrale (33 855,70 milliards de FCFA).

L'expansion subséquente de la pauvreté a amené les populations à adopter des stratégies de survie illustrées par des comportements à risque : consommation des produits de moindre qualité, hiérarchisation des dépenses en passant celles de la santé en second ordre. A maints égards, le sexe chez la femme et les jeunes filles ainsi que chez les groupes vulnérables devient un élément fondamental de transactions sociales, ce qui prédispose celles-ci au risque d'infection au VIH/SIDA.

1.4.2. La persistance de la pauvreté dans les ménages et les disparités

Sur la période 2008-2010, le Cameroun a connu un contexte macro économique caractérisé par une croissance économique faible avec un taux moyen de 2,7%[5], suite à la crise financière internationale qui s'est muée en une crise économique mondiale dès 2008. Le taux de croissance d'environ 3,3% prévu en 2010 reste en deçà des 6 à 7% minimum requis[6] pour réduire significativement la pauvreté d'ici 2015. De plus, le faible niveau de la croissance est de nature à réduire le niveau des ressources budgétaires attendues, toute chose pouvant limiter la part des budgets à allouer aux secteurs sociaux, y compris celui relatif à la

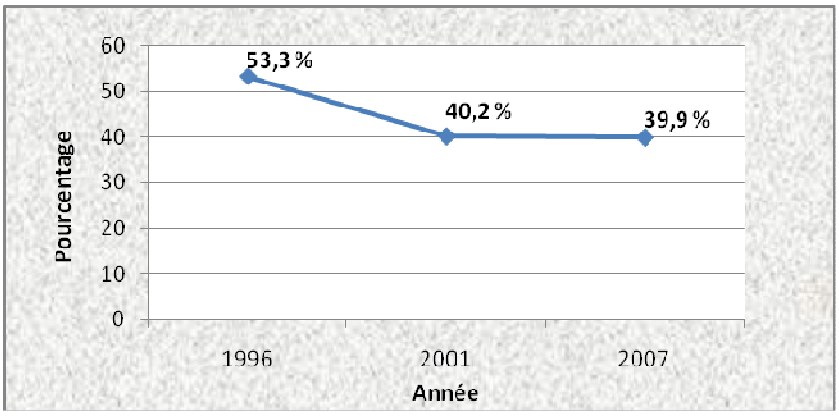
[5] 2,9 % en 2008, 1,9% en 2009 et 3,3% comme prévision en 2010.
[6] Cf. DSRP et INS (2008) : «Tendances, profil et déterminants de la pauvreté entre 2001 et 2007», Yaoundé.

lutte contre le SIDA. Ainsi, le faible niveau du taux de croissance moyen annuel du PIB n'a pas permis d'influer de manière positive sur l'évolution des conditions de vie des ménages (DSCE, 2009). Selon *l'Analyse des défis de développement du Système des Nations Unies,* au plan macroéconomique, le Cameroun devrait soutenir un taux de croissance de 7% (contre 4% en 2007) pendant plusieurs années pour atteindre les OMD en 2015, y compris celui relatif à la lutte contre le VIH/SIDA. Le taux annuel de croissance du PIB par tête requis pour l'atteinte de l'OMD 1 est de 3% contre les 1.5% des dernières années[7]. L'inflation qui avait été contenue à un niveau inférieur à 3% jusqu'en 2006, a enregistré des pics de 5% en 2007 et 5,3% en 2008 avec l'envolée des prix des denrées alimentaires liés à la crise internationale, aux conditions climatiques et à la pression de la demande des pays voisins avant de revernir à 3% en 2009.

Malgré la mise en œuvre du DSRP, l'économie camerounaise n'a pas connu de changement structurel notable. Elle continue de faire face à un certain nombre de défis, notamment la réduction de la pauvreté. On a observé une stabilisation du taux de pauvreté monétaire à 40% pour la période 2001-2007. Ainsi, la dynamique de réduction de la pauvreté enregistrée à la fin des années 90 avec une baisse de 13 points du taux de pauvreté monétaire[8], grâce aux effets conjugués de la croissance économique et de la redistribution de ses retombées, ne s'est pas poursuivie jusqu'en 2007. Et pourtant, la stabilité du cadre macroéconomique et les opportunités offertes liées notamment à l'atteinte du Point d'achèvement de l'initiative d'allègement de la dette publique des Pays Pauvres Très Endettés (Initiative PPTE), auraient pu permettre de renforcer les acquis et de relancer une croissance durable. Cette situation affecte l'accès à l'éducation et à la santé des enfants, notamment ceux issus des ménages pauvres et vulnérables. En l'absence de politiques efficaces de protection sociale des groupes vulnérables, cet environnement macro-économique expose les populations à diverses situations de pauvreté. Cette stabilisation de la pauvreté peut amener les populations à maintenir des comportements à risque d'infection au VIH/SIDA, une situation qui les expose encore davantage à la stigmatisation et à la marginalisation compte tenu de la perception des personnes infectées dans la société.

Graphique 1. 2 : Tendance de la pauvreté au Cameroun (1996-2007)

[7] Commun Country Assesment – CCA, Analyse des défis de développement, SNU, 2006 ; Chapitre 1, p.1 .
[8] De 53,3 % à 40,2 % entre 1996 et 2001.



Source:Rapports ECAM I, II, III

1.5. EVOLUTION DE LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE ET REPONSES APPORTEES

La pandémie du VIH/SIDA est une préoccupation majeure pour le Cameroun, du fait de son ampleur et de sa vitesse d'expansion.

1.5.1. Evolution de la situation épidémiologique

Au Cameroun, les estimations de la prévalence nationale du VIH sont obtenues jusqu'en 2003, principalement à partir d'un système de surveillance sentinelle dans les services de consultation prénatale, mis en place en 1989. La séroprévalence estimée d'après ce système de surveillance sentinelle est passée de 0,5% en 1987 à 10,8% en 2000 (MINSANTE, 2001). La dernière enquête sentinelle du VIH menée en 2002 chez les femmes enceintes fournit une séroprévalence de 7,3% (MINSANTE, 2003). L'ONUSIDA estimait quant à elle la séroprévalence à 7% en 2001 et à 6,9% fin 2003 (UNAIDS/WHO, 2004), soit 560.000 personnes infectées par le VIH, dont 40.000 enfants.

En 2004, pour la première fois au Cameroun, une enquête en population générale a inclus un test VIH afin de mieux connaître l'ampleur de l'épidémie dans la population d'âges reproductifs, ainsi que le profil de l'infection. Il s'agit de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS-III), 3ème du genre[9], enquête par sondage représentative au niveau national effectuée auprès d'un échantillon de 10.462 ménages, 10.656 femmes âgées de 15-49 ans et 5280 hommes de 15-59 ans. Selon les résultats de cette enquête, 5,5% des adultes âgés de 15-49 ans sont séropositifs au Cameroun[10].

[9] Elle fait suite à l'EDS-I de 1991 et l'EDS-II de 1998.
[10] 5227 femmes de 15-49 ans et 5125 hommes de 15-59 ans ont été testés pour le VIH, soit un taux de couverture du test de 91%.

Derrière ce taux se cachent cependant d'importantes disparités (cf. Tableau 1.2.) :

- D'abord entre les hommes et les femmes, où celui-ci s'élève à 6,8% chez les femmes de 15-49 ans et à 4,1% chez les hommes du même groupe d'âge, soit un ratio d'infection entre les femmes et les hommes de 1,7.

- En fonction de l'âge. La proportion de personnes séropositives augmente avec l'âge : d'un minimum de 1,4% parmi les personnes de 15-19 ans, la proportion atteint un maximum de 8,9% parmi celles des 30-34 ans pour diminuer ensuite à 4,7% chez les personnes de 45-49 ans. Les variations de la prévalence selon l'âge diffèrent également entre les hommes et les femmes : chez les femmes le taux augmente très rapidement de 2,2% dans la tranche d'âge 15-19 ans à un maximum de 10,3% dans la tranche d'âge 25-29 ans pour diminuer ensuite jusqu'à 5,5% (tranche d'âge 45-49 ans) alors que chez les hommes, le taux atteint son maximum à 35-39 ans (8,6%) puis diminue régulièrement pour atteindre 3,8% à 45-49 ans. Les écarts de prévalence sont les plus prononcés à 20-24 ans (7,9% chez les femmes contre 2,5% chez les hommes) et 25-29 ans (10,3% contre 5,1%).

- Entre les différentes provinces du pays et en fonction du milieu de résidence (urbain/rural). Le taux de prévalence en milieu urbain est nettement plus élevé qu'en milieu rural (6,7% contre 4%). Les disparités entre provinces sont encore plus importantes. Le Nord-Ouest (8,7%), l'Est (8,6%) la ville de Yaoundé (8,3%) et le Sud-Ouest (8%) sont celles où les niveaux de prévalence sont les plus élevés ; le Nord (1,7%) et l'Extrême Nord (2%), celles où les taux sont les plus faibles[11]. Si l'on considère les taux de prévalence par sexe, ceux-ci sont les plus élevés pour les femmes dans le Nord-Ouest (11,9%), le Sud-Ouest (11%), Yaoundé (10,7%), l'Adamaoua (9,8%) et l'Est (9,4%).
- Selon certaines caractéristiques socio-économiques. Les hommes et les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus ont un taux d'infection plus élevé que ceux ayant un niveau primaire et surtout que ceux n'ayant aucun niveau d'instruction. On

[11] Contrairement aux résultats de l'EDS-III, les données sur la séroprévalence issues des différents rapports rédigés avant cette enquête (OMS Rapport d'évaluation 3 by 5 de juin 2004, Plan National de Lutte contre le VIH/SIDA 2004-2006) indiquaient que les régions les plus touchées étaient celles du nord du pays (l'Adamaoua et l'Extrême Nord) où les indicateurs de santé, d'éducation et de développement sont les plus bas.

observe de même un niveau de prévalence plus élevé chez les hommes et les femmes vivant dans les ménages les plus riches.

Tableau 1.2: Prévalence du VIH par région et selon certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques

Caractéristiques	Femmes	Hommes	Ensemble
Age			
15-19	2,2	0,6	1,4
20-24	7,9	2,5	5,5
25-29	10,3	5,1	7,8
30-34	9,4	8,3	8,9
35-39	7,8	8,6	8,2
40-44	6,0	5,6	5,8
45-49	5,5	3,8	4,7
50-54	Nd	2,5	Nd
55-59	Nd	1,0	Nd
Ensemble 15-49 ans	6,8	4,1	5,5
Milieu de residence			
Yaoundé/Douala	8,0	4,8	6,4
Autres villes	8,6	5,0	6,9
Ensemble urbain	8,4	4,9	6,7
Rural	4,8	3,0	4,0
Province			
Adamaoua	9,8	4,1	6,9
Centre	6,8	2,1	4,7
Douala	5,5	3,6	4,5
Est	9,4	7,6	8,6
Extrême-Nord	2,2	1,7	2,0
Littoral	6,4	4,7	5,6
Nord	1,7	1,7	1,7
Nord-Ouest	11,9	5,2	8,7
Ouest	4,3	5,2	4,7
Sud	8,4	4,5	6,5
Sud-Ouest	11,0	5,1	8,0
Yaoundé	10,7	6,0	8,3
Niveau d'instruction			
Aucun	3,4	2,7	3,2
Primaire	7,2	4,2	5,9
Secondaire ou plus	8,2	4,3	6,0
Quintile de bien-être Economique			
Le plus pauvre	3,1	1,4	2,4
Second	4,1	2,2	3,2
Moyen	8,1	4,7	6,5
Quatrième	9,4	5,3	7,4
Le plus riche	8,0	5,3	6,6

Source : EDS-III, Rapport final INS, 2005

On note par ailleurs que le taux de prévalence des femmes enceintes estimé par l'EDS-III (7,4%) est très proche du niveau de prévalence (7,3%) estimée par l'enquête sentinelle de 2002 chez les femmes enceintes.

1.5.2. Principaux groupes vulnérables exposés a la stigmatisation

Ce sont les groupes de personnes dites vulnérables qui sont susceptibles de subir plus le phénomène de stigmatisation liée à l'infection au VIH/SIDA. Ils sont classés en deux grandes catégories, suivant les facteurs de risque et de vulnérabilité de ces populations face à l'infection au VIH. Cela permet d'adapter la réponse et l'offre de service qui leur sont adressées. Ces différents groupes sont :

- Les populations à haut risque d'exposition au VIH

Il s'agit de celles dont le niveau d'infection est supérieur à la population générale. Elles sont caractérisées à la fois par leur haut risque d'exposition (enfants nés de mères séropositives) et/ou par le fait qu'elles peuvent jouer un rôle disséminateur de l'infection vers la population générale : camionneurs, travailleuses du sexe, hommes en tenue, populations du milieu carcéral, etc.

- Les populations en situation de vulnérabilité biologique, sociale et/ou économique

En effet, certains groupes de population présentent une vulnérabilité particulière du fait de leur constitution biologique et/ou de leur situation socioéconomique (absence de protection familiale, dépendance économique, inégalités liées au genre, etc.). Il s'agit des femmes, des jeunes des handicapés des OEV, des populations marginales (Pygmées ; Mbororos), ou déplacées.

Face à cette situation très préoccupante, de nombreuses actions ont été menées dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA.

- **Politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA**

Face à la situation épidémiologique du VIH à la fin des années 90, le Gouvernement camerounais a élaboré, selon une approche multisectorielle et décentralisée, un Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA pour la période 2000-2005. Celui-ci, présenté officiellement en septembre 2000, incluait la prise en charge des malades par traitement ARV. Au départ la question de la stigmatisation n'avait pas été prise en compte

dans les stratégies de lutte, mais cette préoccupation associée au développement quantitatif du nombre de malade sera intégrée progressivement à travers la prise en charge psychosociale. Cet engagement du Gouvernement à lutter contre la maladie est examiné à travers plusieurs aspects.

- **Dispositif institutionnel et organisationnel de la réponse à la pandémie**

Depuis l'apparition des premiers cas de SIDA au Cameroun au cours de l'année 1985, le Gouvernement du Cameroun a fait de la lutte contre le VIH et le SIDA une priorité nationale. Le Cameroun est de ce fait l'un des premiers pays africains à avoir mis en place un programme national de lutte contre le SIDA (Eboko, 2005). Cet engagement au plus haut niveau de l'Etat s'est matérialisé par la mise en œuvre des Plans d'urgences de lutte contre le VIH et le SIDA des années 90 et de deux Plans stratégiques nationaux (2000-2005 et 2006-2010). Cette politique volontariste de l'Etat, avec le soutien des partenaires au développement et l'implication effective du secteur privé, de la société civile, des organisations confessionnelles et des PVVIH, a aboutit à des résultats concrets, notamment l'accroissement de l'offre de services de prévention du VIH et de prise en charge des personnes infectées et affectées par cette pandémie.

Grâce au leadership des pouvoirs publics, la réponse nationale au VIH au Cameroun est organisée autour d'un cadre d'intervention multisectoriel, le Plan Stratégique 2006 – 2010 qui se voulait multisectoriel et décentralisé, visait à impliquer tous les secteurs et acteurs dans la lutte contre cette maladie en vue de mettre en œuvre des interventions adéquates. Différentes formes de partenariats ont été élaborées à l'instar du partenariat public/privé dans la lutte contre le VIH. A cet effet, au niveau national sont impliqués : les entreprises privées et parapubliques (88 conventions avec le CNLS) ; les organisations et associations non gouvernementales ; les confessions religieuses ; les ministères qui disposent de plans sectoriels et de point focaux spécialisés sur les questions du VIH ; les coopérations bi et multilatérales ; les organisations et associations non gouvernementales ; le Système des Nations Unies.

L'organigramme de la lutte contre le SIDA traduit la volonté d'en faire un domaine multisectoriel. Ainsi, les plans sectoriels des différents départements ministériels, qui s'inscrivent dans ce cadre, ont ensuite été élaborés entre 2001 et 2003. C'est ainsi que le secteur santé a développé son propre Plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA pour la

période 2004-2006 avec comme un des axes prioritaires la prise en charge globale des cas de VIH/SIDA comprenant la prise en charge par traitement ARV[12]. Les deux autres principaux axes stratégiques de ce plan sont la prévention de la transmission du VIH (par voie sexuelle, voie sanguine et de la mère à l'enfant) et la prévention et prise en charge des autres infections sexuellement transmissibles. Les résultats attendus de ce plan sont présentés dans l'encadré 1.2. en annexe, ainsi que les objectifs spécifiques de l'axe stratégique « Prise en charge globale des cas du VIH/SIDA.

La mise en œuvre de ce programme reposait sur les principales stratégies que sont :

- La poursuite de la décentralisation de la prise en charge des PVVIH du niveau régional[13] au niveau du district de santé, notamment par la création des Unités de Prise en Charge (UPEC) au sein des hôpitaux de district assurant les soins aux PVVIH et l'accès aux traitements, y compris aux ARV. Le plan prévoit une mise en œuvre progressive des UPEC selon un réseau organisé autour des CTA (Centre de traitement Agrée) existants qui serviront de centres de référence, avec l'ouverture de 4 nouvelles UPEC en moyenne par an et par région (soit 40 par an sur l'ensemble du pays).

- La mise en place de partenariats avec les ONG et associations en vue du développement de la prise en charge à domicile des PVVIH (prévention de la transmission, conseils à l'observance, soutien psychosocial).

- L'intégration des activités au sein des services de santé et programmes existants : (i) activités de prévention de la transmission mère enfant du VIH dans les services de soins obstétricaux, d'urgence et les soins post-natals des formations sanitaires, (ii) lutte contre les IST et promotion du condom dans les activités des services de consultation générale, de santé de la reproduction et de gynécologie obstétrique, (iii) intégration du dépistage volontaire systématique au sein des centres de traitement de la tuberculose, (iv) activités de conseils et dépistage volontaire dans les prestations de toutes les formations sanitaires, notamment au niveau de l'hôpital de district et intégration dans les paquets de soins de certains services ou programmes comme le

[12] La prise en charge globale définit par le Ministère de la Santé Publique camerounais comprend le conseil au dépistage, le dépistage, le conseil post-dépistage, le conseil pré-thérapeutique, la prise en charge par ARV et le traitement des IO, le soutien psychosocial.
[13] En 2001, 21 Centres de Traitement (CTA et Cta) sont créés au niveau des hôpitaux provinciaux et de certains hôpitaux de 3ème et 4ème référence de Yaoundé et Douala afin d'assurer la prise en charge par ARV des malades du SIDA.

planning familial, les consultations pour les IST et les services de transfusion sanguine, (v) prévention et traitement des infections opportunistes (IO) courantes dans les activités de tous les services compétents au niveau de l'hôpital de district avec référence au niveau supérieur pour les IO plus complexes.

En 2006, le plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA de 3ème génération (2006-2010) a été élaboré par les différents départements ministériels avec l'appui du Ministère de la Santé Publique et a été lancé au début de l'année 2006. Celui-ci se fixe comme objectif ambitieux de parvenir à un accès universel aux soins et une inversion du cours de l'épidémie. Ce Plan dit de 3éme génération a pour but de réduire la morbidité et la mortalité liée au VIH et les autres IST et d'atténuer l'impact socio-économique sur le développement du pays (CNLS, 2010). De façon spécifique, les objectifs stratégiques pour la période 2011-2015 visent à :

- réduire la propagation du VIH dans la population générale et dans les groupes à haut risque par la mise en œuvre des mesures de prévention efficaces et efficientes ;
- améliorer la qualité de vie des PVVIH grâce à une prise en charge globale de qualité ;
- réduire l'impact socio-économique de la maladie sur les personnes vivant avec le VIH, les OEV et les autres personnes affectées ;
- renforcer la mobilisation sociale, et la disponibilité des ressources pour la riposte au SIDA ;
- renforcer les systèmes de santé et communautaire en vue de pérenniser les interventions ;
- renforcer la disponibilité d'une information stratégique et son utilisation adéquate pour la prise de décision et l'amélioration des interventions ;
- renforcer la coordination et la gestion de la réponse nationale.

- **Politique nationale d'accès aux traitements ARV et la tarification en vigueur**

En 2000, le regroupement des achats d'ARV des trois établissements engagées dans la prise en charge des malades dans le pays (Hôpital Central de Yaoundé, l'Hôpital Militaire de Yaoundé et l'Hôpital Laquintinie de Douala) a permis une première réduction du prix de la trithérapie passant de 450 000 FCFA à 250 000 FCFA. Les négociations dites « Access », menées pour l'accès aux médicaments dans les pays à faible revenu, permettent la même année, avec le laboratoire indien CIPLA, d'introduire les médicaments génériques au

Cameroun. Deux nouvelles baisses successives des prix interviennent en 2001-2002 : le 4 avril 2001, la signature d'un protocole d'accord entre le Ministre de la Santé de l'époque et M. Lionel Laplace, commissionné pour représenter son laboratoire et quatre autres firmes pharmaceutiques, aboutit à une réduction des prix de 72% puis en juillet 2002, une subvention de fonds dits « PPTE » de 1.231.000 USD permet une nouvelle réduction de 53%, amenant le prix de la trithérapie entre 15 000 (Triomune) et 28.000 FCFA par mois selon les combinaisons.

Suite à une nouvelle décision politique et économique et une découverte scientifique, celle de la confirmation de l'efficacité du Triomune, une troisième vague de réduction des prix intervient en 2004-2005. Le Gouvernement camerounais, qui bénéficie d'une dotation d'un peu plus de 90 000 USD du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et la malaria, s'engage en effet dans une baisse substantielle des prix des traitements qui passe entre 3000 FCFA par mois (Triomune) et 7000, ainsi que des examens biologiques (18 000 FCFA). La décision N°468 du 24 septembre 2004 fixe ainsi la nouvelle tarification des protocoles de première ligne de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA par les ARV, des médicaments des infections opportunistes et des examens de suivi biologique (Laurent et Kouanfack, 2004).

En début 2005, celle-ci est complétée par les décisions N°0008 et 0009 du 14 janvier 2005 révisant pour la première fois le tarif du paquet subventionné des examens biologiques (baisse de 18.000 à 16 000 CFA) et précisant pour la seconde fois les dispositions pour l'application de cette nouvelle tarification.

