

Published in final edited form as:
Sante Publique. 2014 ; 26(3): 375–384.

La stigmatisation des PVVIH en Afrique: analyse de ses formes et manifestations au Burkina Faso

[HIV/AIDS stigma in Africa: an analysis of its forms and manifestations in Burkina Faso]

Odette Ky-Zerbo¹, Alice Desclaux², Khalil El Asmar³, Carla Makhoul-Obermeyer³, Philippe Msellati⁴, and Jean-François Somé⁵

¹PAMAC – Immeuble Oubda Placide – Avenue de la Liberté – 11 BP 1023 CMS – Ouagadougou 11 – Burkina Faso

²IRD, UMI 233 Trans VIHMI. Université Cheikh Anta Diop de Dakar – Sénégal et Université de Yaoundé 1/IRD Yaoundé – Cameroun

³Université Américaine de Beyrouth – Liban

⁴UMI 233 Trans VIHMI – Centre de Coordination du site ANRS. IRD, Montpellier I et Hôpital Central de Yaoundé – Cameroun

⁵PASCI/PNUD – Lomé – Togo

Résumé

Introduction—l'impact négatif de la stigmatisation sur la prévention du VIH et la prise en charge a été documenté. La stigmatisation a été analysée au plan qualitatif au Burkina Faso, où la prévalence VIH est faible (1 %). Des mesures quantitatives sont encore nécessaires pour identifier les formes et manifestations majeures de la stigmatisation.

Méthodologie—dans le cadre de l'étude MATCH (*Multi-country African Study on Testing and Counselling for HIV*), une étude transversale a été conduite auprès de personnes ayant déjà fait le test VIH. Les personnes séropositives ont été interrogées sur les conséquences du résultat VIH+. Leur vécu de la stigmatisation a été évalué à travers 20 indicateurs de manifestations de la stigmatisation, regroupés en trois formes de stigmatisation/discrimination.

Résultats—au total 219 PVVIH ont été recrutées. L'autostigmatisation est la forme majeure de stigmatisation. Elle est estimée dans cette étude à 46 % comparativement à la stigmatisation dans les relations interpersonnelles évaluée à 40 % et la stigmatisation dans les services de santé qui est de 11 %. L'expérience de la stigmatisation dans les relations interpersonnelles est davantage rapportée par les PVVIH qui ont partagé leur résultat, celles qui ont un faible niveau de scolarisation, les veufs/veuves ou séparés, et les membres d'association. La stigmatisation dans les services de santé est rapportée plus souvent par les membres d'associations.

Correspondance: O. Ky-Zerbo, kyzerbo_odette@yahoo.fr.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Conclusion—les programmes de prise en charge doivent, parallèlement à l’extension des antirétroviraux, intégrer un volet psychologique plus adapté aux besoins. Les activités d’appui psychosocial ciblant davantage l’individu doivent être développées, surtout au sein des associations.

Summary

Negative impact of stigma on HIV care and prevention is documented. Qualitative approaches were used to describe its importance in Burkina Faso (1% of HIV prevalence) and need to be completed by quantitative estimations on major manifestations and categories of stigma.

During MATCH study (Multi-country African Study on Testing and Counselling for HIV) conducted in 2007–2008, 219 people tested HIV positive (PLWHA) were interviewed with a quantitative questionnaire. One of the topics is about their experience on consequences of HIV positive results. We used 20 items on stigma manifestations, classified in 3 categories: stigma in health care services (7 items), interpersonal stigma (10 items) and internal stigma (3 items).

Internal stigma is the major category experienced by PLWHA in Burkina Faso (46%) compared to 40% for interpersonal stigma and 11% for stigma in health care facilities). PLWHA who disclosed their HIV result, widows or separated persons, those who are less educated, PLWHA who joined community based organizations are more likely to experience interpersonal stigma. Stigma in health care facilities is more reported by PLWHA who joined community based organizations. Internal stigma affects all PLWHA, that we do not find any statistical difference in terms of age categories or sex.

Antiretroviral scaling up programs have to integrate more adapted psychology support aspects. Psychosocial activities, targeting persons and not the groups must be part of PLWHA care in Burkina Faso, especially in community based organizations.

Keywords

Événements de vie; Prise en charge de la maladie; Séropositivité VIH; Stigmate social; Burkina Faso

Keywords

Life change events; Disease management; HIV seropositivity; Social stigmat; Burkina Faso

Introduction

Les premières années de l’épidémie du VIH ont été marquées par des attitudes, des comportements et des actes défavorables à l’égard des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et de leur entourage. Ces réactions observées par ailleurs à l’égard d’autres malades, d’autres individus ou d’autres groupes du fait de la connotation négative de la pathologie dont ils souffrent ou de leur appartenance ethnique ou religieuse, ont été qualifiées de « stigmatisation ». L’analyse fondatrice de ce processus par E. Goffman définit le stigmate comme « toute caractéristique propre à l’individu qui, si elle est connue, le discrédite aux yeux des autres ou le fait passer pour une personne d’un statut moindre » [1]. Des institutions comme l’ONUSIDA en ont adopté des définitions propres [2] et de

