

SOMMAIRE

INTRODUCTION	01
Méthodologie	03

Première partie : GENERALITES

CHAPITRE I : Quid du SIDA	11
I-1. Le SIDA	12
1.1) Les voies de transmission du VIH	14
1.2) Historique du SIDA	15
I-2 . Les caractéristiques du SIDA	16
I-3. La mobilisation mondiale : l'ONUSIDA	18
I-4. SIDA, une réalité à Madagascar	19
4.1) Données statistiques sur le SIDA	20
4.2) Stratégie nationale de lutte contre le VIH/SIDA	23

CHAPITRE II : Le SIDA comme objet sociologique **25** |

II-1. Les 3 phases de l'épidémie	25
1-1. Première phase : la contamination par le VIH	26
2. Deuxième phase : Impacts économiques et sanitaires	27
3. Troisième phase : La stigmatisation et la discrimination liées au VIH/SIDA comme impacts sociaux	30
2- Droits de l'homme et VIH/SIDA	40
3- Genre et SIDA	42
4- Sciences sociales et SIDA	43

Deuxième partie : INTERPRETATION

ET ANALYSE DES RESULTATS D'ENQUETES

CHAPITRE I : Enquête quantitative auprès de la population concernant ses attitudes à l'égard des PVVIH	48
I-1. Présentation générale des enquêtes	48

2. Connaissance du SIDA -----	50
3. Croyance à l'existence du SIDA à Madagascar-----	55
4. Analyse des comportements et attitudes de la population envers le VIH/SIDA et les PVVIH -----	63
4.1)La discrimination dans le milieu du travail-----	70
4.2) La corrélation entre l'exclusion et le niveau de connaissance du SIDA---	78
I-5. Représentations sociales des PVVIH -----	84

CHAPITRE II : Analyses et résultats d'enquêtes auprès des PVVIH -----86

II-1. Attitudes des PVIH envers la maladie -----	86
1.1. La peur -----	86
2. La honte -----	87
3. La dévalorisation de soi-----	88
2. Les formes que prennent la stigmatisation et de la discrimination d'après les réalités vécus des PVVIH-----	89
2.1. La forme la plus courante de la discrimination : l'auto stigmatisation -----	94

Troisième partie : SOLUTIONNER LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION LIEES AU VIH /SIDA

CHAPITRE I : Les facteurs et les impacts négatifs de l'exclusion-----97

I-1.Les facteurs qui alimentent la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/SIDA -----	97
1.1)Les préjugés -----	97
2) Les idées erronées à propos de la transmission du VIH/SIDA -----	98
3) Le caractère mortel du VIH/SIDA-----	99
4)Les tabous qui entourent le VIH/SIDA -----	99
I-2 .Les impacts négatifs de la stigmatisation et de l'exclusion-----	100
2.1) Impact au niveau de l'individu -----	100
2) Impact au niveau de la communauté -----	101

CHAPITRE II : Critiques et propositions de solutions ----- 105

II-1. Combattre la stigmatisation et la discrimination -----	105
--	-----

1.1. Réviser les campagnes de sensibilisation -----	105
2. Rompre le silence -----	106
3. Vaincre les préjugés -----	107
4. Les rôles des médias -----	108
II-2. Méthode participative et respect des droits des PVVIH -----	109
II-3. Vivre et laissez vivre -----	114
4. L'expertise communautaire -----	117
5. La riposte efficace face à la stigmatisation et à la discrimination -----	119
6. Le SIDA et l'espoir -----	122
CONCLUSION -----	124

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Evolution des cas de SIDA et d'infection à VIH de 1987 à 2000

Tableau 2 : Répartition des sujets selon l'âge et le sexe

Tableau 3 : Répartition selon le statut matrimonial et le sexe

Tableau 4 : Répartition selon le niveau d'instruction des enquêtés

Tableau 5 : Pourcentage de femmes d'hommes qui ont déclaré connaître
le VIH/SIDA par sexe et milieu de résidence

Tableau 6 : Répartition selon le niveau d'instruction et la connaissance du SIDA

Tableau 7 : Attitudes envers les hommes ayant une IST

Tableau 8 : La réaction selon l'âge de l'enquête

Tableau 9 : ceux qui sont prêts à s'occuper d'un membre de la famille atteint du VIH/SIDA

Tableau 10 : Pourcentage des personnes qui acceptent d'embaucher des PVVIH

Tableau 11 : Pourcentage des personnes favorables au licenciement des PVVIH

Tableau 12 : Pourcentage des personnes favorables ou non à l'isolement des PVVIH

Tableau 13 : Effectifs des PVVIH qui acceptent de dévoiler leur statut sérologique

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Illustration 1 : La corrélation entre le niveau d'instruction et la connaissance du SIDA

Illustration 2 : Schéma de la grande chaîne des liaisons

Illustration 3: Corrélation entre le niveau de connaissance en SIDA et le niveau d'exclusion

Illustration 4 : Courbe de Gauss

Illustration 5: Résumé des résultats attendus

Illustration 6: C T V comme portail d'accès à la prévention et à la prise en charge du VIH.

LISTE DES ABREVIATIONS

ARV : Antiretroviraux
CLLS : Comité Local de Lutte contre le SIDA
CNLS : Comité National de Lutte contre le SIDA
CPLS : Comité Provincial de Lutte contre le SIDA
CTV : Conseil et Test Volontaire
DSRP : Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
EDS : Enquête Démographique et de Santé
FIFAFI : Finoana Fanantenana Fitiavana
IAVI: Initiative Internationale pour une Vaccin contre le SIDA
IEC: Information Education et Communication
INSTAT : Institut National de la Statistique
IO : Infections Opportunistes
IST : Infections Sexuellement Transmissibles
ODM : Objectifs de Développement du Millénaire
OIT : Organisation Internationale du Travail
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisme Non Gouvernemental
ONU : Organisation des Nations Unies
ONUSIDA : Organisation des Nations Unies pour le VIH/SIDA
ORSTOM : Office pour la Recherche Scientifique et Technique d'Outre Mer
PAS : Plans d'Ajustement Structurel
PMPS : Projet Multisectoriel de Prévention des IST/SIDA
PNLS : Programme National de la Lutte contre le VIH/SIDA
PVVIH : Personne Vivant avec le VIH
PVVS : Personne Vivant avec le SIDA
R.S : Représentation Sociale
SIDA : Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
T.V : Télévision
UNGASS : Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Glossaire

-**Déviance** : désigne les comportements (individuels ou collectifs) qui, s'écartant, de la norme, créent des dysfonctionnements et donnent lieu à une sanction.

-**Divulgateion** : Dans le contexte du VIH/SIDA, la divulgation correspond à l'acte d'informer un individu ou une organisation (par exemple, une autorité sanitaire, un employeur, un école...) de la séropositivité d'une personne.

-**Groupe à risque** : ensemble d'individus exposés à être contaminés en fonction de leur appartenance à ces groupes.

-**Personnes infectées par le VIH/SIDA** : des personnes qui ont contracté le virus, qu'elles aient ou non les signes et symptômes du SIDA.

-**Personnes, familles et communautés affectées par le VIH/SIDA** : les personnes qui pourraient ou non être infectées par le VIH mais qui subissent les conséquences sociales, économiques et souvent sanitaires du VIH/SIDA.

-**Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH)** : désigne toute personne infectée par le VIH à quelque stade que ce soit de sa maladie.

-**Personnes Vivant avec le VIH/SIDA (PVVS)** : il s'agit des personnes infectées par le VIH et / ou souffrant de maladies ou d'infections liées au SIDA.

-**Sérodifférents** : Un des partenaires sexuel est séropositif à VIH

-**Tabou** : Interdit et chose ou personne soumise à cet interdit.

INTRODUCTION

L'épidémie du SIDA progresse de façon ininterrompue dans le monde entier. Depuis le début des années 1980, elle ne cesse non seulement de faire de nouvelles victimes mais aussi de toucher de nouveaux pays, y compris M/car. Partout où elle s'est propagée sans contrôle, elle prive les pays des ressources et des capacités dont dépendent leur sécurité et leur développement. Le continent de l'Afrique est la plus victime du SIDA, notamment les régions d'Afrique subsaharienne. Outre la pauvreté, le continent africain doit faire face à un autre défi crucial : la propagation du VIH/SIDA. En effet 70% des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA(PVVS) du monde entier vivent en Afrique.

Madagascar n'est pas épargné par ce problème, c'est vrai que la séroprévalence est encore faible mais si l'épidémie suivait son rythme actuel, on ne serait pas à l'abri d'un risque d'explosion de l'épidémie et le pays risquerait de rencontrer le ravage du SIDA que connaît l'Afrique subsaharienne. C'est pour éviter ce désastre que le gouvernement Malagasy a décidé de faire de la lutte contre le SIDA une priorité des priorités. Toutes les différentes entités du secteur public, du secteur privé, des organisations de la société civile, des confessions religieuses, des ONG et associations sont mobilisées pour la lutte contre la propagation du VIH/SIDA.

Malgré l'entrée de toutes ces forces vives dans la lutte, les résultats ne sont pas toujours satisfaisants. Beaucoup d'individus ne croient pas à la présence du SIDA à Madagascar, alors que nous entrons dans la troisième décennie de l'épidémie et que les premiers cas du SIDA à Madagascar ont été dépistés en 1987 sans parler de la dernière enquête qui fait état de séroprévalence de 1,1% en 2003.

Le déni et le silence liés au VIH/SIDA règnent à Madagascar. Cela prouve qu'il existe des lacunes dans les campagnes d'informations et de prévention. Soit que les résultats de ces derniers ne soient pas exactement conformes à leurs objectifs, soit que les messages d'informations ne soient pas bien transmis.

Une meilleure façon de combattre ces dénis et silence est de faire participer les Personnes Vivant avec le VIH(PVVIH) aux témoignages car elles peuvent être des témoins réels de l'existence du SIDA. Elles constituent des ressources inestimables pour la lutte contre l'épidémie.

Il serait donc temps qu'elles s'associent à visage découvert à la lutte. Malheureusement, cela semble impossible car les PVVIH veulent à tout prix garder au secret leur statut sérologique. Pourquoi ?

L'ONUSIDA souligne que « la stigmatisation et la discrimination associées au VIH/SIDA sont universelles et se produisent dans tous les pays et dans toutes les régions du monde », ce qui signifie que la stigmatisation et la discrimination constituent des obstacles à la prévention de l'épidémie.

Cette remarque de l'ONUSIDA semble être vraie mais en tant que scientifique, on ne peut pas affirmer que la stigmatisation et la discrimination existent à Madagascar et qu'elles sont sources de tout acte qui va à l'encontre des préventions, sans avoir mené des études. D'où la nécessité d'entreprendre des études concernant les attitudes de la population à l'égard des PVVIH.

Même si la stigmatisation et la discrimination existent, il est aussi nécessaire de savoir les formes et les manifestations qu'elles prennent ainsi que leur degré. Elles peuvent prendre des différentes formes selon les régions car chaque pays a ses spécificités. Par conséquent, les stratégies employées pour les combattre ne sont pas les mêmes.

Les connaissances des causes et des conséquences de la stigmatisation et de la discrimination, à savoir les facteurs qui les alimentent et leurs effets dans la prévention, sont également indispensables dans la mesure où elles contribuent à l'élaboration des stratégies de lutte contre le VIH/SIDA et l'exclusion des PVVIH.

Toujours est-il que la stigmatisation et la discrimination sont provoquées par toutes sortes de facteurs notamment une mauvaise compréhension de la maladie, les mythes concernant la transmission du VIH, la manière irresponsable dont les médias parlent de l'épidémie, le fait que le SIDA soit incurable, les peurs liées à la maladie et à la mort, enfin les préjugés relatifs au VIH/SIDA : son association systématique à la drogue et au sexe, à des activités tabous telles que les relations sexuelles avec des partenaires multiples, la prostitution, les pratiques homosexuelles et les techniques sexuelles. Reste à vérifier lesquels de ces facteurs constituent les causes principales de la stigmatisation et de la discrimination à Madagascar. Tous ces points seront traités tout au long du devoir.

La première partie fait l'objet des généralités sur le VIH/SIDA, la stigmatisation et la discrimination.

L'interprétation des résultats d'enquêtes, suivie d'analyse font l'objet de la deuxième partie.

Enfin, les critiques et les propositions de solutions terminent les parties du devoir.

METHODOLOGIE

Choix du sujet

Choisir un thème concernant le SIDA risque d'être banal car partout où l'on va, on entend toujours parler du SIDA. Mais prétendre connaître le SIDA et tout ce qui l'entoure, c'est une erreur. C'est pourquoi dans cette étude, on essaye d'analyser le SIDA sous un angle différent c'est-à-dire son côté social. Peut-être va-t-on nous demander ce que la sociologie a à voir avec le SIDA. Et bien les réponses à cette question sont déjà intéressantes. Et il suffit de lire cet ouvrage pour les connaître. Il faut signaler quand même que le phénomène SIDA déborde de toutes parts le champ médical et sanitaire auquel il est censé naturellement appartenir. Puisqu'il est générateur de plusieurs phénomènes, il faudrait alors des réponses éminemment sociales de la part des sciences dites sociales auxquelles la sociologie appartient. Les contributions des sciences sociales aux sciences biomédicales aident à l'élaboration de programme national de lutte contre le SIDA.

A Madagascar, beaucoup d'études concernant le VIH/SIDA ont été faites. Ces études se sont accrues surtout après la décision du chef de l'Etat de faire de la lutte contre le SIDA une priorité nationale. Mais les ouvrages publiés sont surtout réalisés par des médecins ou des organismes oeuvrant dans la lutte contre le SIDA. Soit parce qu'ils ont besoin d'études au préalable avant l'élaboration des stratégies pour la lutte, soit parce qu'ils ont besoin de chiffres à publier comme le taux de prévalence pour mobiliser l'opinion publique, soit pour d'autres raisons.

Malgré la nécessité des contributions des sciences sociales, les recherches en sciences sociales sur le SIDA à Madagascar sont moindres. C'est la raison qui nous a poussé à choisir le thème « Impacts du SIDA : les phénomènes de stigmatisation et de discrimination à l'égard des PVVIH ». On oublie souvent que les PVVIH sont présentes dans nos communautés et qu'il est temps de les accepter d'autant plus qu'elles constituent des ressources inestimables dans la lutte. Pourtant, elles sont souvent mises de côté, négligées tant par les organismes de la lutte que par les chercheurs. Seule une recherche faite par le professeur J. C. RAMANDIMBIARISON étudie leur cas. Une étude qui montre les problèmes de relations sociales des PVVIH à Madagascar : « Le risque d'exclusion et de stigmatisation. »

D'après notre constatation, la société malagasy semble ne pas être encore prête pour accepter les PVVIH. Ceci s'explique par la tendance des personnes contaminées à cacher leur séropositivité, voire à redouter et chercher à éviter de découvrir leur état. Mais

en tant qu'apprentis sociologue, on ne doit pas se contenter d'une simple constatation mais d'une recherche basée sur des enquêtes.

Choix du site

L'étude a été menée dans la ville d'Antananarivo qui est la première ville la plus peuplée de Madagascar et le premier pôle commercial et industriel.

La ville bénéficie d'une industrie encore jeune de moins de 30 ans. Celle-ci est marquée par la dualité du paysage économique : d'un côté, les petites et moyennes entreprises locales gérées de manière traditionnelle, de l'autre, quelques grosses sociétés qui fonctionnent selon les modèles importés (les zones franches, les entreprises multinationales, ...). Cette industrie est encore fragile surtout après la crise de 2002. Concernant l'épidémie du VIH/SIDA, elle avance à un rythme rapide à Madagascar. Si elle suit son rythme actuel, elle commencera à menacer la population active nécessaire au développement industriel du pays. Avec les conséquences de l'épidémie sur la production, le phénomène de discrimination des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA (PVVS) dans l'entreprise ne sera pas épargné.

Antananarivo est la plus vaste zone urbaine et comprend la capitale. L'expansion de la ville a apporté avec elle des phénomènes non prévus, des disparités dans les niveaux de vie, et une migration massive. Le commerce du sexe se pratique partout dans la ville et principalement à partir de la rue. Autant de phénomènes qui sont favorables à la propagation du SIDA et qui rendent, certains groupes, vulnérables à l'infection du VIH/SIDA.

En outre, c'est dans la capitale :

- Que se rencontre la plus grande concentration des PVVIH et d'agences qui s'en occupent.
- Qu'on a eu le privilège de rencontrer les informateurs clés pour l'interview.
- Que de bons liens et réseaux s'étaient déjà tissés avec les médecins, les ONGs et les organisations à base communautaire œuvrant dans le domaine du SIDA, ainsi qu'avec les associations des PVVIH. Cela nous a permis de faciliter l'étude.

Enfin, dans cette ville, la population est hétérogène et composée de cultures, d'ethnies et de modes de vie très divers. Par conséquent, les manifestations et le degré d'exclusion peuvent être différents.