Ainsi, la tarification en vigueur depuis décembre 2005 au Cameroun est la suivante :

- les protocoles de première ligne sont vendus aux prix publics de 3000 FCFA (triomune) ou 7000 FCFA (autres protocoles comprenant Efavirenz ou Névirapine) par mois et par malade et les protocoles de seconde ligne (avec IP) à un prix maximal de 7000 FCFA par mois et par malade
- les ARV destinés aux enfants âgés de 0 à 15 ans sont gratuits
- la prise en charge des indigents est assurée gratuitement (celle-ci ne doit pas dépassée 10% du nombre total de malades pris en charge dans la structure)
- le traitement prophylactique dans les cas d'accidents d'exposition et de violences sexuelles est gratuit

- les examens semestriels de suivi biologique des patients sous ARV comprenant NFS complète, glycémie à jeun, transaminases hépatiques et numération lymphocytaire CD4 sont au prix de 16 000 FCFA par PVVIH semestriellement
- le traitement de la tuberculose est gratuit pour tous les malades, infectés ou non par le VIH ;
- dans le cadre de la PTME, la névirapine est gratuite pour les femmes et les enfants mais non la zidovudine (cp 300 mg) nécessaire à la bithérapie
- le traitement prophylactique des IO par le cotrimoxazole est gratuit
- le traitement de la toxoplasmose cérébrale par Sulfadiazine, Clindamycine, Pyriméthamine et Acide folinique est gratuit, ainsi que le traitement de la Cryptococose cérébrale et de la Candidose oesophagienne par le Fluconazole

En 2006, le Gouvernement camerounais prévoit de faire de la PTME un service de base en assurant l'accès gratuit de toutes les femmes enceintes séropositives à la bithérapie antirétrovirale. Parmi les barrières financières à l'accès, demeurent le coût du dépistage, dont le prix fixé théoriquement entre 1000 et 2000 FCFA est plutôt de l'ordre de 3000 à 12 000 FCFA dans les formations sanitaires et le coût des bilans de suivi biologique qui, bien que subventionnés à 16 000 FCFA, ne sont pas accessibles pour certaines personnes. Enfin, il convient de s'assurer du respect des tarifs définis par ces textes dans les formations sanitaires, à l'image du tarif du test de dépistage qui varierait fortement entre formations sanitaires, selon les interlocuteurs rencontrés.

- **L'offre de soins pour les PVVIH et la gestion de la stigmatisation**

Les services de prise en charge constituent également des lieux où se produit la stigmatisation des PVVIH. Au Cameroun, les formations sanitaires assurant la prise en charge des patients par traitement ARV sont :

- Les Centres de Traitement Agréés (CTA) : ces structures ont été créées par la décision N°0190/D/MSP/CAB du 30 mars 2001 du Ministre de la Santé Publique. A ce jour, il existe à notre connaissance 18 CTA et 5 CTa (Centre de Traitement affilié) répartis dans les 10 régions du pays. Les activités d'un CTa sont entièrement liées à celles du CTA auquel il est affilié. Ces structures de traitement sont essentiellement basées dans les hôpitaux généraux, centraux ou régionaux. Au total, 18 centres de traitement sont localisés dans les

structures sanitaires publiques ou parapubliques. Près de 50 % d'entre elles, sont localisées dans les villes de Douala et de Yaoundé : 7 à Yaoundé[14] et 2 à Douala[15]. Le secteur privé ne compte que 5 centres dont 2 dans les formations sanitaires d'entreprise.

Antérieurement, la décision N°0178/MSP/CAB du 16 mars 2001 définissait le cadre dans lequel doivent opérer les CTA. Aux termes de cette décision, les missions d'un CTA sont les suivantes :

- étudier les dossiers des patients
- sélectionner les patients devant bénéficier d'un traitement par les anti-rétroviraux en fonction de leurs critères clinico-biologiques
- prescrire les protocoles thérapeutiques adéquats en respectant les protocoles nationaux
- assurer la prise en charge globale (prise en charge des patients par les ARV, traitement des infections opportunistes et non opportunistes, prise en charge psychosociale)
- assurer à travers leurs pharmacies une dispensation des ARV
- assurer le suivi et la contre référence des patients
- assurer la prophylaxie d'urgence après exposition professionnelle ou toute autre exposition à risque notamment en cas de viol
- assurer le programme de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH en collaboration avec les services impliqués et le CNLS
- participer à la formation et au recyclage du personnel médical, paramédical et social en fonction du programme établi par le CNLS
- participer à la recherche opérationnelle
- tenir les statistiques et rendre compte trimestriellement de leurs activités au Comité National de Lutte contre le Sida

Afin d'assurer ces missions, la même décision ministérielle a défini les éléments nécessaires au bon fonctionnement des CTA. Il s'agit notamment de :

- ***Un comité thérapeutique*** comprenant un personnel médical, paramédical pharmaceutique et social formé pour la prise en charge globale des PVVIH.

[14] Hôpital Central, Hôpital Général, CNPS, Hôpital militaire (appui de MSF et projet IRD), Hôpital Jamot, CHU, Centre Mère Enfant pour la prise en charge pédiatrique.
[15] Hôpital Général et Hôpital Laquintinie.

C'est l'équipe maîtresse du CTA. Elle joue le rôle de comité scientifique, assure la prescription collégiale et le suivi des patients sous ARV.

- ***Un laboratoire*** disposant d'un équipement et de consommables médicaux adéquats pour le diagnostic et la confirmation de l'infection au VIH, pour les bilans biologiques, pré thérapeutiques et de suivie, pour le dépistage actif de la tuberculose.
- ***Une pharmacie*** dont le rôle est la dispensation des ARV et la consultation d'aide à l'observance. Celle-ci doit disposer de médicaments anti-rétroviraux prévus dans les protocoles thérapeutiques nationaux et des médicaments essentiels pour la prise en charge des infections opportunistes et non opportunistes et d'un outil informatique pour la gestion des données statistiques.
- ***Un comité d'éthique*** qui est garant des droits et des devoirs des PVVIH.

- Les Unités de prise en charge (UPEC) sont créées par décision ministérielle N°0454 du 22 septembre 2004. Ce sont des entités fonctionnelles de soins de formations sanitaires agréées par le Ministère de la Santé Publique pour la prise en charge spécialisée des PVVIH. Leurs missions, définit par l'article 2 de cette même décision ministérielle (Cf. Encadré 4 ci-dessous), sont de jouer le rôle de centre de référence pour le diagnostic de l'infection au VIH, d'assurer le traitement des IO, ainsi que le traitement de l'infection à VIH par les ARV au niveau du district de santé.

Dans ces différentes structures, l'inscription portée sur les murs contribue à renforcer la stigmatisation des personnes infectées. De même, le fait qu'aujourd'hui on retrouve une catégorie de professionnel (médecin spécialisé, psychologue, assistant social, agent relais communautaire) chargé de la prise en charge de ce type de patients contribue à renforcer des attitudes de non tolérance dans la mesure où ces professionnels n'interagissent qu'avec les PVVIH.

1.5.3. Un engagement de la communauté et du secteur privé pour la promotion des droits des personnes infectées et la prise en charge communautaire de la maladie

Avec l'appui de l'ONG Care Cameroun, un certain nombre d'activités visant à assurer la prise en charge communautaire ont été menées depuis quelques années (CNLS, 2009). Dans le cadre de la stigmatisation, il s'agit de la formation et du recyclage des leaders

d'associations et des organisations à base communautaire ou confessionnelle (OBC) sur la prise en charge globale et le soutien des PVVIH ; la fourniture des paquets minimum de soutien (soutien psychosocial, fourniture de brochure d'information sur la vie positive avec le VIH et référence vers les unités de traitement) à 25.095 PVVIH à travers des visites à domicilie de routine et des causeries éducatives, dans les OBC et dans les Centres de traitement, réalisées par les volontaires communautaires et les Agents de Relais Communautaire qui jouent un rôle important dans la lutte contre la discrimination des personnes infectées et de leur famille.

Dans le cadre de la promotion de la protection des travailleurs infectés et de la lutte contre la discrimination sur le lieu de travail, le Gouvernement a engagé avec le Bureau international du travail (BIT) un programme d'activité visant à réduire les effets de la discrimination sur l'accès au marché du travail et en milieu professionnel. La décision du Gouvernement de renforcer l'implication du secteur privé dans la réponse nationale a permis l'organisation en juin 2009 avec l'appui de l'Organisation internationale du travail (OIT), de l'atelier de promotion du Partenariat Public Privé dont le résultat majeur est la confirmation de l'engagement du Groupement inter patronal du Cameroun (GICAM) dans la lutte contre le VIH/SIDA. En effet, le GICAM dans son rapport moral présenté à tous ses membres lors de son assemblée générale tenue à Douala en décembre 2009 s'est proposé de lancer bientôt une campagne nationale de collecte des fonds pour permettre au Gouvernement d'acquérir les stocks d'anti rétro viraux dont il a aujourd'hui impérieusement besoin. Grâce au programme SIDA/OIT-COOP, la lutte contre le SIDA s'est étendue au secteur informel. Ainsi, les coopératives et organisations du secteur informel ont élaboré leurs politiques basées sur le recueil des directives pratiques du BIT, et leurs plans d'action de lutte contre le SIDA.

Les leaders des coopératives et des pairs-éducateurs-conseillers ont été formés sur différents aspects prioritaires de lutte contre le VIH/SIDA : planification, prévention, lutte contre stigmatisation-discrimination, soutien, soins et orientation. Les sessions de sensibilisation et de causerie éducatives organisées par les Comités de lutte contre le SIDA au sein des coopératives et des organisations du secteur informel ont permis de mobiliser les travailleurs et leurs familles sur les effets de la stigmatisation.

Ce chapitre a permis de montrer que divers éléments du contexte peuvent permettre de comprendre soit l'importance de la stigmatisation dans la société camerounaise. Ainsi, plusieurs aspects contextuels ont été développés pour faciliter la compréhension de ce contexte. La section suivante portera sur le cadre théorique de l'étude.

CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

Bien qu'il existe une pauvre littérature sur le phénomène de stigmatisation des PVVIH, on note que des travaux ont été développés ces dernières années avec l'ampleur du phénomène, résultant lui aussi du développement de la pandémie. En effet, une gamme de facteurs peut contribuer à l'explication des attitudes de non tolérance vis-à-vis des personnes infectées. Ce chapitre traite des études y relatives. Il est question de faire une synthèse de la littérature sur les facteurs explicatifs de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Cette synthèse de la littérature permettra de construire par la suite le cadre conceptuel de l'étude et de formuler l'hypothèse qui orientera les analyses.

2.1. REVUE DE LITTERATURE

La littérature sur les facteurs explicatifs des attitudes de non tolérance vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA reste encore mal connue et peu documentée. Néanmoins, celle déjà existante a révélé en effet que la stigmatisation des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA est liée à plusieurs facteurs. Il s'agit notamment des facteurs socioculturel, socio-économique, sociodémographique et institutionnel. Ces facteurs constituent pour les personnes atteintes ou affectées par cette maladie des obstacles les empêchant de se faire dépister, ou de se mettre sous traitements antirétroviraux. Ce qui peut par conséquent les exposer aux comportements sexuels à risque, cause principale de l'augmentation du taux de prévalence du VIH/SIDA dans différents pays. .

Dès son apparition en Afrique dans les années 1981, le VIH/SIDA a été perçu comme une maladie liée, à tort, à un comportement sexuel immoral. Les scientifiques ont d'abord cherché l'agent causal puis mis l'accent sur les mécanismes biologiques d'action du virus, l'histoire naturelle de la maladie et de l'épidémie, les moyens de prévention et de prise en charge, ne tenant pas compte des questions sociales, éthiques et des droits de la personne infectée.

2.1.1 Facteurs socioculturels

En examinant la manière dont les personnes atteintes du VIH/ SIDA et leur famille vivent la maladie, il apparaît que leur quotidien reste dominé par la stigmatisation (Becker Charles et al, 1997 ; Laurindo Da Silva, 1999). Dans la plupart de cas observés, les histoires de vie des patients montrent que *« vivre avec le VIH/ SIDA à un stade avancé »* est un fardeau dans la mesure où les rapports sociaux dans lesquels ils sont quotidiennement insérés, sont caractérisés par un effritement de liens de sociabilité. Ils suscitent toujours prudence et méfiance chez les autres dans l'usage de l'espace public. La perception quotidienne de cette pathologie et l'ensemble des réponses sociales et culturelles que les individus et les sociétés ont eues de la maladie justifie cette forte stigmatisation des personnes affectées. Depuis que le SIDA a fait irruption dans le langage populaire, on a assisté à l'amplification de diverses constructions sociales qui ont donné lieu à la fois à des stéréotypes et des attitudes visant à stigmatiser les personnes vivant avec la maladie, de même que les personnes apparentées à ces dernières.

On a généralement constaté que les problèmes posés par le VIH/SIDA sont liés à la recomposition des rapports sociaux entre le malade et son entourage. A partir des vécus familiaux et sociaux des PVVIH, il est apparu le plus souvent que ces personnes sont victimes de stigmatisation et d'attitudes discriminatoires, soit de la part des membres de leur famille, soit de la part de la communauté, du milieu socio-professionnel, du milieu scolaire et dans une certaine mesure de l'univers hospitalier. Ainsi, les attitudes que les acteurs sociaux adoptent face aux PVVIH ne sont pas toujours les mêmes selon les cadres sociaux et le lien de parenté avec le malade. Dans le monde social, les attitudes discriminatoires et la stigmatisation peuvent provenir des membres de la famille, des employeurs (Aventin, 1999), des collègues, des camarades et amis.

En Afrique subsaharienne, la perception de la maladie VIH/SIDA dépend en grande partie des contextes culturels et sociaux, affectant les comportements des individus vis-à-vis des personnes vivants ou affectées par cette maladie. Dans ce continent, chaque société est régie par un ensemble de normes et valeurs qui assurent l'harmonie et la cohésion sociale. Les comportements qu'adoptent les individus vis-à-vis des personnes atteintes ou supposées être atteintes par le VIH/SIDA sont en partie déterminés par ces normes et valeurs socialement

prescrites et valorisées. Ces valeurs sont très souvent associées à la perception de la sexualité et de la fécondité, du cadre dans lequel elles sont socialement validées.

Selon l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO, 2002), la culture désigne les modes de vie, les traditions et les croyances, les représentations de la santé et de la maladie, les perceptions de la vie et de la mort, les normes et pratiques sexuelles, les relations de pouvoir et les relations entre les sexes, les structures familiales, les langues et les moyens de communication, ainsi que les arts et la créativité. D'après cette définition, il apparaît clairement que la culture influence les attitudes et les comportements liés à l'épidémie du VIH/SIDA, notamment celles relatives à la stigmatisation des personnes atteintes. Le fait de prendre ou de ne pas prendre le risque de contracter le VIH, le fait d'accéder au traitement et aux soins, la façon dont sont définies les relations entre les sexes et les rôles qui mettent femmes et hommes en situation de risque, le fait d'apporter de l'aide ou au contraire de stigmatiser et de discriminer les personnes vivant avec le VIH/SIDA. La vulnérabilité socioculturelle s'explique par le fait que la sexualité est un sujet tabou, la communication ainsi que l'éducation à la prévention du VIH/SIDA sont insuffisantes, voire inexistantes.

2.1.1.1. Connaissances et perceptions de la maladie VIH/SIDA

Le niveau et le type de connaissance qu'une population a d'une maladie conditionne bien souvent son attitude et son comportement vis-à-vis de cette maladie ou vis-à-vis des personnes infectées ou affectées par elle. D'après le rapport d'analyse de l'EDS III, *« le comportement que les gens adopteraient dans différentes situations face à des personnes atteintes par le VIH/SIDA est révélateur du niveau de perception du risque de transmission du virus qui peut se traduire, dans la vie courante, par une stigmatisation à l'égard des personnes infectées par ce virus »*. En effet, en Afrique noire le SIDA s'inscrit dans un cadre structuro-culturel constitué de mythes, de croyances, d'idéologies, de symboles et de représentation de rites. L'analyse des comportements de rejet des personnes infectées par cette maladie exige donc la prise en compte de sa perception.

Le niveau d'acceptabilité des personnes vivant avec le VIH/SIDA dépend à priori non seulement du niveau général de connaissance de la population sur cette maladie, mais également des représentations et de l'image sociale que celle-ci a d'elle. L'ignorance de la

longue phase de séropositivité asymptomatique, l'association dans les représentations populaires de l'infection par le VIH/SIDA au non respect des valeurs morales souvent entretenue par certains messages d'IEC produisant une image extrêmement péjorative de l'infection (Gruenais et al, 1997). Les perceptions erronées de la maladie VIH/SIDA et certaines mœurs favorisent la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec cette maladie.

Dans certaines communautés rurales, le VIH/SIDA continue à être associé à la sorcellerie et aux malédictions, ce qui donne une apparente légitimité à l'ostracisme et à la stigmatisation, tout en désignant certaines personnes à la condamnation de leur propre communauté. Dans un débat de groupe thématique à Mbarara au Burkina Faso un homme vivant avec le VIH/SIDA a expliqué: «*Dans ma famille, j'ai été le premier à avoir le SIDA. A un certain moment, pendant des rites funéraires (pour une autre personne), on m'a annoncé que j'avais le SIDA et que j'avais attiré la malédiction sur la famille.*». En Afrique, le SIDA est une honte pour les personnes atteintes et leur famille. Dans une étude portant sur 731 personnes dans le district du Nord du Botswana en 1999, plusieurs enquêté(e) s ont proposé des solutions extrêmes pour éradiquer le SIDA : tuer les porteurs du VIH, soit en les brulant, soit en les « euthanasiant » à l'hôpital, leur faire porter une marque sur le corps, comme un tatouage sous l'aisselle, les isoler dans les hôpitaux (ONUSIDA, 2002-2003). A cause de la stigmatisation et de la discrimination, les personnes vivant avec le VIH peuvent ainsi se retrouver isolées, et privées de soins et de l'appui qui pourrait atténuer l'impact de l'épidémie. Même dans leur recherche de soins et d'appui, les personnes vivant avec le VIH/SIDA subissent les dures répercussions de la stigmatisation et de la discrimination. Celles qui cherchent les soins ou des conseils peuvent être rejetées précisément par les services qui devraient les aider, comme le montre une étude conduite en 2002 auprès de quelques 1000 médecins, infirmières et sages-femmes dans quatre Etats du Nigeria.

Sur 10 médecins et infirmières, un/une a admis avoir refusé de s'occuper d'un patient affecté par le VIH/SIDA, ou avait refusé l'admission dans un Hôpital à des patients affectés par le VIH/SIDA. Presque 40% pensaient que l'aspect extérieur d'une personne trahit sa séropositivité VIH, et 20% considéraient que les personnes vivant avec le VIH avaient adopté des comportements contraires à la morale, et qu'elles méritaient bien ce qui leur arrivait.

2.1.1.2. Crainte de la contagion

Une autre logique ayant la maladie pour substrat tire son origine principalement de la crainte de la contagion. De nombreuses personnes considèrent encore le SIDA comme une maladie contagieuse, et se tiennent à l'écart des personnes atteintes pour éviter la transmission par contact direct. La maladie constituant une source de stigmatisation depuis la nuit des temps. Les présomptions négatives fondées sur des valeurs, à propos des personnes vivant avec le VIH/SIDA alimentent les préjugés et la discrimination (ONUSIDA 2002).

Bien qu'elles ne fassent pas l'objet d'un jugement moral, les personnes atteintes souffrent alors d'une mise à l'écart quotidienne, là où elles vivent. C'est souvent le cas dans les familles africaines où les femmes et les jeunes filles chargées de l'entretien du malade, doivent supporter, outre l'excédent de travail, le fardeau de la peur permanente. Les personnes atteintes participent souvent elles-mêmes à cette crainte, n'osant affirmer leur non contagion, et s'auto-excluent en pensant protéger leurs proches (Desclaux, 2003). Cette logique d'exclusion peut être amendée par l'information sur les modes de transmission et sur les précautions nécessaires.

2.1.1.3. Croyance religieuse

Certaines croyances religieuses ou morales, amènent à penser qu'avoir le VIH/SIDA est dû à une faute morale. C'est un synonyme de l'adoption de mœurs légères ou des activités sexuelles déviantes qui mérite un châtiment. L'interprétation de la maladie comme une sanction consiste à tenir les personnes pour « responsables et coupables de leur atteinte » car elle prend encrage dans des théories explicatives qui considèrent que la maladie est provoquée par la transgression de « tabous » sanctionnée par des puissances surnaturelles. Cette logique considère le SIDA comme la conséquence du non respect des normes sociales, et les malades comme des coupables « punis » qui doivent supporter les conséquences de leur inconduite. En effet, certaines personnes pensent que le SIDA est une maladie d'origine démoniaque, de ce fait, sa prévention nécessite l'intervention du féticheur ou du charlatan (Ndonko et al, 2000). Du fait de son lien avec des comportements relatifs à la sexualité et au sang, porteur d'une forte charge symbolique, l'infection au VIH est particulièrement soumise à cette interprétation qui fonde des discours de rejet et de condamnation. De ce fait, dans les systèmes religieux fortement intégrés, comme c'est souvent le cas avec les mouvements fondamentalistes

religieux, la non tolérance d'une personne atteinte peut être recommandée à cause de l'assignation de son comportement sexuel à une sorte de déviance.

Les personnes vivant avec le VIH/SIDA sont souvent considérées comme étant responsable d'avoir contracté la maladie. A cause de la stigmatisation et de la discrimination associées au VIH/SIDA, certaines ressources essentielles à la prévention de l'infection sont détournées de leur objectif. A qui parler, comment et quand, voilà des questions qui suscitent la peur, l'angoisse chez de nombreuses personnes vivant avec le VIH/SIDA et peuvent les empêcher de rechercher un traitement et des soins (Moynihan et al. 1995 ; Omangi, 1997).