nombreuses interprétations sociologiques de la stigmatisation à propos de l'épidémie du VIH ont été développées [3–5]. Du fait de ses conséquences psychosociales, la crainte de la stigmatisation entraîne la peur et la réticence vis-à-vis du test VIH, constitue une barrière à l'accès et à l'adhésion aux traitements et motive le non respect des consignes de prévention [6]. L'autostigmatisation, encore appelée « stigmatisation interne » est une forme de stigmatisation définie par le fait que la PVVIH développe des sentiments de dépréciation à son propre égard ou adopte (de manière consciente ou pas) des attitudes et comportements qui marquent sa différence avec les autres [7, 8]. Elle est caractérisée par l'acceptation des croyances et des actions stigmatisantes, une mauvaise perception de soi-même (honte, blâme, culpabilisation), l'abandon de toute ambition dans la vie et l'auto isolement des relations et activités sociales [9]. Les PVVIH vivant cette situation sont plus exposées à la dépression que les autres [10].

Au Burkina Faso, les PVVIH sont confrontées à la stigmatisation et à la discrimination, documentées par des approches qualitatives. En 2001, une analyse de la situation réalisée par l'ONUSIDA et le réseau africain des personnes vivant avec le VIH (RAP+) dans six pays d'Afrique de l'Ouest et du centre incluant le Burkina Faso a montré une situation de stigmatisation alarmante pour les PVVIH, aussi bien dans leur famille que dans les structures de soins et de prévention [11]. En 2002–2003, une investigation qualitative des processus qui anticipent ou conduisent à la stigmatisation détaillait cette autostigmatisation et montrait comment dans les associations elle se combine avec des mises à distance liées au niveau socio-économique, au sexe, à l'âge. Le personnel soignant, partagé entre le respect de l'éthique et le souci de se protéger d'une contamination professionnelle dont il surestime le risque dans les actes de soins, se tient souvent en retrait vis-à-vis des PVVIH [12, 13]. Au niveau national, pour répondre à cet obstacle à la lutte contre le VIH, les acteurs (État, ONG, associations) ont intégré la lutte contre la stigmatisation dans la mise en oeuvre des activités de lutte contre le sida [14].

À la fin des années 2000 les attitudes de rejet et de critique sont moins fréquemment observées, ce qui peut être expliqué par divers facteurs: le fait que de nombreuses familles ont connu des cas de sida, dont l'expérience a remis en question les discours de condamnation morale; l'amélioration du niveau des connaissances sur les modes de transmission qui a fait reculer la crainte de contagion; et la disponibilité des traitements qui a permis aux personnes séropositives d'avoir une relative bonne santé leur permettant de mener une vie productive. Mais la stigmatisation n'a pas totalement disparu, dans un contexte de réduction significative de la prévalence. De plus, les mesures de lutte contre la stigmatisation semblent ambivalentes et difficiles à évaluer notamment du fait de l'absence de données précises, approfondies et actualisées, concernant son ampleur [15]. Les premières données quantitatives sur la stigmatisation au Burkina Faso sont récentes et mettent en évidence des niveaux élevés de stigmatisation de la part de la population envers les PVVIH et d'autostigmatisation chez celles-ci. Dans le rapport EDS-IV [16] un indice composé de quatre questions a été défini pour mesurer « le niveau de tolérance vis-à-vis des PVVIH »¹. L'étude qualifie de « faible » le niveau de tolérance ainsi mesuré. Une analyse

¹Soutien à domicile d'une PVVIH, achat de légumes chez une PVVIH, acceptation qu'une enseignante PVVIH qui n'est pas malade continue d'exercer sa profession, favorable à la divulgation du statut VIH positif d'un membre de la famille.

de l'expérience des PVVIH, comparative entre le Burkina Faso, le Kenya, le Malawi et l'Ouganda, faite dans le cadre de l'étude MATCH (*Multi-country African Study on Testing and Counselling for HIV*) a montré que 40 % des participants ont vécu une situation de stigmatisation au cours des douze derniers mois au Burkina Faso [17].

L'objectif de cet article est de faire un état des lieux de la stigmatisation au Burkina Faso dans ce contexte évolutif à partir du point de vue de ceux qui la subissent. Nous espérons ainsi contribuer à une meilleure compréhension des manifestations et des formes de stigmatisation, et appréhender les caractéristiques des personnes les plus susceptibles d'internaliser la stigmatisation et d'en subir les conséquences.

Méthodologie

Contexte et cadre de l'étude

Le Burkina Faso connaît une épidémie généralisée, avec une prévalence VIH estimée à 1 % [18]. L'ensemble des districts sanitaires dispose d'au moins un centre de prise en charge médicale des PVVIH, et 140 associations contribuent au plan national à la prise en charge communautaire des PVVIH. Cette étude a été réalisée dans le cadre du projet MATCH qui avait pour objectif général d'identifier les motivations et les obstacles à la pratique du test VIH et de comparer différentes approches du dépistage VIH dans quatre pays (Burkina Faso, Kenya, Malawi, Ouganda), dont la méthodologie détaillée a déjà été présentée ailleurs [19].