Conception de l'étude

1- Travaux préparatoires :

- Documentation : Recherche documentaire auprès de différentes bibliothèques, dans les journaux et connexion sur Internet

Les documents comportent :

- des ouvrages sur le VIH/SIDA
- des ouvrages sociologiques, psychologiques et anthropologiques sur le comportement et l'attitude sociale, les représentations sociales...
 - entretiens : Pour mieux connaître le sujet qu'on avait choisi et pour avoir le maximum d'informations, des entretiens auprès des personnes ressources s'avéraient utiles. Ces entretiens non directifs sont considérés comme une étape à la préparation.

Malgré le petit nombre d'informateurs clés dans l'enquête, on a pu tirer certaines conclusions suffisamment solides. L'entretien nous a permis :

- d'élaborer les questionnaires destinés à la population et aux Personnes Vivant avec le VIH/SIDA(PVVS) ;
- de connaître les associations et les organismes œuvrant dans le domaine du SIDA et d'avoir des relations avec eux ;
- de faciliter le contact avec les Personnes vivant avec le VIH(PVVIH)....

Pour tester la cohérence et la faisabilité du questionnaire, une dizaine de personnes, ont été prises, faisant l'objet d'une pré-enquête pour arriver au questionnaire final.

2- L'enquête :

Elle peut être définie comme une interrogation particulière portée sur une situation comprenant des individus dans un but de généralisation (R. Jhiglione et B. MANTALON dans « Les enquêtes sociologiques »).

Les populations cibles pour l'enquête sont composées de 3 catégories de personnes distinctes : la population en général, les personnes vivant avec le VIH/SIDA et les personnes ressources ou informateurs clés.

L'enquête auprès de la population

Il est difficile, voire impossible, de connaître les représentations sociales des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA(PVVS) et les attitudes de la population à leur égard si on se contente de l'observation.

C'est pourquoi on est obligé de recourir à l'interrogation pour saisir les interprétations et attitudes qui ne sont pratiquement accessibles que par le langage et qui ne s'expriment que rarement. Observer le comportement n'est pas suffisant, il faut savoir comment le sujet enquêté explique son opinion concernant une PVVIH et quelle signification il a pour elle.

On avait introduit à l'en- tête du questionnaire des questions préliminaires comme l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, la profession, la situation matrimoniale, la religion qui sont des variables pouvant influencer l'opinion et l'attitude de la population. Ces variables nous ont permis de tirer l'hypothèse suivante : Plus une personne a des meilleures connaissances sur le VIH/SIDA, plus elle adopte une attitude favorable face à une PVVS. Mais lorsque les connaissances sur le VIH/SIDA sont moindres, la personne a tendance à exclure la PVVIH.

La représentativité de l'échantillon est importante pour la fiabilité du résultat de l'enquête. Un échantillon est représentatif si les unités qui le constituent ont été choisies par un procédé tel que tous les membres de la population ont la même probabilité de faire partie de l'échantillon. Pourtant, il n'existe pas de caractéristiques propres qui peuvent assurer la représentativité d'un échantillon.

Se poser le problème de la représentativité en soi et vouloir à tout prix un échantillon parfaitement représentatif c'est s'imposer une contrainte difficile à satisfaire. Le plus souvent le chercheur définit les caractéristiques de représentativité en fonction des hypothèses formulées, des buts poursuivis ou des objectifs. Pour que le résultat soit plus conforme à la réalité, on a mené l'enquête auprès d'une population de 220 personnes âgées de 18 à 70 ans.

Dans une grande ville comme Antananarivo, il serait difficile d'utiliser la méthode probabiliste faute de base de sondage complète. La méthode la plus appropriée pour cette enquête est alors la méthode par quotas. Les échantillons sont tirés par choix raisonné pour faire en sorte que toutes les couches de la population soient représentées. D'où la nécessité

de tenir compte des différentes variables comme l'âge, le niveau d'instruction, la religion, le sexe... qui peuvent influencer l'attitude de l'enquêté.

On ne peut pas prétendre qu'avec 220 personnes, on est parvenu à la représentativité statistique mais notre méthode nous a quand même permis de faire entrer à peu près toutes les catégories sociales.

L'enquête a été menée dans les différents quartiers de la capitale : Ambohipo, Antsahamamy, Antaninarenina, Anosibe et dans les cités Universitaires d'Ankatso.

L'enquêtes auprès des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA(PVVS)

Le travail aurait présenté des lacunes si on n'avait pas pris les avis des PVVIH, permettant ainsi de comparer les représentations sociales visualisées par les enquêtés (population) et la réalité vécue par les PVVIH.

On a voulu faire des entretiens libres, parlés face à face avec les PVVIH et à un nombre plus croissant pour être représentatif mais c'était impossible à cause de la confidentialité.

De peur d'être stigmatisées et discriminées par la communauté, les PVVIH Malagasy ne veulent pas qu'on découvre leur statut sérologique. Il est alors difficile de trouver des PVVIH qui accepteraient de faire une interview face-à-face. Ainsi, on était obligé de recourir au questionnaire donné aux PVVIH par l'intermédiaire de l'association et du docteur concerné. Les questions sont ouvertes, 7 PVVIH ont accepté de participer à l'enquête.

L'enquête auprès des responsables

L'enquête auprès de 5 personnes ressources prend la forme d'entretien individuel approfondi. Il s'agit ici d'une enquête qualitative complémentaire à l'enquête quantitative car elle aide à l'interprétation de certains résultats inattendus. La population d'enquête (personnes ressources) a été choisie par sa responsabilité et ses connaissances approfondies en la matière. Ce sont des personnes à qui les PVVIH dévoilent leur statut sérologique, confient leur problème, des personnes qui contrôlent leur état de santé et qui sont mieux placées pour connaître le monde des PVVS.

Elles proviennent du CTV Isotry, du CNLS, de l'association FIFAFI, de l'hôpital Befelatanana (le docteur référent National du SIDA),...

Les difficultés rencontrées pendant le terrain

Si les difficultés pour certaines recherches se trouvent pendant la rédaction ou au moment de la documentation, pour cette étude, elles se trouvent au moment de l'enquête. Inutile de rappeler que les populations cibles sont composées de 3 catégories de personnes distinctes : les personnes ressources ou informateurs clés, la population en général et les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

L'enquête auprès de la population était déjà compliquée. Parler du SIDA n'est pas chose facile car on doit toucher les choses du sexe. Or, cela peut intéresser l'enquêté ou provoquer une certaine réticence et gêne de sa part. Il y a même ceux qui préfèrent ne pas parler et refusent d'être enquêtés. Force est de signaler qu'il existe un certain nombre de refus pendant l'enquête.

Le refus peut se traduire par la non-croyance à l'existence du SIDA ou au taux de prévalence en VIH/SIDA. Certains disent que la séroprévalence de 1,1% n'est qu'un chiffre manipulateur et gonflé, avancé pour des raisons politiques, donc inutile de répondre aux questions.

L'autre difficulté est l'insécurité dans certaines localités. Enfin, il y avait aussi la difficulté pour avoir l'accord des gens à cause de la non-disponibilité, notamment au niveau des cadres.

Mais le plus grand problème pendant la phase du terrain se trouve au niveau des PVVIH. Il est très difficile de trouver des enquêtés séropositifs, pourtant l'étude aurait été incomplète si on n'avait pas pris leur avis. Puisqu'à Madagascar, le statut sérologique reste confidentiel et que les PVVIH ont peur de divulguer leur séropositivité, il est alors difficile voire même impossible de savoir ceux qui vivent avec le VIH/SIDA. Donc, c'est la population d'enquête même qui n'est pas connue. C'est pour cela qu'on a contacté le médecin responsable du Conseil et Test Volontaires(CTV) Isotry. C'est sûr qu'il connaît des cas séropositifs.

On avait espéré qu'après le contact, on aurait des enquêtés séropositifs mais ce n'était pas le cas. Le statut VIH plus d'une personne reste confidentiel, tant qu'on obtient pas son consentement à la divulgation. Donc, le personnel sanitaire dans le CTV n'a pas le droit de divulguer le statut sérologique d'une personne car cela n'encourage pas la

population à se faire tester. Après le CTV Isotry, on a contacté le CNLS parce que normalement cette institution connaît tous les organismes ou associations oeuvrant dans le domaine du SIDA.

Grâce à ce contact, on a pu connaître l'existence des associations malagasy des PVVIH dont l'une est le FIFAFI. Il était impossible de faire des entretiens face à face ou par téléphone avec les PVVIH, car elles ne veulent pas se montrer, mais grâce à l'intermédiaire de la présidente et du secrétaire de l'association. On a pu envoyer des questionnaires auprès des PVVIH.

PREMIERE PARTIE

GENERALITES

Rapport-Gratuit.com

CHAPITRE I : QUID DU SIDA

Voici exactement 25 ans , en 1979 , le monde connaissait comme aujourd'hui les conflits , les discordes , les misères. Mais les progrès de la médecine suscitaient de grandes espérances. Les deux révolutions successives : la révolution thérapeutique qui commence en 1937 avec les sulfamides , la révolution biologique qui lui succède avec la pathologie moléculaire et la génétique , ces deux révolutions transforment le destin des hommes. La tuberculose qui tua tant de jeunes êtres est pratiquement vaincue. La syphilis guérit en quelques semaines. Les Hommes pensent que la science va bientôt triompher de toutes leurs maladies. Ils se tiennent presque pour immortels. Cette espérance , cette confiance en la médecine se trouvent soudain troublées et bouleversées par le SIDA comme par un cataclysme de la nature. C'est vrai que les épidémies appartiennent à l'histoire de l'humanité. La peste ,selon un grand historien américain , tua pendant le calamiteux du quinzième siècle un tiers des Français , la syphilis envahit l'Europe au temps des Borgia ; et les victimes de la tuberculose , la typhoïde , le choléra sont plus nombreuses partout dans le monde, même à Madagascar, que les victimes de la guerre .

Mais cela fait déjà plus de 20 ans que le SIDA n'arrête pas de s'étendre , que des jeunes hommes et des jeunes femmes n'arrêtent pas de mourir , que les chercheurs n'arrêtent pas d'essayer de trouver un remède efficace sans y être parvenu à ce jour .

« Fin de la croyance populaire en la toute puissance du progrès et de la technique Comme source de protection contre notre vulnérabilité et par conséquent comme source de bonheur ; retour de la mort , qu'on avait cru écartée du champ social et visible de nos existences vers des hôpitaux nets et climatisés , ou située sauf accident dans des âges de plus en plus avancés ; association à nouveau de la sexualité avec le risque (de la maladie , de la mort , d'enfants marqués dans leur corps) , contrairement à ce qui passa , pendant une vingtaine d'années , pour une « libération », pour le découplage du principe de jouissance et du principe de responsabilité », selon Bruno Larrose. Ce propos montre l'incapacité de la médecine face à l'arrivée brutale du SIDA dans un monde qui se croyait définitivement protégé. Cela ne veut pas dire que la médecine n'a pas connu d'évolution en matière de médicament .Il ne faut pas sous-estimer les progrès scientifiques entrepris jusqu'ici , même si le médicament réellement efficace n'est pas encore trouvé. Il faut

souligner la découverte de nouvelles familles d'antirétroviraux , même si les traitements ne guérissent pas, leur utilisation en association a changé la durée et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA .

S'il y a 10ans , la vie des PVVIH dans le monde suivait un cours immuable vers un déclin inexorable , un déficit immunitaire profond et la mort . Actuellement , les antirétroviraux sont capables d'inhiber la réplication du VIH et de retarder significativement l'évolution de l'infection vers le SIDA , prolongeant ainsi la durée de vie des malades , et réduisant les taux de morbidité et de mortalité liées à l'infection.

On attend la victoire de la science , pourtant l'épidémie du SIDA progresse de façon ininterrompue dans le monde entier. Elle ne cesse non seulement de faire de nouvelles victimes mais aussi de toucher de nouveaux pays. Si l'épidémie se progresse rapidement, c'est parce qu'elle crée l'émotion , la peur et les malentendus , des informations erronées concernant ses transmissions et son développement...

Dans beaucoup de pays , le SIDA ravage parce que les connaissances requises sont encore limitées. Et si d'autres pays arrivent à endiguer la propagation du virus , c'est parce que leurs citoyens ont des meilleures connaissances concernant l'épidémie. C'est pourquoi il est utile d'approfondir pour mieux connaître le SIDA et ses modes de transmission.

1.1. QU'EST-CE QUE LE SIDA ?

C'est la forme la plus grave de l'infection par le virus de l'Immuno-déficience humaine , VIH qui attaque certaines cellules du corps chargées de protéger l'organisme contre différentes infections. Sans ces cellules , le corps n'a plus aucune défense , le système immunitaire endommagé ne peut plus assurer de protection contre certaines infections et contre les cancers. La personne contaminée est dite séropositive.

Attaqué par le VIH , l'organisme tente de se défendre en produisant des anticorps spécifiques mais ils sont impuissants à éliminer le virus et leur présence dans le sang prouve la séropositivité. A ce stade , la personne n'est pas atteinte par le SIDA , mais elle est porteuse du virus et peut le transmettre dans certaines conditions. La séropositivité peut durer de nombreuses années , le SIDA se déclare quand le système de défense de l'organisme est devenu totalement inefficace.

Que se passe-t-il quand le virus du SIDA entre dans l'organisme ?

1°-Primo-infection (3 semaines à 6 mois) :

Dans les semaines qui suivent l'infection , des manifestations d'allure pseudo grippale ou mononucléosique ,chez 20 à 30% des personnes infectées.Les autres ne ressentiront rien du tout . On parlera alors de primo-infection , des personnes infectées vont commencer à fabriquer des anticorps contre le VIH qui pourront être détectés par le test sérologique entre 3 semaines et 6 mois (la majorité après 3 mois) après l'infection. Elles deviennent alors séropositives.

2°-L'évolution (3 mois à 10 ans environ) :

Dans cette deuxième phase de l'infection , des manifestations cliniques peuvent apparaître chez certaines personnes.

3°-L'avenir (au- delà d'une dizaine d'années) :

Le SIDA est une maladie récente dont l'histoire naturelle se déroule sous les yeux scientifiques qui manquent aujourd'hui de recul pour prévoir l'évolution au -delà de dix ans. Il est évident qu'un certain nombre de séropositifs encore en bonne santé après 10 ans d'évolution vont développer la maladie plus tard , mais le temps maximum de la période d'incubation est encore inconnu.La maladie se développe quand le SIDA se déclare. C'est la phase finale symptomatique qui dure de quelques mois à peu d'années.Les manifestations de la maladie sont les suivantes : altération de l'état général , amaigrissement , diarrhée persistante , infection opportuniste (ne se développant qu'en cas de déficience de l'immunité du sujet) , cancer , sarcome de Kaposi.

Que signifie le mot SIDA ?

S : Syndrome (ensemble de symptômes et de signes)

I : d'Immuno } (affaiblissement important

D : Déficience } du système immunitaire)

A : Acquise (non héréditaire mais due à un virus « acquis » rencontré par le malade au cours de sa vie).

Le SIDA est une maladie due à un virus appelé VIH (Virus de l'Immuno déficience Humaine .

I-1.1)Les voies de transmission du VIH

La transmission du virus est bien connue : par voie sexuelle , par voie sanguine , de la mère à l'enfant et dans cette étude , on essaye aussi de voir les craintes infondées concernant la transmission du VIH .

Voie sexuelle : les rapports sexuels constituent le mode principal de la transmission du VIH. Un seul rapport sexuel (qu'il soit hétérosexuel ou homosexuel) non protégé , avec une personne contaminée par le VIH suffit pour être contaminé.

Il a été montré que les rapports sexuels pendant les règles , les rapports anaux et l'application de substances dessicantes sur la muqueuse vaginale sont associés à un risque plus élevé de l'infection à VIH (Malamba et al 1994 ;European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV 1992).Le risque de transmission est plus élevé lors des rapports anaux que vaginaux. Et que les jeunes filles sont plus vulnérables à l'infection d'un point de vue biologique parce que le col de l'utérus est plus sensible aux lésions.

Voie sanguine : Le VIH se diffuse aussi par le sang d'une personne infectée ou par transfusion de sang provenant d'une personne infectée. Il s'attrape donc par le partage de seringues , de brosses à dents , de rasoirs ,d'aiguilles avec une personne contaminée , du matériel infecté servant au tatouage ou au percing et par le contact de blessure entre une personne saine et une contaminée. Ainsi les rituels de circoncision et les rites impliquant les échanges sanguins présentent un danger.

De la mère à l'enfant : Une femme atteinte de VIH peut le transmettre à son enfant pendant la grossesse , lors de l'accouchement ou durant l'allaitement.