2.1.1.4. Rôles sociaux des sexes

Les conséquences d'une infection ne sont pas les mêmes pour les femmes que pour les hommes. Des idéologies et des croyances établies depuis longtemps considèrent comme logique, que les hommes recherchent de nombreuses partenaires (et ils sont même admirés dans leur milieu pour cela), et que les femmes doivent se limiter à un seul partenaire. Dans une certaine mesure, ces pratiques trouvent leur légitimité dans le mariage traditionnel qui refuse aux femmes la possibilité d'élever des objections lorsque leur mari les met en situation de risque. Les auteurs du rapport ougandais citent le travail de Ngugi (1996) : « *Je savais que mon mari avait des relations sexuelles en dehors de notre mariage avec plusieurs partenaires, mais, selon notre tradition, je n'avais aucun pouvoir de refuser de faire l'amour avec lui. C'est mon mari et il a payé la dot de la mariée. Je suis séropositive et je suis très amère. En raison de mon statut socio-économique, je ne peux tout simplement pas m'en aller.*»

Les différences de comportement à l'égard des femmes trouvent leur origine dans les valeurs et croyances traditionnelles. Les valeurs culturelles et les systèmes de valeurs africains augmentent la discrimination des femmes infectées, même dans le mariage. La plupart des femmes ont contracté le VIH en raison de ces normes et valeurs culturelles injustes, qui permettent des relations sexuelles extra maritales pour les hommes (ONUSIDA, mai 2002, Recherches effectuées en Inde et en Ouganda).

2.1.1.5. Niveau d'instruction

La crainte de la stigmatisation et de la discrimination détourne du dépistage, et incite les personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA à se taire, à se priver de soins et d'une

attention sociale et humaine pourtant indispensables. D'après une étude réalisée par le PNUD en 1989 et en 1991 à Brazzaville au Congo sur l'acceptabilité du test de dépistage volontaire par niveau d'instruction il a été révélé que, le niveau d'acceptabilité le plus faible est observé chez les personnes les plus instruites, par peur de stigmatisation. En effet, en 1989 les résultats obtenus sont respectivement de 40%, 28,5% et 11,8% chez celles du collège, du lycée et du niveau supérieur. Les mêmes tendances sont observées en 1991 avec une baisse notable chez les personnes du lycée et du supérieur : 51,1% au collège, 20,6% au lycée et 9,2% dans le supérieur. Ces résultats montrent que les personnes les plus instruites ont tendance à refuser le test de dépistage volontaire. Selon les mêmes sources, les personnes les plus instruites, mieux informées ont une plus grande crainte d'être testées du fait d'une parfaite perception des conséquences de la connaissance de son statut sérologique par soi-même et surtout par autrui (Ndolo, 1997).

Ces résultats vont dans la même vision que ceux du rapport de l'EDS III, où il est démontré que les individus qui ne sont pas instruits stigmatisent et discriminent plus que ceux qui ont un niveau d'instruction secondaire et plus, car n'ayant pas une bonne appréhension des conséquences de la connaissance du statut sérologique. Les personnes qui sont instruites ont tendance à avoir une attitude favorable ou de tolérance vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA, tandis que les personnes sans instruction ont une attitude beaucoup moins favorable envers ces malades (16% contre 1%).

2.1.2. Facteurs économiques

2.1.2.1. Perte de revenus au niveau des ménages et des familles

Plusieurs études ont montré que l'effet net de l'épidémie sur le Produit Intérieur Brut (PIB) par habitant est négatif et peut-être même important (ONUSIDA, 2002). Pour les pays dont les taux nationaux de prévalence sont de 20%, la croissance annuelle du PIB chute en moyenne de 2,6% (ONUSIDA, 2002). Selon l'étude du Fonds des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO) réalisée en 2001, les impacts du SIDA sont multiples et multiformes, notamment en milieu rural. L'étude révèle que l'impact de la maladie sur l'exploitation de la terre est d'autant plus ressenti lorsque la personne infectée est elle-même chef de famille exploitant le(s) champ(s) car, lorsque ce dernier meurt, le champ est cultivé par les enfants et leur mère, et les conséquences se traduisent par une baisse de la production

et par ricochet des revenus du ménage. Ce qui amènerait à mal percevoir cette maladie y comprit ceux qui sont atteints.

Au Niger, il a été constaté une diminution du revenu du ménage lorsque l'un ou les deux conjoints sont malades. (PNLS/IST, Niger 2006). A l'échelle mondiale, les personnes vivants avec le VIH/ SIDA constituent un obstacle important à la réalisation de l'accès universel des enfants à la scolarisation d'ici 2015 (objectif clé de l'Initiative 'Education pour tous' de l'UNESCO et des Objectifs de développement pour le Millénaire). On estime à un milliard de dollars par année le coût supplémentaire net susceptible de compenser les effets du VIH/ SIDA - perte et absentéisme des enseignants et encouragements à la demande destinés à maintenir à l'école les orphelins et autres enfants vulnérables. Dans ce cas de figure, d'autres conséquences à long terme seront que les enfants non encadrés, abandonnés à eux-mêmes ne pourront acquérir le savoir-faire que leurs parents leur auraient transmis.

Les efforts de la famille pour faire face à la stigmatisation et à la discrimination exercée par la communauté ont également des conséquences sur la qualité des soins. Les familles peuvent protéger leurs membres infectés de la communauté en les gardant à la maison ou en les protégeant de toute interrogation (Lwihula et al., 1993). Le succès de ces stratégies pourra dépendre des ressources du ménage concerné et de sa capacité à fournir des soins sans faire appel à l'aide des membres de la communauté.

La peur d'être rejetées et stigmatisées par leur famille et la communauté où elles vivent peut empêcher les personnes vivant avec le VIH/SIDA de révéler leur statut sérologique aux membres de leur famille (McGrath et al., 1993). Les familles peuvent aussi rejeter les membres séropositifs en raison non seulement du caractère honteux associé au VIH/SIDA, mais également des connotations d'homosexualité, de toxicomanie et de mœurs légères répréhensibles qu'évoque le VIH/SIDA (Panos, 1990; Misra, 1999; Mujeeb, 1999).

2.1.2.2 L'emploi et le lieu de travail

Le VIH se propage rarement dans la majorité des lieux de travail, alors que le risque supposé de contagion a été utilisé par nombre d'employeurs pour mettre fin à un emploi ou refuser une embauche (Barragán, 1992; Gostin, 1992; Panos, 1992; Shisam, 1993, Hasan et al, 1994; Omangi, 1997). Les faits montrent que les personnes vivant avec le VIH/SIDA qui

parlent franchement de leur séropositivité au travail risquent de faire l'objet d'une stigmatisation et d'un ostracisme de la part de leurs collègues (Panos, 1990; Gostin, 1992; Gostin & Lazzarini, 1997). Un dépistage préalable à l'emploi existe dans de nombreuses industries, notamment dans les pays où les ressources pour les tests sont disponibles et à un prix abordable. Dans les pays plus pauvres, on a également signalé ce dépistage, notamment dans les industries où les employés peuvent bénéficier d'assurances maladie (Parker, 1991; Jackson & Pitts, 1991). Les régimes d'assurance financés par l'employeur pour les soins médicaux et le paiement des retraites des employés sont l'objet de pressions croissantes dans les pays qui ont été gravement touchés par le VIH/SIDA. Certains employeurs ont profité de ces pressions pour refuser un emploi à des personnes vivant avec le VIH/SIDA (Whiteside, 1993; Williams & Ray, 1993).

Seules quelques entreprises dans des pays en développement semblent avoir mis au point des stratégies pour lutter contre la peur, la stigmatisation et la discrimination sur les lieux de travail (Hughes, 1988), et un nombre également réduit a commencé à définir les responsabilités des employeurs vis-à-vis des employés ayant le VIH/SIDA (Jackson et Pitts, 1991; Bezmalinovic, 1996).

2.1.2.3. Le fardeau économique de la maladie

Compte des coûts directs et indirects liés à la prise en charge de la maladie, les chances de se faire suivre nécessitent d'importantes ressources financières. A ce titre, le patient peut recourir à d'autres formes d'assistance (famille, assurance, etc.). Ainsi, le fardeau de la maladie prédispose les personnes infectées à la stigmatisation. La perte de revenu, le surcroît des dépenses liées aux soins, ainsi que l'augmentation des coûts de la santé et des obsèques entraînent la pauvreté. Le VIH/SIDA est donc un obstacle au progrès et à l'expansion économique, raison pour laquelle les personnes infectées pourraient êtres marginalisées et discriminées dans le secteur de la production. Car la grande majorité des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le monde serait constituée de la population âgée entre 15 et 60 ans, période de la vie active. Le SIDA affaiblit l'activité économique en réduisant la productivité, en augmentant les coûts, en réorientant les ressources et en amenuisant les compétences.

L'impact du VIH/SIDA sur la main d'œuvre, les entreprises et les ménages est lourd dans la mesure où le SIDA engendre une demande accrue de ressources et de services à tous

les niveaux de la société, tout en affaiblissant les fondements même de l'économie et de l'Etat. La production agricole qui reste le secteur dominant des économies africaines est affectée par l'épidémie, entraînant ainsi une baisse des coûts des principaux produits d'exportation et mettant en péril par la même occasion la sécurité alimentaire des populations ; comme cela a été observé par l'ONUSIDA en 2002 en Ouganda et en Tanzanie. Tous ces facteurs seraient donc aux fondements du rejet des personnes atteintes par le VIH/SIDA.

2.1.3. Facteurs institutionnels

2.1.3.1. Pratique du dépistage obligatoire

Dans nombre de pays, certaines pratiques discriminatoires comme le dépistage obligatoire de certaines populations ou *«groupes à risques»* causent à la fois une stigmatisation supplémentaire de ces groupes et un faux sentiment de sécurité chez ceux qui ne se considèrent pas comme appartenant à ces catégories de population. La stigmatisation et la discrimination peuvent également se produire à la suite d'un ensemble de réactions au VIH/SIDA qui se sont manifestées au niveau de la communauté.

On a signalé de nombreux cas où des individus soupçonnés d'être infectés ou d'appartenir à un groupe particulier avaient été harcelés ou traités en boucs émissaires. Cette attitude est souvent encouragée par le besoin de trouver un coupable et de punir et peut, dans des cas extrêmes, aller jusqu'à des actes de violence et à des meurtres (Nardi et Bolton, 1991).

Les professionnels du sexe et les enfants des rues du Brésil ont ainsi été l'objet de violence et de mauvais traitements (Peterson, 1990 ; Byrne, 1992). Des meurtres liés au VIH/SIDA ont été signalés dans des pays aussi différents que l'Afrique du Sud, le Brésil, la Colombie, l'Ethiopie, l'Inde, la Thaïlande (Panos, 1990 ; AFAO, 1997). En décembre 1998, Gugu Dhlamini a été lapidée et battue à mort par des voisins dans sa township proche de Durban (Afrique du Sud) parce qu'elle avait parlé franchement de sa séropositivité lors de la Journée mondiale du SIDA (Panos, 1990 ; AFAO, 1997).

2.1.3.2. Criminalisation de la transmission du VIH

Le recours au droit pénal en cas de transmission du VIH, représente une tendance dangereuse qui alimente la perception selon laquelle les personnes vivant avec le VIH sont des criminels en puissance, qui compromettent la réalisation de l'accès universel (ONUSIDA,

2002). Les lois criminalisant la transmission du VIH existent au niveau national et sous-national dans au moins 36 pays (GNP+ & TGT, 2005 ; Chan, 2006 ; Burris, 2007 ; Pearhouse, 2007).

Certes l'instauration de ces lois peut s'expliquer par la frustration qu'engendrent des taux d'incidence du VIH continuellement élevés, mais il s'agit là d'une stratégie peu perspicace qui ne munit pas les individus de vrais moyens légaux ou d'autre nature pour réduire leur vulnérabilité au VIH. Investir dans des programmes de prévention du VIH étayés par des preuves, et destinés à la fois aux personnes séropositives et aux personnes séronégatives, représente une solution plus rationnelle et plus efficace pour réduire la vulnérabilité à l'infection que l'application de lois criminalisant la transmission du VIH, qui ne font qu'aviver la stigmatisation et la discrimination. Dans les pays où la transmission du VIH est passible de lourdes peines, l'ONUSIDA recommande de n'appliquer le droit pénal qu'en cas de préméditation, c'est-à-dire lorsque quelqu'un a agi avec l'intention de transmettre le VIH, et a effectivement transmis le virus.

2.1.3.3. Incapacité des gouvernements à protéger les personnes vivant avec le VIH/SIDA

L'incapacité des gouvernements à protéger les personnes vivant avec le VIH/SIDA de la stigmatisation et de la discrimination, par la loi où une application active de telles lois, constitue une violation des droits humains de ces personnes. L'immobilisme de certains gouvernements en matière de prévention, de traitement et de soins peut aussi provenir d'une stigmatisation plus profondément ancrée dans la société.

Les lois, mesures restrictives et coercitives fréquemment utilisées pour «protéger» la société de l'infection sont la cause de la discrimination et même de l'exclusion de ceux qui sont déjà infectés qui insistent sur la notification obligatoire des cas de VIH/SIDA et la restriction du droit de tout individu à l'anonymat et à la vie privée, ainsi que le droit des personnes infectées à se déplacer, ont été justifiées en invoquant le fait que la maladie constituerait une urgence de santé publique (Manuel et al., 1990). Même si de telles réactions peuvent se justifier à propos d'autres maladies infectieuses, dans le cas d'une affection déjà fortement stigmatisée comme le VIH/SIDA, elles aboutissent à des mesures punitives qui créent une nouvelle discrimination contre les personnes vivant avec le VIH/SIDA et peuvent pousser les personnes contaminées et ceux qui sont les plus vulnérables à rester dans la clandestinité (Gostin & Lazzarini, 1997).

Les gouvernements et les autorités nationales contribuent encore autrement à la stigmatisation liée au VIH/SIDA. Par exemple, ils peuvent occulter des cas ou ne pas assurer le fonctionnement de systèmes de notification fiables et transparents (Milner, 1991; Whiteside, 1993). Passer sous silence l'existence du VIH/SIDA, rester passif devant les besoins des personnes séropositives et refuser de reconnaître le début d'une épidémie sous le prétexte que le VIH/SIDA «ne peut pas arriver chez nous» comptent parmi les réactions de rejet les plus fréquentes (Daniel, 1991; Milner, 1991). Ce genre d'attitude renforce la stigmatisation, car elle fait apparaître comme anormaux et exceptionnels les quelques individus dont le VIH/SIDA est avéré. Ces réactions empêchent les populations d'apprécier de manière plus réaliste la vulnérabilité de l'individu et elles contribuent à accroître la vulnérabilité vis-à-vis de l'épidémie (Mann, Tarantola & Netter, 1996; ONUSIDA, 1997).

2.1.3.4. Les facteurs liés à l'offre de service

Nombre de rapports révèlent que des individus font l'objet de stigmatisation et de discrimination de la part des services de santé. Les soins sont refusés de plus en plus fréquemment (voir par exemple, AIDS Bhedhan Virdhi Andolan, 1993 ; Carvalho et al., 1993; Paneblanco et al., 1994), il existe également des cas où les malades ont, été laissés dans leur lit sans que le personnel hospitalier ne s'en occupe (Daniel et Parker, 1990 ; Ogola, 1990 ; Masini et Mwampeta, 1993) ; des cas de test de séropositivité sans consentement préalable, des entraves à la vie privée, et de refus d'accès aux installations hospitalières et aux médicaments (voir, par exemple, Paneblanco et al., 1994).

Ces réactions sont en partie dues à l'ignorance qui entoure les conditions de transmission du VIH/SIDA (Kegeles et al. , 1989 ; Herek et Capitano, 1993 ; Herek et al., 1998) ; à la peur (Blendon et Donelan, 1988 ; Tesch, Simpson et Kirby, 1990 ; Rosasco Dulato, 1992) ; aux présomptions moralisatrices de culpabilité (Cole, Zhang et Chen, 1993 ; Masini et Mwampeta, 1993) ; et au fait que le VIH/SIDA est une maladie perçue comme incurable. Tous ces éléments contribuent à faire apparaître comme inutile la prestation de soins de santé de bonne qualité.

L'absence de respect de la vie privée a été citée de nombreuses fois comme problème particulier dans les structures sanitaires. La pratique varie considérablement selon le pays et selon les structures sanitaires au sein d'un même pays. Dans certains établissements, des

panneaux ont été placés prêts des gens vivant avec le VIH/SIDA, sur lesquels on pouvait lire des mots comme « Séropositifs » et « SIDA » (Panos, 1990 ; Singh, 1991).

Ailleurs, les personnes séropositives ont été inscrites sur des registres et leurs noms ont été communiqués aux médias et à la police sans leur autorisation (Panos, 1990 ; Singh, 1991).

2.1.3.5. Pratique d'interruption de grossesse chez les femmes infectées par le VIH/SIDA

En Thaïlande, l'infection asymptomatique des enfants est connue et recherchée avant même la naissance des enfants, puisque le dépistage est systématiquement proposé aux femmes en consultation prénatale depuis 1991. La notion de risque VIH concernant les enfants de mères séropositives, est connue par la population et est traitée par les média. La prévention de la transmission mère-enfant du VIH est disponible en Thaïlande. Cependant, la première mesure proposée à une femme enceinte dont on vient de découvrir la séropositivité en consultation prénatale est d'une autre nature : il s'agit d'une interruption de grossesse suivie d'une ligature tubaire.

La majorité des médecins proposent l'interruption de grossesse qui semble pour eux « aller de soi » dans le contexte du VIH, et les soignants rapportent que la majorité des femmes acceptent cette proposition. Dans un hôpital de Bangkok, 74% des femmes séropositives ont eu une ligature tubaire après leur interruption de grossesse ou leur accouchement. Ce taux était de 76% parmi les femmes âgées de moins de 20 ans et la tranche d'âge la plus représentée était celle de 20 ans à 24 ans (Paisarntantiwong et al, 1995). Il s'agit là d'une autre forme de stigmatisation et de discrimination des femmes infectées par le VIH/SIDA. L'absence de procréation chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA ne devrait pas en réalité être considérée comme une stratégie de prévention légitime d'un point de vue médical car l'absence de procréation ne réduit pas le risque individuel.

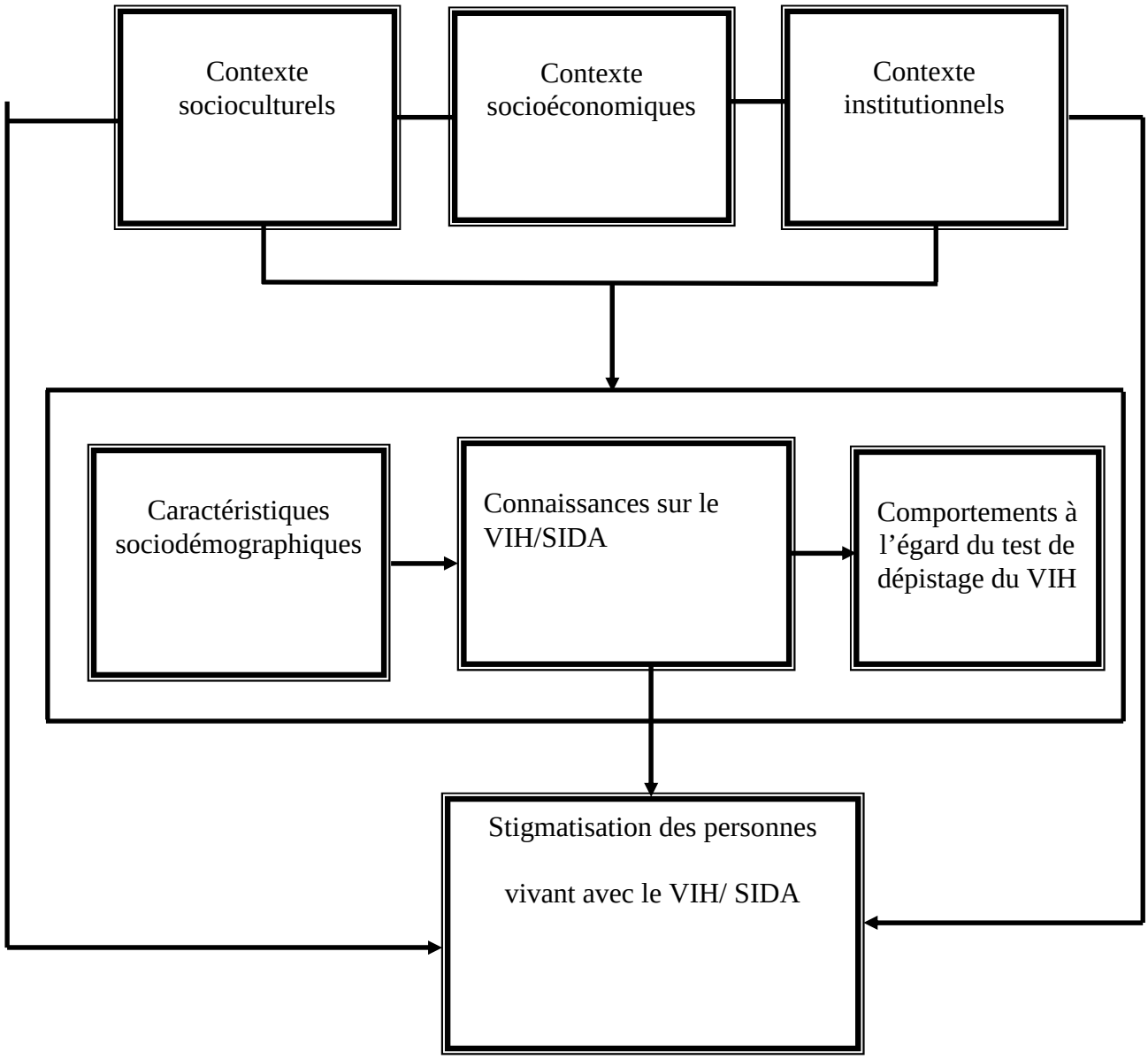
2.2. CADRE CONCEPTUEL

2.2.1. Hypothèse générale et schéma conceptuel

L'hypothèse générale qui sous-tend ce travail est que le risque de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA s'explique par les facteurs socioculturels, socio-économiques et institutionnels qui, à travers les caractéristiques sociodémographiques, la connaissance sur le VIH/SIDA et la pratique du test de dépistage, prédisposent les individus à

la stigmatisation des personnes infectées. Le schéma conceptuel qui découle de cette hypothèse de base, est représenté par la figure 2.1 ci-après.