Les sites d'étude

Au Burkina Faso, l'étude quantitative a eu lieu en milieu urbain (2 district urbains de Ouagadougou) et rural (le district de Dédougou qui couvre également des CSPS ruraux). Quatre catégories de sites ont été concernées: les centres de conseil dépistage volontaire (CDV), les lieux de prise en charge du VIH (médicale et communautaire), les centres de santé maternelle et infantile (SMI) et les centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose (CDT). Ces sites accueillent respectivement les personnes qui font le test à leur propre initiative, des personnes se sachant séropositives, les femmes enceintes et les patients souffrant de tuberculose. Au total 5 CDV autonomes (4 à Ouagadougou et 1 à Dédougou), 8 structures de prise en charge (6 à Ouagadougou et 2 à Dédougou), 5 SMI (2 à Ouagadougou et 3 à Dédougou) et 2 CDT de la ville de Ouagadougou ont été concernés. Les PVVIH interviewées relèvent toutes du milieu urbain (Ouagadougou) et semi urbain (ville de Dédougou).

Collecte et analyse des données

L'enquête de type transversal a concerné les utilisateurs des services cités ci-dessus, âgés d'au moins 18 ans, qui avaient déjà fait le test et en connaissaient le résultat. Dans les associations de prise en charge communautaire des personnes infectées et affectées par le VIH et les CDT, les utilisateurs ont préalablement été informés de l'étude par le personnel de ces sites. Les utilisateurs des SMI et CDV ont été systématiquement approchés après le conseil post test par les enquêteurs qui leur ont proposé la participation à l'étude. Seules les personnes consentant à prendre part à l'étude ont été orientées vers les enquêteurs. La

relation avec les enquêtés a été établie de manière à respecter leurs souhaits concernant le moment et le lieu de l'entretien. Nos informateurs préféraient la plupart du temps que les entretiens aient lieu dans les associations ou autres lieux de prise en charge où leur statut VIH et l'objet de l'étude étaient déjà connus. Ce choix semblait à leurs yeux atténuer le risque de stigmatisation. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire, avec des questions fermées et semi ouvertes. Le protocole de l'étude a été approuvé par le comité d'éthique pour la recherche en santé du Burkina Faso et par le comité d'éthique de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Les données ont été recueillies d'avril à août 2008, puis analysées sur Stata10.

Les manifestations et les formes de stigmatisation étudiées

Afin d'analyser les manifestations de stigmatisation vécues par les PVVIH, 20 items liés à la stigmatisation/discrimination ont été abordés avec elles. Ces items ont été choisis à partir de la revue de la littérature sur la stigmatisation vis-à-vis des PVVIH et l'exploitation des outils validés par l'OMS⁶ et selon un processus décrit de manière détaillée ailleurs¹⁷.

Ces items ont été regroupés en catégories, constituant des « formes de stigmatisation » pouvant chacune constituer une barrière à la prévention ou à la prise en charge du VIH (tableau II): stigmatisation dans les services de santé par le personnel (7 items), stigmatisation dans les relations interpersonnelles s'exerçant ailleurs qu'au sein des structures sanitaires (social, familial, professionnel) (10 items) et l'auto-stigmatisation (3 items).

Résultats

Description de la population d'enquête

Au total 219 PVVIH, d'un âge moyen de 37,5 ans, ont été interviewées. Il s'agit surtout de femmes (78,5 %). La plupart de ces personnes vivent en couple (48 %), avec un nombre élevé de veuves/veufs (27 %). La majorité des participants vivent en milieu urbain (72 %) et 39,7 % n'ont pas reçu une éducation formelle. La durée moyenne de connaissance du statut VIH est de deux ans et demi. La moitié d'entre elles sont membres d'une association de soutien aux PVVIH (50,5 %). Il y a 87,6 % des répondants qui ont partagé le résultat avec quelqu'un de l'entourage. Les confidents sont par ordre d'importance: les frères et soeurs (51 %), les parents biologiques (34 %), les enfants et les amis (respectivement 19 % et 18 %). La grande majorité des personnes mariées ou vivant en concubinage ont informé leur partenaire de leur statut VIH (81 %).

Les formes et les manifestations de stigmatisation/discrimination

La distribution des formes de stigmatisation/discrimination vécues par les PVVIH par catégorie sociodémographique est présentée dans le tableau I. Le tableau II présente les relations entre formes de stigmatisation et catégories sociodémographiques.

La stigmatisation dans les relations interpersonnelles—Le tableau I montre que dans la catégorie « stigmatisation dans les relations interpersonnelles » seule l'affirmation « *les gens agissent ou pensent que c'est de ma faute si je suis infecté(e) par le VIH* » est

davantage validée par les hommes que les femmes (26,1 % *versus* 21 %). Pour les 9 autres affirmations, la proportion de femmes ayant approuvé l'une ou l'autre est toujours supérieure ou égale à celle des hommes. Enfin les personnes séparées (veufs/veuves et divorcées) et celles qui ont un niveau de scolarisation intermédiaire (primaire) vivent plus ces manifestations de stigmatisation que les personnes non scolarisées et celles qui ont au moins le niveau secondaire.

En somme, 88 PVVIH interviewées (40,2 %) ont déclaré avoir vécu au moins une manifestation de stigmatisation dans le cadre familial, social ou professionnel.