Crainte infondées : Au laboratoire , les scientifiques sont parvenus à isoler le VIH dans des larmes , de la sueur , de l'urine et de la salive , mais seul le sang , le sperme , les

sécrétions vaginales et le lait de femme ont des concentrations de VIH suffisamment élevées pour être infectieux . En outre , le VIH doit pénétrer dans la peau ou entrer en contact direct avec la muqueuse pour que l'infection ait lieu. Les études faites dans de nombreux pays montrent que le VIH ne se transmet pas lors de contacts occasionnels , voire quotidiens. On a craint au début , que les insectes hématophages (qui sucent le sang de l'homme) puissent transmettre l'infection à VIH , comme ils le font pour le paludisme et la fièvre jaune. Ces craintes se sont maintenant révélées infondées. L'observation épidémiologique et les travaux de laboratoire montrent clairement que les insectes ne transmettent pas le VIH. C'est ainsi que les moustiques ne présentent pas de danger pour la transmission du VIH.

I-1.2) Historique du SIDA

D'où vient le virus du SIDA ?

Il semble que le virus du SIDA vienne d'Afrique . Car c'est sur ce continent qu'existe la plus grande variété de souches virales.

Pourquoi le virus a-t-il attendu la fin du siècle pour se manifester ?

Il y a trois hypothèses :

La première : Le virus existait depuis longtemps , mais sous des formes non dangereuses. Cette hypothèse prend en compte l'extrême faculté de mutations que possède le virus du SIDA. , plus il est capable de se transformer , moins il a de chance d'être repéré et détruit.

Deuxième hypothèse : Le virus serait passé de populations habituées à vivre en bonne harmonie avec lui à des populations non préparées. Par le biais des voyages de plus en plus fréquents.

Troisième hypothèse : Le virus viendrait des singes ,qui supporteraient mieux que les Hommes le VIH. Il aurait été transmis par des morsures.

Les grandes dates :

Juin 1981 : Les premiers cas de SIDA sont décrits chez les homosexuels par Michael GOTTLIEB , à Los Angeles.

1983 : Première description du virus du SIDA à l'institut Pasteur par le professeur Luc MONTAGNIER et son équipe. Début de la controverse sur la paternité de la découverte du VIH avec l'Américain Robert GALLO

Juillet 1984 : Décès du premier hémophile transfusé français.

1985 : Apparition des tests de dépistage.

1989 : Premier espoir de vaccin

1996 : L'efficacité des antirétroviraux est reconnue.

2003 : Découverte d'un vaccin qui stimulerait le système immunitaire des personnes contaminées par le VIH. Le vaccin est encore au stade expérimental

1.2 LES CARACTERISTIQUES DU SIDA :

Fondamentalement , les voies de transmission du VIH sont identiques dans toutes les régions du monde , mais les plus fréquentes changent d'une partie du monde à une autre.

La première caractéristique comprend l'Europe orientale , l'Asie , le Pacifique , le Moyen- Orient , l'Afrique du Nord , l'Amérique latine et les Caraïbes. Les voies les plus fréquentes y sont : les drogues injectables et l'homosexualité masculine . Ces pratiques sont si fréquentes qu'elles augmentent nettement le risque de transmission du VIH . De plus ces deux voies ne sont pas incompatibles .

Dans la fédération de Russie , jusqu'à 90% des infections relevées ont été officiellement attribuées à la consommation de drogues injectables. L'utilisation commune du matériel d'injection prend une place importante dans la propagation du VIH notamment dans les régions du nord de Mexique. En Argentine, par exemple , la consommation de drogues injectables représente environ 40% des nouvelles infections. Des recherches récentes ont montré qu'une grande proportion des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes en ont également avec des femmes. Les régions d'Asie présentent un caractère un

peu spécifique car en marge de la toxicomanie , il y a la transmission du VIH à partir des personnes infectées lorsqu'elles vendent leur sang dans des centres de collecte négligeant les principes fondamentaux de sécurité des transfusions de sang.

La deuxième caractéristique est constituée par les pays à revenu élevé comme l'Europe occidentale , les Etats-Unis et le Japon.

Aux Etats-Unis comme au Japon , la consommation de drogues injectables (représentant 14% de tous les diagnostics du VIH notifiés aux Etats-Unis) et les rapports sexuels entre les hommes constituent une importante voie de transmission du VIH. Dans la plupart de ces pays à revenu élevé , la transmission par homosexualité masculine a fortement baissé au profit d'une transmission plus hétérosexuelle.

En effet, une grande proportion des nouveaux diagnostics séropositifs au VIH (globalement 59% de plus entre 1997 et 2001) dans plusieurs pays d'Europe Occidentale est imputable aux rapports hétérosexuels . En Irlande le nombre des infections par ce VIH transmis par voie hétérosexuelle a quadruplé entre 1998 et 2001. Aux Etats-Unis , la plupart des jeunes femmes contractent le virus par la voie hétérosexuelle. Dans ce pays , un nouveau schéma de propagation se développe considérablement : celui de l'augmentation des rapports sexuels anaux (32% à 38% entre 1999 et 2001) dont une proportion entre partenaires sérodifférents (c'est à dire qu'un des partenaires est séropositif à VIH).

La troisième caractéristique est représentée par l'Afrique Subsaharienne ou la transmission sexuelle est principalement hétérosexuelle.

De plus , le sang ne fait pas systématiquement l'objet de test de dépistage , et la réutilisation d'aiguilles et de seringues contaminées est en partie responsable de la transmission du virus. Enfin ,la contamination touche les hommes et les femmes mais ces dernières semblent risquer autant que les hommes d'être infectées . Le nombre d'enfants séropositifs est aussi très important et contribue déjà largement à une augmentation des mortalités postnatale et infantile.

1.3 LA MOBILISATION MONDIALE : ONUSIDA

Pour freiner la propagation rapide de cette épidémie la plus cruelle que le monde ait jamais connu , les Nations Unies ne se contentent plus du programme global sur le SIDA de l’OMS . Elles ont créé le premier janvier 1996 un nouveau programme spécialisé pour la lutte contre la pandémie : l’ONUSIDA ou le programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA . C’est le principal ambassadeur de l’action mondiale contre le VIH/SIDA . Il unit dans un même effort les activités de lutte contre l’épidémie de sept organisations des Nations Unies : l’UNICEF, le PNUD , le FNUAP , le PNUCID , l’UNESCO , l’OMS et la Banque mondiale.

L’ONUSIDA mobilise les actions contre l’épidémie de sept organismes coparrainants, tout en ajoutant à ces efforts des initiatives spéciales. Son but est de conduire et de soutenir l’élargissement de l’action internationale contre le VIH sur tous les fronts et dans tous les domaines- médical , social, économique, culturel et politique , santé publique et droits de la personne. L’ONUSIDA travaille avec un large éventail de partenaires_ gouvernements et ONG, spécialistes /chercheurs et non spécialistes _en vue de l’échange de connaissances, de compétences et des meilleures pratiques à l’échelle mondiale.

La création d’ONUSIDA intervient dans un contexte politique et économique en Afrique où l’émergence de la démocratie est censée rimer avec la privatisation d’entreprises publiques , la libéralisation des marchés , la décentralisation , le développement de la société civile , en résumé , avec un Etat prié de se faire moins présent. Cette intervention se fait à la suite des différents plans d’Ajustement Structurel (PAS) dans les pays en développement. En effet , les dépenses de santé et d’éducation ont été réduites de 26% entre 1980 et 1985 . Les budgets alloués à la santé dans les budgets nationaux ont chuté de 5,5 à 2,8% entre 1972 et 1988 pour les pays les moins avancés .

C’est dans ce contexte général d’autonomisation des structures de soins et de retrait de l’Etat pour redynamiser des systèmes de santé fort mal en point qu’intervient la mise en place d’ONUSIDA . L’ambition de ce nouvel élément du système des Nations Unies pour le VIH/SIDA (l’ONUSIDA) est de pouvoir dépasser l’aspect purement sanitaire en aidant les pays à mettre en œuvre des approches et des interventions multisectorielles qui touchent toutes les ramifications de la pandémie.

I-4.SIDA : UNE REALITE A MADAGASCAR

A Madagascar , beaucoup de gens se demandent encore sur l'existence ou non du SIDA. Le souci se pose entre la réalité et l'imaginaire. Bien que les mass-médias diffusent et publient presque tous les jours , dans toutes les chaînes radio , télévisées et dans les journaux tout ce qui concerne le SIDA , certaines personnes s'inquiètent encore de sa réalité. Beaucoup veulent toujours voir avant de croire à l'existence du mal. Comme le dicton malagasy le confirme « Tsy mino maty raha tsy avy mandevina » , littéralement : on ne croit pas qu'une personne est morte avant de l'avoir ensevelie. D'autres y croient mais trouvent qu'il ne constitue pas un danger pour le pays. C'est normal parce que les conséquences de la maladie ne sont pas encore visibles dans la société malgache . De plus, la maladie SIDA n'apparaît généralement qu'après 5 à 10 ans ou plus de l'infection. Mais si la maladie continue son rythme actuel , plus tard quand ses conséquences apparaissent , il sera question de ses impacts économique et social.

Épidémie naissante ou généralisée , le SIDA existe à Madagascar et prétendre que le Sida ne touche pas Madagascar est une très grave erreur . Son impact dans la société se fera principalement sentir au cours des 10ans à venir et des années suivantes car c'est en ce moment là que le nombre croissant des personnes qui contractent le VIH actuellement vont tomber malades. La dernière enquête sérologique réalisée auprès des femmes enceintes a permis de connaître l'ampleur de l'infection à Madagascar. Le taux de prévalence est de 1,1%. C'est -à -dire qu'une personne sur 90 est actuellement porteur du VIH contre 1 sur 5000 en 1989. Les avis tendent également à penser que la majorité des personnes porteuses du VIH ignorent leur état sérologique . Celles- là sont rares à se faire tester. On peut dire que le taux de prévalence (1,1%) est encore bas à Madagascar si on le compare à d'autres pays comme ceux de l'Afrique australe où le taux de prévalence est de 25 ou 30% (Swaziland 38,8% , Botswana 37,3% , Afrique du Sud 21,5%). Mais si on suit son rythme depuis 1989 la maladie avance à Madagascar à un rythme rapide.

A ce taux M/car est encore classé parmi les pays à faible séroprévalence , il pourra encore éviter la catastrophe si les actions entreprises sont efficaces. Mais si on se laisse aveugler par ce chiffre , un risque d'explosion de l'épidémie nous menace. Et sans une intervention rapide et soutenue , il n'est qu'une question de temps pour que le SIDA devienne épidémique à Madagascar. Il ne faut pas oublier que tous les pays gravement

touchés d'Afrique subsaharienne ont été des pays à « faible prévalence ». L'Afrique du Sud par exemple , aujourd'hui , connaît l'une des épidémies de VIH les plus graves au plan mondial était considéré comme un pays à faible prévalence il y a à peine 10ans . Il faut éviter que la catastrophe qu'on voit actuellement dans beaucoup de pays africains se répète à M/car. Le secrétaire général de l'ONU, lors de l'ouverture du 15ème conférence internationale à Bangkok sur le SIDA affirme que 38 millions de personnes sont actuellement contaminées dans le monde et l'immense majorité vit en Afrique subsaharienne (Rapport de l'ONUSIDA publié à l'occasion de la conférence à Bangkok)

I-4.1)DONNEES STATISTIQUES

Les quelques données statistiques , disponibles suivant montrent l'évolution de l'infection à Madagascar.

Tableau 1 : L'évolution des cas de SIDA et d'infection à VIH de 1987 à 2000.

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
PVV S	0	1	3	3	3	4	10	18	22	27	36	37	37	38
PVV IH	2	6	11	20	28	36	62	92	123	177	199	234	245	248

Source : Laboratoire National de Référence VIH/SIDA de Madagascar , Novembre 2000.

Estimation : A la fin 2001 , 22000 Malagasy sont estimés porteurs du VIH car en décembre 2001 , sur 218387 personnes dépistées :

271 personnes vivent avec le VIH

45 personnes vivent avec le SIDA

Ce qui revient à estimer 6300 enfants orphelins ou affectés par le SIDA.

Distribution des 271 PVVIH dépistées selon la nature des activités :

Prostitué(e)s :11,4%

Paysans :10,3%

Commerçants :5,9%

Personnel d'exploitation Hôtel / Restaurant4,1%

Etudiants :2,2%

Militaires et Marins :3,6%

Chauffeurs :1,6%

Autres (Nature des activités non distinguée) :48,7%

Moyenne d'âge :27,5 ans Femme

34,4 ans Homme

Taux de prévalence en VIH/SIDA ou séroprévalence

1987 : Les premiers cas de SIDA à Madagascar ont été diagnostiqués.

1989 : 0,02% ou une personne sur 5000 (1/5000)

1992 : 0,03% ou 1/3000

1995 : 0,07% ou 1/1500

2001 : 0,16% ou 1/600

2002 : 0,2% ou 1/500

2003 : 1,10% ou 1/90

Estimation : Selon le rapport de l'ONUSIDA , la prévalence de l'infection à VIH à Madagascar atteindrait 3% (en cas d'épidémie faible) ou 15% (en cas d'épidémie forte) des Malgaches adultes productifs en l'an 2015.

La dernière enquête de séroprévalence par le VIH dans la population en général remonte en 1995. Il n'existe pas de chiffres récents concernant la population générale . Pourtant , la dernière enquête sérologique auprès des femmes enceintes ont permis de connaître l'ampleur de l'infection à M /car . L'enquête a été effectuée au niveau national entre le mois de mai et juillet 2003 et fait état d'un taux de prévalence de VIH chez les femmes enceintes de 1,1%. Elle révèle les résultats ci après :

- Les femmes enceintes séropositives dépistées sont jeunes : leur âge moyen est de 24,5 ans alors que 90,5% d'entre elles sont âgées de 15 à 34 ans ;
- Les femmes enceintes séropositives dépistées proviennent aussi bien du milieu urbain que du milieu rural , dont parfois des endroits très reculés ;
- Parmi les femmes enceintes séropositives dépistées, celles en union sont plus nombreuses que celles en Non Union ;
- Les zones rurales comportent le plus de localités où la séroprévalence à VIH chez les femmes enceintes est supérieure à 2% ;
- La forte corrélation entre la prévalence du VIH et la prévalence de la syphilis est confirmée chez les femmes enceintes. (source : Rapport du forum national sur la lutte contre le SIDA).

Ces résultats montrent que l'épidémie menace de se propager au sein de la population générale en infectant des groupes autres que ceux qui sont initialement considérés comme « des groupes à haut risque » tels que les travailleuses du sexe , les camionneurs, les militaires...

En outre , on estime qu'il y a environ 6000 orphelins ou enfants affectés par le SIDA. Une autre enquête sérologique annonce un taux de 38% de séropositivité chez les femmes à Morondava à l'heure actuelle (source : Les nouvelles du 15 /07/04 par Francis Rasoamaharo dans l'Apocalypse Now à Morondava).

I-4.2) Stratégie nationale de lutte contre le VIH/SIDA à Madagascar

Depuis la découverte du premier cas de séropositivité en 1987, le problème du SIDA est devenu une préoccupation nationale pour Madagascar. Le gouvernement malagasy a réagi dès 1988 en mettant en place un programme national de lutte contre le SIDA piloté par le secteur de la santé. Un plan de lutte à court terme (1988-1989) et deux plans de lutte à moyen terme (1990-1995 et 1996-2000) ont été exécutés. Les objectifs étaient la prévention de la transmission sexuelle du VIH par la lutte contre les IST, par l'information, l'éducation et la communication (IEC) pour faire adopter des comportements sexuels à moindre risque et par la prévention de la transmission sanguine avec l'assurance de la sécurité transfusionnelle.

L'approche dans la prévention du SIDA à Madagascar semble s'accrocher au schéma préventif du SIDA de T. MUGOLOLA : la théorie de la « flottille de l'espoir ». La solution est faite de trois « Bateaux » : le premier bateau est l'abstinence, le deuxième bateau est la fidélité et le troisième bateau est le préservatif. Le principe étant d'éviter de tomber à l'eau, c'est-à-dire que si un bateau ne vous va plus, changer de bateau.

La théorie affirme que « Plus les personnes montent en bateau, plus les eaux baissent ». Les « eaux » représentent les catastrophes engendrées par le VIH/SIDA.

En 2001, Madagascar avait participé à une session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS). Un rapport a été diffusé par les Nations unies pour une mobilisation mondiale. Le rapport appelle les gouvernements du monde entier à affronter un ensemble de sept défis majeurs qui aideront à endiguer l'épidémie du SIDA :

- élaborer un leadership et une coordination efficaces ;
- alléger l'impact social et économique de l'épidémie ;
- réduire la vulnérabilité à l'infection par le VIH de certains groupes sociaux ;
- atteindre les cibles convenues en matière de prévention de l'infection par le VIH ;
- faire en sorte que la prise en charge et le soutien soient disponibles pour les personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA ;
- mettre au point des produits internationaux pertinents et efficaces ;

-mobiliser les ressources financières requises .