Figure 2. 1 : Schéma conceptuel des attitudes de non tolérance des personnes vivant avec le VIH/SIDA



Ce schéma montre que les facteurs socioculturels, socio-économiques et institutionnels constituent la sphère globale agissant sur la perception des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Ces facteurs sont déterminants dans l'orientation et le contrôle de la stigmatisation des personnes atteintes par le VIH/SIDA, et agissent aussi de façon directe qu'indirecte. L'influence indirecte de ces facteurs sur la perception des malades du VIH/SIDA est conditionnée par un groupe de facteurs que sont les caractéristiques sociodémographiques,

la connaissance sur le VIH/SIDA et la pratique du test de dépistage. Nous supposons à travers cette relation que les caractéristiques sociodémographiques, la connaissance sur le VIH/SIDA et la pratique du test de dépistage influencent les attitudes des individus envers les personnes vivant avec cette maladie.

Les facteurs socioculturels à travers le niveau d'instruction, la religion, les rôles sociaux de sexe justifient directement les attitudes de non tolérance vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Les facteurs socio-économiques exercent aussi une influence sur la connaissance relative au VIH/SIDA qui à son tour agit sur les attitudes de non tolérance vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Quant aux facteurs institutionnels, l'existence ou non des politiques et programmes en matière de lutte contre le rejet des personnes vivant avec le VIH/SIDA agit directement sur les attitudes de non tolérance vis-à-vis de ces personnes.

2.2.2. Définition des concepts

Contexte socioculturels

Les facteurs socioculturels sont des facteurs relatifs aux structures sociales et à la culture, qui contribuent à les caractériser. Ils désignent ainsi les caractéristiques sociales et culturelles du milieu dans lequel vivent les personnes vivant avec le VIH/SIDA ainsi que les personnes qui manifestent une attitude de non tolérance vis-à-vis de ces personnes infectées. Ils se définissent également comme l'ensemble des caractéristiques et des conditions qui déterminent et modulent à des degrés divers les valeurs et normes propres aux groupes socioculturels d'origine (Rwenge, 1999). Ce concept est appréhendé par la région de résidence, la religion et le niveau d'instruction.

Contexte socio-économiques

Les facteurs socio-économiques désignent l'ensemble des facteurs qui contribuent à la transformation du cadre de vie des individus et des ménages. Autrement dit, ce sont des facteurs qui rendent compte des conditions économiques dans lesquelles vivent les individus. Ils renseignent sur la capacité à satisfaire les besoins sanitaires, financiers, alimentaires et

matériels d'une personne ou d'un ménage. Dans le cadre de cette étude, ce concept sera appréhendé par le niveau de vie du ménage.

Contexte institutionnels

Il s'agit ici de la disponibilité et de l'acceptabilité des structures sanitaires par les individus, mais aussi de la volonté des gouvernements à mettre sur pieds des mesures visant à éradiquer la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Pour opérationnaliser ce concept, nous retenons le milieu de résidence, en supposant que d'un milieu à l'autre, ces structures peuvent être disponibles, notamment en milieu urbain.

Caractéristiques sociodémographiques

Les facteurs sociodémographiques renvoient aux caractéristiques des individus enquêtés. Il s'agit dans cette étude de l'âge et du sexe des individus qui manifestent une attitude d'intolérance vis-à-vis des personnes infectées par le VIH/SIDA.

Connaissances sur le VIH/SIDA

Les connaissances sur le VIH/SIDA désignent l'ensemble des informations dont dispose un individu sur le SIDA. Dans le cadre de cette étude, il s'agit des connaissances sur les moyens de transmission et de prévention du VIH/SIDA.

Comportement à l'égard du test de dépistage du VIH

Le comportement à l'égard du test de dépistage du VIH est le fait d'aller volontairement dans un centre indiqué pour se faire tester le VIH.

Stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA

La stigmatisation est liée à une perception péjorative des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Elle est une construction sociale ou un regard qu'un individu ou groupe d'individus peuvent avoir ou se faire d'une personne infectée par le VIH/SIDA. C'est une attitude fondée sur un discrédit. Ce concept est appréhendé dans cette étude par l'attitude de non tolérance vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

2.3. CADRE D'ANALYSE

2.3.1. Hypothèses spécifiques

H1 : *La prévalence du VIH/SIDA étant plus faible dans les régions du Nord et de l'Extrême Nord*, l'on s'attend à ce que les individus qui résident dans ces régions aient plus de risque d'adopter une attitude de non tolérance vis-à-vis des personnes infectées par le VIH/SIDA que ceux qui résident dans les autres régions.

H2 : *Les individus qui pratiquent la religion musulmane étant les moins infectés par le VIH* courent plus de risque d'adopter une attitude de non tolérance vis-à-vis des personnes infectées par le VIH/SIDA que ceux qui pratiquent la religion chrétienne.

H3 : *L'entrée en union et en activité sexuelle étant précoce en milieu rural*, nous supposons que les individus qui y résident sont plus prédisposés à adopter une attitude de non tolérance vis-à-vis des personnes infectées par le VIH/SIDA que ceux résidant en milieu urbain.

H4 : *Le niveau d'instruction pouvant doter un individu de capitaux intellectuels permettant d'avoir de bonne connaissance sur le VIH/SIDA*, nous postulons que les individus sans niveau d'instruction ne possédant pas de connaissances sur le VIH/SIDA courent plus de risque d'adopter une attitude de non tolérance vis-à-vis des personnes infectées par le VIH/SIDA que ceux d'un niveau secondaire et plus.

H5 : *Compte tenu des rôles sociaux de sexe, le risque d'adopter une attitude de non tolérance vis-à-vis des personnes infectées par le VIH/SIDA est différencié selon le sexe de l'individu*. Ainsi, les femmes sont beaucoup plus enclines à l'adoption de ce type d'attitude.

H6 : *Compte tenu de l'incidence de la pandémie dans les couches pauvres de la société*, nous supposons que les individus vivant dans les ménages ayant un niveau de vie faible n'ayant pas de connaissances sur le VIH/SIDA sont plus prédisposés à adopter une attitude de non tolérance vis-à-vis des personnes infectées par le VIH/SIDA que ceux vivant dans les ménages ayant un niveau de vie élevé.

H7 : *Les individus âgés étant plus récepteurs aux valeurs traditionnelles*, ils sont les plus susceptibles d'adopter une attitude de non tolérance vis-à-vis des personnes infectées par le VIH/SIDA que les jeunes.

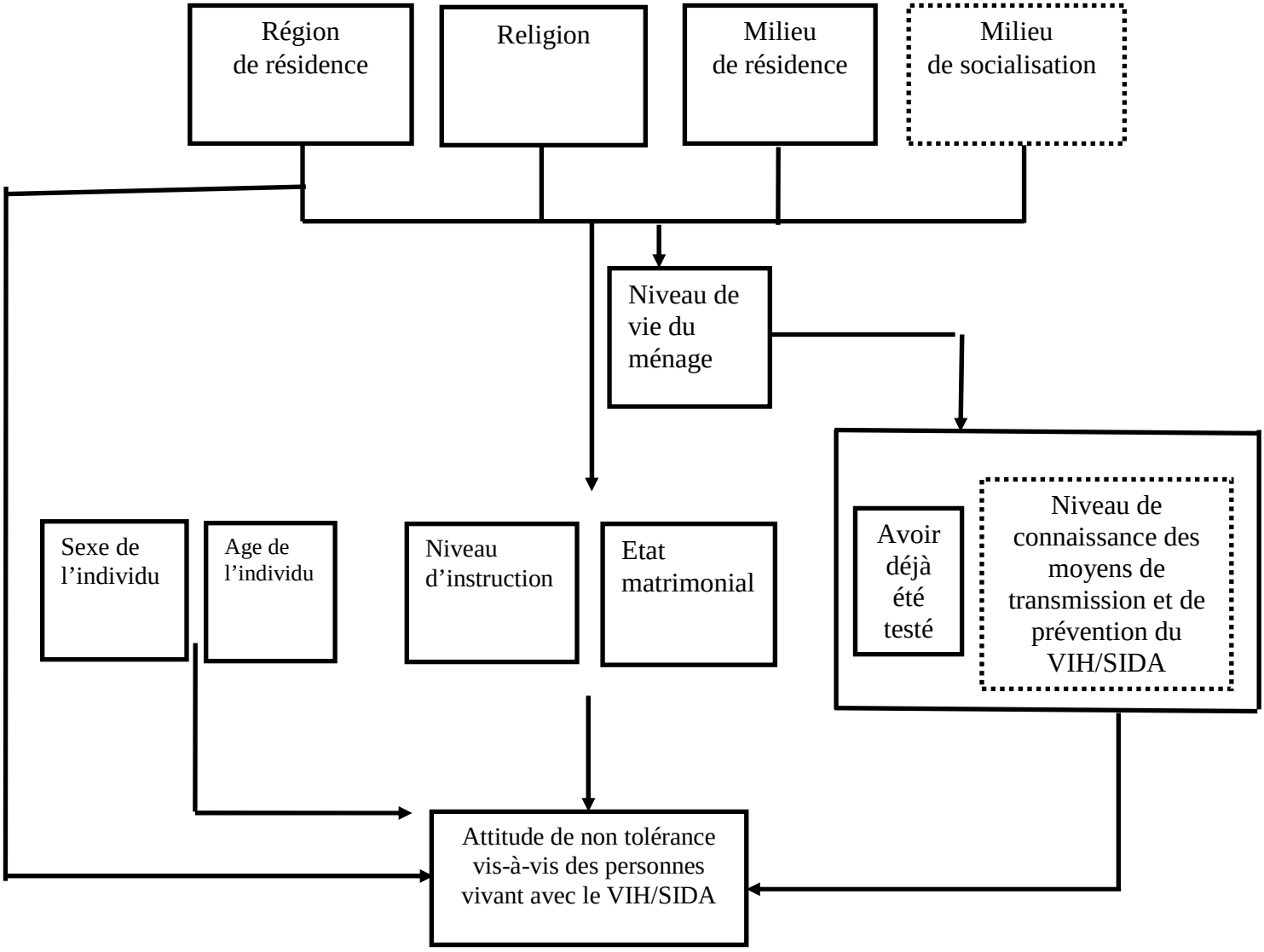
H8 : *La peur d'être contaminée par le virus de la maladie VIH/SIDA ou de savoir son statut sérologique détourne les individus de la pratique du test de dépistage volontaire du VIH.* Ainsi, les individus qui n'ont jamais effectués le test de dépistage volontaire courent plus de risque d'adopter une attitude de non tolérance vis-à-vis des personnes infectées par le VIH/SIDA que ceux qui l'effectuent.

H9 : *Compte tenu du faite que la prévalence du VIH/SIDA est plus élevée chez les célibataires que chez les mariés* , nous postulons que les mariés sont ceux qui risquent le plus d'adopter une attitude de non tolérance vis-à-vis des personnes infectées par le VIH/SIDA que les célibataires.

2.3.2. Schéma d'analyse

La synthèse de ces hypothèses est présentée par le schéma d'analyse (figure 2.2). Il complète et explicite le schéma conceptuel de la figure 2.1.

Figure 2. 2 **: Schéma d'analyse**[16]



[16] Le cadre en pointillée signifie que la variable ne sera pas prise en compte dans les analyses

La synthèse de la littérature a permis de rendre compte de quelques approches explicatives du phénomène de stigmatisation des PVVIH et des risques d'adopter une attitude de non tolérance vis-à-vis des personnes infectées. Il ressort de cette revue de la littérature que plusieurs facteurs ont été développés. Il s'agit principalement des facteurs socioculturels, socio-économiques, institutionnels et sociodémographiques. De cette revue de littérature a découlé un schéma conceptuel et l'hypothèse générale de l'étude. Le chapitre suivant fournit plus de précision sur la méthodologie qui est utilisée pour les analyses.

CHAPITRE 3 : ASPECTS METHODOLOGIQUES

Dans la recherche en sciences sociales, la définition de la méthodologie reste une étape importante dans la mesure où elle permet de décrire les données à utiliser et les outils d'analyses dont se sert le chercheur. Ce chapitre donne des précisions sur la méthodologie utilisée. Ainsi, les questions qui sont abordées dans cette partie concernent la présentation de la source de données, l'évaluation de la qualité des données, la définition des variables opérationnelles et la définition des méthodes d'analyses.

3.1. SOURCE DE DONNEES

La source de données utilisées dans cette étude est l'Enquête Démographique et de Santé (EDS-III), réalisée sur le territoire camerounais en 2004. Cette enquête, la troisième du genre que le Cameroun a mené, a été conduite par l'Institut National de la Statistique (INS), en collaboration avec le Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) et le Bureau Central des Recensements et des Etudes de Population (BUCREP). Elle a bénéficié de l'assistance technique d'ORC Macro, organisme en charge du programme international des Enquêtes Démographiques et de Santé. L'EDSC-III a été réalisée grâce à l'appui financier de la Banque Mondiale par le biais du Projet d'Appui au Programme Multisectoriel de Lutte contre le SIDA, l'USAID, l'UNICEF et l'UNFPA. Elle a également bénéficié de l'apport financier du Gouvernement camerounais et de sa contribution par la mise à disposition des cadres techniques et de la logistique.

3.1.1. Objectifs de l'EDSC III

L'EDS-III couvre l'ensemble de la population et certains groupes spécifiques dont une attention particulière leur est accordée. Elle permet en fait la mise à jour des indicateurs de base sur la situation démographique et sanitaire estimées lors des enquêtes précédentes de 1991 (EDS-I) et de 1998 (EDS-II). L'EDSC-III fournit des informations sur les niveaux de fécondité, l'activité sexuelle, les préférences en matière de fécondité, la connaissance et l'utilisation des méthodes de planification familiale, les pratiques de l'allaitement, l'état nutritionnel des femmes et des enfants de moins de cinq ans, la mortalité infantile, la mortalité adulte, y compris la mortalité maternelle, la santé de la mère et de l'enfant et en particulier sur la connaissance, les attitudes et les comportements vis-à-vis du VIH/SIDA et autres infections sexuellement transmissibles. C'est d'ailleurs dans le cadre des attitudes vis-à-vis du VIH/SIDA que des questions ont porté sur le sujet traité dans ce travail.

Cette enquête a connu plusieurs innovations, notamment la collecte des informations sur les pratiques relatives à la circoncision, à l'excision. Des thématiques comme les comportements et pratiques en matière de prévention et de traitement du paludisme ont également été traité car il s'agit de l'une des causes majeures de la mortalité maternelle et infantile au Cameroun. Parmi ces grandes innovations, on note surtout l'introduction d'un module sur la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA au Cameroun. Pour ce module sur lequel nous portons une attention, quatre questions ont été posées aux individus enquêtés, à savoir :

- Si l'on peut accepter garder secret le statut d'un membre de sa famille qui est séropositif,
- Si l'on peut accepter de prendre soin chez soi d'une personne séropositive,
- Si l'on peut accepter qu'une enseignante séropositive continue à enseigner et
- Si l'on peut acheter des légumes frais chez un commerçant séropositif, afin de saisir la perception de ces derniers vis-à-vis des personnes infectées par le VIH/SIDA.

Ces questions peuvent contribuer à l'analyse plus fine de la stigmatisation au Cameroun.

3.1.2. Echantillonnage

La méthode d'échantillonnage utilisée par l'EDS-III est le sondage stratifié à deux degrés. La stratification a été réalisée de façon à rendre adéquate la représentativité des milieux urbain et rural ainsi que celle des 12 domaines d'étude retenus (constitués des 10 régions, de Douala et Yaoundé). Sur le territoire national, un échantillon de 11 556 ménages a été sélectionné. Au premier degré, on a sélectionné des Unités Primaires de Sondage (UPS) à partir de la liste des zones de dénombrement (ZD) établies lors des opérations de cartographie du troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat, menées par le BUCREP entre juin 2002 et avril 2003. Ces ZD ont servi de base de sondage pour le tirage de 466 grappes (222 rurales et 244 urbaines) lesquelles ont été sélectionnées avec une probabilité proportionnelle à leur taille. Au second degré, un échantillon de ménages a été sélectionné dans ces ZD. Les ménages ont été sélectionnés avec une probabilité inverse de façon à ce que l'échantillon soit auto pondéré à l'intérieur de chaque domaine. Dans les ménages échantillons, tous les hommes âgés de 15-59 ans et toutes les femmes âgées de 15-49 ans et résidant de façon permanente dans le ménage étaient éligibles pour l'enquête individuelle. Concernant le module sur la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA, toutes

les femmes et les hommes éligibles pour l'enquête sont également éligibles pour les questions posées à ce sujet.

3.1.3. Questionnaires

Trois types de questionnaires ont été utilisés pour la réalisation de l'EDS-III : le questionnaire ménage, le questionnaire individuel femme et le questionnaire individuel homme. Disponibles en version française et anglaise, tous ces questionnaires respectent les exigences du programme international DHS, et ont été adaptés aux spécificités et aux besoins du Cameroun.

Le questionnaire ménage a permis de dresser la liste de tous les membres du ménage ainsi que celle des visiteurs pour qui des informations sur les caractéristiques individuelles ont été collectées. Ce questionnaire a également permis de mesurer le poids et la taille de toutes les femmes de 15-49 ans et des enfants âgés de moins de 6 ans ; de mesurer le niveau d'hémoglobine des enfants de moins de 6 ans, des femmes et des hommes par test direct à partir d'un prélèvement sanguin. Pour évaluer les conditions socio-économiques et environnementales dans lesquelles vivent les femmes et les hommes qui ont été enquêtés individuellement, le questionnaire ménage a permis de collecter certaines caractéristiques des logements. L'objectif principal de ce questionnaire est d'identifier les femmes éligibles (âgées de 15-49 ans) et, dans un ménage sur deux, les hommes éligibles (âgés de 15-59 ans).

Noyau de l'EDS-III, ***le questionnaire individuel femme*** a été élaboré sur la base du questionnaire modèle B du programme MEASURE DHS+ (questionnaire pour les pays à faible prévalence contraceptive). Ce type de questionnaire a permis de collecter les informations sur les thèmes suivants : les caractéristiques sociodémographiques, la reproduction, la planification familiale, la santé des enfants (grossesse, soins postnatals et allaitement, vaccination et santé des enfants), le mariage et l'activité sexuelle, les préférences en matière de fécondité, les caractéristiques du conjoint et le travail de la femme, les IST et le SIDA. Le questionnaire individuel homme est plus léger que le questionnaire femme. Il ne comporte que six thèmes à savoir : les caractéristiques sociodémographiques, la reproduction, le mariage et l'activité sexuelle, la mortalité maternelle, les IST et le VIH/SIDA.

3.1.4. Population étudiée et taille de l'échantillon

Au cours de l'enquête réalisée sur le terrain de février à août 2004, 10 462 ménages, 10656 femmes âgées de 15-49 ans et 5 280 hommes de 15-59 ans ont été effectivement enquêtés.

Parmi les 15936 individus qui constituent l'échantillon de l'EDS III, 498 individus n'ont pas répondu aux quatre questions avec lesquelles la variable dépendante a été construite. Ainsi, les analyses portent sur les 15 538 individus ayant répondu par par NON à au moins une de ces questions.

3.2. EVALUATION DE LA QUALITE DES DONNEES

La fiabilité des résultats de toute recherche en sciences sociales dépend de la qualité des données à exploiter. Il est donc indispensable d'évaluer les données recueillies afin de s'assurer de leur qualité, particulièrement dans le contexte des pays en développement où plusieurs facteurs tels le faible niveau d'instruction, la réticence de la population aux opérations de collecte de données et parfois la méthodologie de collecte compromettent leur qualité. Dans cette section, nous procédons dans un premier temps à une évaluation des taux de non réponse pour chacune des variables retenues dans le cadre de notre étude et dans un second temps à une évaluation de la qualité des données sur l'âge. La pertinence de l'évaluation de la qualité des données peut encore se justifier pour les questions relatives au VIH/SIDA, compte tenu de tous les enjeux sociaux évoqués plus haut dans ce travail.

3.2.1. Examen des taux de non réponse

Les non réponses proviennent soit de l'enquêté(e) qui refuse de répondre à une question, soit de l'enquêteur par omission ou par erreur de remplissage. Dans le tableau 3.1 suivant sont présentés les taux de non réponse correspondant à chaque variable.

Tableau 3. 1 : **Taux de non réponse**

Libellé des variables	**Cas valides**	**Cas manquants**	**taux de non réponse (en %)**
Âge	15538	0	0,0
Région de résidence	15538	0	0,0
Milieu de résidence	15538	0	0,0
Niveau d'instruction	15538	0	0,0
Religion	15499	39	0,3
Statut matrimonial	15538	0	0,0
Niveau de vie	15538	0	0,0
Sexe	15538	0	0,0
Pratique volontaire du test de dépistage du VIH/sida	15469	69	0,4
Attitude de non tolérance	15538	0	0,0

Source : Exploitation des données de l'EDS III, 2004

L'évaluation de la qualité des données permet d'examiner les taux de non réponse pour les différentes variables d'analyse. Le taux de non réponse est un indicateur qui permet de juger de la qualité des données avant toutes autres méthodes d'évaluation tant numérique que graphique. Il permet de déceler les erreurs éventuelles qui peuvent entacher les analyses et la précision des estimateurs qui en résulteront. En effet, un taux de non réponse supérieur à 10% pour les variables, affecte sensiblement la précision des estimations, cause des biais de représentativité et dans le cas des analyses multivariées entraine des pertes importantes d'informations.

Les résultats du tableau 3.1 montrent que les taux de non réponse enregistrés pour la plupart des variables de l'étude sont inférieurs à 5%. Ces variables peuvent donc être utilisées pour les analyses.