Le tableau II montre que celles qui ont partagé leur résultat VIH avec quelqu'un de l'entourage sont davantage concernées ($p = 0,03$). Toutes les catégories d'âge subissent la stigmatisation dans les relations interpersonnelles, sans qu'une catégorie d'âge soit statistiquement plus concernée que les autres. Le comportement négatif de la part de l'entourage ne semble pas non plus être lié au sexe. Les personnes qui ont un niveau d'éducation primaire semblent être plus affectées par la stigmatisation dans les relations interpersonnelles que celles qui ne sont pas scolarisées ou celles qui ont un niveau d'éducation plus élevé ($p = 0,03$). Les PVVIH membres d'une association en sont plus affectées ($p = 10^{-3}$). Et les personnes séparées et celles qui sont veuves rapportent plus de stigmatisation dans les relations interpersonnelles que les célibataires et les personnes qui vivent en couple ($p = 0,02$). Enfin la stigmatisation dans les relations interpersonnelles semble être la même en milieu urbain et semi urbain ($p = 0,4$).

La stigmatisation dans les services de santé—La manifestation de stigmatisation majeure dans les services de santé reste la perception d'une prise de mesures de protection excessives par le personnel de santé (tableau I), autant vécue par les hommes (6,7 %) que les femmes (6,6 %). Les PVVIH scolarisées rapportent plus souvent que le personnel de santé a pris plus de précautions avec elles qu'avec les autres patients. En ce qui concerne l'âge, les PVVIH de 35 ans et plus rapportent davantage l'ensemble des manifestations de stigmatisation dans les services de santé que les plus jeunes.

Suivant le tableau II, peu de PVVIH ont été confrontées à la stigmatisation dans le cadre des soins (11 %). Elle est plus souvent rapportée par des PVVIH membres d'une association ($p < 0,03$), sans que cela ne soit lié au sexe, à l'âge, au statut matrimonial ou au lieu de résidence.

L'auto-stigmatisation—L'auto-stigmatisation est la forme de stigmatisation majeure vécue par les PVVIH (45,6 % contre 40,2 % pour la stigmatisation dans les relations interpersonnelles et 11 % de stigmatisation dans les services de santé) (tableau II). Statistiquement, toutes les PVVIH sont concernées sans prédominance d'une catégorie de population définie par l'âge, le sexe, etc.

Le tableau I montre que l'affirmation « *sentiment d'être inutile* » prédomine sur les deux autres car 36 % des PVVIH l'ont vécue au cours des douze mois précédant l'étude. Également 21 % d'entre elles se sont isolées de leur famille ou de leurs amis tandis que 11 % des PVVIH se sentent coupables d'être infectées par le VIH.

L'importance de l'auto-stigmatisation mérite une analyse plus détaillée en ce qui concerne ses manifestations. Cette analyse est présentée dans le tableau III qui décrit leur distribution par catégorie sociodémographique.

L'auto-isolement vis-à-vis de la famille et des amis: La seule variable statistiquement liée à l'auto-isolement est le statut matrimonial, les personnes vivant en couple étant moins affectées ($p = 0,01$). Il n'y a pas de différence statistiquement significative concernant les autres variables. On observe que les proportions d'hommes et de femmes qui ont eu tendance à s'isoler au cours des douze mois précédant l'étude sont sensiblement les mêmes (respectivement 21,7 et 20 %). Cette proportion reste comparable quel que soit le niveau de scolarisation. Les 25–34 ans sont les moins affectés. Les PVVIH sont plus souvent victimes d'auto-isolement lorsqu'elles ont partagé le résultat VIH (21,9 %) que lorsqu'elles ne l'ont pas fait (16,7 %). Enfin les PVVIH membres d'une association semblent vivre davantage l'auto-isolement (25,2 % *versus* 17,3 %).

Le sentiment d'être inutile: Les PVVIH du milieu semi-urbain semblent plus éprouver le sentiment d'inutilité que celles du milieu urbain ($p = 0,02$). On n'observe aucune différence statistique significative selon les autres caractéristiques étudiées bien que les femmes aient plus tendance à se sentir inutiles que les hommes (38,3 % *versus* 26,7 %). Plus de la moitié des personnes séparées vivent ce sentiment (54,5 %).

Le sentiment de culpabilité: La seule variable statistiquement liée au vécu du sentiment de culpabilité demeure le sexe ($p < 10^{-3}$). En effet, trois fois plus d'hommes que de femmes se sentent coupables d'être infectés par le VIH (respectivement 26,7 % et 7,8 %). Les PVVIH séparées de leur conjoint vivent plus ce sentiment de culpabilité que les autres. Les femmes âgées de 45 ans et plus sont plus affectées que les plus jeunes.

Discussion

Cette étude apporte des informations inédites concernant la répartition des formes de stigmatisation dans la population: 11 % des personnes ont éprouvé la stigmatisation dans les services de santé, 40 % dans les relations interpersonnelles en dehors des services de santé et 46 % ont des perceptions ou conduites auto-stigmatisantes. Les taux relativement élevés de partage du statut (supérieurs à 80 %), similaires dans notre étude et dans une autre étude menée à la même période auprès de patients des centres de santé du Burkina Faso, pourraient être expliqués par la disponibilité des traitements ARV désormais accessibles même dans les villes secondaires [20].