Selon le secrétaire général des Nations Unies , Kofi Annan : « Le SIDA est devenu une crise majeure du développement. Il tue des millions d'adultes dans la fleur de l'âge. Il fait éclater et appauvrit les familles ,affaiblit la main d'œuvre , rend des millions d'enfants orphelins et menace le tissu social et économique des communautés et la stabilité des Nations ».Ainsi , il a demandé aux gouvernements de tous les pays du monde d'intensifier leurs engagements financiers et politiques afin de combattre l'infection par le VIH/SIDA. Suite à cet appel et pour mettre en œuvre la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA dans le cadre de la réalisation des objectifs de développement du millénaire (ODM), Madagascar a renforcé son engagement dans la lutte contre le VIH/SIDA.

Madagascar fait partie des 189 pays ayant adhéré à cette déclaration d'engagement . C'est pourquoi des efforts ont été déployés par le gouvernement malagasy :

- intégration du volet SIDA dans le plan directeur du Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP) en Août 2001 ;
- mise en place du « Comité de coordination nationale des actions de lutte contre le VIH/SIDA » en 2001 ;
- mise en place en 2002 du « Comité National de Lutte Contre le SIDA » (CNLS) qui joue un rôle d'interface entre le gouvernement et la société civile. Il est rattaché directement à la présidence (présidé par le président de la République) ;
- réactualisation en 2002 du plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA(PSN) ;
- mise en place de services de conseil et test volontaire (CTV) ;
- prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA : Madagascar est le 4^{ème} pays en Afrique qui prend en charge les PVVIH. Ces dernières peuvent actuellement accéder aux traitements anti-rétroviraux. Par ailleurs ,une association des PVVIH s'est créée dans le pays et des ONG de et pour les PVVIH ;
- renforcement de l'accès à l'information , à l'éducation et à la prévention ;
- renforcement de la précaution universelle en milieu hospitalier ;
 - mobilisation des ressources ;
 - prévention de la transmission mère-enfant

CHAPITRE II : LE SIDA COMME OBJET SOCIOLOGIQUE

II.1-LES TROIS PHASES DE L'EPIDEMIE

Outre la pauvreté causée par la guerre civile , le génocide , les catastrophes naturelles , la mauvaise gestion ou gouvernance médiocre , l'instabilité politique ; les pays africains doivent faire face à un problème majeur : la propagation à un rythme galopant de la pandémie du SIDA. Toujours est-il que parmi les 38 millions de personnes actuellement contaminées dans le monde , 25 millions vivent en Afrique subsaharienne.

Partout où la pandémie se propage sans contrôle , ses répercussions sont dévastatrices. Elle appauvrit les ménages , diminue le nombre d'années d'espérance de vie , prive les pays des ressources économiques , détruit les structures sociales et rend le malade au désespoir .Le taux de prévalence de Madagascar peut être modeste par rapport aux pays d'Afrique australe mais il faut comprendre la réalité derrière ces chiffres qui peuvent cacher les tendances dynamiques de l'épidémie . En outre , ce taux peut être représentatif puisqu'il s'agit des enquêtes effectuées au niveau national mais il peut ne pas l'être dans la mesure où les enquêtes étaient effectuées auprès des femmes enceintes seulement. Il ne faut pas prétendre qu'avec un taux de prévalence relativement bas , le SIDA ne touche pas Madagascar. Il ne menace pas seulement quelques nations comme celles de l'Afrique australe mais toute l'humanité. Le virus ne connaît pas de frontières géographiques , raciales , d'âge ou de condition sociale .En tant que pays à valeur touristique M/car est aussi menacé .

Beaucoup de scientifiques classent la maladie en 3 phases où 3 épidémies :

-La première phase est la contamination par le VIH. C'est l'épidémie d'infection à VIH qui pénètre silencieusement et sans se faire remarquer dans une communauté . A cette phase , peu de choses sont visibles.

-Puis survient l'épidémie du SIDA qu'est la deuxième phase. Elle apparaît lorsque le système immunitaire est endommagé et ne peut plus assurer une protection contre les infections. Cette phase comporte des conséquences sanitaires et économiques aux niveaux de la famille, de la communauté et de la nation.

-La troisième phase , c'est l'épidémie de stigmatisation et de discrimination qui mènent à la violation des droits des PVVS. Cette dernière phase accroît la difficulté de la lutte contre les deux premières.

Puisqu'il s'agit d'une étude sociologique , il est de notre devoir d'analyser le coté social de l'épidémie comme les phénomènes sociaux engendrés par le VIH/SIDA notamment la stigmatisation et la discrimination sociales. Laissons à la médecine le domaine sanitaire.

Dans ce travail , on va :

- vérifier l'existence ou non de la discrimination ;
- analyser l'ampleur et les formes que prennent la discrimination ;
- connaître les principales raisons sur lesquelles se fondent la stigmatisation ;
- proposer des solutions , des ripostes à la stigmatisation , à la discrimination et à l'exclusion associées au VIH/SIDA à Madagascar.

Si le traitement sanitaire revient à la médecine, cette étude sociologique est nécessaire dans la mesure où elle veut apporter des solutions aux crises engendrées par la 3^{ème} phase. Ce qui caractérise la 3^{ème} phase, ce sont les attitudes ou le comportement de l'individu voire la société envers les séropositifs ou les sidéens. Les attitudes peuvent être discriminatoires ou stigmatisantes...L'intérêt de l'étude c'est de les connaître pour pouvoir atténuer leurs Conséquences.

II.1.1 Première phase : La contamination par le VIH

Elle peut durer de nombreuses années .L'hypothèse de la théorie sidaïque postule qu'à partir du moment où l'on est reconnu séropositif , il y a entre 50 et 100% de chances (ou plutôt de malchances) d'attraper le SIDA dans les 2 à 10 ans (en 1990 , on disait de 2 à 5 ans) qui suivent. Durant cette phase , le séropositif ne présente aucun symptôme. C'est pourquoi des milliers d'individus séropositifs ne savent pas qu'ils sont infectés par le virus

II .1 .2)Deuxième phase : Impacts économique et sanitaire

. Impact sanitaire

Lorsque le SIDA se déclare , de nombreuses infections opportunistes peuvent survenir comme le sarcome de Kaposi , la tuberculose , la diarrhée , des infections du

cerveau . D'après Mercy Mbewe « Habituellement , les malades arrivent , leur état s'améliore et ils rentrent chez eux. Mais avec le VIH/SIDA , le malade ne va pas mieux et ne rentre pas chez lui. Ou bien , il rentre chez lui mais revient et continue à revenir à l'hôpital » (dans vouloir c'est pouvoir : ONUSIDA).

Dans le monde , le VIH/SIDA arrive au quatrième rang des causes de décès dépassant les autres principales maladies mortelles comme le paludisme et la tuberculose.

A cause des décès dus au SIDA :

- l'espérance de vie d'une personne née dans le pays , qui présente une forte séroprévalence , va diminuer , passant d'environ 50 ans en 1985 à 47 ans en 2010 ;

- la mortalité infantile s'accroît. Les décès d'enfants dus au SIDA commencent à inverser les progrès effectués ces vingt dernières années dans le domaine de la survie de l'enfant grâce à des programmes tels que la vaccination , la distribution des vitamines...

Cet impact sanitaire entraîne des conséquences économiques néfastes aux niveaux de la famille, de la communauté et de la nation.

Impact économique

A Madagascar , le taux de prévalence en VIH/SIDA est encore faible par conséquent les impacts économiques du SIDA ne sont pas à priori perceptibles dans les communautés . L'expérience montre qu'il y a des raisons croissantes de penser que le SIDA aura des répercussions économiques importantes dans les années à venir . Il s'avère utile de rappeler les impacts économiques du SIDA, sur la famille et la communauté, rencontrés dans les pays ravagés par ce fléau

Au niveau familial , le SIDA appauvrit les ménages qui étaient florissants Le revenu des familles affectées par le VIH/SIDA diminue. D'abord parce que les chefs de famille ont succombés au virus ou ont dû arrêter de travailler pour s'occuper de leurs parents malades. Même si les chefs de famille travaillent encore , les économies de la famille servent à payer les traitements médicaux. Souvent , il y a des nouvelles bouches à nourrir à mesure que les familles adoptent des enfants devenus orphelins du SIDA. Le revenu de la famille diminue et elle se trouve dans la misère et le désespoir . Affaiblies par

le SIDA , les familles deviennent trop fragiles pour faire face à des menaces supplémentaires qu'il s'agisse de catastrophe naturelle ou perte de récolte.

Généralement , les ménages sont en mesure de garantir leur sécurité alimentaire lorsqu'ils peuvent produire des quantités suffisantes de nourriture de qualité , vendre ou échanger des biens pour de la nourriture dans les périodes difficiles et s'appuyer sur les réseaux de soutien social lorsqu'ils ont besoin d'aide. Mais l'épidémie est en train de saper chacun de ces mécanismes d'adaptation. Elle réduit la capacité des ménages à produire et acheter de la nourriture , épuise leurs ressources et les dispositifs de protection sociale. Bref , la maladie casse le potentiel économique du ménage.

Toujours au niveau familial , beaucoup d'enfants deviennent orphelins et assument les responsabilités des parents à cause de l'épidémie. Lorsque les parents tombent malades et meurent , le fardeau de la famille retombe sur les enfants. Souvent l'enfant le plus âgé se trouve chef de famille. Nombre d'entre eux n'ont ni l'argent , ni le temps nécessaire pour poursuivre une scolarité normale. Quitter l'école est la seule solution à court terme pour survivre mais à long terme , cela aggrave la situation car ils seront plus exposés à des risques à cause de l'insuffisance d'éducation .

D'après l'UNICEF et l'ONUSIDA , en 2003 , 14 millions d'enfants sont orphelins du SIDA dans le monde , la plupart d'entre eux ont entre 10 et 13 ans et la grande majorité vit en Afrique.

A Madagascar , on estime qu'il y a environ 6000 orphelins ou enfants affectés par le SIDA. « Les orphelins du SIDA vont incontestablement constituer l'un des plus grands obstacles au développement économique que l'Afrique ait connus au cours de son histoire récente », dit Elizabet PREBLE , ex-conseiller de l'UNICEF pour le SIDA. Outre les orphelins , il y a une foule de personnes âgées qui , ayant vu leurs enfants adultes mourir du SIDA , doivent passer les quelques années qu'il leur reste à vivre dans la misère et la solitude.

On sait bien que la famille , la communauté et la nation sont indissociablement liées car ce sont les familles qui forment la communauté et enfin la nation. Cela veut dire que toutes conséquences néfastes au niveau familial vont entraîner un bilan lourd au niveau national. La perte de vies humaines prive la société de sa main-d'œuvre , d'une force de travail précieuse . Le SIDA a un effet dévastateur sur l'économie.

Genève : « Quelque 28 millions de personnes exerçant une activité professionnelle mourront du VIH d'ici la fin de l'année prochaine dans le monde , freinant la croissance économique et imposant une pression considérable sur les autres travailleurs dans les pays les plus pauvres ,selon un rapport de l'ONU. L'Afrique subsaharienne aura perdu 12% de sa main-d'œuvre d'ici 2015 du fait de l'épidémie du SIDA , sur la base des taux actuels de contamination , selon le rapport de l'Organisation International du Travail (OIT), rendu public à l'occasion de l'ouverture de la conférence internationale sur le SIDA à Bangkok .

« Le SIDA/VIH n'est pas seulement une crise humaine , c'est une menace à un développement économique et social global et durable », explique Juan Somavia , directeur général de l'OIT . « Les pertes de vies humaines et les effets affaiblissants de la maladie conduiront non seulement à une capacité réduite de maintenir le niveau de production et d'emploi , de réduire la pauvreté et de promouvoir le développement , mais seront aussi un poids porté par toutes les sociétés , riches comme pauvres ».

source : Service en français de l'agence américaine Associated press(AP)/Les nouvelles du 02/07/04

En Afrique , l'épidémie joue un facteur important dans les crises car là où la prévalence du VIH est très élevée , l'épidémie constitue une crise majeure. La pénurie alimentaire se transforme en crise alimentaire.

Notre pays ne peut pas prétendre qu'il est épargné de ce contexte parce que si la pandémie suit son rythme actuel , on ne sera pas à l'abri d'un risque d'explosion de l'épidémie .Le SIDA peut transformer l'insuffisance alimentaire , qui règne actuellement dans le pays , en crise alimentaire.. Partout où la crise alimentaire apparaît , elle entraîne d'autres changements sociaux , perturbant les systèmes d'éducation et de santé et aggravant l'exploitation sexuelle des femmes et des enfants ; autant de facteurs qui favorisent encore la propagation du VIH/SIDA.

Le résultat , c'est le cercle vicieux de la pauvreté , de l'insécurité alimentaire , des comportements à risque (prostitution ,...) et du VIH/SIDA.

II.1.3) Troisième phase :La stigmatisation et la discrimination associées au VIH/SIDA

Partout dans le monde , les épidémies de VIH/SIDA ont un fort impact et font ressortir ce qu'il y a de meilleur lorsque les gens se regroupent par solidarité pour combattre la discrimination et la stigmatisation des gouvernements , des communautés et des individus , et pour offrir soins et soutien à des PVVIH. Elles font ressortir le pire lorsque les individus font l'objet de stigmatisation de la part de ceux qu'ils aiment , de leur famille et de leur communauté , et de discrimination sur le plan individuel et institutionnel .Malheureusement , c'est souvent le pire qui apparaît dans la société. D'après l'ONUSIDA , là où il y a cas de SIDA , les attitudes de la communauté à l'égard des PVVIH ont toujours tendance à la discrimination en Afrique qu'en Asie : « La stigmatisation et la discrimination associées au VIH/SIDA sont universelles et se produisent dans tous les pays et dans toutes les régions du monde » (ONUSIDA). La communauté ne veut pas entretenir des relations avec les PVVS de peur d'être contaminer. Elle préfère rester en silence et l'action est ralentie par la stigmatisation et la discrimination .La honte associée à l'épidémie a coupé court aux débats. Or le silence qui prévaut ne contribue pas à la lutte contre le VIH/SIDA , au contraire , il donne à l'épidémie un terrain idéal pour poursuivre sa propagation.

Ce comportement discriminatoire à l'égard des PVVIH est un phénomène social mondial mais ces manifestations diffèrent les uns des autres. La discrimination prend différentes formes qui peuvent changer selon les régions , la nature de la pandémie , le degré de la connaissance en VIH/SIDA , la riposte qu'un Etat oppose à elle. Certaines formes de discrimination peuvent être évidentes ou brutales (violence physique ou refus de l'accès à un service donné). D'autres peuvent être difficiles à détecter. En outre , certaines formes de discrimination peuvent n'affecter que des groupes spécifiques. Il est possible aussi que les personnes vivant avec le VIH/SIDA peuvent souffrir d'une « discrimination anticipée » ou d'un sentiment de stigmatisation tout autant que d'une discrimination réelle (elles renonceront par exemple à un comportement de prudence et de protection par crainte de se retrouver objet d'une discrimination).

A Madagascar, les documents et les ouvrages concernant la stigmatisation et la discrimination associées au VIH/SIDA restent relativement rares ; d'où la nécessité de mener des recherches , études pour identifier l'existence , l'ampleur et les formes que prennent la stigmatisation et la discrimination. Et on croit que la sociologie est le mieux placé ou le mieux armé pour entretenir ces études qui sont si importantes dans la mesure où elles contribuent à l'élaboration des programmes de lutte contre le SIDA.

Notion et essai de définition de différents termes

Préalablement, il serait utile d'essayer de cerner ce que l'on entend par exclusion, stigmatisation, discrimination et d'autres termes, comme les représentations sociales, les préjugés, le stéréotype ..., qu'on va employer tout au long du travail.

*Représentations sociales (R.S.) : Les R.S. se présentent d'abord sous une grande diversité phénoménale : Images du réel, croyances, valeurs, systèmes de référence, théories sociales ... qui dans la réalité concrète coexistent le plus souvent. Les R.S. ont en commun d'être une manière. de penser et d'interpréter la réalité quotidienne .On désigne par les R.S. le savoir commun, socialement élaboré et partagé, construit par et pour la pratique et qui concourt à la structuration de notre réalité.

Toutes R.S. sont représentations de quelque chose et de quelqu'un.

*Stéréotype : Par stéréotype, on entend un cliché, une image toute faite que la société fournit à ses membres. Les stéréotypes sont donc des a priori, des idées toutes faites que l'on se fait sur un individu ou un groupe d'individus. Les stéréotypes ont un caractère durable et permanent qu'il est difficile de modifier comme l'affirme H. Mendras. « Il est très rare que les individus transforment leurs stéréotypes en fonction de la réalité. Il faut une longue suite d'expériences contraires aux stéréotypes pour que les individus en arrivent à les remettre en question » (dans les éléments de sociologie, 1996).

Exemple de stéréotype : la société offre une image des PVVIH par un certain nombre de traits caractéristiques : les PVVIH sont celles qui sont infectées par une maladie honteuse qu'est le SIDA. Ce sont des prostituées ou des homosexuels ou des toxicomanes. Elles ont été punies par Dieu car elles ont transgressé les règles sociétales.