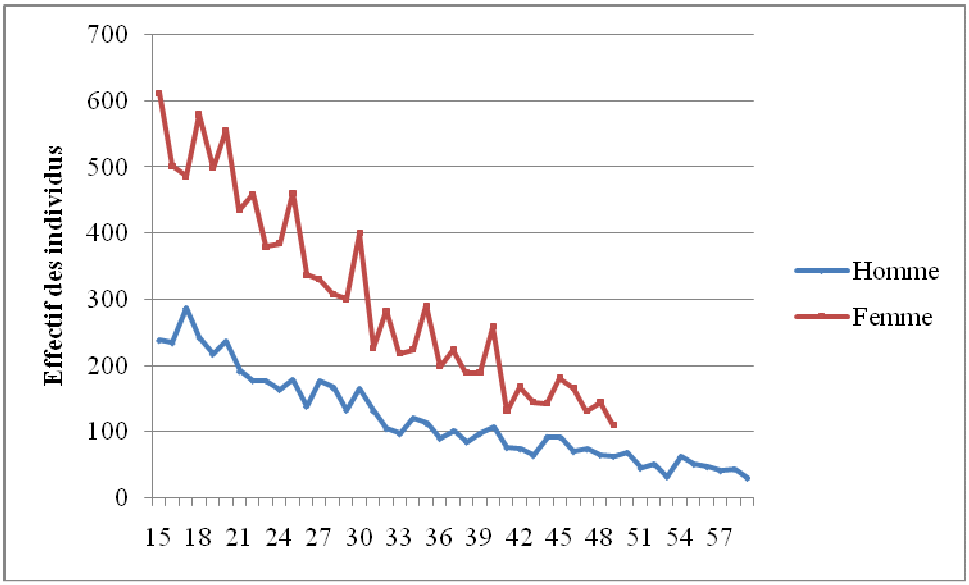
3.2.2. Evaluation de la qualité des données sur l'âge

L'âge est une variable fondamentale dans l'analyse des phénomènes démographiques car il constitue un critère essentiel de sélection et de différenciation des individus. Malgré cette importance capitale, les informations sur l'âge sont souvent approximatives et entachées d'erreurs. C'est la raison pour laquelle une évaluation de la qualité de ces données s'avère indispensable. Dans le cadre de notre étude, nous faisons une évaluation graphique et une évaluation numérique de l'âge des individus enquêtés.

3.2.2.1. Evaluation graphique

Le graphique 3.2.a met en exergue les erreurs de déclaration ou d'enregistrement des âges. Ce graphique présente une évolution des effectifs en dents de scie avec des pics prononcés à tous les âges (âge se terminant par 0,1,2…9) . L'allure de cette courbe traduit une forte attraction pour ces âges, c'est-à-dire une préférence de ces âges par les enquêtés, c'est la raison pour laquelle l'indice de Myers est utilisé pour l'évaluation numérique de ces données, car ces pics nous montrent que les enquêtés ont mal déclaré leurs âges. Le graphique présente des pics assez prononcés sur la courbe des âges des femmes, comparativement à celui des hommes. Ce qui montre que les hommes déclarent mieux leurs âges que les femmes.

<u>Graphique 3. 1</u> : Evolution des effectifs des enquêtés par âge



Source : Exploitation des données de l'EDS III, 2004

3.2.3 Evaluation numérique de la qualité des données sur l'âge avec l'indice de Myers

L'indice de Myers est utilisé pour évaluer la qualité des donnés sur l'âge. Cet indice exprime les préférences (ou les aversions) pour tous les âges. L'intérêt est porté pour tous les chiffres allant de 0 à 9 (Gendreau repris par Zoungrana, 2005). L'indice de Myers (Im) varie entre 0 et 180. Si Im = 0, alors il n'y a aucune préférence. La valeur de Im est d'autant plus élevée que les aversions pour les âges se terminant par certains chiffres sont plus grandes. En revanche, plus sa valeur est petite (très inférieur à 180), plus on peut présumer une bonne déclaration des âges. Enfin Im = 180 lorsqu'il y a préférence pour tous les âges se terminant par un seul et même chiffre. Les calculs ont été faits à l'aide du logiciel EXCEL.

Procédé de calcul de l'indice de Myers

Etape 1 : On calcule la somme du nombre des individus dont les âges se terminent par chaque nombre entier :

D'une part, pour les individus âgés de 10 ans et plus : S0, S1, S2, S3, ….. S9

D'autre part, pour les individus âgés de 20 ans et plus : S'0, S'1, S'2, …..S'9

Etapes 2 : On pondère ces sommes par des coefficients entiers (1 à 10) dans le premier cas et 9 à 0 dans le second cas.

Etape 3 : On additionne les sommes pondérées pour aboutir à une population fictive ainsi qu'il suit : $Fi = (j+1)\,Si + (9-i)\,S'i$

Etape 4 : On calcul l'effectif total F : $F = \Sigma Fi$ i variant de 0 à 9

Etape 5 : L'indice de Myers vaut : $IM = \Sigma \left| (Fi/F) - 10 \right|$

L'indice de Myers trouvé est de 16.7 pour le sexe féminin et de 13.4 pour le sexe masculin (tableaux 3.2 et 3.3 ci-dessous). Ces valeurs sont très proches de 0 que de 180. Ces résultats confirment la conclusion tirée avec l'évaluation graphique,

Tableau 3. 2**: Calcul de l'indice de Myers à partir des données sur l'âge des femmes**

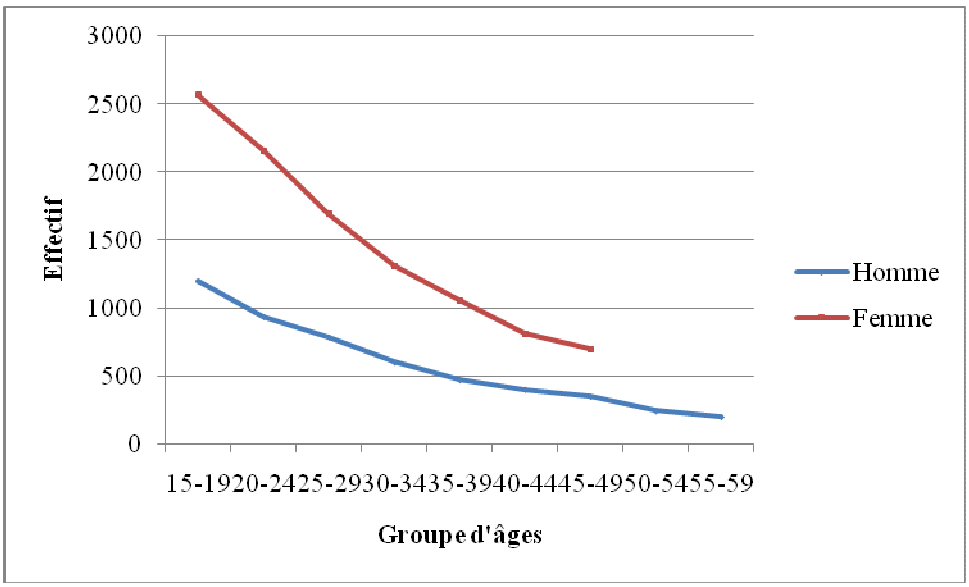
	Si	I	S'i	10-i	Fi	Fi /F	(Fi/F)-10	| (Fi/F)-10|
0	1215	1	1215	9	12150	12,0	2,0	2,0
1	794	2	794	8	7940	7,9	-2,1	2,1
2	910	3	910	7	9100	9,0	-1,0	1,0
3	742	4	742	6	7420	7,3	-2,7	2,7
4	752	5	752	5	7520	7,4	-2,6	2,6
5	1545	6	933	4	13002	12,9	2,9	2,9
6	1204	7	702	3	10534	10,4	0,4	0,4
7	1173	8	686	2	10756	10,6	0,6	0,6
8	1222	9	642	1	11640	11,5	1,5	1,5
9	1099	10	600	0	10990	10,9	0,9	0,9
Total	10656		7976		101052			**16,7**

Tableau 3. 3: Calcul de l'indice de Myers à partir des données sur l'âge des hommes

	Si	I	S'i	10-i	Fi	Fi/F	(Fi/F)-10	| (Fi/F)-10|
0	574	1	574	10	6314	11,6	1,6	1,6
1	441	2	441	9	4851	8,9	-1,1	1,1
2	404	3	404	8	4444	8,2	-1,8	1,8
3	367	4	367	7	4037	7,4	-2,6	2,6
4	437	5	437	6	4807	8,8	-1,2	1,2
5	669	6	431	5	6169	11,3	1,3	1,3
6	576	7	342	4	5400	9,9	-0,1	0,1
7	677	8	390	3	6586	12,1	2,1	2,1
8	599	9	357	2	6105	11,2	1,2	1,2
9	536	10	319	1	5679	10,4	0,4	0,4
Total	5280		4062		54392			**13,4**

Pour redresser ces données, nous allons faire des regroupements en groupes quinquennaux. La répartition des femmes et des hommes par groupe d'âges quinquennaux est donnée par le graphique 3.2.

Graphique 3. 2: Evolution des effectifs des enquêtés par sexe selon les groupe d'âges quinquennaux



Source : Exploitation des données de l'EDS III, 2004

Le graphique 3.2. montre qu'après le regroupement d'âges des enquêtés en groupes d'âges quinquennaux, les distorsions liées aux problèmes de déclaration de l'âge disparaissent. On obtient ainsi deux courbes ayant une évolution normale. Les effectifs des femmes et des hommes enquêtés décroissent avec l'âge. Ainsi, ces données peuvent être considérées comme de bonne qualité et utilisées pour nos analyses.

3.3. DEFINITION DES VARIABLES OPERATIONNELLES

Cette section présente les variables qui sont utilisées dans cette étude.

3.3.1 Variable dépendante

Dans le cadre de cette étude, la variable dépendante est l'attitude de non tolérance vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Il s'agit d'une variable composite, obtenue à partir des quatre questions suivantes, saisies dans le module Stigmatisation de la base de données de l'EDS III (2004), à savoir :

- Si l'on peut accepter de garder secret le statut d'un membre de sa famille qui est séropositif,
- Si l'on peut accepter de prendre soin chez soi d'une personne séropositive,
- Si l'on peut accepter qu'une enseignante séropositive continue à enseigner et
- Si l'on peut acheter des légumes frais chez un commerçant séropositif.

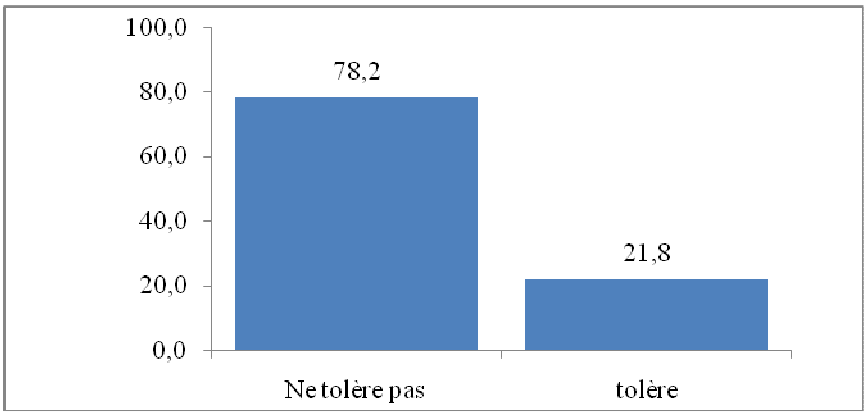
Pour des raisons d'analyse, cette variable possède deux modalités à savoir :

- Avoir une attitude de non tolérance vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA pour un individu qui répond « NON » à au moins une question parmi les quatre posées. Cette modalité prend la valeur « ne tolère pas » dans le cadre des analyses.

- N'adopte pas une attitude de non tolérance vis-à-vis des personnes vivant avec VIH/SIDA pour un individu qui répond « OUI » à toutes les quatre questions posées. Cette modalité prend la valeur « tolère » dans les analyses.

La répartition des enquêtés selon les modalités de cette variable (cf.graphique 3.3) montre que la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA est un phénomène généralisé.8 personnes sur 10 ont une attitude d'intolérance envers les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Graphique 3. 3: Pourcentage des individus ayant une attitude d'intolérance vis-à-vis des personnes séropositives



Source : Exploitation des données d'EDS-III, 2004

3.3.2. Variables indépendantes ou variables explicatives

La région de résidence

Selon Ngwé (2006), une région est une entité géographique ayant une certaine homogénéité. Selon l'homogénéité socioculturelle et compte tenu de la spécificité de cette étude, l'analyse permet de distinguer 12 grandes régions : Sud-Ouest ; Nord-Ouest ; Est ; Sud ; Centre ; Littoral ; Extrême-Nord, Nord ; Douala ; Yaoundé ; Ouest ; Adamaoua.

Le milieu de résidence

Il représente le type de milieu dans lequel vivent les individus au moment de l'enquête et fait référence au processus d'acquisition des normes, valeurs et pratiques qui peuvent influencer les attitudes vis-à-vis des PVVIH. Cette variable a deux modalités : Urbain et rural

La religion

La religion est un système institutionnalisé de croyances, de symboles, de valeurs et de pratiques auxquels les individus se réfèrent. Elle « véhicule un certain nombre de valeurs et normes qui régissent la vie des fidèles sur le plan comportemental et physique » (Akoto, 1987). L'appartenance à une religion est une source de socialisation et permet de rompre avec la tradition. Ainsi, la religion selon les normes et valeurs qu'elle prescrit à ses adeptes expose de façon différentielle à la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Dans le cadre de cette étude, les modalités suivantes sont retenues : catholique, protestante, musulmane et autres religions.

Le Niveau d'instruction

L'instruction met les individus *« face à d'autres modes de pensées ou de raisonnement, face à d'autres valeurs »* (Evina, 1990). Elle joue ainsi un rôle important dans l'attitude à adopter face à une personne infectée, compte tenu des savoirs qu'elle procure à l'individu scolarisé. Elle entraîne une modification des comportements et peut par la suite agir sur la perception que les individus peuvent avoir des personnes infectées par le VIH/SIDA.

Les individus sans niveau d'instruction pourraient être mal informés sur les conséquences néfastes de la stigmatisation des personnes infectées par le VIH/SIDA et pourraient adopter des comportements d'intolérance. Pour cette variable, les modalités suivantes sont retenues pour les analyses :

- sans niveau (pour un individu qui n'a pas fréquenté une école) ;
- primaire (pour un individu qui a fréquenté jusqu'à la classe du Cours Moyen Deux) ;
- secondaire et plus (pour un individu qui a fréquenté au moins la classe de sixième).

Le niveau de vie du ménage

Le niveau de vie du ménage désigne l'ensemble des possibilités matérielles dont dispose un ménage. Il est appréhendé à travers la combinaison des variables liées aux conditions de vie des ménages à savoir les biens d'équipement, les caractéristiques de l'habitat et les différentes commodités qui s'y rattachent (la source d'eau, celle d'énergie de cuisson et d'éclairage). Cet indicateur composite est fournit par la source de données de notre étude. Cette variable a trois modalités : faible, moyen, élevé.

L'âge

L'âge mesure la durée de vie d'un individu en année révolue au moment de l'enquête. Dans cette étude, il est regroupé en tranche d'âges quinquennale et a 9 modalités à savoir : 15-19 ans, 20-24 ans, 25-29 ans, 30-34 ans, 35-39 ans, 40-44 ans, 45-49 ans, 50-54 ans et 55-59 ans.

Le sexe

La variable sexe permet de différencier les individus hommes des individus femmes. Elle a deux modalités : masculin, féminin.

Le statut matrimonial

Il rend compte de la situation d'un individu vis-à-vis du mariage. Cette variable a quatre modalités : mariés, célibataires, divorcés/séparés/veufs et union libre.

La pratique volontaire du test de dépistage du VIH/SIDA

Un test de dépistage volontaire du VIH/SIDA est un test qui à partir d'une série d'examens spécifiques de laboratoire consiste à rechercher chez une personne en bonne santé apparente ou présentant des signes accusateurs, l'existence du VIH avant que la maladie ne se déclenche. Le fait de recourir à ces examens volontairement constitue la pratique volontaire du test de dépistage du VIH/SIDA. Cette variable a deux modalités :

- oui pour un individu qui a déjà effectué le test volontaire de dépistage du VIH ;
- non pour un individu qui n'a jamais effectué le test volontaire de dépistage du VIH ;

3.4. METHODES D'ANALYSE

En référence aux objectifs spécifiques de cette étude et aux hypothèses qui ont été formulées, les méthodes statistiques d'analyse appropriées sont les méthodes descriptives et explicatives.

3.4.1. L'analyse descriptive

Pour ce qui est de l'analyse descriptive, nous allons faire recours ici à l'analyse bivariée et à l'analyse multivariée

3.4.2. L'analyse bivariée

L'analyse bivariée consiste à croiser deux variables et permet de mettre en relation ces deux variables en établissant par une méthode adéquate le niveau de cette corrélation. Pour mesurer l'association entre deux variables qualitatives nous utilisons la statistique du Khi-deux à laquelle une probabilité p est associée. En sciences sociales, un seuil de signification est généralement fixé.

Lorsque la probabilité associée au Khi-deux est inférieure au seuil de signification retenu, on conclut que les deux variables sont associées si non on dit que les deux variables sont indépendantes. Dans le cadre de notre étude le seuil de 5 % est retenu.

3.4.3. L'analyse multivariée

L'analyse descriptive multivariée permet de catégoriser les individus en fonction de certaines caractéristiques. Pour ce type d'analyse, nous utilisons l'Analyse Factorielle des

Correspondances Multiples (AFCM). L'AFCM est une technique de réduction factorielle permettant d'avoir une vue globale de l'ensemble des variables qualitatives en jeu. Elle aboutit à la formation du plan factoriel et de la matrice de configuration des données. Cette méthode permet donc de regrouper les individus selon un certain nombre de caractéristiques, notamment le niveau d'instruction, le statut matrimonial, la religion, le milieu de résidence, etc.

3.4.4. L'analyse explicative

La variable dépendante de notre étude est qualitative et dichotomique. La nature de cette variable nous permet de recourir à la régression logistique comme méthode d'analyse explicative multivariée. Cette méthode estime les risques ou la probabilité de survenance d'un événement en fonction des variables indépendantes. La variable dépendante prend la modalité 1 quand l'événement est réalisé et 0 si non. Ainsi, la régression logistique estime la probabilité pour un individu de stigmatiser et de discriminer une personne malade du VIH/SIDA. Il est précisément question d'estimer l'effet net au moment de l'enquête des variables associées au fait de rejeter oui ou non les personnes infectées. Le principe de la méthode de régression logistique est le suivant :

Soit Y une variable dépendante et Xk (k=1,2,…, n) N variables indépendantes, on suppose que la variable y est qualitative et dichotomique (c'est-à-dire prend la valeur 1 pour la modalité étudiée et 0 si non). Soit P la probabilité pour que l'événement y=1 soit réalisé,

P= proba (y=1) et 1-P= proba (y=0). Le modèle de régression logistique permet de mettre Z= Log [P/1-P]= logit (P) sous la forme linéaire. Cette équation permet de mettre P sous la forme suivante :

$$P = \frac{1}{1 + \exp\left[-(\beta_0 + \beta_1 X_1 + \cdots + \beta_n X_n)\right]}$$

Les coefficients β_k sont estimés par la méthode du maximum de vraisemblance. Compte tenu de la non linéarité du modèle, ces paramètres sont estimés par itération. L'interprétation des résultats peut être faite par rapport aux coefficients β_k qui permettent d'obtenir les odds. Mais le plus souvent, elle se base sur les « **odds ratio** » (OR) ou rapports de chances ($e\beta$). Lorsque le rapport de chances est inférieur à 1, les individus ayant la caractéristique de la

modalité considérée de la variable explicative ont ((1- OR)*100) % moins de risque que leurs homologues de la modalité de référence de réaliser l'événement. Lorsque le rapport de risque est supérieur à 1, cela signifie que les individus appartenant à la modalité considérée de la variable explicative ont (OR-1) ou ((OR-1)*100) % fois plus de risque de subir l'événement par rapport à leurs homologues de la modalité de référence. Le test de signification des paramètres se fait à partir de la probabilité critique associée. Le modèle sera significatif si cette probabilité est inférieure au seuil de signification fixé à 5%.

Concernant le test d'adéquation du modèle (vérification du pouvoir prédictif du modèle), on le fait à l'aide d'un pseudo **R2**. Ce coefficient a la même signification que le coefficient de détermination dans le cas des régressions linéaires, il varie entre 0 et 1. Le modèle est dit adéquat si le pseudo **R2** est proche de 1. Le calcul de la contribution d'une variable à l'explication de la perception des individus vis-à-vis des personnes infectées par le VIH/SIDA est donné par la formule suivante :

Cvariable= [Khi deux modèle saturé - Khi deux modèle sans la variable] / Khi deux modèle saturé

C'est à partir de cette contribution que le pouvoir explicatif de chaque variable déterminante est explicité. Le logiciel utilisé pour sortir les résultats de la régression logistique est le logiciel SPSS. Ainsi, les données seront introduites de façon successive et cumulative. Plusieurs modèles seront générés à cet effet à partir des variables indépendantes annoncées au chapitre précédent.

Au terme de ce chapitre, les données évaluées sont de qualité acceptable pour permettre les analyses convenues. Les méthodes définies conduisent à la fois aux analyses descriptives et aux analyses explicatives en fonction des objectifs spécifiques de l'étude et des hypothèses de recherche. Le chapitre suivant porte sur l'analyse descriptive des données ou une étude différentielle de la proportion des personnes ayant une attitude de non tolérance vis-à-vis des PVVIH.

CHAPITRE 4 : ANALYSE DIFFERENTIELLE DES ATTITUDES DE NON TOLERANCE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA

Cette étude avait en partie pour objectifs spécifiques de faire une analyse différentielle des attitudes des individus qui adoptent une attitude discriminatoire vis-à-vis des PVVIH et de dresser leur profil. C'est à cet exercice que ce chapitre est consacré. Après avoir présenté une analyse différentielle selon quelques caractéristiques retenues comme les variables explicatives, l'étude s'achève par une présentation du profil sociodémographique des individus qui adoptent une attitude discriminante vis-à-vis des PVVIH.