Le taux de stigmatisation dans les services de santé est faible, montrant ainsi une bonne acceptation des PVVIH par les personnels de santé. Cela a pu être favorisé par les multiples formations dispensées aux personnels de santé pour l'intégration du conseil et du dépistage dans leurs activités de routine et la prise en charge médicale des PVVIH. Néanmoins, cette forme de stigmatisation rapportée plus souvent par les PVVIH membres d'associations mérite une analyse plus approfondie afin d'identifier le type de personnel de santé ou les services de santé au sein desquels les PVVIH se sentent moins bien traitées que les autres patients, afin que des actions correctrices puissent y être menées. En outre des études

complémentaires seraient nécessaires pour préciser dans quelle mesure les services de soins généralistes et où les risques d'accidents d'exposition aux liquides biologiques, comme les maternités, sont des lieux de plus ample stigmatisation que les services spécialisés de prise en charge des PVVIH.

La stigmatisation dans les relations interpersonnelles semble plus importante au Burkina Faso qu'au Sénégal, où une étude avait rapporté une prévalence du stigma de 18 % [21]. Les différences entre les questionnaires utilisés, bien que minimales, ne permettent cependant pas de tirer de conclusions précises. Ceci souligne l'importance de valider des outils standardisés. L'analyse de Neumann [17] sur quatre pays (Burkina Faso, Kenya, Malawi et Ouganda), a montré que les femmes étaient plus susceptibles de vivre la stigmatisation dans les relations interpersonnelles que les hommes. Dans notre analyse portant uniquement sur les données du Burkina Faso, les PVVIH séparées ou celles dont le (la) partenaire est décédé(e) sont plus susceptibles de vivre la stigmatisation dans les relations interpersonnelles, la séparation ayant pu être une conséquence du rejet par le partenaire, ou le veuvage ayant été un motif de stigmatisation. Par ailleurs, nous n'avons pas mis en évidence de différence statistique liée au milieu de résidence, au sexe ou à l'âge à propos du vécu de la stigmatisation, ce qui laisse entendre qu'au Burkina Faso la stigmatisation affecte toutes les catégories d'âge indépendamment du sexe et du milieu de résidence.

L'auto stigmatisation est plus importante au Burkina Faso que dans les autres pays considérés dans l'étude MATCH (45 % *versus* 9,6 % pour le Malawi, 29,9 % pour l'Ouganda et 32,5 % pour le Kenya) [17]. Elle est la forme de stigmatisation la plus fréquemment vécue par les PVVIH et touche indifféremment les PVVIH. L'analyse détaillée de ses manifestations montre que plus d'un tiers des PVVIH se sont parfois senties inutiles du fait de l'infection à VIH (36 %), et celles du milieu semi-urbain semblent plus affectées. Cela dénote les limites du soutien à l'estime de soi auprès des PVVIH au Burkina Faso. Les hommes PVVIH se sentent plus coupables d'être infectés par le VIH que les femmes, ce qui peut être mis en rapport avec les circonstances de contamination qui font l'objet de discours moraux des professionnels de santé et de la population générale [22]. Les personnes séparées ou veuves, vivant déjà plus la stigmatisation dans les relations interpersonnelles, ont plus tendance à s'isoler. Cela pourrait être une conséquence ou serait amplifié par la stigmatisation dont elles sont victimes [8].

En somme les niveaux élevés de la stigmatisation dans les relations interpersonnelles hors des services de santé et de l'auto stigmatisation sont d'autant plus difficiles à expliquer que la mobilisation communautaire a été particulièrement importante au Burkina Faso [23], où les associations semblent constituer un recours pour les PVVIH qui souffrent de stigmatisation. Néanmoins, comme dans d'autres études, la méthodologie ne permet pas de préciser le sens de cette corrélation. Il est possible que les pratiques associatives de soutien communautaire et de prise en charge psychosociale mettent plus l'accent sur la solidarité envers les malades que sur la perception que les PVVIH ont d'elles-mêmes, dans un pays où il existe très peu de psychologues dans les services de soins.

D'un point de vue appliqué, ces résultats montrent qu'une proportion importante des personnes vivant avec le VIH souffre à cause de leur statut, malgré l'absence de

stigmatisation par des tiers. Ce constat plaide en faveur du développement du conseil psychosocial, qui permettrait à davantage de personnes de « vivre positivement avec le VIH ». Ceci impose de maintenir des moyens financiers pour les activités d'appui psychologique même pour des personnes infectées depuis plusieurs années, et de définir des stratégies innovantes pour dépister et traiter les personnes qui présentent des troubles psychologiques dépressifs ou des niveaux élevés d'auto-stigmatisation, qui constituent un facteur de risque de dépression clinique. Des analyses qualitatives complémentaires sont nécessaires pour savoir si les activités des associations sont peu efficaces sur la stigmatisation, ou si la participation à une association rend les personnes plus sensibles aux manifestations discriminatoires, ce qui expliquerait qu'elles les rapportent davantage, ou si les associations sont un lieu de recours pour les personnes qui vivent le plus des situations de stigmatisation.