La rigidité du stéréotype le distingue du préjugé avec lequel il partage néanmoins un rôle de justification dans des prises de position.

*Préjugé : jugement stéréotypé, favorable ou défavorable, intériorisé par l'individu. Le préjugé que l'individu a sur autrui est un moyen, pour l'individu, d'extérioriser de l'agressivité, c'est un mouvement compensatoire d'un sentiment d'insécurité. Dans la mesure où une personne a un sentiment plus ou moins prononcé d'insécurité à l'égard d'elle-même, elle a tendance à chercher des boucs émissaires, des individus sur lesquels, elle dépense son agressivité : peu sûr de soi, on rejette sur les PVVIH ou les PVVS, tous les péchés dont on a peur.

Les préjugés associés au VIH/SIDA : c'est croire en une fatalité par ex-punition divine, c'est une démission (pourquoi lutter, on va tous mourir), croire que la maladie vient de notre faute, ou que seuls des minoritaires (cela ne me concerne pas) sont concernés.

*Exclusion sociale : le terme d'exclusion sociale, en tant que concept d'analyse, a été inventé en France, en 1974. Il se rapportait aux diverses catégories de gens qualifiés de « cas sociaux » et qui ne bénéficiaient d'aucune protection sociale. L'exclusion sociale dans ce contexte se réfère à un processus de désintégration sociale, dans le sens d'une rupture progressive des relations entre l'individu et la société. La notion d'exclusion sociale recouvre des significations extrêmement variables parce qu'elle dépend de différents modes de pensée se rapportant à la société. L'exclusion sociale est définie d'une façon « adaptée à la situation particulière de chaque pays. »

Un individu est exclu parce que c'est un inadapté social ou un déviant. L'inadapté ou le déviant est une personne qui refuse de vivre ou de suivre les normes (les attentes admises, les usages en vigueur, le modèle proposé, enfin les consensus admis par une majorité d'individus dans un groupe social donné) pour adopter un comportement en marge. L'inadapté peut se trouver dans l'impossibilité ou l'incapacité de vivre les normes (du fait d'accident physique ou mental) L'identité de l'exclu est donc socialement construite.

Beaucoup de définitions peuvent être employées. Toutefois, elles ont un certain nombre d'ingrédients communs : l'exclusion sociale est toujours tenue pour un état de mal-être et d'inhabilité (inélégibilité, incapacité) qui affecte des individus ou des groupes.



L'utilisation de la notion d'exclusion sociale va au-delà de la définition étroite de la pauvreté considérée comme une insuffisance de revenu ou de biens matériels.

Qualifier des personnes de « socialement exclues » suggère qu'elles sont d'une manière ou d'une autre socialement isolées, que leurs rapports avec la société ont été fragilisés. Les exclus de la société peuvent avoir perdu leurs liens avec la famille, la communauté locale, les associations bénévoles, les syndicats ou même la nation.

Stigmatisation : Le sociologue Erving Goffman (1963) a défini un stigmaté comme un attribut qui discrédite de manière importante une personne ayant une différence non souhaitée. La stigmatisation est un moyen puissant de contrôle social qui consiste à marginaliser, à exclure et à exercer un certain pouvoir sur des individus qui possèdent certaines caractéristiques. C'est une réaction courante à la perception d'une menace, alors qu'il est impossible de lui échapper ou de la détruire.

La stigmatisation plonge ses racines dans le passé. Elle a été décrite comme une caractéristique qui « discrédite significativement » un individu aux yeux des autres.

Constitue un acte de stigmatisation, tout comportement tendant à discréditer, à mépriser ou à rendre ridicule une personne vivant avec le VIH/SIDA en vertu de son statut sérologique.

Les caractéristiques sur lesquelles se porte la stigmatisation (par exemple : la couleur de la peau, la manière de parler, ce que font les individus) peuvent être totalement arbitraires. Dans une culture ou une situation particulière, certains attributs sont choisis et définis par d'autres personnes comme peu honorables ou sans valeur. La stigmatisation décrit par conséquent un processus de dévaluation plutôt qu'une chose.

Une bonne part de la stigmatisation associée au VIH/SIDA s'appuie sur des pensées négatives déjà implantées et les renforce. On dit souvent que les PVVIH ont mérité ce qui leur arrive car elles ont fait quelque chose de mal. Souvent, ces méfaits sont liés à la sexualité ou à des activités illégales et désapprouvées par la société, par exemple la consommation de drogues injectables. Les hommes qui sont infectés peuvent être considérés comme des homosexuels, bisexuels ou clients des prostituées.

Les femmes PVVIH sont jugées comme étant de mœurs légères ou comme des prostituées. Ce qui mène à considérer le VIH/SIDA comme « une maladie de la honte ».

Certains auteurs distinguent deux types de stigmatisation : la stigmatisation ressentie et la stigmatisation effective. La stigmatisation est ressentie lorsque les PVVIH ressentent la honte parce qu'elles intériorisent les réactions négatives des autres entraînant ainsi la dépression, le repli et des sentiments d'inutilité. Elle touche aux sentiments et à la dignité d'un individu ou d'une communauté. La stigmatisation effective est en opposition avec la stigmatisation ressentie. Elle tend à la discrimination. Les formes qu'elle prend peuvent être des insultes, des condamnations ... à l'égard d'une PVVIH. Elle fait que certains groupes se sentent dévalués et honteux alors que d'autres se sentent supérieurs.

La stigmatisation est souvent suivie d'une discrimination.

* Discrimination :

Une petite historique de la discrimination pourrait nous aider à la connaître.

La discrimination n'est pas un phénomène nouveau. Elle avait déjà existé auparavant. Ce ne sont pas les personnes vivant avec le VIH/SIDA qui sont les premières à être confrontées au problème de discrimination. Les types de discrimination qui ont un caractère mondial, et qui sont souvent cités, sont les discriminations sexuelle et raciale.

On peut voir à travers ces deux types de discrimination, ses conséquences non seulement au niveau des individus ou des groupes discriminés mais aussi au niveau de la communauté elle-même.

Prenons d'abord le cas de la discrimination sexuelle. Certains anthropologues affirment qu'elle remonte au temps primitif. D'autres infirment cette hypothèse en évoquant que pendant la société primitive la communauté était matriarcale .« Les pionniers de l'anthropologie, après de longues recherches dans différents domaines découvrirent qu'une forme d'organisation sociale maternelle avait précédé dans l'histoire de la société patriarcale civilisée » (dans Féminisme et anthropologie par REED . E).

Ces hypothèses ne sont que des discussions scientifiques. Ce qu'on peut affirmer c'est que la discrimination sexuelle existe avant et qu'elle continue encore d'exister actuellement mais son intensité varie d'une société à l'autre, d'une époque à l'autre et d'une religion à l'autre...

La discrimination sexuelle fait que les femmes sont en position de subordination. Elles sont considérées comme des êtres inférieurs. On les met à l'écart de la production. Si on compare les positions économique et sociale des femmes à celles des hommes : les femmes ont la moindre chance d'accéder à l'emploi, elles sont vulnérables face à la violence, il existe un écart des salaires. Tout cela met les femmes en position de dominées et elles sont privées de leurs droits. Or les femmes, de par leur nombre et leur poids dans la production, de par les fonctions vitales qu'elles assurent dans la société, de par leur qualité de travail ..., constituent une force susceptible d'accélérer de façon importante le processus de développement. On était conscient que la discrimination des femmes constitue un problème pour le développement de la société. C'est ainsi que la vague actuelle du mouvement des femmes commence (les femmes du Nord commençaient à se battre pour les droits juridiques, contre la discrimination au travail et les obstacles à l'éducation).

La discrimination sexuelle n'est pas totalement disparue pour certains pays mais elle a quand même diminué. Outre la discrimination sexuelle, il y a la discrimination raciale. Si on ne cite ici que les discriminations à l'égard des Noirs et des Juifs.

On reproche aux Noirs d'être paresseux, sales, immoraux, d'avoir la sexualité excessive (se laisser dominer par leurs instincts). On les considère comme des êtres inférieurs. C'est surtout en Amérique et en Afrique du Sud que la discrimination à l'égard des Noirs était manifeste. C'est ainsi que, dans certaines régions du Sud des Etats-Unis, les Noirs sont rejetés comme socialement inférieurs et sans instruction. Par conséquent, on leur refuse la possibilité d'améliorer leur condition et leur instruction si bien que la mesure discriminatoire initiale finit par paraître largement justifiée.

En ce qui concerne l'Apartheid en Afrique du Sud, la population indigène est rejetée parce qu'elle est d'une culture différente. Or les Noirs occupent une place importante pour l'économie du pays.

On reproche aux Juifs d'être grossiers, impulsifs, malins et se croient supérieurs aux autres.

« Il y a préjugé racial lorsque l'exactitude hostile envers un hors groupe ne peut être modifiée par l'expérience et remplit une fonction psychologique chez celui qui l'adopte ».

Toutes ces stéréotypes concernant les Noirs et les Juifs conduisent à l'hostilité raciale, voire même à la discrimination de ces races.

Les discriminations sexuelle et raciale sont universelles mais la tendance moderne à la suppression des castes, à la démocratisation de la vie publique et à la lutte pour les droits de l'homme contribuent à la suppression de ces discriminations. « Egalité entre les hommes et dans la dignité de l'individu ».

Le fondement de la discrimination est la race, le sexe, la religion, la culture, le statut ...

A l'heure actuelle, ce sont les PVVIH qui sont confrontées au problème de discrimination. En règle générale, le terme « discrimination » renvoie à toute forme de distinction, d'exclusion ou de restriction à l'égard d'une personne généralement mais pas exclusivement en fonction d'une caractéristique inhérente à cette personne que ces mesures aient ou non une quelconque justification.

« constitue un acte de discrimination, tout traitement différent, distinction, restriction, exclusion fondée sur le statut sérologique d'une PVVS visant à compromettre la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice de ses droits fondamentaux ».

Le concept légal de discrimination tient compte de la justification, en matière d'intention, de proportion et de conséquences, de toute différence de traitement entre les personnes. Toutes les différences de traitement ne sont donc plus alors nécessairement discriminatoires.

Concrètement la discrimination sera le refus à l'éducation , la violation des droits, la discrimination à l'embauche et sur les lieux de travail et la non possibilité d'accès aux médicaments des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA.

Causes de la stigmatisation, de la discrimination et de l'exclusion associées au VIH/SIDA

Une perspective historique et socioculturelle peut aider à comprendre les réactions négatives déclenchées par le VIH/SIDA. Auparavant, pendant une épidémie, la contagiosité réelle ou supposée de la maladie aboutissait à l'isolement et à l'exclusion des personnes contaminées (Volinn, 1989, Gilmore et Somerville, 1994). Les maladies

sexuellement transmissibles en particulier sont tristement célèbres pour avoir déclenché ce genre de réactions de marginalisation sociale (Carrara, 1994, Goldin, 1994).

Dès le début de l'épidémie de SIDA, toute une série de métaphores puissantes ont été utilisées pour renforcer et légitimer la stigmatisation. Il s'agit notamment du VIH/SIDA synonyme de mort (du VIH/SIDA en tant que châtiment, supposé sanctionner un comportement immoral) ; du VIH/SIDA assimilé à un crime (responsable de victimes innocentes ou coupables) ; VIH/SIDA perçu comme une guerre (le virus étant un ennemi contre lequel il faut se défendre) ; du VIH/SIDA synonyme d'altérité (la maladie étant un malheur qui arrive aux « autres », à ceux qui sont différents).

Outre la croyance largement répandue que le VIH/SIDA est une maladie honteuse, ces métaphores constituent une série d'explications « toutes faites » mais totalement inexacts servant de solide fondement à des réactions à la fois stigmatisantes et discriminatoires. Ces stéréotypes permettent également à certains de ne pas accepter la possibilité d'être personnellement contaminés ou concernés par le virus.

Dans de nombreuses sociétés, les personnes touchées par le VIH/SIDA sont considérées comme vivant dans l'ignominie. Lorsque l'infection est associée à des groupes ou des comportements minoritaires (l'homosexualité par exemple), le VIH/SIDA peut être considéré comme la conséquence d'une « perversion » et comme un châtiment . Dans les sociétés individualistes, le VIH/SIDA peut être considéré comme le résultat d'une irresponsabilité personnelle.

En d'autres circonstances encore, le VIH/SIDA est ressenti comme amenant la honte sur la famille et la communauté . La manière dont les gens réagissent en présence du VIH/SIDA varie par conséquent en fonction des idées et des ressources que la société met à leur disposition. Lorsque des réactions négatives vis- à -vis du VIH/SIDA ne sont inévitables, elles se nourrissent fréquemment de la conception du bien et du mal de l'idéologie dominante en ce qui concerne le sexe et la maladie, ainsi que les comportements corrects et incorrects.

.Type de discrimination

Partout dans le monde les personnes infectées par le virus sont confrontées au problème de discrimination de leur communauté. Les cas cités suivants sont des preuves tangibles de son existence.

Peut-être n'a-t-on pas rencontré les mêmes exemples cités ci-dessous dans la ville d'Antananarivo où l'on a mené l'enquête . Pourtant , ces exemples nous illustrent la stigmatisation individuelle et sociale effective qui entraîne une discrimination. Les personnes vivant avec le VIH/SIDA ont été :

*Privées d'emploi. Un membre du personnel de cabine d'une compagnie aérienne sud-africaine s'est vu refuser un emploi en raison de sa séropositivité au VIH. Il a heureusement pu combattre avec succès cette action discriminatoire au tribunal.

*Interdites de mariage. La Cour suprême de l'Inde , par exemple , a décidé qu'une personne vivant avec le VIH/SIDA n'avait pas le droit de se marier et de fonder une famille . De plus , certaines juridictions exigent le dépistage du VIH avant de rédiger un acte de mariage.

*Contraintes , à leur retour dans leur propre pays , a subir un test VIH. Des individus se sont vu refuser le droit de rentrer dans leur pays car on les soupçonnait d'être séropositifs au VIH. D'autres n'ont pu obtenir des visas ou des autorisations d'entrée

*Rejetées par leur communauté. Partout dans le monde , des personnes vivant avec le VIH/SIDA ont été chassées de leur communauté. En Afrique centrale et australe ainsi qu'en Asie du Sud , une femme testée positive au VIH peut être renvoyée dans sa famille ou son village d'origine lorsque sa sérologie est connue positive.

*Tuées en raison de leur sérologie positive. En décembre 1999 , une jeune volontaire communautaire , Gugu Dlamini , a été lapidée et battue à mort par des voisins dans son quartier proche de Durban , Afrique du Sud ,après avoir parlé ouvertement de sa séropositivité lors de la journée mondiale du SIDA.

Détection de la discrimination

La campagne mondiale contre le SIDA 2002-2003 organisée par l'ONUSIDA était axée sur la stigmatisation , la discrimination et les droits de la personne humaine.

Le principal objectif de la campagne était de prévenir , de réduire et d'éliminer la stigmatisation et la discrimination associées au VIH/SIDA où qu'elles se produisent et sous toutes leurs formes. Ainsi ,l'ONUSIDA a élaboré un protocole pour l'identification de la discrimination à l'égard des PVVIH. Le protocole sert à détecter la discrimination dans toute une gamme de situations sur la vie quotidienne. Le protocole est destiné aux programmes nationaux de lutte contre le SIDA . Mais il peut aussi être utilisé aussi par les organisations , les chercheurs et les associations des PVVIH. Le protocole a servi à la détection de stigmatisation et de discrimination associées au VIH/SIDA, tout au long de l'enquête que pendant la phase de rédaction du mémoire.

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH/SIDA sont universelles et se produisent dans tous les pays mais leurs formes et leurs manifestations varient selon les pays , le taux de prévalence en VIH/SIDA , la nature de la pandémie , le degré de la connaissance en VIH/SIDA , la riposte qu'un Etat oppose à la discrimination. D'ailleurs le protocole a permis d'identifier les formes et les manifestations de l'exclusion dans la capitale.

Il existe dix domaines de la vie sociale où peuvent se produire des exclusions ou des restrictions de droits à l'encontre de personnes affectées par le VIH/SIDA.

Les dix domaines sont les suivants :

- Santé
- Emploi
- Justice / Procédure judiciaire
- Administration
- Protection sociale
- Logement
- Éducation
- Vie familiale et reproductive
- Assurances et autres services financiers
- Accès à d'autres services publics (par exemple , services funéraires)

C'est ainsi que :

- dans les hôpitaux , les PVVIH n'ont pas les mêmes chances que les autres , car l'on craint l'infection ;
- dans le domaine de l'éducation : on n'offre pas les mêmes opportunités aux PVVVIH , l'on pense qu'ils vont bientôt mourir. A quoi bon ?
- dans le système judiciaire : les PVVIH ne sont pas suffisamment protégées par des lois contre la violence , et les verdicts ;
- les organisations confessionnelles : peuvent les condamner d'office et dire que c'est une punition divine ;
- Dans les entreprises privées : parce que la notion d'intérêt et le profit priment , les PVVIH ne sont pas toujours les bienvenus ;
- Dans les établissements de soins les PVVIH n'obtiennent pas le même traitement , n'ont pas accès aux programmes antirétroviraux , car les thérapies sont chères et les campagnes pharmaceutiques ne veulent pas réduire les prix pour le pays en développement.