4.1. ANALYSE DESCRIPTIVE BIVARIEE

L'analyse descriptive bivariée recherche les associations entre la variable à expliquer, à savoir le risque d'adopter une attitude de non tolérance des PVVIH, et chacune des variables explicatives. Elle permet d'identifier les variables indépendantes qui ont une association significative avec la variable dépendante et d'en dégager les tendances qui en découlent. Pour mesurer l'association entre ces variables, nous utilisons la statistique de Khi deux comme annoncée au chapitre précédent. L'interprétation des résultats permet d'apprécier le degré de la relation par le test de Khi-deux au seuil de 5 %.[17]

Ainsi, deux variables sont significativement associées si la probabilité de Khi-deux produite par le test est inférieure à 5% Cependant, afin d'éviter toute interprétation fallacieuse, nous éviterons toutes explications sur les tendances observées

4.1.1. Variations de la proportion des individus ayant des attitudes de non tolérance vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA selon les caractéristiques sociodémographiques

- ***Variation de la proportion des individus ayant des attitudes de non tolérance selon le sexe***

Le sexe de l'individu est fortement associé avec l'attitude de non tolérance vis-à-vis des personnes séropositives. Comme le montrent les données du tableau 4.1., on constate que les femmes adoptent plus les attitudes de non tolérance vis-à-vis des personnes vivant avec le

[17] Trois étoiles signifie que la relation est significative au seuil de 1%, deux étoiles signifie qu'elle est significative au seuil de 5% et trois étoiles qu'elle est significative au seuil de 10%

VIH/SIDA que les hommes (81,5% contre 91%). Le test de khi-deux montre qu'il existe une relation de dépendance significative au seuil de 1% (P<0,000) entre le sexe et l'attitude d'intolérance vis-à-vis des personnes infectées par le VIH/SIDA

- ***Variation de la proportion des individus ayant des attitudes de non tolérance selon l'âge***

Les individus âgés adoptent plus les attitudes de non tolérance vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA. En effet, 90,2% des individus âgés de 55 à 59 ans et 85,1% dont l'âge se situe entre 50 et 54 ans adoptent plus des attitudes d'intolérance envers les personnes vivant avec le VIH/SIDA, par rapport aux jeunes dont l'âge varie respectivement entre 20-24 ans (76,1%), 25 et 29 ans (77%) (cf. tableau 4.1). Il apparaît aussi à partir du test de khi-deux que l'adoption des attitudes de non tolérance vis-à-vis d'un PVVIH est significativement liées au seuil de 1% (P<0,000) à l'âge.

- ***Variation de la proportion des individus ayant des attitudes de non tolérance selon l' état matrimonial***

Contrairement aux individus célibataires, divorcés/séparés/veufs, les individus mariés adoptent plus les attitudes de non tolérance. Ainsi, chez ces individus mariés, un peu plus de 8 mariés sur 10 (82,1%) ont affirmé qu'ils pourraient adopter une attitude d'intolérance vis-à-vis des personnes séropositives contre, 76,9% chez l'ensemble des divorcés, séparés et veufs, 74,5% pour les célibataires et 71,4 pour les individus en union libre (tableau 4.1). De même, la stigmatisation semblent être fortement associées au seuil de 1% (P<0,000) au statut matrimonial.

Tableau 4. 1 : Proportion (%) des individus ayant des attitudes de non tolérance vis-à-vis des personnes infectées par le VIH/SIDA selon les caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques	**Stigmatisation**		**Total**
	Ne tolère pas	**Tolère**	
Sexe			
Masculin	81,5	18,5	100
Féminin	91	09	100
P-value	0,000		
Significativité	***		
Age			
15-19	77,7	22,3	100
20-24	76,1	23,9	100
25-29	77	23	100
30-34	79,1	20,9	100
35-39	79,1	20,9	100
40-44	80,2	19,8	100
45-49	80,7	19,3	100
50-54	85,1	14,9	100
55-59	90,2	9,8	100
P-value	0,000		
Significativité	***		
Etat matrimonial			
Célibataire	74,5	25,5	100
Marié	82,1	17,9	
Union libre	71,4	19,8	100
Divorcé/séparé/veuf	76,9	23,1	100
P-value	0,000		
Significativité	***		

Source : Exploitation des données d'EDS-III, 2004

4.1.2. Variations de la proportion des individus ayant des attitudes de non tolérance vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA selon les caractéristiques socioculturelles

- Variation de la proportion des individus ayant des attitudes de non tolérance selon le niveau d'instruction

Le niveau d'instruction est significativement associé à l'adoption des attitudes de non tolérance vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Les individus sans niveau d'instruction ont plus de risque d'adopter une attitude discriminatoire. Ainsi, les personnes n'ayant aucun niveau d'instruction, soit 92,7%, ont affirmé qu'ils pourraient adopter une attitude d'intolérance vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA contre 84,4% pour les personnes d'un niveau primaire et 67,7% pour les personnes d'un niveau secondaire et plus (tableau 4.2). Le test de Khi-deux montre une très forte relation de dépendance au seuil de 1% (P<0,000) entre le niveau d'instruction et l'attitude d'intolérance vis-à-vis des personnes infectées par le VIH/SIDA. En effet, par rapport aux individus de niveau secondaire et plus, les individus d'un niveau primaire et ceux sans niveau d'instruction, stigmatisent plus les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

- Variation de la proportion des individus ayant des attitudes de non tolérance selon le milieu de résidence

Le milieu de résidence inculque à l'individu des manières de penser de sentir et d'agir (Rocher, 1968). Le milieu rural semble favoriser l'adoption d'attitudes d'intolérance vis-à-vis des personnes porteuses du VIH/SIDA : 84,4% des personnes résidant en milieu rural ont une attitude d'intolérance, contre 72,2% des personnes vivant en milieu urbain (tableau 4.2). Le test du Khi-deux montre une relation de dépendance significative au seuil de 1% (p<0,000) entre le milieu de résidence de l'individu et son attitude par rapport aux personnes vivant avec le VIH/SIDA

- Variation de la proportion des individus ayant des attitudes de non tolérance selon la région de résidence

La probabilité associée à la statistique de khi deux obtenue entre la région de résidence et les attitudes de non tolérance montre l'existence d'une association significative au seuil de 1% (P<0,000) entre ces deux variables.

Une analyse suivant la région de résidence semble montrer que les régions septentrionales (Nord et Extrême-Nord) favorisent la stigmatisation des PVVIH dans la mesure où respectivement 92,5% et 90,5% des personnes du Nord et de l'Extrême Nord ont une attitude de non tolérance envers les malades du VIH/SIDA. La région du Littoral présente aussi une proportion assez élevée (84,1%) des personnes intolérantes contre pratiquement moins de 80% pour les autres régions (tableau 4.2). L'on remarque des disparités régionales des attitudes de stigmatisation des personnes infectées par le VIH/SIDA.

- Variation de la proportion des individus ayant des attitudes de non tolérance selon la religion

La religion de l'individu est associée aux attitudes de non tolérance des personnes vivant avec le VIH/SIDA (tableau 4.2.). Il ressort des analyses que la religion musulmane (86,7%) et les autres religions (83,6%) prédisposent plus à l'intolérance envers les malades du VIH/SIDA que les religions catholique (75,8%) et protestante (75,2%) souvent considérées comme un facteur de modernisation et d'acculturation. Le test du Khi-deux montre que la religion a une influence significative au seuil de 1% sur les attitudes de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Tableau 4. 2: Proportion (%) des individus ayant des attitudes de non tolérance vis-à-vis des personnes infectées par le VIH/SIDA selon leurs caractéristiques socioculturelles

Caractéristiques	**Stigmatisation**		**Total**
	Ne tolère pas	**Tolère**	
Niveau d'instruction			
sans niveau	92,7	7,3	100
Primaire	84,4	15,6	100
secondaire et+	67,7	32,3	100
P-value	0,000		
Significativité	***		
Milieu de residence			
Urbain	72,2	27,8	100
Rural	84,4	15,6	100
P-value	0,000		
Significativité	***		
Région de résidence			
Adamaoua	80,3	19,7	100
Centre	75,9	24,1	100
Douala	74,3	25,7	100
Est	76,4	23,6	100
Extrême Nord	90,5	9,5	100
Littoral	84,1	15,9	100
Nord	92,5	7,5	100
Nord Ouest	74,7	25,3	100
Ouest	78,6	21,4	100
Sud	72,7	27,3	100
Sud Ouest	72,8	27,2	100
Yaoundé	65,6	34,4	100
P-value	0,000		
Significativité	***		
Religion			
Catholique	75,8	24,2	100
Protestante	75,2	24,8	100
Musulmane	86,7	13,3	100
Autres	83,6	16,4	100
P-value	0,000		
Significativité	***		

4.1.3. Variations des individus qui adoptent des attitudes de non tolérance vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA selon la caractéristique socio-économique du ménage

- Variation de la proportion des individus ayant des attitudes de non tolérance selon le niveau de vie du ménage

Le niveau de pauvreté semble déterminer la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Le degré d'intolérance diminue avec le niveau de vie des individus. Le test de Khi-deux montre une association significative au seuil de 1% entre le niveau de vie et la stigmatisation des personnes infectées par le VIH/SIDA. Le niveau de vie est ainsi une variable de différenciation de l'attitude de discrimination des personnes vivant avec le VIH/SIDA au Cameroun (tableau 4.3.). Les individus vivant dans les ménages pauvres et de niveau de vie moyen ont une attitude de stigmatisation plus élevée que les individus vivant dans les ménages riches. 69,7% des individus appartenant à ce dernier groupe rejettent les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Par contre, parmi les individus vivant dans les ménages, pauvres et de niveau de vie moyen, les individus qui ont le risque de stigmatiser les personnes infectées par le VIH/SIDA représentent respectivement 88,1% et 81,2%

Tableau 4. 3: Proportion des individus ayant des attitudes de non tolérance vis-à-vis des personnes infectées par le VIH/SIDA selon la caractéristique socio-économique

Caractéristique	Stigmatisation		Total
	Ne tolère pas	Tolère	
Niveau de vie			
Pauvre	88,1%	11,9%	100
Moyen	81,2%	18,8%	100
Riche	69,7%	30,3%	100
P-value	0,000		
Significativité	***		

Source : exploitation des données d'EDS-III, 2004

4.1.4. Variation des attitudes de non tolérance vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA selon la pratique du test de dépistage du VIH

La pratique du test de dépistage du VIH est significativement associée avec l'attitude de discrimination des personnes malades du VIH/SIDA. Les individus n'ayant pas effectués le test de dépistage du VIH ont une attitude de stigmatisation plus élevé (80,2%) par rapport à ceux ayant effectués le test de dépistage (70,3%) (tableau 4.4). Le test du Khi-deux montre une très forte relation de dépendance au seuil de 1% (P<0,000) entre la pratique du test du VIH et l'attitude de stigmatisation des personnes infectées par le VIH/SIDA.

Tableau 4. 4: Proportion des individus ayant des attitudes de non tolérance vis-à-vis des personnes infectées par le VIH/SIDA selon qu'ils ont déjà effectué un test de dépistage du VIH ou non

Variable	**Stigmatisation**		**Total**
	Tolère	**Ne tolère pas**	
Pratique du test			
Non	19,8%	80,2%	100%
Oui	29,7%	70,3%	100%
P-value	0,000		
Significativité	***		

Source : exploitation des données d'EDS-III, 2004

4.2. ANALYSE DESCRIPTIVE MULTIVARIEE

Dans cette section, il est question de regrouper les individus selon certaines de leurs caractéristiques afin de dresser le profil des individus qui présentent le risque d'adopter une attitude de non tolérance vis-à-vis des PVVIH. Toutes les variables étant qualitatives, la méthode utilisée est l'analyse factorielle des correspondances multiples (AFCM) pour cette catégorisation. Le logiciel utilisé pour les analyses est le logiciel SPAD.

4.2.1. Détermination et caractérisation des axes factoriels

Les principaux résultats obtenus à l'aide du logiciel SPAD sont : le tableau des valeurs propres, l'histogramme des valeurs propres, les coordonnées et les contributions des modalités actives. Les contributions décrivent la part de chaque modalité dans l'inertie totale de l'axe. Ainsi, les points de fortes contributions sont ceux qui ont le plus contribué au positionnement de l'axe. Seules les modalités dont la part de la contribution est supérieure à l'inertie théorique moyenne sont retenues pour l'interprétation des axes. L'inertie théorique moyenne est obtenue en divisant la contribution totale par le nombre de modalité. Puisque nous disposons de 42 modalités au total, l'inertie théorique moyenne dans ce cas est de 100/42, soit 2,38 %.

L'histogramme des valeurs propres fait apparaître une différence importante d'inertie entre la troisième et la quatrième valeur propre. La technique du coude nous suggère de retenir comme sous espace de projection, le sous espace formé par les deux premiers axes factoriels. Ces deux premiers axes résument 15,12% de l'inertie ; le premier axe comptant à lui seul 9,48% des différences existantes entre les individus et le deuxième en compte 5,64%. Pour caractériser les axes, nous retenons les modalités qui contribuent fortement à la formation de l'axe, c'est-à-dire dont la contribution est au moins égale à 2,38% .

Premier axe factoriel

Sur le premier axe, on a du côté positif les modalités : Nord, Extrême-nord, rural, sans niveau d'instruction, musulman, marié, pauvre. Du côté négatif, on a les modalités : Douala, Yaoundé, urbain, secondaire et plus, non testé, célibataire, riche et tolère. Cet axe suggère que les individus qui ont une attitude de stigmatisation des personnes infectées par le VIH/SIDA vivent en général en milieu rural notamment dans les régions de l'Extrême-Nord et du Nord et sont sans niveau d'instruction, ils sont mariés, pauvres, et en général ont effectué le test de dépistage du VIH. Ces individus qui ont une attitude négative des personnes infectées par le VIH/SIDA s'opposent aux individus vivant en milieu urbain, dans les régions de Yaoundé et de Douala. En effet, ces individus sont d'un niveau d'instruction secondaire et plus sont célibataires et riches.

Tableau 4. 5: Description de l'axe 1 par les modalités

Libellé des variables	Libellé des modalités
Région de residence	Douala
	Yaoundé
Milieu de residence	Urbain
Niveau d'instruction	Secondaire et plus
Etat matrimonial	Célibataire
Niveau de vie	Riche
Comportement à l'égard du test de dépistage	Non testé
Ne tolère pas	Tolère
Zone central	
Région de residence	Nord
	Extrême-nord
Milieu de residence	Rural
Niveau d'instruction	Sans niveau
Religion	Musulmane
Etat matrimonial	Marié
Niveau de vie	Pauvre

Source : Exploitation des données d'EDS-III, 2004

Deuxième axe factoriel

Sur le deuxième axe, on a du côté positif les modalités : Adamaoua, Extrême-nord, Yaoundé, urbain, sans niveau d'instruction, musulman, marié, non testé et riche. Du côté négatif de l'axe, on a les modalités : Centre, Douala, Sud, Rural, primaire, Célibataire, Pauvre et moyen. On note que notre variable d'intérêt (le risque d'adopter des attitudes d'intolérance) n'est pas bien représentée sur cet axe. De ce fait, les groupes décelés sur ce plan ne sont pas pertinents du point de vue de notre problématique, car ils ne mettent pas en exergue la variable d'intérêt.

Tableau 4. 6: Description de l'axe 2 par les modalités

Libellé des variables	**Libellé des modalities**
Région de résidence	Douala
	Centre
	Sud
Milieu de residence	Rural
Niveau d'instruction	Primaire
Etat matrimonial	Célibataire
Niveau de vie	Moyen
	Pauvre
Zone central	
Région de residence	Yaoundé
	Adamaoua
	Extrême-nord
milieu de residence	Urbain
Niveau d'instruction	Sans niveau
Religion	Musulmane
Etat matrimonial	Marié
Niveau de vie	Riche
Comportement à l'égard du test de dépistage	Non testé

Source : exploitation des données d'EDS-III, 2004

4.2.2. Représentation graphique et essai de catégorisation des individus

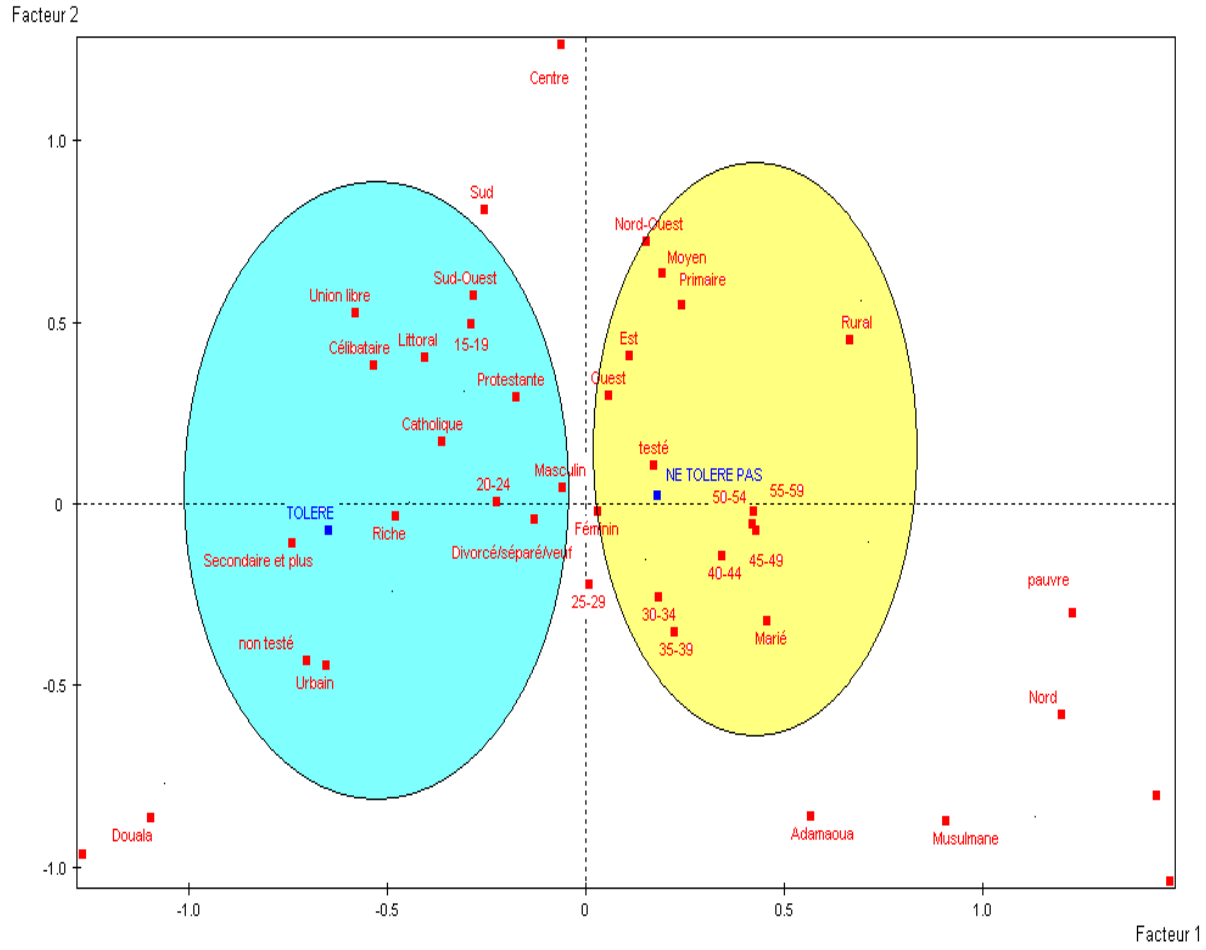
La figure 4.1 donne la représentation graphique du premier plan factoriel qui est retenu pour la catégorisation des individus de la population d'étude. L'analyse de ce premier plan permet de mettre en évidence deux grands groupes d'individus.

Le premier groupe (G1) correspond aux individus ayant une attitude de non tolérance vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Ces individus vivent dans les régions de l'Extrême-Nord, du Nord, de l'Adamaoua, du Nord-Ouest, et de l'Est. Ils résident en milieu rural. Ils sont sans niveau d'instruction et d'un niveau primaire, ils appartiennent aux ménages

pauvres et/ou de niveau de vie moyen et sont mariés. Les individus de ce groupe pratiquent la religion musulmane, ont effectué le test de dépistage du VIH et sont âgés entre 35 et 59 ans.

Le second groupe (G2) est celui des individus qui ont une attitude de tolérance vis-à-vis des personnes infectées par le VIH/SIDA. Les individus appartement à ce groupe son ceux qui vivent dans les régions de Yaoundé, Douala, Littorale, du Sud-Ouest et du Sud. Ces individus sont les adeptes de la religion catholique et protestante, résident en milieu urbain. Ils sont d'un niveau d'instruction secondaire et plus. Ce groupe est constitué également d'individus vivant dans les ménages riches. Les individus de ce groupe sont âgés entre 15 et 24 ans, sont célibataires, divorcés/séparés/veufs et n'ont pas effectué le test de dépistage du VIH. Ces individus s'opposent à ceux du groupe 1.

<u>Figure 4. 1</u> : Premier plan factoriel de l'AFCM



Au terme de cette analyse factorielle, les résultats obtenus doivent être pris avec beaucoup de réserve. Pour les confirmer, Il est nécessaire d'envisager une analyse explicative

(modèle de régression logistique binaire) afin de vérifier la vraisemblance des associations obtenues à l'issue des analyses. C'est ce qui fera l'objet du chapitre suivant.

CHAPITRE 5 : ESSAI D'EXPLICATION DE LA STIGMATISATION DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA

Les analyses descriptives présentées dans le chapitre précédent présentent quelques limites. De ce fait, une analyse approfondie des facteurs explicatifs de l'attitude de non tolérance s'appuie sur une démarche explicative. C'est pour cette raison que ce chapitre est consacré à ce type d'analyse. Il est question d'examiner l'effet des différentes variables explicatives sur le risque d'adopter une attitude de non tolérance et d'évaluer le poids des différents facteurs dans l'explication de ce phénomène. Ainsi, ce chapitre permet d'abord d'identifier les facteurs explicatifs et leurs mécanismes d'actions. Ensuite l'analyse porte sur la hiérarchisation des facteurs explicatifs. Elle s'achève par une discussion des principaux résultats en rapport avec les conjectures de départ.