Enfin, la force de cette étude est sa représentativité de l'ensemble des PVVIH, car elle a pris en compte des PVVIH rencontrées dans différents lieux de prise en charge médicale (hôpitaux, districts et SMI) et communautaire (CDV, associations). Plus de deux tiers de notre échantillon était composé de femmes; cela est en conformité avec la représentation des PVVIH dans les services de santé au Burkina Faso, où 70 % des personnes sous ARV sont des femmes [24]. Enfin, son déroulement à une période où la loi sur la stigmatisation des PVVIH était en discussion au niveau national a pu conduire à une surestimation de son vécu par les PVVIH.

Conclusion

La stigmatisation est toujours présente au Burkina Faso. L'auto-stigmatisation en est la forme la plus commune parmi les PVVIH. Ces résultats montrent que les programmes de prise en charge gagneraient à intégrer un volet psychologique plus adapté que celui qui est actuellement offert aux PVVIH. Les activités d'appui psychosocial ciblant davantage l'individu doivent être développées parallèlement à l'extension des traitements antirétroviraux, surtout au sein des associations. Des études complémentaires sur les causes de ces niveaux élevés de stigmatisation dans les relations interpersonnelles en dehors des services de santé, et d'auto-stigmatisation, méritent d'être initiées.

Références

1. Goffman, E. Stigmate: les usages sociaux des handicaps. Paris: Éditions de Minuits; 1975. p. 11
2. ONUSIDA. Guide de terminologie de l'ONUSIDA. Genève: ONUSIDA; 2011. p. 40[visité le 29 mars 2014]. En ligne: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_fr.pdf
3. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol.* 2001; 27:363–85.10.1146/annurev.soc.27.1.363
4. Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Soc Sci Med.* 2003; 57(1):13–24. [PubMed: 12753813]
5. Stuber J, Galea S, Link BG. Smoking and the emergence of a stigmatized social status. *Soc Sci Med.* 2008; 67(3):420–30.10.1016/j.socscimed.2008.03.010 [PubMed: 18486291]
6. Obermeyer, C.; Bott, S.; Michaelis, A., et al. HIV testing, treatment, and prevention: Generic tools for operational research. Geneva: World Health Organization; 2009. p. 66

7. Schaay, N. Index de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH: guide de l'utilisateur. Londres: International Planned Parenthood Fédération; 2008. p. 76[Visité le 05/05/2014]. En ligne: <http://www.stigmaindex.org/download.php?id=26>
8. U.S. Agency for International Development. Breaking the cycle: stigma, discrimination, internal stigma, and HIV. Washington (DC): USAID; 2006. p. 16[Visité le 29/03/2014]. En ligne: http://www.policyproject.com/pubs/generalreport/Breaking_the_Cycle.pdf
9. Nyblade, L.; MacQuarrie, K. Current knowledge about quantifying stigma in developing countries. Washington (DC): USAID; 2006. Can we measure HIV/AIDS-related stigma and discrimination?; p. 28[visité le 05/05/2014]. En ligne <http://www.policyproject.com/pubs/generalreport/Measure%20HIV%20Stigma.pdf>
10. Van Brakel WH. Measuring health-related stigma-a literature review. *Psychol Health Med.* 2006; 11(3):307–34. [PubMed: 17130068]
11. ONUSIDA – Équipe inter-pays pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, Réseau africain des personnes vivant avec le VIH. Analyse situationnelle de la discrimination et stigmatisation envers les personnes vivant avec le VIH/SIDA en Afrique de l'Ouest et du Centre: considérations éthiques et juridiques. Abidjan: ONUSIDA pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre; 2002. p. 42[Visité le 05/05/2014]. En ligne: http://data.unaids.org/pub/report/2002/20020701_analysis_discrimination_fr.pdf
12. Ouattara, F.; Gruénais, ME.; Huygens, P.; Traoré, A. Étude anthropologique au Burkina Faso (Bobo-Dioulasso, Banfora, Niangoloko, Orodara). Paris: Agence nationale de recherche sur le sida; Marseille: Institut de recherche pour le développement; Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): SHADEI; 2004 Déc. Sida, stigmatisation et exclusion; p. 127[Visité le 15/04/2014]. En ligne: http://www.sfls.aei.fr/ckfinder/userfiles/files/Actus/doc/2006/vih_stigmat_exlu_burkina.pdf
13. Gruénais ME, Ouattara F. « Des malades comme les autres » ou comment les soignants traitent les malades du sida et la question de la stigmatisation au Burkina Faso. *Sciences et technique, Sciences de la santé.* 2008; 1:93–100. spécial hors-série n°. [Visité le 15/04/2014]. En ligne: http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers11-07/010051474.pdf.
14. Conseil national de lutte contre le sida et les IST (CNLS-IST). Cadre stratégique de lutte contre le VIH/sida et les IST (CSLS) 2006–2010. Ouagadougou: CNLS-IST; 2005. p. 101[Visité le 15/04/2014]. En ligne: http://aidstar-one.com/sites/default/files/prevention/resources/national_strategic_plans/Burkina_Faso_06-10.pdf
15. Gausset Q, Mogensen HO, Yameogo WME, Berthé A, Konaté B. The ambivalence of stigma and the double-edged sword of HIV/AIDS intervention in Burkina Faso. *Soc Sci Med.* 2012; 74(7): 1037–44.10.1016/j.socscimed.2011.11.044 [PubMed: 22357301]
16. Institut national de la statistique et de la démographie (INSD), Ministère de l'économie et des finances, ICF International. Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDSBF-MICS IV) 2010. Ouagadougou: INSD; Calverton (MA): ICF International; 2012. p. 525[Visité le 15/04/2014]. En ligne: http://www.unicef.org/bfa/french/bf_eds_2010.pdf
17. Neuman M, Obermeyer CM. MATCH Study Group. Experiences of stigma, discrimination, care and support among people living with HIV: a four African country study. *AIDS Behav.* 2013; 17(5):1796–808.10.1007/s10461-013-0432-1 [PubMed: 23479002]
18. U.S. Agency for International Development (UNAIDS). Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Washington (DC): UNAIDS; 2013. p. 198[Visité le 15/04/2014]. En ligne: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf
19. Obermeyer CM, Neuman M, Desclaux A, et al. Associations between mode of HIV testing and consent, confidentiality, and referral: a comparative analysis in four African countries. *PLoS Med.* 2012; 9(10):e1001329.10.1371/journal.pmed.1001329 [PubMed: 23109914]
20. Kouanda S, Yameogo WME, Berthé A, et al. Partage de l'information sur le statut sérologique VIH positif: facteurs associés et conséquences pour les personnes vivant avec le VIH/sida au Burkina Faso. *Rev Épidemiol Sante Publique.* 2012; 60:221–228.10.1016/j.respe.2011.12.135 [PubMed: 22595419]
21. Desclaux, A. Mesurer la stigmatisation: comparaison entre approches relativiste et universaliste auprès des veuves. In: Taverne, B.; Desclaux, A.; Sow, PS.; Delaporte, E.; Ndoye, I., editors. *Evaluation de l'impact bio-clinique et social, individuel et collectif, du traitement ARV chez des*