II-2.DROITS DE L'HOMME ET VIH/SIDA

L'objectif du repérage des différentes formes de discrimination est de les éliminer . Cela contribue au respect, au plein exercice et à la protection des droits de la personne humaine. Il existe un lien existant entre la stigmatisation, la discrimination et les violations des droits de l'homme. Elles sont interdépendantes.

D'abord la stigmatisation entraîne souvent la discrimination. Celle ci à son tour mène à la violation des droits des PVVIH.

De part la stigmatisation et la discrimination, les droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA et de leur famille sont souvent bafoués, simplement parce que l'on sait ou que l'on suppose qu'elles sont touchées par le VIH/SIDA. Cette violation des droits est un obstacle à l'action et accroît l'impact négatif de l'épidémie.

La stigmatisation, la discrimination et les violations des droits de l'homme se créent, se renforcent et se légitiment mutuellement. Elles constituent un cercle vicieux.

La non discrimination a été reconnue comme un droit fondamental de la personne humaine essentiel à son développement, son bien-être et sa dignité. En conséquence, des clauses concernant les droits de l'homme reprises dans les constitutions et les lois de plusieurs pays interdisent la discrimination. Celle -ci est également prohibée par divers textes internationaux en vigueur, tels que la déclaration universelle des droits de l'homme, le pacte international relatif aux droits civils et politiques, le pacte international aux droits économiques , sociaux et culturels, la convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, la déclaration sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, et la convention relative aux droits de l'enfant.

Des textes régionaux, notamment la charte Africaine des droits de l'homme et des peuples interdisent également la discrimination. Enfin, plusieurs accords et recommandations de l'organisation internationale du travail appellent à prendre des mesures contre la discrimination dans le monde du travail.

Depuis 1990, la commission des droits de l'homme des Nations Unies a elle aussi adopté une série de résolutions sur les droits de l'homme et le VIH/SIDA. Ces résolutions confirment qu'une discrimination en fonction du statut VIH/SIDA est contraire aux règles internationales en vigueur touchant les droits de l'homme. Elles précisent en outre que l'expression « tout autre statut » utilisée dans les clauses générales de non- discrimination des textes régionaux et internationaux sur les droits de l'homme (par exemple, le pacte international relatif aux droits civils et politiques) doit être comprise comme incluant les statuts relatifs à la santé, notamment le statut par rapport au VIH/SIDA.

En effet , la charte universelle des droits de l'homme dans son :

Article 1 stipule : « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignités et en droits... »

Article 3 : « Tout individu a droit à la vie , à la liberté , à la sûreté de sa personne. »

Article 22 : « Toute personne , en tant que membre de la société a droit à la sécurité sociale »

Article 25 : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé... »

II-3. GENRE ET SIDA

Le déni associé au VIH/SIDA est encore plus grave quand il s'agit des femmes , parce que la discrimination est non seulement fondée sur le statut sérologique mais aussi sur le sexe. Des recherches récentes parrainées par l'ONUSIDA en Inde et en Ouganda montre que les femmes vivant avec le VIH/SIDA peuvent être doublement stigmatisées à la fois en tant que « femmes » et en tant que « personnes vivant avec le VIH/SIDA » lorsque l'on apprend leur séropositivité. Or les femmes sont majoritairement infectées par le virus car selon le secrétaire général de l'ONU, Kofi Annan :« près de la moitié des contaminations d'adultes dans le monde concernent désormais des femmes , et ce taux atteint même 58% en Afrique subsaharienne » lors de l'ouverture de la 15^{ème} conférence internationale sur le SIDA à Bangkok. s

Des études ont montré à plusieurs reprises que les faibles pouvoir économique et social des femmes les empêchent de négocier avec leurs partenaires le port du préservatif ou encore l'abstinence , sans parler de la fidélité . Précisément dans les sociétés africaines , il y a ceux qui continuent à considérer les femmes comme des citoyens de seconde zone et sont supposées être inconditionnellement soumises aux désirs de l'homme. Et celui-ci se considère libre d'avoir de multiples partenaires : Pour lui, c'est un droit.

Cet état de soumission dans lequel vivent nombre de femmes et de filles dans nos communautés africaines les rend plus vulnérables au risque d'infection par le VIH. Les filles ont un risque deux fois et demie plus important que les garçons d'être contaminées.

Les femmes du fait de leurs conditions sociale , juridique et économique désavantagées sont particulièrement exposées au risque d'être infectées par le VIH et aux incidences économiques et sociales du SIDA.

La stigmatisation et la discrimination renforcent les inégalités sociales et les relations du pouvoir existantes, notamment les inégalités et les rapports entre les sexes dont les femmes sont les victimes. Elles jouent donc un rôle clé dans la production et reproduction des relations du pouvoir dans la société.

« En tant que femme , vous courez le risque d'attraper le SIDA si votre homme fait l'amour avec une séropositive et ramène le virus à la maison. Mais que faire pour se protéger ? En exigeant qu'il mette un préservatif. C'est lui qui détient le pouvoir et il dit qu'il ne fera rien. Alors que faire d'autre ? Pour beaucoup trop de femmes , l'alternative

est la suivante : refuser les relations sexuelles et perdre le soutien matériel dont elles bénéficient avec leurs enfants ou risquer le SIDA ».

Ce sont les femmes que l'on accuse

Paradoxalement , ce sont les femmes que l'on accuse , depuis des temps immémoriaux , de propager les maladies sexuellement transmissibles. Dans certaines populations de Thaïlande et d'Ouganda , les MST s'appellent « maladies des femmes » et le Swahili , « langue véhiculaire » , d'une grande partie de l'Afrique orientale , le mot utilisé pour le MST signifie littéralement : « maladie de la femme ».

Les professionnelles du sexe , notamment sont presque pourtant qualifiées de « vecteurs de maladies ».Description qui ignore entièrement le rôle du client et qui curieusement ne s'applique jamais aux hommes , aussi élevés que soient leurs taux d'infection.

Même les gens infectés par d'autres voies accusent les prostituées.

II-4. LE SIDA ET LES SCIENCES SOCIALES.

Une caractéristique fondamentale du SIDA a été de manifester une certaine impuissance des solutions biomédicales. Cette impuissance de la médecine à guérir a sollicité les sciences sociales à travailler dans le champ du SIDA. La sociologie fait partie des sciences dites « sociales » et elle est utile du moins jusqu'à l'heure actuelle où l'on a pas encore trouvé le remède et que la seule arme efficace est la prévention.

Le phénomène SIDA amplifie l'inégalité entre le Nord et le Sud. On assiste actuellement à une maladie à deux vitesses ou deux sortes de SIDA : l'un traitable et en voie de disparition , l'autre non maîtrisable.

Dans les pays du Nord , avec les récents progrès thérapeutiques qui prolongent la vie en améliorant la qualité de vie d'une PVVIH et avec la stabilisation de l'épidémie , le besoin de sciences sociales s'y manifeste moins. Par contre , l'impact des progrès scientifiques n'est pas visible dans les pays du Sud , à cause du coût financier et on assiste à l'expansion de l'épidémie .D'ou la nécessité de la mobilisation des sciences sociales.

Toujours dans le Sud, surtout en Afrique, la plupart des gens n'ont pas la connaissance requise en matière de SIDA. Les différentes sensibilisations sur les messages de prévention n'ont pas porté leur fruit. Cette lacune au niveau de la connaissance donne lieu à des interprétations sociales et à de diverses constructions socioculturelles et politiques à ce nouveau phénomène qu'est le SIDA. Tous ces facteurs (socioculturels et économiques) qui rendent le SIDA à une maladie non maîtrisable méritent d'être analysés pour expliquer l'expansion , la teneur et les variations de l'épidémie dans le Sud. Le résultat de l'étude peut aider les responsables gouvernementaux et sanitaires dans l'élaboration des programmes de prise en charge et de prévention.

Toutes ces raisons montrent que dans les pays du Sud , les sciences sociales sont toujours mobilisables.

Parfois , les sciences dites « dures » s'investissent spontanément ou par nécessité dans le domaine du développement. Quand elles ressentent de façon analytique que « quelque chose bloque » du côté social , elles font toujours appel aux sciences humaines. Avec le phénomène du SIDA et les constructions sociales qui les suivent , il est intéressant et même utile de réunir des spécialistes de diverses disciplines .En effet , ce ne sont pas les campagnes d'information et de sensibilisation de la lutte contre le SIDA qui manquent en Afrique. Mais le SIDA est un phénomène nouveau , devenu un fait social majeur et il y a aussi la peur qui est liée avec. Par conséquent , les messages de prévention et les informations se mélangent à d'autres et perçus d'une autre manière. Le message est reçu mais interprété d'une autre façon et suivi des réactions concrètes aux maladies comme la discrimination de ceux qui vivent avec le VIH/SIDA. Cela veut dire que le SIDA fait penser et réagir mais les résultats des campagnes d'information ne sont pas exactement conformes à leurs objectifs. Les sciences sociales sont invitées, notamment de la part des programmes nationaux de lutte, à évaluer l'impact des campagnes d'information et de prévention sur les populations cibles. Elles dépassent le cadre d'une simple évaluation et contribuent à l'élaboration des programmes de lutte.

Le SIDA donne lieu à des interrogations dont voici l'exemple :

-Quels facteurs sociaux, démographiques et économiques alimentent l'épidémie ?

- Quelles sont les relations entre la pauvreté, la marginalisation et le SIDA ?
- Quelle est l'importance des cultures, des traditions, des religions parmi les facteurs contextuels de la transmission du VIH ?
- Quel pourrait être le schéma des déterminants proches et contextuels de la transmission du VIH et de la dynamique de son extension ?
- Pourquoi la pandémie progresse à un rythme galopant en Afrique Subsaharienne.
- Pourquoi les PVVIH sont confrontées aux problèmes de discrimination et de stigmatisation dans le monde.

Face à cette quantité d'interrogations et à des interprétations, les sciences sociales sont tout à fait dans leur élément pour expliquer plus précisément leurs raisons d'être, pour montrer comment une société, un groupe social, un contexte donné, inventent des réponses tant intellectuelles que pratiques au problème SIDA.

En outre le SIDA est effectivement perçu comme une maladie nouvelle, mais sa nouveauté est conçue et interprétée comme étant précisément le résultat des multiples désordres et dérèglements qui affectent les relations sociales, notamment les relations entre les sexes et les générations. Il est même appelé « la maladie du désordre ». En effet, ces derniers temps, on assiste aux transformations des sociétés africaines (causées par le croisement entre tradition et modernité), dérégulation des ordres sociaux et familiaux anciens, processus conjoints d'urbanisation rapide et de paupérisation ; crises économiques et politiques, multiplication de diverses formes de « délinquance » et de prostitution, la perte des normes et valeurs traditionnelles, la multiplication des conflits intrafamiliaux et intergénérationnelles. Autant de phénomènes qui intéressent le sociologue.

Ce désordre est le résultat des connexions entre la ville et la campagne, les jeunes et les moins jeunes, les pauvres et les riches, les migrants et les sédentaires, les paysans et ceux qui viennent de la ville, les autochtones et les étrangers. Autant de connexions qui favorisent la propagation du VIH.

Bref, le SIDA dépasse la scène biologique et sanitaire et fait appel à des études de comportement entre les acteurs sociaux.

Les sciences sociales participent effectivement à l'intelligibilité objective de la diffusion du VIH en mettant ainsi en lumière la multiplicité des facteurs culturels, sociaux et économiques et tout particulièrement leurs connexions ou leurs enchaînements, notamment sous forme d'échanges sexuels (ou de réseaux sexuels).

Ces généralités nous ont permis de connaître : le SIDA, les phénomènes de discrimination et de stigmatisation associées au VIH/SIDA et la relation entre la Sociologie et l'épidémie. L'objectif de l'étude est de connaître les formes et les manifestations de l'exclusion à l'égard des PVVIH. Mais, il est impossible de les prédire d'où la nécessité de recourir à l'enquête sociologique. L'enquête auprès de la population générale et auprès de ceux qui vivent avec le VIH/SIDA fera l'objet de la deuxième partie de l'étude.

DEUXIEME PARTIE
INTERPRETATION ET ANALYSE
DES RESULTATS D 'ENQUETES

CHAPITRE I : ENQUETE QUANTITATIVE AUPRES DE LA POPULATION CONCERNANT SES ATTITUDES A L'EGARD DES PVVIH

I.1. PRESENTATION GENERALE DES ENQUETES

Les sujets de l'étude sont âgés de 15 à 68 ans.

L'enquête se passe à domicile, dans le jardin, dans la rue ...de la capitale d'Antananarivo.

Les sujets d'étude ont été choisis par le choix raisonné ou la méthode par quotas.

L'échantillon est représenté par 220 individus. Le questionnaire comporte :

- une question préliminaire (variables : sexe, niveau d'instruction, situation matrimoniale, religion, profession, quartier, nationalité) ;

- 10 questions sur la connaissance du SIDA ;

- 9 questions sur le comportement à l'égard des PVVIH.

Tableau 2 : Répartition des sujets selon l'âge et le sexe :

Sexe/Age	Adolescents (14 à 20 ans)		Adultes (21 ans et plus)		TOTAL	
	Effectif	Proportion	Effectif	Proportion	Effectif	Proportion
Féminin	30	13	78	35,5	108	49
Masculin	20	10	92	41,5	112	51
TOTAL	50	23	170	77	220	100

Source : Résultat de nos enquêtes juin 2004

Il y a sur-présentation des adultes (77 %) par rapport aux adolescents (23 %).

Tableau 3 : Répartition selon le statut matrimonial et le sexe :

Sexe/Statut matrimonial	Mariés		Célibataires (y compris les divorcé(e)s et les veuf(ve)s)		TOTAL	
	Effectif	Proportion	Effectif	Proportion	Effectif	Proportion
Hommes	62	28,2	50	22,25	112	51
Femmes	58	26,3	50	22,25	108	49
TOTAL	120	54,5	100	45,5	220	100

Source : Résultat de nos enquêtes, juin 2004

Tableau 4 : Répartition selon le niveau d'instruction des enquêtés

Sans diplôme ou niveau 0		Niveau primaire		Niveau secondaire		Universitaire	
Effectif	Proportion	Effectif	Proportion	Effectif	Proportion	Effectif	Proportion
14	6	42	19	94	43	70	3

Source : Résultat de nos enquêtes ,juin 2004

1.2. CONNAISSANCE DU SIDA

Inutile de mettre dans le questionnaire la question : *Avez vous déjà entendu parler du SIDA ?* , car presque tous les enquêtés de la ville d'Antananarivo ont déjà entendu parler du SIDA. Reste à savoir s'ils maîtrisent le sujet SIDA.

Au niveau national , on peut suivre l'évolution de cette connaissance grâce à l'Enquête Démographique et de Santé(EDS)II(1997) et l'EDS III (2003-2004) qui font entrer dans leur questionnaire le volet SIDA. Les résultats d'enquête de l'EDS sont représentatifs au niveau national car l'enquête est portée sur un échantillon national.

La population d'enquête de l'EDS 1997 était des femmes seulement , celle de l'EDS 2003-2004 comprenait des hommes et des femmes.

Le résultat de l'EDS 1997 est le suivant :

- 69% des femmes ont déclaré avoir entendu parler du SIDA

- la quasi-totalité des femmes de la capitale (98%) connaissent le SIDA contre 81% de celles résidant dans les autres villes et 62% des femmes rurales.

Durant l'enquête 2003 – 2004 , 79% des femmes et 88% des hommes ont déclaré connaître ou avoir entendu parler du SIDA. Cependant , 18% des femmes et 13% des hommes disent qu'on ne peut pas ou qu'ils ne savent pas si on peut éviter le SIDA. La connaissance du

VIH/SIDA est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural , et la proportion est plus élevée chez les hommes que chez les femmes quel que soit le milieu de résidence.