5.1. IDENTIFICATION DES FACTEURS EXPLICATIFS ET LEURS MECANISMES D'ACTION

L'analyse bivariée réalisée à la section précédente a montré l'existence d'une association significative entre le risque d'adopter des attitudes d'intolérance vis-à-vis des PVVIH et les variables indépendantes de l'étude. Toutefois, l'analyse bivariée ne prenant pas en compte l'effet combiné de plusieurs variables. Il est donc intéressant de recourir à l'analyse explicative multivariée pour identifier les facteurs qui expliquent la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA au Cameroun. En fait, on ne peut expliquer une réalité sociale en mettant tout simplement en relation deux phénomènes. Dans cette section, nous essayons d'identifier les facteurs explicatifs du risque de rejet ou de l'intolérance envers les personnes vivant avec le VIH/SIDA au Cameroun. Pour mettre en évidence les mécanismes par lesquels s'exerce l'influence de ces facteurs, la méthode pas à pas est utilisée. Plusieurs modèles logistiques sont ainsi construits en introduisant de façon successive tout en suivant la logique de notre schéma d'analyse les différentes variables. Le tableau 5.1 donne les rapports de chances des risques d'adopter des attitudes de stigmatisation envers les personnes infectées s'par le VIH/SIDA. Le modèle M0 présente les effets bruts de chacune des variables indépendantes et intermédiaires sur l'attitude de non tolérance à l'égard des séropositifs. Les modèles (M1 à M8) représentent les modèles pas à pas.

Nous identifions les facteurs explicatifs de la prévalence du VIH/SIDA à partir du modèle M8 qui représente notre modèle saturé, modèle où toutes les variables sont introduites. Ce modèle montre qu'en dehors de la religion et de la pratique du test de dépistage du VIH, toutes les autres variables ont un effet significatif sur le risque d'avoir une attitude de non tolérance à l'égard des personnes vivant avec le VIH/SIDA, et peuvent être considérées comme des facteurs explicatifs de stigmatisation. Il s'agit notamment du niveau d'instruction, de la région de résidence, de l'âge, du statut matrimonial, du sexe, du niveau de vie, et du milieu de résidence.

Niveau d'instruction

Le modèle saturé (tableau 5.1) montre que le niveau d'instruction est statistiquement lié au risque de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Par rapport aux individus sans niveau d'instruction, ceux ayant un niveau primaire courent 45% moins de chance d'adopter une attitude d'intolérance à l'égard sont exposés à une réduction de 45% du risque de stigmatisation. Les individus ayant un niveau d'instruction secondaire et plus courent 75% moins de chance d'adopter une attitude de non tolérance à l'égard des personnes vivant avec le VIH/SIDA, comparés à ceux sans niveau. L'on constate que le risque de stigmatisation des PVVIH diminue avec le niveau d'instruction, c'est-à-dire que le fait de n'avoir aucun niveau d'instruction prédispose certains individus à avoir un risque plus élevé de rejet vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Lorsqu'on introduit successivement les variables sexe de l'individu, niveau de vie, âge, pratique du test et état matrimonial, le niveau d'instruction reste significativement associé au risque d'adopter une attitude de non tolérance. Ce qui veut dire que son effet est direct sur le phénomène.

En effet, le risque de stigmatisation est plus élevé chez les individus qui vivent dans les ménages pauvres, que chez ceux vivant dans les ménages riches ; de même les individus mariés sont plus prédisposés au risque de rejet des personnes infectées par le VIH/SIDA que les individus célibataire. Ainsi, la différence du risque de stigmatisation entre les individus sans niveau d'instruction et ceux des niveaux primaire et secondaire et plus, est en partie due au fait que les individus qui vivent au sein des ménages à niveau de vie faible n'ont pas les

infrastructures leur permettant d' avoir une ample connaissance sur les moyens de prévention et de transmission du VIH/SIDA, et par conséquent ils ont des risques plus élevés de ne pas tolérer les personnes infectées. Autrement dit, ces individus ne disposant pas des moyens leur permettant d'avoir des connaissances fiables sur les méthodes de transmission et de prévention du VIH/SIDA ont, un risque plus élevé de stigmatisation par rapport à ceux des niveaux primaire et secondaire et plus, disposant de ces infrastructures.

Région de résidence

Le modèle saturé du tableau 5.1 montre que la région de résidence reste significativement associée au seuil au risque d'adopter une attitude de non tolérance vis-à-vis des PVVIH. Ce qui revient à dire que le risque d'adopter ce type d'attitude varie considérablement d'une région à l'autre. En effet, les individus qui résident dans les régions du Nord, de Douala, de l'Extrême-Nord et de l'Ouest sont exposés à un risque de stigmatisation plus élevé respectivement de 99%, 71%, 32%, 26%, comparés à ceux qui résident dans la région de l'Adamaoua. Par contre, le fait pour certains individus de vivre dans les régions de l'Est, du Sud, du Sud-ouest, du Nord-ouest, du Centre et de Yaoundé les amène à avoir un même risque de stigmatisation des séropositifs par rapport aux individus qui vivent dans la région de l'Adamaoua. Lorsqu'on introduit successivement les autres variables, la région de résidence demeure significative jusqu'au modèle final. Ce qui revient à dire que l'effet de la région de résidence est direct sur le phénomène étudié.

Avec l'introduction des variables religion et milieu de résidence, les modalités des régions du Sud, du Sud-ouest et de Yaoundé sont significativement associées au risque de stigmatisation. Mais, après l'introduction des variables niveau d'instruction, sexe, âge, niveau de vie, pratique du test et état matrimonial, les modalités de ces régions deviennent non significatives. Ce résultat peut être dû au fait que ces trois régions sont à prédominance chrétienne.

Milieu de résidence

Le modèle saturé (tableau 5.1) montre que le milieu de résidence est significativement associé au risque de stigmatisation. Le fait de résider en milieu rural augmente de 24% le

risque d'adopter une attitude de non tolérance par rapport au fait de résider en milieu urbain. Le milieu de résidence reste significatif au fur et à mesure que l'on introduit les variables sexe, âge, niveau d'instruction, niveau de vie, état matrimonial et avoir été testé. Ce qui veut dire que l'effet du milieu de résidence sur le risque d'adopter une attitude de non tolérance est direct.

Sexe de l'individu

Le modèle saturé du tableau 5.1 montre que le sexe de l'individu est statistiquement lié au risque d'adopter une attitude de non tolérance à l'égard des personnes séropositives. En effet, les femmes courent 38% plus de risque d'adopter une attitude d'intolérance à l'égard des personnes vivant avec le VIH/SIDA, comparées aux hommes. En introduisant successivement les variables niveau de vie, âge, pratique du test et état matrimonial, le sexe reste significativement lié au risque de stigmatisation des PVVIH.

Niveau de vie

Le modèle saturé du tableau 5.1. montre que le niveau de vie est significativement associé au risque d'adopter une attitude de non tolérance à l'égard des personnes infectées par le VIH/SIDA. Par rapport aux individus d'un niveau de vie faible, le fait pour certains individus de résider dans les ménages à niveaux de vie moyen et élevé, les amènent à réduire le risque d'adopter une attitude de non tolérance à l'égard des malades infectées par le VIH/SIDA respectivement de 21% et de 41%. Ainsi, comme avec l'âge, le risque de rejeter les personnes vivant avec le VIH/SIDA diminue avec le niveau de vie, car plus le niveau de vie est faible, plus le risque de stigmatisation augmente. Lorsqu'on introduit les variables âge, état matrimonial et pratique du test de dépistage, le niveau de vie reste significatif sur le risque de stigmatisation ; ce qui veut dire que son effet est direct. Par ailleurs, on constate que les valeurs de toutes les modalités restent constantes.

Age de l'individu

D'après le modèle saturé (tableau5.1), on constate que l'âge des l'individu est associé au risque d'adopter une attitude de non tolérance à l'égard des personnes séropositives. En effet, l'on observe que l'attitude des individus âgés de 50 à 59 ans n'est pas différent de celui

des individus âgés entre 15 et 19 ans en ce qui concerne la stigmatisation des personnes infectées par le VIH/SIDA. Les individus âgés entre 45 et 49 ans courent 31% moins le risque d'adopter une attitude de non tolérance à l'égard des malades du VIH/SIDA. Ceux dont l'âge varie entre 35 et 39 ans courent 22% moins ce risque.

Lorsqu'on introduit successivement les variables pratique du test, la modalité de la tranche d'âges 25-29 ans devient non significative. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les jeunes de cette tranche d'âges courent plus le risque d'adopter des comportements sexuels qui les rendent vulnérables. Ce qui pourrait par conséquent les détourner de la pratique de test de dépistage.

Avec l'introduction de l'état matrimonial, toutes les modalités restent significatives, exception faite pour les tranches d'âges 50-54 ans et 55-59 ans. Ce qui pourrait s'expliquer par la faible intensité de l'activité sexuelle de ces individus par rapport aux plus jeunes. Ce qui pourrait plus les prédisposer à la pratique du test de dépistage.

Etat matrimonial

Le modèle saturé du tableau 5.1. montre que l'état matrimonial est significativement lié au risque d'adopter une attitude de non tolérance vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Par rapport aux individus célibataires, en union libre, divorcés/séparés/veufs, les mariés courent 24 fois plus le risque d'adopter une attitude d'intolérance à l'égard des séropositifs. Les individus mariés étant moins exposés aux mœurs permissives, auraient tendance à rejeter plus les personnes infectées par le VIH/SIDA que les célibataires, les individus en union libre, divorcés/séparés/veufs. L'état matrimonial est donc un facteur explicatif du risque d'adoption des attitudes de non tolérance vis-à-vis des personnes infectées par le VIH/SIDA.

<u>Tableau 5. 1</u> : Risque relatif d'adoption des attitudes de non tolérance des personnes séropositives[18].

Variables et modalities	Modèle								
	Brut	**M1**	**M2**	**M3**	**M4**	**M5**	**M6**	**M7**	**M8**
Région de residence	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Adamaoua	Ref.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Centre	0,77***	0,93ns	0,79**	0,98ns	1,03ns	1,02ns	1,02ns	1,02ns	1,04ns
Douala	0,71***	0,83*	1,18ns	1,52***	1,58***	1,66***	1,67***	1,68***	1,71***
Est	0,79**	0,92ns	0,90ns	1,02ns	1,03ns	0,96ns	0,96ns	0,96ns	0,96ns
Extrême- Nord	2,34***	2,31***	1,96***	1,55***	1,56***	1,35**	1,33**	1,33**	1,32**
Littoral	1,29**	1,54***	1,78***	2,17***	2,28***	2,24***	2,24***	2,24***	2,30***
Nord	3,03***	3,17***	2,79***	2,28***	2,22***	2,01***	2,00***	1,99***	1,99***
Nord Ouest	0,72***	0,88ns	0,82*	0,84ns	0,86ns	0,81*	0,80**	0,81*	0,82*
Ouest	0,90ns	0,98ns	0,98ns	1,22*	1,31***	1,27**	1,27**	1,27**	1,26**
Sud	0,65***	0,80**	0,74***	1,00ns	1,03ns	1,04ns	1,04ns	1,04ns	1,06ns
Sud Ouest	0,65***	0,78**	0,76***	0,89ns	0,91ns	0,96ns	0,97ns	0,97ns	0,98ns
Yaoundé	0,46***	0,56***	0,79**	1,04ns	1,08ns	1,14ns	1,15ns	1,16ns	1,18ns
Religion	***	***	***	***	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns
Catholique	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Protestante	0,96ns	0,96ns	0,96ns	0,94ns	0,95ns	0,95ns	0,95ns	0,95ns	0,95ns
Musulmane	2,09***	1,48***	1,57***	1,09ns	1,05ns	1,09ns	1,08ns	1,08ns	1,07ns
Autre	1,62***	1,32***	1,25***	1,14*	1,09ns	1,08ns	1,08ns	1,08ns	1,08ns
milieu de résidence	***		***	***	***	***	***	***	***
Urbain	Réf.		Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Rural	2,07***		1,99***	1,61***	1,58***	1,24***	1,25***	1,25***	1,24***
Niveau d'instruction	***			***	***	***	***	***	***
sans niveau	Réf.			Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Primaire	0,42***			0,58***	0,53***	0,55***	0,54***	0,54***	0,55***
secondaire et+	0,16***			0,25***	0,22***	0,25***	0,24***	0,24***	0,25***
sexe de l'individu	***				***	***	***	***	***
Masculin	Réf.				Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Féminin	91***				0,62***	0,62***	0,63***	0,63***	0,62***
Niveau de vie	***								

[18] *** :significatif au seuil de 1% ; ** :significatif au seuil de 5% ; * :significatif au seuil de 10% ; ns : non significatif

Variables et modalities	Modèle								
	Brut	**M1**	**M2**	**M3**	**M4**	**M5**	**M6**	**M7**	**M8**
Faible	Réf.					Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Moyen	0,58***					0,78***	0,78***	0,78***	0,79***
Elevé	0,31***					0,58***	0,58***	0,58***	0,59***
Age de l'individu	***						**	**	***
15-19	Réf.						Réf.	Réf.	Réf.
20-24	0,91ns						0,89*	0,90*	0,84**
25-29	0,96ns						0,86**	0,87*	0,78***
30-34	1,08ns						0,91ns	0,93ns	0,81**
35-39	1,08ns						0,89ns	0,90ns	0,78***
40-44	1,16*						0,85*	0,87ns	0,75***
45-49	1,20**						0,79**	0,80**	0,69***
50-54	1,64***						0,83ns	0,85ns	0,71*
55-59	2,66***						1,39ns	1,42ns	1,19ns
Avoir été testé	***							ns	*
Oui	Réf.							Réf.	Réf.
Non	1,71***							1,07ns	1,08*
Etat matrimonial	***								***
Célibataire	Réf.								Réf.
Marié	1,57***								1,24***
union libre	0,85**								1,13ns
Divorcé/séparé/veuf	1,14*								1,11ns
Khi-deux		**609,88**	**824,11**	**1235,66**	**1346,93**	**1405,9**	**1419,28**	**1421,13**	**1433,4**
Significativité		**0 ,000**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Pseudo R^2 (Nagelkerke)		**0,059**	**0,08**	**0,118**	**0,128**	**0,133**	**0,134**	**0,135**	**0,139**

Source : Exploitation des données de l'EDS III, 2004

5.2. HIERARCHISATION DES FACTEURS EXPLICATIFS

Après avoir identifié les différents facteurs explicatifs de notre phénomène étudié, il est intéressant de les hiérarchiser en fonction de leur contribution à l'explication du phénomène (stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA). Ces facteurs contribuent de 70,01 % à l'attitude de stigmatisation. Nous pouvons ainsi dire de façon générale que les facteurs socioculturels (région de résidence, milieu de résidence et niveau d'instruction), les facteurs socio-économiques (niveau de vie du ménage) et les facteurs sociodémographiques (sexe de l'individu) expliquent le risque de stigmatisation des personnes infectées par le VIH/SIDA.

Le facteur le plus déterminant est celui qui contribue le plus à l'explication de la variation du risque de stigmatisation. Les contributions des différents facteurs sont présentées dans le tableau 4.7 suivant.

Ce tableau montre que la région de résidence, le milieu de résidence, le niveau d'instruction, le niveau de vie, le sexe, l'âge et le statut matrimonial expliquent respectivement 13,3%, 0,6%, 25,3%, 6,6% et 7,9%, 8,4% et 8,0% le risque de stigmatisation des personnes infectées par le VIH/SIDA.

Le niveau d'instruction et la région de résidence sont les variables qui contribuent les plus à l'explication de la variation du phénomène.

Tableau 5. 2: Contribution des variables explicatives à la variation de l'attitude de non tolérance des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Facteurs explicatifs	Khi-deux du modèle saturé	Khi-deux du modèle sans la variable	Contribution en %	Rang
Niveau d'instruction	1433,4	1073,685	25,10	**1**
Région de residence	1433,4	1246,012	13,07	**2**
Age de l'individu	1433,4	1316,5	8,16	**3**
Etat matrimonial	1433,4	1322,5	7,74	**4**
Sexe	1433,4	1323,453	7,67	**5**
Niveau de vie	1433,4	1343,194	6,29	**6**
Milieu de residence	1433,4	1428,987	0,31	**7**

Source : Exploitation des données de l'EDS III, 2004

Il ressort de ce tableau que la variable la plus contributive à l'explication du risque de stigmatisation est le niveau d'instruction, ensuite vient la région de résidence, l'âge, le statut matrimonial, le sexe, le niveau de vie et en fin le milieu de résidence.

5.3. DISCUSSION DES RESULTATS

Compte tenu des résultats obtenus, on constate que plusieurs facteurs sont associés à la stigmatisation des PVVIH. Par ordre d'importance, il s'agit notamment du niveau d'instruction, de la région de résidence, de l'âge, de l'état matrimonial, du sexe, du niveau de vie et du milieu de résidence.

S'agissant du niveau d'instruction, plusieurs études réalisées en Côte d'Ivoire au début des années 1990 ont montré que plus le niveau d'instruction augmente, plus les individus ont de meilleures connaissances sur VIH/SIDA, notamment les modes de transmission et les conséquences de la maladie sur la vie de l'individu. En outre, c'est parmi les personnes instruites qu'on retrouve celles qui ont une parfaite connaissance de la maladie. Ce sont également ces derniers qui peuvent être convaincu de l'existence de la maladie et de ses conséquences. Ils ont donc une bonne connaissance de la maladie, c'est-à-dire une connaissance non erronée des modes de transmission de la maladie. De ce fait, comme le montrent les résultats obtenus, les individus non instruits ont plus de méfiances vis-à-vis des personnes infectées à cause du type de connaissance qu'ils ont du VIH/SIDA. Au Cameroun notamment, diverses constructions sociales de la maladie sont nées et contribuent à propager une autre image de la maladie. Parmi les individus non instruits, ce type de connaissance est intégré et considéré comme vraie.

Des différences sont également observées entre les régions. Ainsi, on peut penser que les régions qui ont une organisation sociale centralisée et ayant un grand contrôle social sur les individus sont celles où les PVVIH sont plus exposés au risque d'être victimes de stigmatisation. Il s'agit notamment de l'Extrême-Nord, du Nord et de l'Ouest. En effet, les sociétés aux mœurs dites permissives sont celles où les comportements sexuels des individus sont moins soumis au contrôle de la collectivité. C'est par exemple le cas des régions du Centre, du Sud et de l'Est. Par ailleurs, on peut penser que dans ces sociétés caractérisées par un faible contrôle social et un faible degré de cohésion sociale, les personnes infectées sont moins exposées au regard critique des autres. De ce fait, le risque d'avoir une attitude de non tolérance peut être associée aux caractéristiques sociales et culturelles de ces régions. Par contre la situation observée à Douala et dans le littoral

L'influence de l'âge se traduit par un risque de stigmatisation plus élevé chez les jeunes (15-19 ans) et chez les personnes d'un âge avancé (50-59 ans). D'une part on observe qu'au Cameroun, la plupart de programmes de santé de la reproduction cible les jeunes et de ce fait, ils sont plus exposés aux campagnes de sensibilisation qui, pendant longtemps ont tenté de donner une image de la maladie pour leur faire peur, dans l'espoir de les amener à changer de comportements. En outre, il s'agit aussi de la période de l'entrée en vie sexuelle et où les risques sont plus importants. Ce résultat peut aussi être indirectement associé à celui sur l'instruction. On peut supposer que les plus jeunes n'ont pas toujours de meilleures connaissances sur la maladie. En revanche, les personnes de 55-59 ans adoptent des attitudes de contrôle social qui les amènent à sanctionner les comportements à risque.

Les résultats sur l'état matrimonial traduisent le souci pour les personnes mariées de promouvoir la fidélité. En effet, dans la plupart de cas, les personnes mariées pensent généralement que le risque d'infection au VIH/SIDA est plus élevé chez les personnes qui ne sont ni fidèles ou qui ne s'abstiennent pas. Ceci est en parti du au discours généralement développé sur les modes de transmission.

Contrairement à ce à quoi on s'attendait, les femmes ont plus de risque d'avoir une attitude de non tolérance que les hommes. Cette situation peut s'expliquer par des conceptions courantes qui tendent à penser pour les hommes que le VIH/SIDA est une maladie qui n'existe pas ou du moins ne les concerne pas, que le SIDA est « une affaire des femmes », la société étant d'ailleurs moins tolérante vis-à-vis des déviantes sexuelles féminines. Cette raison peut expliquer l'exposition au multipartenariat plus poussée chez les hommes.

Les individus appartenant aux ménages riches sont moins exposés au risque de stigmatisation des personnes vivant avec le virus du SIDA. Par contre, ce risque est plus élevé chez les pauvres. C'est généralement dans les classes précaires que l'on peut retrouver des personnes ayant des connaissances erronées sur la maladie. En outre, les riches étant plus exposé à une meilleure prise en charge de la maladie, leur état de santé est moins soumis à un regard critique de la société. La pauvreté peut donc jouer sur les chances d'accès à une information de qualité sur la maladie et prédisposer les individus appartenant à cette catégorie à une attitude de non tolérance par rapport aux riches. La conscience de classe peut également

être un élément explicatif de ces différences dans les attitudes vis-à-vis des personnes infectées entre riches et pauvres. A cause de la solidarité organique et du manque d'attachement aux problèmes que peuvent rencontrer d'autres personnes, les riches peuvent être moins tentés d'avoir une attitude de non tolérance que les pauvres. Ces différences peuvent donc être comprises comme les écarts entre riches et pauvre en termes d'intérêt marqué à la vie privé d'un individu.

Les analyses selon le milieu de résidence montrent que le risque de stigmatisation est plus important en milieu rural. En milieu rural camerounais, les connaissances erronées sont généralement fréquentes. Le milieu rural est également un cadre de vie communautaire où la vie privée de l'individu n'est pas respectée. De ce fait, toute attitude jugée déviante est fortement stigmatisée et l'individu court plus de risque de subir la sanction sociale de la communauté. D'après Durkheim, la campagne se caractérise par une solidarité mécanique qui pousse les individus à se sentir concernés par les problèmes (les malheurs des autres). En vue de garantir l'équilibre social, les individus peuvent donc être plus amenés à avoir une attitude critique vis-à-vis de la personne infectée parce qu'elle a manqué au respect des valeurs sociales.