patients VIH-1 pris en charge depuis 10 ans dans le cadre de l'ISAARV cohorte ANRS 1215. Paris: ANRS; 2012. p. 381-396. Rapport n° ird-00718213. [Visité le 15/04/2014]. En ligne: http://halshs.archivesouvertes.fr/docs/00/71/82/13/PDF/ANRS_1215_rapport_final_2012.pdf

22. Bila, B. Thèse de doctorat en anthropologie. Marseille (France): Université Paul Cézanne d'Aix-Marseille; 2011. Genre et médicament. Analyse anthropologique dans le contexte du sida au Burkina Faso; p. 353
23. Conseil national de lutte contre le sida et les IST (CNLS-IST). Revue à mi-parcours du cadre stratégique de lutte contre le sida et les IST 2006–2010. Ouagadougou: CNLS-IST; 2008. p. 77
24. Conseil national de lutte contre le sida et les IST (CNLS-IST). Bilan général de la mise en oeuvre du plan national multisectoriel (PNM) 2012: document synthèse. Ouagadougou: CNLS-IST; 2013. p. 145

Tableau I

Distribution des formes de stigmatisation vécue par les PVVIH par catégorie sociodémographique, MATCH 2008 Burkina Faso

Formes et manifestations de stigmatisation	Sexe		Catégorie d'âge					Statut matrimonial			Scolarisation			
	Femmes	Hommes	20-24	25-34	35-44	45+	Célibataire	Vie de couple	Séparés	Veufs	Non scolarisés	Primaire	Second+	Total
La stigmatisation/discrimination dans les relations interpersonnelles														
Exclu des événements sociaux	4,8	2,2	0	4	5,6	6,3	6,3	4	0	5,2	2,4	5,6	2,8	4,20
A abandonné par époux/épouse	13,8	8,9	0	13,3	10	9,4	9,4	8	31,8	15,5	12,2	16,9	7,1	12,7
Insultes/injures	21	11,1	0	16	22,2	12,5	12,5	19	18,2	22,4	12,2	28,2	1,3	18,9
Agressions physiques	3,6	0	0	4	2,2	6,3	6,3	1	4,5	3,6	2,4	5,6	0	2,8
Perte d'emploi	3,6	2,2	0	2,7	4,4	9,4	9,4	1	9,1	1,7	1,2	5,6	1,4	3,3
Expulsé du logement	1,8	2,2	0	2,7	1,1	3,1	3,1	1	9,1	0	1,2	2,8	1,4	1,9
Dépossédé de ses biens	3,6	0	0	2,7	2,2	0	0	1	4,5	6,9	1,2	6	1,4	2,8
Des gens évitent de me toucher	16,8	15,2	10	16	14,4	12,5	12,5	11,9	27,3	22,4	14,6	18,3	14,3	16,4
Les gens semblent être mal à l'aise avec moi	19,2	19,6	20	13,3	18,9	9,4	9,4	14,9	31,8	27,6	15,9	25,3	14,3	19,2
Les gens agissent ou pensent que c'est de ma faute	21	26,1	20	17,3	21,1	15,6	15,6	21,8	27,3	24,1	19,5	28,2	15,7	22,1
Stigmatisation dans les services de santé														
On vous a refusé les soins	0,6	0	0	0	1,1	0	0	0	4,5	0	1,2	0	0	0,5
Des agents de santé vous ont négligé ou ont évité de vous soigner	3	0	0	2,7	0	3,1	3,1	3	4,5	0	1	2,8	2,8	2,4
On vous a refusé les soins que vous devriez avoir	1,2	0	0	0	0	0	0	0	4,5	1,8	0	2,8	0	0,9
Vous avez reçu des soins de moindre qualité	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Le personnel était mal à l'aise avec vous à cause de votre statut VIH	2,4	0	0	1,3	2,2	3,1	3,1	2	4,5	0	0	1,4	1,4	1,9
Le personnel a pris plus de précautions avec vous	6,6	6,7	10	5,3	6,7	12,5	12,5	4	13,6	5,2	3,7	7	7,1	6,6
On vous a manqué de respect	2,4	0	0	1,3	0	0	0	2	4,5	1,7	1,2	1,4	0	1,9
Auto-stigmatisation														