Tableau 5 : Pourcentage de femmes , d'hommes qui ont déclaré connaître le VIH/SIDA par sexe et milieu de résidence , EDS III , Madagascar 2002 – 2003

Connaissance du VIH/SIDA	FEMMES					HOMMES				
	Antananarivo ville	Autres villes	Ensemble urbain	rural	ensemble	Antananarivo ville	Autres villes	Ensemble urbain	rural	ensemble
Connaissant le VIH/SIDA	99,2	91,6	93,4	74,3	79	100	95,3	96,5	85,4	88,1
Effectif	466	1509	1975	5949	7949	158	444	602	1925	2527

Source : EDS III (2003-2004)

Rapport préliminaire, Juillet 2004

La Direction générale de l'INSTAT

Direction de la démographie et des statistiques sociales

Pour ce qui est de notre enquête, vu que presque tous les enquêtés de la capitale ont entendu parler du SIDA , l'enquête , réservée à la population de la capitale , a porté sur les points suivants :

- les voies de la contamination du VIH/SIDA ;
- moyen pour éviter d'attraper le VIH ;
- connaissance du vaccin et des médicaments contre le SIDA ;
- transmission mère-enfant ;
- moyen pour éviter la transmission mère-enfant ;
- symptôme du SIDA ;
- relation entre VIH/SIDA et les autres IST ;

-risques pressentis de contracter le SIDA ;

On peut évaluer à travers ces questions le niveau de connaissance en VIH/SIDA du répondant. C'est en fonction des réponses à ces questions qu'on classe le niveau de connaissance :

.Ceux qui ont répondu infailliblement à ces questions sont considérés comme ayant une meilleure connaissance en VIH/SIDA.

.Ceux qui savent :

- les modes de transmission ;

- distinguer la séropositivité de la maladie ;

-les méthodes pour se protéger ; sont considérés comme ayant une connaissance suffisante du VIH/SIDA. La majorité d'entre eux ne connaissent pas le nom des médicaments (antirétroviraux) qui prolongent la vie des PVVIH et qui évitent la transmission du virus de la mère à l'enfant. Pourtant, ils sont toujours considérés comme ayant une connaissance suffisante pour se protéger contre le virus. Notons que c'est surtout la bonne connaissance des voies de transmission qui influence positivement l'opinion de l'enquêté sur les PVVIH.

.Certaines personnes ont déjà entendu parler du SIDA mais ils n'ont pas la connaissance requise en la matière donc elles sont considérées comme ayant une connaissance insuffisante ou fragmentaire ou élémentaire. Presque tous les sujets d'étude savent que le rapport sexuel est la principale voie de transmission du VIH mais les autres modes de transmission sont encore non maîtrisés. On relève la persistance de nombreuses fausses croyances : celle relative à la transmission par piqûre de moustique et à la transmission par les gestes de la vie quotidienne à savoir les baisers, les poignées de mains, le partage de la nourriture avec un individu atteint du VIH/SIDA.

.Ceux qui se trouvent dans le dernier classement sont les individus qui déclarent avoir entendu parler du VIH/SIDA mais ne savent ni sa signification ni ses modes de contamination et le moyen pour l'éviter, leur savoir est très limité.

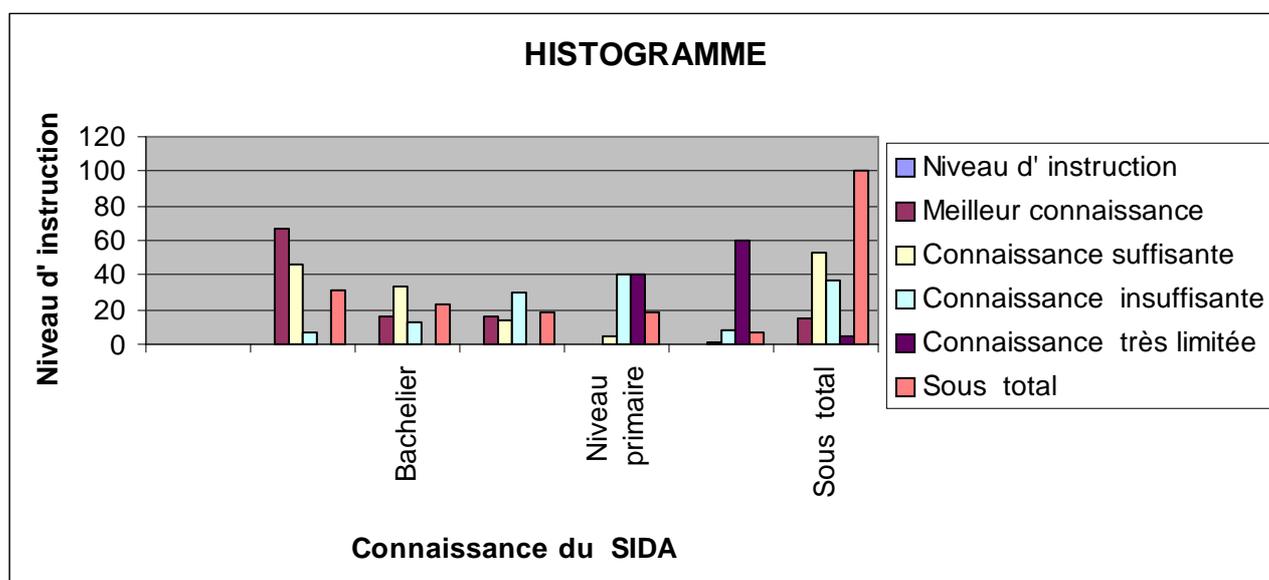
Ce classement est illustré dans le tableau ci -dessous

Tableau 6 :Répartition selon le niveau d’instruction et la connaissance du SIDA

<u>Connaissance du SIDA</u>	<i>Universitaire</i>	<i>Bachelier</i>	<i>Niveau secondaire I et II</i>	<i>Niveau primaire</i>	<i>Niveau 0</i>	<i>Sous total</i>
Niveau d’instruction						
Meilleure connaissance	66,6 %	16,7%	16,7%			15,5%
Connaissance suffisante	45,7%	33,8%	13,5%	5%	1,6%	53,6%
Connaissance insuffisante	7,5%	12,5%	30%	40%	8%	36,5%
Connaissance très limitée				40%	60%	4,5%
Sous total	31%	23,5%	19%	19%	7,5%	100%

Source : Résultats de nos enquêtes juin 2004

Illustration I :La corrélation entre le niveau d’instruction et la connaissance du SIDA



UNIVERSITAIRES : Ceux qui ont fait des études supérieures, peu importe les diplômes obtenus c'est-à-dire baccalauréat et plus.

BACHELIERS : Ceux qui ont obtenu leur baccalauréat et s'arrêtent là.

NIVEAU SECONDAIRE I : Commence à la classe de 6^{ème} jusqu'à la 3^{ème}.

NIVEAU SECONDAIRE II : Classe de seconde jusqu'à la terminale.

NIVEAU PRIMAIRE : Classe de 12^{ème} à la 7^{ème}.

NIVEAU 0 OU AUCUN : Ceux qui n'ont jamais fréquenté l'école.

Le tableau montre que parmi ceux qui ont la meilleure connaissance, il existe 66,6% d'universitaires c'est-à-dire 15,5% du total. Parmi la sous population ayant une connaissance suffisante (soit 53,6% du total), il y a 65,7% d'universitaires contre 13,5% des niveaux secondaires I et II et moins encore pour ceux du niveau primaire (5%).

La majorité des enquêtés ayant un niveau universitaire ou le baccalauréat ont la connaissance suffisante du VIH/SIDA. Par contre, la majorité des enquêtés se trouvant aux niveaux secondaires I et II et au niveau primaire n'ont qu'une connaissance fragmentaire du VIH/SIDA. Peu nombreux sont ceux qui maîtrisent le sujet SIDA 13,3% (N secondaires I et II), 5% (N primaire).

On ne peut pas affirmer que le niveau d'instruction élevé est synonyme de connaissance du VIH. Car on voit que parmi les gens à connaissance insuffisante du sujet, il y a 7,5% d'universitaires alors que 1,6% des enquêtés qui possèdent une connaissance suffisante, n'ont jamais fréquenté l'école. Pourtant le niveau d'instruction joue un rôle prépondérant car il a une influence sur la connaissance du VIH/SIDA. Plus le niveau d'instruction est élevé, meilleure est la connaissance du SIDA. Cela peut s'expliquer par la sensibilité des Instruits aux informations (les journaux, la télévision...), aux campagnes de sensibilisation. Ils sont plus réceptifs aux messages que les différentes campagnes de sensibilisation veulent transmettre.

La première question posée à l'enquête est : « *Connaissez vous une PVVIH ou une personne décédée du SIDA ?* » Cette question concerne une personne que l'enquêtée connaît personnellement comme un frère ou une sœur, un ami, une rencontre, un parent ou un voisin et dont elle sait qu'elle est atteinte du SIDA ou qu'elle est décédée de cette maladie. Peu importe l'instant où la personne est décédée, du moment que cette personne soit connue par l'enquêté.

Sur 220 enquêtés, 15 personnes ou 6,81% dont 5 de nationalité étrangère affirment connaître personnellement des PVVIH ou décédées du SIDA

Cette question est importante dans la mesure où la connaissance d'une PVVIH peut influencer le comportement de l'individu à son égard. Un enquêté peut avoir de tas d'idées, des imaginations sur la façon dont il va traiter une PVVIH s'il vit avec mais lorsqu'il est confronté à la réalité les imaginations projetées peuvent changer. De plus, l'attitude à l'égard des PVVIH varie selon les différentes phases de l'épidémie (de la séropositivité à la maladie) et le poids du malade lorsqu'il ne peut plus travailler.

1.3. CROYANCE A L'EXISTENCE DU SIDA A MADAGASCAR

A la question : « Croyez -vous à l'existence du SIDA à Madagascar ? »

Trois réponses sont possibles

	Effectif :	Pourcentage :
1. NON	26	12%
1.OUI mais il ne touche que les prostituées, les homosexuels, les étrangers, (vazaha)	69	31%
2.OUI	125	75%
	<hr/>	
	220	100%

L'opinion de ceux qui croient à l'existence du SIDA(OUI)

57% des répondants sont convaincus de la réalité du SIDA . Cette croyance peut être causée par les différentes campagnes de sensibilisation, la séroprévalence évoquée et les témoignages de certaines PVVIH .

Inutile de signaler que la lutte contre le SIDA devient une priorité nationale et que les différentes composantes de la société sont mobilisées pour cette lutte. C'est ainsi qu'à l'école, dans les confessions religieuses, les associations, les ONG et dans toutes les institutions, on fait entrer le volet SIDA . Personne ne peut dire qu'il n'a jamais entendu parler du SIDA , du moins les habitants de la capitale. On est censé « croire » et

éventuellement se protéger, plus en ville qu'en brousse, plus si on est scolarisé que si on ne l'est pas et sur un autre plan, plus si on est jeune et plus si on est un homme.

Il faut admettre que la croyance à l'existence de la maladie ne veut pas dire croyance en la statistique selon laquelle la séroprévalence car beaucoup de discussions se posent encore : « le gouvernement gonfle-t-il le chiffre pour des raisons politiques alors qu'en réalité la séroprévalence n'atteint pas le 1,1% ? » Or l'enquête auprès des femmes enceintes fait état de ce taux mais s'il s'agit d'enquête auprès de la population générale, le chiffre peut s'accroître. De plus, beaucoup de personnes séropositives ne savent pas leur statut sérologique puisqu'elles sont rares à se faire tester.

La croyance au SIDA influence les réponses de l'enquêté sur les autres questions qui suivent. Plus il croit, plus il maîtrise le sujet SIDA parce qu'il a intérêt à connaître ses modes de transmission et les moyens pour éviter de l'attraper.

Il est à signaler que deux enquêtés ont refusé de répondre parce qu'ils nient l'existence du SIDA alors que certains enquêtés ont été mobilisés durant l'enquête parce qu'ils pensent que le thème est d'une grande actualité.

Le SIDA existe mais il ne touche que les groupes à risques(OUI mais)

31% des enquêtés croient que le SIDA existe mais qu'il ne touche pas la population générale, seuls les prostituées, les homosexuels, les toxicomanes et les vazaha, en d'autres termes les groupes à risque sont concernés. Cette catégorie d'enquêtés admet l'opinion suivante :

Tout d'abord, le VIH/SIDA est perçu comme une maladie d'étrangers parce qu'il n'existait pas à Madagascar auparavant. Ce sont les étrangers qui ont amenés le virus à cause du tourisme sexuel. C'est pourquoi les villes touristiques sont réputées être zones rouges en SIDA, à savoir les villes de MORONDAVA, ANTSIRABE, ANTSIRANANA...Par conséquent, ceux qui entretiennent des rapports sexuels sans protection avec les étrangers attrapent le virus. C'est le cas des prostituées.

Le SIDA est lié à la sexualité considérée comme tabou et désapprouvée par la société (c'est le cas de l'homosexualité) ou à des activités illégales, par exemple la consommation de drogues injectables. Le SIDA est ainsi nommé « la peste gai ». Au début des années 1980 par exemple, des hommes ayant des rapports sexuels entre eux ou les

hommes gai des Etats-Unis présentent le VIH/SIDA .De ce fait, la maladie est considérée comme une maladie des Occidentaux associée à la faiblesse des structures familiales, à la libéralisation des valeurs sociales et au déclin moral. Avec le temps, ces homosexuels vont propager leur virus dans le pays. A cause de leur pouvoir économique , ils attirent les jeunes garçons pour être leur partenaire , c'est ainsi qu'ils transmettent le virus. D'ailleurs les rapports anaux accroissent le risque de transmission. Ce qui fait que les homosexuels sont plus vulnérables à l'infection.

Le SIDA est perçu comme une pathologie engendrée par le désordre social, la dégradation des mœurs liés au nouveau mode de vie venant de l'extérieur. Un mode de vie urbain où sévit l'amour commercial. En outre, le SIDA a été présenté comme une maladie de l'adultère et de la déviance sexuelle. En général, on met ces individus (prostituées, toxicomanes, homosexuels) dans « le groupe à risque » (ensemble d'individus exposés à être contaminés en fonction de leur appartenance à ces groupes) et ceux qui n'appartiennent pas à ces groupes se croient hors d'atteinte . Or le SIDA est souvent transmis à travers les relations sexuelles et il met en danger tous les individus sexuellement actifs.

La chaîne ininterrompue de liaisons entre tous n'épargne aucune fraction de la société qui ne peut être à l'abri de la contamination. Finalement, tous les segments de la société en contact (sexuel) les uns avec les autres sont à risque , à savoir :

-LES PROSTITUEES

Les prostituées sont les premières à être classées dans les groupes à risque. Or la définition même de la prostitution n'est pas très claire. Vouloir ne considérer, à Madagascar, que la prostitution « professionnelle » c'est sans doute passer à côté de la plus grande part de l'activité sexuelle et de la transmission potentielle attribuable à la prostitution. La prostitution commence -t-elle depuis la lycéenne qui veut se payer un nouveau pagne ou à la prostitution professionnelle qui s'exerce dans un hôtel ? La prostitution est donc très relative et difficile à cerner, si on n'y porte par un intérêt particulier.

Admettons que le taux de prévalence élevé chez les prostituées indique une certaine prévalence chez la population masculine. Les clients des prostituées ont d'autres contacts sexuels en dehors d'elles. A partir de ces groupes (prostituées, clients des prostituées) et

par le jeu des contacts sexuels multiples, le virus diffuse dans l'ensemble de la population. Si le rôle des prostituées dans la transmission du VIH est plus grande en Afrique subsaharienne, à Madagascar ce n'est pas toujours le cas. D'après les statistiques, ce ne sont pas seulement les prostituées qui sont atteintes du SIDA. Au contraire, elles sont les plus encadrées et ont la connaissance suffisante en la matière. Par conséquent elles se protègent.

Enfin, l'utilisation de la notion de groupe à risque permet de circonscrire le mal et de créer une séparation protectrice « nous et les autres ». Nous sommes hors de danger et les autres (groupes à risque) ne le sont pas. Elle crée aussi une sécurité trompeuse. Or tous les couples sexuellement actifs sont à risque car tous les segments de la société sont en contact sexuel les uns avec les autres.

-LES JEUNES

Les jeunes constituent une « catégorie à risque » unanimement reconnue.

Le comportement sexuel des jeunes dans la capitale risque d'être un facteur favorable à la propagation du VIH. Actuellement les jeunes ont une maturité sexuelle précoce et deviennent sexuellement actifs plus jeunes que les générations précédentes. L'âge du premier rapport, aussi bien chez les garçons que chez les filles, descend de plus en plus bas pour se situer avant l'âge de 16 ans.

-LES HOMMES

Dans la capitale, les relations sexuelles extraconjugales deviennent chose courante.

Les hommes mûrs nouent une relation avec toute autre femme qu'une prostituée. Souvent l'homme n'utilise pas le préservatif de peur que, s'il propose son utilisation, il doive reconnaître soit qu'il insulte sa partenaire en la traitant comme une fille de passe, soit qu'il est lui-même un « homme de passe » coutumier du deuxième bureau. Plus cette relation cherchera à se définir comme régulière, légitime, stable, plus l'usage du préservatif sera banni.

Parfois les hommes mûrs prennent pour maîtresse une ou des jeunes filles. L'homme âgé ne peut pas satisfaire la jeune fille sexuellement. Elle prend donc des amants et risque de contaminer l'homme et sa femme. Ici c'est la fille qui est source de contagion.

En outre, l'instabilité conjugale conduit l'homme à contracter des relations sexuelles extraconjugales au moment de l'instabilité.