En revanche, il apparaît que ni la religion ni la pratique du test de dépistage du VIH n'ont pas un effet net significatif sur le risque d'adoption des attitudes de non tolérance à l'égard des personnes infectées par le VIH/SIDA, alors que la revue de littérature identifie clairement ces variables comme facteurs explicatif, en conférant un risque plus élevé de stigmatisation à la religion musulmane et aux individus qui n'ont jamais effectué volontairement le test de dépistage du VIH. Ces résultats peuvent dans le contexte camerounais s'expliquer par le fait que les individus pratiquant la religion musulmane ne représentent que 25% de la population totale, mais aussi au fait que le Cameroun en général est un pays ouvert aux valeurs occidentales dites permissives, et ces valeurs vont généralement à l'encontre des valeurs prônées par la religion. Quant-à la pratique du test, cela peut s'expliquer par le fait que certains individus se font dépister sans le savoir dans les maisons de santé, car de peur que certains individus refusent de se faire dépister, l'examen de dépistage du VIH/SIDA se fait sous des noms masqués ou sous d'autres appellations. Ainsi, quel que soit le statut des individus par rapport à la pratique volontaire du test de dépistage du VIH, le risque d'adopter une attitude de non tolérance demeure pareille, alors que l'on

s'attendrait à une attitude de non tolérance envers les personnes malades seulement du côté des individus qui ont déjà effectué le test de dépistage du VIH.

CONCLUSION GENERALE

Nous nous sommes proposé dans ce travail de faire des analyses et de déterminer les facteurs explicatifs de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA au Cameroun. Pour ce faire, nous avons utilisé plusieurs outils statistiques qui nous ont paru judicieux : l'analyse descriptive bivariée et multivariée. Puis l'analyse explicative. Nous voudrions répondre à la question de savoir : « *quels sont les facteurs sociodémographiques, socioculturels et socio-économiques qui prédisposent à la stigmatisation des personnes infectée par le VIH/SIDA*? »

L'objectif poursuivi par cette étude est de contribuer à une meilleure connaissance des facteurs explicatifs de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA au Cameroun. Pour mieux aborder cette thématique, un ensemble de démarche a été suivie. La revue de la littérature effectuée a révélé que plusieurs approches ont été développées pour expliquer la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Il s'agit principalement des approches socioculturelles, socio-économiques et institutionnelles.

Une combinaison de ces approches nous a permis d'élaborer le cadre conceptuel de notre étude. Ce cadre stipule que les facteurs socioculturels, socio-économiques, institutionnels et sociodémographiques influencent le risque de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA. L'influence de ces facteurs passe en partie par les caractéristiques sociodémographiques des individus. A la suite du cadre conceptuel qui définit aussi les concepts de base de cette étude, des hypothèses ont été formulées.

Pour soumettre nos hypothèses à l'épreuve des faits, nous avons utilisé les données de l'EDSC III que nous avons au préalable évaluées. Ces données fournissent des informations sur les caractéristiques socioculturelles, sociodémographiques, socio-économiques des individus et sur leur perception vis-à-vis des personnes infectées par le VIH/SIDA.

Au niveau des analyses descriptives, nous avons utilisé les tableaux croisés avec le test de Khi deux au niveau bivarié et l'AFCM au niveau multivarié. Pour les analyses explicatives, compte tenu de la nature dichotomique de la variable dépendante, nous avons utilisé la méthode de régression logistique binaire.

Les principaux résultats de cette étude sont les suivants :

Au niveau bivarié, l'analyse a révélé que toutes nos variables sont significativement associées à la variable dépendante de notre étude (risque d'adopter des attitudes de non tolérance vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA.)

L'AFCM nous a permis d'identifier deux catégories d'individus. La première catégorie regroupe les individus ayant un risque élevé de stigmatisation envers les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Ces individus vivent dans les régions de l'Extrême-Nord, du Nord, de l'Adamaoua, du Nord-Ouest, et de l'Est. Ils résident en milieu rural. Ils sont sans niveau d'instruction pour certains et d'un niveau primaire pour d'autres, ils appartiennent aux ménages pauvres et/ou de niveau de vie moyen, ont effectué le test de dépistage du VIH et sont mariés. Les individus de ce groupe pratiquent la religion musulmane et sont âgés entre 35 et 59 ans

La deuxième catégorie regroupe des individus ayant un risque moins élevé d'attitude de non tolérance envers les personnes infectées par le VIH/SIDA. Les individus appartenant à ce groupe sont ceux qui vivent dans les régions de Yaoundé, Douala, Littorale, du Sud-Ouest et du Sud. Ces individus sont les adeptes des religions catholique et protestante, résident en milieu urbain. Ils sont d'un niveau d'instruction secondaire et plus. Ce groupe est constitué également d'individus vivant dans les ménages riches. Ils sont âgés entre 15 et 24 ans, sont célibataires, divorcés/séparés/veufs et n'ont pas effectué le test volontaire de dépistage du VIH.

Quant à l'analyse explicative multivariée, cette dernière révèle que le niveau d'instruction, la région de résidence, l'âge, l'état matrimonial, le sexe, le niveau de vie du ménage et le milieu de résidence expliquent le risque de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA au Cameroun. Par ailleurs, ces analyses montrent que :

- Le risque de stigmatisation baisse avec le niveau d'instruction. Ce qui peut être lié aux connaissances que les individus instruits ont de la maladie comparativement à ceux qui sont sans niveau d'instruction.

- Les individus résidant dans les régions du Nord de l'Extrême, Nord de l'Ouest, du Littoral et de Douala ont un risque plus élevé de stigmatisation que ceux résidant dans les autres régions ;

.

En dépit de ces résultats, cette étude présente quelques limites. La variable dépendante de cette étude est construite à partir des questions sur un comportement ou une attitude à priori des enquêtés vis-à-vis des personnes infectées par le VIH. La réponse que ceux-ci donne ne reflète probablement pas la même attitude dans une situation réelle. Un individu qui dit ne pas stigmatiser une personne vivant avec le VIH/SIDA peut avoir une attitude contraire en présence d'une personne infectée, ce qui fait donc que la variable telle qu'elle est construite minimise en quelque sorte le phénomène de stigmatisation

Parmi ces limites nous pouvons aussi citer entre autres l'ancienneté de la base des données (EDS III 2004) car les attitudes et les comportements sont susceptibles de changer dans le temps. Nos résultats ne reflètent donc pas la situation présente de la stigmatisation mais celle qui prévalait en 2004.

Recommandations

Au regard des résultats obtenus, les recommandations suivantes peuvent être formulées à l'endroit des décideurs et des chercheurs.

Au niveau des acteurs chargés de mettre en œuvre des stratégies de lutte contre le VIH/SIDA :

- Promouvoir les activités visant à sensibiliser les populations sur la non discrimination des PVVIH. Cette sensibilisation doit être orientée vers les personnes sans niveau d'instruction, car une politique visant à réduire la stigmatisation des personnes infectées par le VIH/SIDA devrait favoriser l'acquisition de bonnes connaissances sur la maladie. Toutefois, compte tenu des disparités observées entre les régions, ces activités d'IEC doivent être privilégiées dans les régions les plus affectées par la stigmatisation, notamment celles de l'Extrême-Nord, le Nord, le Littoral et l'Ouest.
- Renforcer la promotion de lutte contre la maladie en prenant en compte les aspects liés à l'instructions des individus, compte tenu des ses conséquences sur les recours aux soins et en particulier sur la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Au niveau de la communauté scientifique :

-Mener des enquêtes qualitatives sur les niveaux de vie des ménages afin d'obtenir les raisons profondes de la stigmatisation selon le milieu de résidence et les groupes culturels.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Documents de travail ou rapports

A.C.O.R.D, (2004), *Démêler les phénomènes de stigmatisation relatifs au VIH/SIDA : Le rôle de la recherche à base communautaire,* 55p.

AGGLETON P., Parker R.,(2002-2003), *Campagne mondiale contre le SIDA, Cadre conceptuel et base d'action : Stigmatisation et discrimination associées au VIH/SIDA,*25p.

DESCLAUX A., *(2003), Stigmatisation, discrimination: que peut-on attendre d'une approche culturelle ?,* 21p.

MINEFI, (2003), *Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP),* Yaoundé, 33p.

ONUSIDA, (2008), *Rapport sur l'épidémie mondial du SIDA,* 362p.

CNLS, (2009), *Stigmatisation et discrimination des personnes vivant avec le VIH/SIDA.,* 20p.

ONUSIDA, (2002-2003), *Analyse situationnelle de la discrimination et de la stigmatisation envers les Personnes Vivant avec le VIH/SIDA en Afrique de l'Ouest et du Centre : Campagne mondiale SIDA 2002-2003 contre la discrimination et la stigmatisation,* 42p.

ONUSIDA, (2001), *Analyse comparative : recherches effectuées en Inde et en Ouganda ; discrimination, stigmatisation et rejet liés au VIH et au SIDA,* 45p.

ONUSIDA, (2000), *Protocole pour l'identification de la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH/SIDA,* 69p.

ROCARE, *(2005), Lutte contre la stigmatisation et le discrimination des personnes vivant avec le VIH/SIDA au moyen de l'éducation non formelle dans les communes de KOULIKORO ET BANAMBA en république du Mali,* 29p.

UNESCO ET SIDA, (2007), *Stratégie de l'UNESCO pour répondre au VIH/SIDA,* 47p.

UNESCO, (2002), *VIH/SIDA stigmatisation et discrimination : une approche anthropologique,* 70p.

UNESCO/ONUSIDA, (2002), *L'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA,*54p.

EVINA AKAM (1998), « *Les facteurs de la contraception au Cameroun », Gripps. La planification familiale en Afrique. Documents d'analyse n° 6, Septembre 2005.*

ABEGA C. et al, (2005) : *Approches anthropologiques de la sorcellerie, actes du colloque « justice et sorcellerie », Yaoundé, Presses de l'U.C.A.C,* 12p.

Chapitres d'ouvrage

EBOKO F. Camille RENAUDIN, (2005), *La lutte contre le SIDA au Cameroun : collusions entre perspectives international et dynamique d'un Etat fragile, in terroir N° SIDA, 1-2*

MIMCHE H., (2009), *Peut-on parvenir à un accès universel des patients aux ARV ?Les effets de la stigmatisation des PVVS sur l'observance du traitement dans la société camerounaise, in Population et Développement en Afrique,* Dakar, IPDSR, pp. 117-139.

CALDWELL J.C *et al,.* (1993), « *African families and AIDS: context, reactions and potential intervention » Health Transition Review, supplement to volume 3, "sexual networking and HIV/AIDS in West Africa":* pp. 1-16.

GRUENAIS M. E., NDOLO P. (1997), *Confidentialité et secret médical in Le Dépistage VIH et le conseil en Afrique au sud du Sahara,* Alice DESCLAUX et Claude RAYNAUT, Paris, KARTHALA, pp. 167-170.

NDOLO P., (1997), *Le centre de traitement ambulatoire (CTA) de Brazzaville, Congo, in Le Dépistage VIH et le conseil en Afrique au sud du Sahara,* DESCLAUX Alice et Claude RAYNAUT, Paris, KARTHALA, pp. 167-170.

EVINA AKAM et MIMCHE H, (2010), « *Une diversité ethnique sans pareille », in Kengne Fodouop, Le Cameroun : autopsie d'une exception plurielle en Afrique,* Paris, L'Harmattan.

KAMDEM KAMGNO H.,(2009) "*Genre et fécondité: une expression de la culture chez les Bamiléké et les Béti du Cameroun*", *in Population et Développement en Afrique,* n°1, pp. 9-41.

RWENGE MBURANO, (1999), « *Facteurs contextuels de la transmission sexuelle du Sida en Afrique subsaharienne : une synthèse » in* Becker C. et al. *Vivre et penser le Sida en Afrique, CORDESRIA-KARTHALA-IRD.* pp. 217-236.

Ouvrages

AKOTO ELIWO, (1997), *Niveau, coûts et facteurs de demande des soins de santé traditionnels (en comparaison avec les soins modernes), le cas du Mali,* Cahier de l' IFORD, 226 p.

EVINA AKAM, (1990), *Infécondité et sous-fécondité: évaluation et recherche des facteurs. Le cas du Cameroun,* les Cahiers de l'IFORD n°1, Yaoundé, IFORD, 281p.

DURKHEIM E. (1983), *Les règles de la méthode sociologique,* Paris, PUF, 142p.

NDONKO TIOKOU F. et VIGNON-MAKONG J. (2000) ; *Etude de base sur les besoins des jeunes et adolescents en matière de santé de la reproduction du Littoral Cameroun,* Les Cahier de l'IFORD.

ROCHER G., *(1968), Introduction générale à la sociologie générale. L'action sociale,* Paris, PUF, 182 p.

Articles dans les revues

EBOKO F, OWONA NGUINI. ME, ENGUELEGUELE M.(été 2009), *Cameroun, Burkina Faso, Botswana, une approche comparée de l'action publique contre le sida en Afrique*. , pp. 52-67.

EBOKO F., ABE C. et LAURENT C., (2010), *Accès décentralisé au traitement du VIH/sida.* , 3p.

ANNEXES

Annexe 1 : Histogramme des valeurs propres

'OGRAMME DES 31 PREMIERES VALEURS PROPRES

MERO	VALEUR PROPRE	POURCENTAGE	POURCENTAGE CUMULE	
1	0.3238	9.40	9.40	**********
2	0.1965	5.71	15.11	******
3	0.1720	4.99	20.10	*****
4	0.1464	4.25	24.35	****
5	0.1359	3.95	28.30	****
6	0.1310	3.80	32.10	****
7	0.1249	3.63	35.73	****
8	0.1219	3.54	39.27	****
9	0.1199	3.48	42.75	****
10	0.1165	3.38	46.13	****
11	0.1150	3.34	49.47	****
12	0.1131	3.28	52.76	****
13	0.1123	3.26	56.01	****
14	0.1111	3.22	59.24	****
15	0.1110	3.22	62.46	****
16	0.1107	3.21	65.67	****
17	0.1098	3.19	68.86	****
18	0.1085	3.15	72.01	****
19	0.1057	3.07	75.08	****
20	0.1032	3.00	78.08	****
21	0.1025	2.98	81.05	****
22	0.0993	2.88	83.94	****
23	0.0901	2.62	86.55	***
24	0.0884	2.57	89.12	***
25	0.0849	2.46	91.58	***
26	0.0804	2.33	93.92	***
27	0.0581	1.69	95.60	**
28	0.0463	1.34	96.95	**
29	0.0393	1.14	98.09	*
30	0.0361	1.05	99.14	*
31	0.0297	0.86	100.00	*

Encadré 1.1 : Synthèse des principales dates clés dans la mise en place du cadre institutionnel et la conception des politiques et programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA

Cadre institutionnel :

- 1986 : Création d'un comité national de lutte contre le SIDA
- 1999 : Création du groupe technique central GTC, organe d'exécution du CNLS
- 2001-2003 : Elaboration des plans sectoriels ministériels (comprenant notamment la stratégie Sectorielle de la Santé) et signature des conventions entre le CNLS et la société civile
- 2003 : Réorganisation de l'organigramme du Ministère de la Santé Publique (décret 2002/209 du 19 août 2002)
- 2004 : Réorganisation du GTC-CNLS (décision N°0121/MSP/CAB du 28 avril 2004 modifiant et complétant la décision N°0170/MSP/CAB du 19 février 2002 portant réorganisation et fonctionnement du GTC/CNLS

Processus de la planification dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA :

- 1987 : Développement d'un plan à court terme
- 1988-1992 : Développement d'un plan à moyen terme I
- 1993-1995 : Développement d'un plan à moyen terme II
- 1999-2000 : Elaboration du plan cadre de lutte
- 2000 : Lancement du plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2000-2005 par le premier Ministre
- 2001 : Lancement du Programme multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA
- 2001-2003 : Elaboration des plans sectoriels
- 2004 : Elaboration du plan stratégique du secteur santé 2004-2006
- 2006 : Lancement du plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2006-2010
- 2008 : Institutionnalisation de la gratuité des ARV
- 2010 : Elaboration du plan stratégique 2011-2015

Encadré 1.2 : Résultats attendus et objectifs spécifiques de l'axe stratégique « Prise en charge globale des cas de VIH/SIDA »

Les résultats attendus de ce programme sont en fin 2006 étaient :
- la prise en charge d'environ 30 000 PVVIH par les ARV et médicaments des IO
- le dépistage d'environ 5% de la population sexuellement active, parmi lesquelles les femmes enceintes
- la dispensation des ARV pour la PTME à 150 000 couples mère-enfant
- la mise en place des réseaux de prise en charge communautaire au sein d'au moins 120 districts de santé
- le fonctionnement du système national de transfusion sanguine
- le fonctionnement des comités d'hygiène et de sécurité dans tous les hôpitaux centraux, généraux, provinciaux ainsi que les hôpitaux de district

Si l'on considère les objectifs spécifiques de l'axe stratégique « Prise en charge globale des cas de VIH/SIDA », ceux-ci sont les suivants :
- rendre accessible le traitement ARV à au moins 50% de PVVIH éligibles dont 750 enfants par an
- rendre accessible le traitement prophylactique des IO à au moins 50% des PVVS éligibles
- assurer l'accès gratuit au traitement antituberculeux à 100% des PVVIH sous ARV
- assurer la prise en charge gratuite de 100% des personnels du secteur éligible après AES en milieu de soins
- réduire de 50% la mortalité liée au VIH au sein du personnel médical par une prise en charge globale gratuite
- assure la prise en charge gratuite de 100% des indigents éligibles aux ARV
- assurer gratuitement la prophylaxie post exposition chez 100% des cas de viols documentés et éligibles

Source : Extrait du document Plan Stratégique de Lutte contre le VIH/SIDA du secteur santé au Cameroun 2004-2006.

Encadré 1.3 : Principales conventions et textes réglementaires en matière d'accessibilité aux ARV au Cameroun

Les principales conventions et textes réglementaires élaborés au Cameroun en vue de favoriser l'accessibilité aux ARV et de définir les tarifs applicables sur le territoire sont les suivants :

- Consensus sur le suivi clinico-biologique et l'indication du traitement antirétroviral le 9 juin 2000
- Décision 178/MSP/CAB du 16 mars 2001 portant création des Centres de Traitement Agrées (CTA) à travers les différentes provinces du pays
- Décision N°0183/MSP/CAB du 22 mars 2001 baissant les prix des ARV de 71,97%
- Décision 190/MSP/CAB du 30 mars 2001 portant désignation des 18 Centres de Traitement Agréées le 30 mars 2001
- Décision du Ministre de la Santé Publique (MSP) du 5 juillet 2001 concernant la convention entre le Cameroun et les laboratoires CIPLA pour la fourniture d'ARV génériques
- Décision du Ministre de la Santé Publique (MSP) du 1er août 2002 faisant objet d'une nouvelle baisse substantielle des prix des ARV et des examens biologiques spécifiques au suivi des patients
- Décision N° du 18 septembre 2004 portant mise en place d'un observatoire national des prix des antirétroviraux et des tests de dépistage de l'infection à VIH
- Décision N°0454 D/MSP/SG/DLM/SDL VIH-IST/SPCC/BPECM du 22 septembre 2004 portant création et organisation des Unités de Prise en Charge (UPEC) des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA par les antirétroviraux au Cameroun
- Décision N°0455 D/MSP/SG/DLM/SDL du 22 septembre 2004 portant désignation des 60 Unités de Prise en Charge (UPEC) des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA par les antirétroviraux au Cameroun
- Décision N°0468/MSP/CAB du 24 septembre 2004 fixant la nouvelle tarification des protocoles de première ligne de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA par les ARV, les médicaments des IO et des examens de suivi biologique au Cameroun
- Décision N°009/MSP/CAB du 14 janvier 2005 complétant les dispositions de la décision N°468 bis/MSP/CAB du 24 septembre 2004 fixant la nouvelle tarification des protocoles de première ligne de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA par les ARV, et des examens de suivi biologique au Cameroun
- Décision N°008/MSP/CAB du 14 janvier 2005 fixant le paquet subventionné des examens biologiques de suivi des PVVIH sous ARV au Cameroun
- Accès équitable des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA aux ARV et médicaments des IO : Stratégie Nationale, Ministère de la Santé Publique, juin 2005
- Décision N°0502/C/MSP/CAB du 5 septembre 2005 attribuant les stocks de démarrage et fixant les modalités de Gestion des ARV dans les Formations Sanitaires
- Circulaire N° xxx /C/MSP/CAB du xxx fixant les modalités d'application des décisions relatives à la nouvelle tarification des protocoles de prise en charge par les ARV, les médicaments des Infections Opportunistes et les examens de suivi biologique des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA au Cameroun

Encadré 1.4 : Les missions des UPEC définies par l'article 2 de la décision ministérielle N°0454 du 22 septembre 2004

Les missions des UPEC telles que définies par l'article 2 de la décision ministérielle N°0454 du 22 septembre 2004 sont les suivantes :

- Contribuer à l'information des populations sur les possibilités de prise en charge des personnes infectées par le VIH/SIDA y compris par les antirétroviraux
- Accueillir, examiner, prendre en charge et suivre les patients infectés par le VIH
- Identifier les patients devant bénéficier d'une prise en charge par les antirétroviraux selon les normes et protocoles nationaux en vigueur
- Assurer le bilan initial et de suivi biologique minimum des patients sous traitement par antirétroviraux
- Assurer la prise en charge des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA : traitement des infections opportunistes, traitement par les antirétroviraux et soutien psychologique
- S'assurer de la bonne observance des traitements par les patients
- Encadrer les associations de prise en charge communautaire en général et appuyer en particulier la prise en charge à domicile des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA
- Assurer la prophylaxie d'urgence gratuite après un accident d'exposition par un professionnel de la santé publique ou en cas de viol
- Assurer la référence et contre référence des malades vers les CTA en cas de nécessité
- Collaborer avec d'autres formations sanitaires ou services (Prévention de la transmission Mère-Enfant, Centre de Dépistage et Traitement de la Tuberculose, Centre de Prévention et de Dépistage Volontaire) pour la prise en charge globale des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA
- Participer à la recherche opérationnelle en matière de prise en charge des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA
- Participer au renforcement des capacités du personnel médical, paramédical et social en matière de prise en charge des personnes infectées
- Produire un rapport trimestriel sur la prise en charge des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA dans la structure sanitaire concernée.