Formes et manifestations de stigmatisation	Sexe		Catégorie d'âge					Statut matrimonial			Scolarisation			Total
	Femmes	Hommes	20-24	25-34	35-44	45+	Célibataire	Vie de couple	Séparés	Veufs	Non scolarisés	Primaire	Second+	
S'est isolé de la famille ou des amis au cours des 12 derniers mois	21,7	20	20	13,3	22,2	21,9	21,9	13,1	40,1	27,6	22,2	21,1	17,1	21,3
S'est senti parfois inutile parce séropositif au VIH	40,7	26,7	20	40	32,2	37,5	37,5	31	63,6	36,2	37,8	36,6	25,7	35,9
Se sent coupable d'avoir le VIH	8,4	26,7	10	8	11,1	9,4	9,4	14	18,2	6,9	8,5	14,1	11,4	11,8

Tableau II
 Comparaison des PVVIH par forme de stigmatisation, MATCH 2008 Burkina Faso

Caractéristiques	Stigmatisation dans les relations interpersonnelles (N = 88)		Stigmatisation dans les services de santé (N = 24)		Auto stigmatisation (N = 102)	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Sexe						
Féminin	74	43	21	12,2	78	45,4
Masculin	14	29,8	3	6,4	24	51,1
						0,4
Statut matrimonial						
Célibataire	8	25	5	15,6	16	50
Vit en couple	37	35,2	9	8,6	46	43,8
Séparé/divorcé	11	47,8	5	21,7	15	65,2
Veuves/veufs	32	54,2	5	8,5	25	42,4
						0,2
Âge						
20–24 ans	3	30	1	10	4	40
25–34 ans	27	36	7	9,3	35	46,7
34–44 ans	35	38,9	10	11,1	41	45,6
45+	23	52,3	6	13,6	22	50
						0,9
Éducation						
Pas d'éducation formelle	28	32,2	5	5,8	39	44,8
Primaire	37	52,1	9	12,7	34	47,9
Secondaire +	23	37,7	10	16,4	29	47,5
						0,1
Partage du résultat						
Oui	82	43,2	21	11	93	48,9
Non	6	22,2	3	11,1	9	33,3
						0,1
Membre d'une association						
Oui	56	52,3	17	15,9	52	48,6
Non	31	29,5	7	6,7	50	47,6
						0,8
Référé pour des soins						

Tableau III

Distribution des manifestations de l'auto-stigmatisation des PVVIH par caractéristiques sociodémographiques, MATCH 2008 Burkina Faso

Caractéristiques	S'est isolé de la famille ou des amis au cours des 12 derniers mois (N = 45)		S'est senti parfois inutile parce que séropositif au VIH (N = 76)		Se sent coupable d'avoir le VIH (N = 25)	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Sexe						
Féminin	36	21,7	64	38,3	13	7,8
Masculin	9	20	12	26,7	12	26,7
		0,8			0,1	<10 ⁻³
Statut matrimonial						
Célibataire	7	21,9	12	37,5	3	9,4
Vit en couple	13	13,1	31	31	14	14
Séparé/divorcé	9	40,9	12	54,5	4	18,1
Veuves/veufs	16	27,6	21	36,2	4	6,9
		0,01			0,1	0,2
Âge						
20-24 ans	2	20	2	20	1	10
25-34 ans	10	14,1	30	41,6	6	8,3
34-44 ans	20	22,5	29	32,6	10	11,2
45+	13	31,7	15	36,6	8	19,5
		0,1			0,6	0,3
Éducation						
Pas d'éducation formelle	18	22,2	31	37,8	7	8,5
Primaire	15	21,4	26	37,1	10	13,3
Secondaire et plus	12	20	18	31,7	8	13,3
		0,9			0,9	0,5
Partage du résultat						
Oui	41	21,9	67	35,6	22	11,7
Non	4	16,7	9	37,5	3	12,5
		0,5			0,3	0,5
Membre d'une association						
Oui	27	25,2	39	36,2	12	11,2
Non	18	17,3	37	35,2	13	12,4
		0,1			0,5	0,2

Caractéristiques	S'est isolé de la famille ou des amis au cours des 12 derniers mois (N = 45)		S'est senti parfois inutile parce que séropositif au VIH (N = 76)		Se sent coupable d'avoir le VIH (N = 25)	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Référé pour des soins						
Oui	34	20,9	58	35,4	21	12,8
Non	10	21,7	16	34,8	4	8,7
						0,2
Milieu de résidence						
Urbain	31	20,4	49	30,8	16	10,1
Péri-urbain	14	23,7	27	45,8	9	15,2
						0,4