-LES FEMMES OU LES EPOUSES

L'instabilité conjugale conduit aussi certaines femmes à contracter des unions polygamiques quand elles aboutissent à une rupture d'union. Les femmes divorcées très aisées courent derrière des jeunes garçons au chômage lesquels sont supposés avoir par ailleurs de nombreuses « copines » de leur âge et de leur statut.

Puis certaines jeunes femmes dont le mari est assez âgé entretiennent habituellement des relations sexuelles avec les jeunes hommes, soit du fait que leur mari n'est plus capable de les satisfaire, soit du fait qu'elles sont très attirées par la jeunesse. Le comportement d'adultère accélère par conséquent la propagation du virus.

La dépendance économique des femmes fait partie des facteurs de la transmission sexuelle du VIH/SIDA. Les femmes qui dépendent économiquement de leurs maris quand elles ne sont pas satisfaites économiquement par ces derniers, elles contractent des relations sexuelles extraconjugales à but lucratif.

-LES CHAUFFEURS

Il existe un groupe masculin « à risque » contaminé et contaminateur des professionnels de la mobilité : chauffeurs routiers et leurs apprentis, toutes professions associées au véhicule, à la route et au déplacement . Leur « néo-analphabétisme » c'est-à-dire le fait qu'ils ont quitté tôt leur scolarité déterminerait chez eux une attitude de témérité, d'arrogance et d'irresponsabilité générale de rôle, opposée à l'innocence quasiment maternelle de ceux qui n'ont jamais été scolarisés.

-L'EXODE RURAL

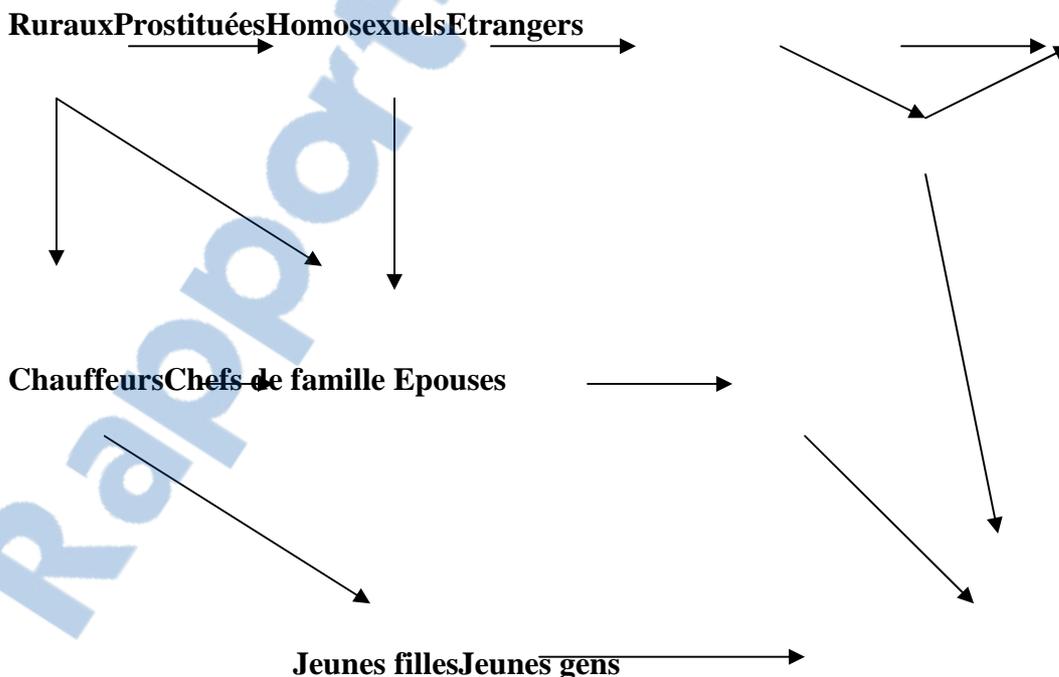
La pauvreté, l'inflation se font plus sentir dans les villes que dans les milieux ruraux. Avec la multiplication des entreprises franches, les jeunes se déplacent en ville à la recherche d'un travail rémunéré pour survivre. Prenons le cas d'une jeune fille. Elle est pauvre, travaille d'arrache-pied pour un salaire dérisoire, et sa naïveté et son inexpérience

lui interdisent de mesurer le danger des tentations de la ville (vêtement, sorties....) que l'argent facile de la prostitution permet de satisfaire. Avec l'exode rural, les jeunes véhiculent la maladie au sein de la ville mais aussi vers la campagne lors de leur visite familiale.

Par ailleurs, la concurrence entre les demandeurs d'emploi met les autres en échec. Or leur premier objectif en se rendant en ville est d'avoir un emploi. En cas d'échec, elles se lancent parfois dans la prostitution. Le virus circule entre les individus comme ou parce que ceux-ci circulent dans la société, ou dans la ville, ou entre les pays.

Les générations adultes et jeunes sont en contact entre elles, comme les riches avec les pauvres, les fonctionnaires avec les commerçants et les artisans, les citadins et les ruraux, les hommes et les femmes adultérins mariés avec les célibataires. Au travers de cette chaîne ininterrompue aucune fraction de la société n'est à l'abri de la contamination et dire que le SIDA ne touche que les groupes à risque c'est se tromper.

Illustration 2 : schéma de la « Grande chaîne des liaisons »



Source : Résultats de nos enquêtes, juin 2004

Le SIDA ne concerne pas seulement les groupes à haut risque. Il devient une menace pour la population générale. En effet, les zones rurales comportent le plus de localités où la séroprévalence à VIH chez les femmes enceintes est supérieure à 2%.

Enfin, la fausse conception qui fait que le SIDA ne touche pas la population générale est engendrée par les différentes campagnes de sensibilisation dominées par l'idée de l'emploi du préservatif, de la fidélité et de l'abstinence pour se protéger comme s'il n'existait pas d'autres modes de contamination que le rapport sexuel. Les autres modes de transmission ne sont pas toujours évoqués. Par conséquent ceux qui se croient fidèles ou ne sont pas sexuellement actifs pensent être hors du danger.

Opinions de ceux qui croient que le SIDA n'existe pas(NON)

12% des répondants déclarent qu'ils ne croient pas à l'existence du SIDA à Madagascar. Cette opinion peut prendre deux significations :

- Soit qu'ils pensent que la maladie est inventée, elle n'existe pas.
- Soit qu'ils pensent que la maladie existe mais pas encore arrivée à Madagascar.

LA MALADIE N'EXISTE PAS

Le SIDA n'existe pas c'est une maladie inventée par le Blanc (vazaha). Ici apparaît le paradigme blanc /noir, nord/sud, riche/pauvre. Le paradigme colonial sert à nier le SIDA : c'est une invention des Blancs pour des raisons politique et commerciale. En effet, c'est pour vendre leurs préservatifs, ou pour limiter les naissances ou pour faire poser l'infamie sur les africains. Les Blancs diffusent les préservatifs pour favoriser la protection et limitent les naissances pour diminuer les Africains avec la peur d'une explosion démographique du continent.

Le SIDA laisse la place à tout un ensemble d'interrogations (pourquoi la médecine propose-t-elle un moyen de protection qui empêche de faire des enfants ? Pourquoi les médicaments du SIDA viennent-ils des pays développés ?) et de suspicions (les discours officiels sur le SIDA cachent des choses importantes ou qu'ils servent à d'autres fins). Ce

qui revient à dire que le domaine du SIDA reste très flou et il ne faut pas croire à son existence.

LE SIDA NE TOUCHE PAS MADAGASCAR

« Le SIDA ne nous touchera pas », il s'agit d'une maladie d'étranger. La preuve est que l'enquêteur n'a jamais vu un séropositif ou une personne décédée du SIDA .

C'est une épidémie domestique américaine et européenne. L'épidémie est considérée comme une maladie de l'Occident, associée à la faiblesse des structures familiales, à la libéralisation des valeurs sociales et au déclin moral. C'est pourquoi ce sont les homosexuels, les toxicomanes des pays développés qui contractent le VIH/SIDA.

Le SIDA ne concerne pas Madagascar c'est une affaire du « Blanc » dont la médecine, prolifique en inventions, a donné le ou les noms à cette maladie nouvelle, (séropositivité, VIH, SIDA, AIDS...) et ne cesse de vouloir mobiliser contre elle en proposant le préservatif comme seul « médicament ». Ce sont les Occidentaux qui sont reçus comme parlant au premier chef du SIDA , ce sont eux et le monde dont ils émanent. Ce sont eux qui ont découvert le SIDA, ses modes de transmission ; les groupes et les comportements à risque, le sang contaminé ainsi que l'aveu d'une impuissance durable à le guérir

La responsabilité est imputée au monde développé.

Pour des raisons politiques et commerciales, les Occidentaux diffusent la maladie en Afrique. C'est pourquoi le SIDA en est parvenu à être aujourd'hui associé à l'Afrique subsaharienne mais pas encore à Madagascar . Cette nouvelle maladie parvient à atteindre l'Afrique subsaharienne à cause de la perte accélérée et mimétique des normes et valeurs traditionnelles. Autant de facteurs qui multiplient diverses formes de délinquance et de prostitution mais surtout une sexualité déviante. Dans son ouvrage sur les mœurs sexuelles des peuplades qui vivent dans la région des Grands Lacs d'Afrique, Anicet Kashamura écrit ceci : « Pour stimuler un homme ou une femme et provoquer chez eux une activité sexuelle intense, on leur inocule dans les cuisses, la région du pubis et le dos du sang prélevé sur un singe, pour un homme, sur une guenon, pour une femme ».

Cette promiscuité sexuelle laisse croire à certains enquêteurs qu'il s'agit des maladies africaines et américaines causées par une sexualité déviante.

Les autres continuent à nier l'existence du SIDA tant qu'ils ne voient pas des personnes malades ou décédées du SIDA . Beaucoup veulent toujours voir avant de croire à l'existence du mal . Pour conclure, dire que le SIDA ne nous touchera pas, « s'il est une leçon à tirer des épidémies du passé, c'est bien que nous devons nous garder d'un laxisme mal placé qui va jusqu'à nous faire nier l'imminence d'une catastrophe », a dit en 1991 le Dr Michel Muson, Directeur du programme mondial OMS de lutte contre le SIDA, aux délégués d'une conférence latino-américaine sur le SIDA.« Le laxisme au sujet de l'infection à VIH est particulièrement dangereux parce que cette infection reste très longtemps invisible ». Lorsque les gens commencent à mourir en grand nombre, le virus est déjà profondément enraciné dans la communauté.

I-4.ANALYSES DES COMPORTEMENTS ET ATTITUDES DE LA POPULATION ENVERS LE VIH/SIDA ET LES PVVS

L'analyse des attitudes de la population envers les maladies contagieuses (lèpre, peste, choléra) et les maladies sexuellement transmissibles (syphilis, blennorragie ...) aide à comprendre les attitudes des individus envers le VIH/SIDA.

Les attitudes vis-à-vis des maladies contagieuses

Les attitudes des communautés vis à vis des maladies contagieuses sont identiques, indépendamment de l'époque où celles-ci sont survenues. Les réactions d'autrefois vis-à-vis de la lèpre et plus tard à l'encontre de la peste sont similaires à celles d'aujourd'hui envers le choléra. Le rejet, l'exclusion ainsi que l'enterrement hors du caveau familial sont les mesures généralement prises vis à vis des maladies contagieuses. Mais si les réactions de la communauté d'autrefois étaient dictées par leur instinct de survie, celles d'aujourd'hui semblent être guidées par des bases plus rationnelles, probablement sous l'éclairage des informations diffusées par les autorités et captées à ce sujet par la population (Source : PMPS, "US et coutumes et comportement sexuel", Avril 2003).

Les attitudes vis à vis des IST

Les attitudes des communautés vis à vis des IST sont très diverses. Certains pensent que les IST sont des maladies de la honte. Par contre, d'autres jeunes gens sont fiers après avoir guéri de la maladie. Les comportements envers la personne infectée sont beaucoup plus négatifs si des signes extérieurs sont facilement décelables. Dans le milieu urbain, peu de gens savent qui est ou n'est pas infecté. Dans les milieux ruraux par contre, la nouvelle se répand rapidement et est interprétée en fonction des coutumes locales. Des enquêtes réalisées sous la direction de la PMPS dans "rapport de synthèse" par Mei Zegers (coordinateur de recherche technique) Avril 2003, montrent les attitudes envers les hommes ayant une IST. Les enquêtes ont été faites dans différentes régions de Madaga

Tableau 7 : Attitudes envers les hommes ayant une IST

Site	Signe de virilité	Signe de succès auprès des femmes	Signe de mauvais comportement	Honteux	Pas de réponse	Autres	Total
Ambatondrazaka	0,6	0,0	60,8	30,4	8,2	0,0	100
Ambilobe	9,6	10,1	39,0	31,5	8,8	1,2	100
Ambositra	0,6	0,7	32,9	62,6	3,2	0,0	100
Belo/Tsiribihina	23,0	54,6	8,7	12,0	1,7	0,0	100
Mahajanga	0,7	0,0	26,3	71,0	2,0	0,0	100
Manjakandriana	1,3	1,3	30,7	59,0	8,7	0,0	100
Moramanga	1,2	3,5	69,4	16,5	9,4	0,0	100
Sakaraha	6,3	6,2	55,1	32,4	0,0	0,0	100
Tolagnaro	5,2	6,4	51,2	25,6	10,5	1,1	100
Vohipeno	0,0	1,3	35,2	44,0	19,5	0,0	100
Moyenne	5,1	9,1	41,2	37,3	7,1	0,2	100

Source : Rapport de synthèse mené par MEI Zegers PMPS

D'après le tableau, 41% des personnes interrogées pensent qu'une IST chez un homme est un signe de "mauvais comportement" et 37% affirment que c'est quelque chose de honteux. D'autres points de vue ont été cependant exprimés notamment celui selon lequel c'est un signe de succès auprès des femmes (9%) ou un signe de virilité (6%).

La grande majorité des personnes interrogées (91%) estiment qu'une IST chez une femme est un signe de mauvais comportement. 2% pensent que c'est un signe de prouesses sexuelles ou de succès auprès des hommes. Il apparaît clairement que des normes différentes sont appliquées aux hommes et aux femmes.

Près du quart des personnes interrogées (23%) pensent qu'une personne ayant une IST devrait être mise en quarantaine ou être isolée.

Ce résultat semble entrer en contradiction avec le fait que ces populations perçoivent assez couramment les IST comme un signe de virilité ou de succès auprès des femmes.

En général, les personnes atteintes des IST sont mal jugées par la communauté mais elles ne font pas l'objet d'une discrimination.

Attitudes vis à vis du VIH/SIDA

Malgré les différentes sensibilisations faites par divers organismes, il s'avère toujours difficile de parler du SIDA à la maison même pour éduquer les enfants. Le SIDA est dans la majorité des cas d'origine sexuelle alors que le sexe est Tabou. "A la maison, quand la télévision commence à parler du rapport sexuel, gêné, mon père quitte la chambre, ceux qui restent changent les chaînes télévisées ou chacun fait semblant de ne pas l'écouter et d'être absorbé par sa tâche" (Propos d'une jeune fille enquêtée).

Parler et discuter du SIDA impliquent l'évocation des termes entourant le sexe. Or, les termes qui servent à désigner des organes intimes sont considérés comme des "gros mots" ou des "mots impudiques" à ne pas utiliser dans les conversations normales, entre gens bien éduqués et encore entre personnes interdites de relations sexuelles (parents, enfants de sexes opposés, frères - sœurs).

Il existe une certaine gêne et des réserves dans le langage utilisé autour du sexe et du rapport sexuel surtout dans la capitale où la majorité des enquêtés sont des Merina et où le degré de pudeur semble le plus accentué.

La sexualité considérée comme un sujet tabou est principalement reconnue dans toute l'Afrique subsaharienne qu'à Madagascar. Ce comportement tient à des multiples raisons : la première est que l'éducation traditionnelle que les parents ont reçue n'accorde qu'une très petite place à l'explication et à la verbalisation de la sexualité. La deuxième raison est le manque de connaissances adéquates des parents en matière de sexualité. Ainsi la plupart des parents considèrent la sexualité comme un sujet tabou et ont la crainte que les enfants, surtout pubères et adolescents, considèrent les informations éducatives sur la sexualité comme une incitation à la débauche.

Presque tous les jours on entend à la radio, à la télévision et dans les journaux des sujets concernant le SIDA, mais ceci est loin d'être un sujet de conversation familiale, puisqu'en parler évoque les choses du sexe. Pourtant le SIDA intéresse les conversations amicales, entre collègues ... C'est ainsi qu'après l'enquête, les interrogés ont posé beaucoup de questions concernant la réalité du SIDA, l'existence des PVVS malagasy, les médicaments qui prolongent la vie des PVVH, la façon pour éviter de contracter le SIDA enfin tout un tas de questions qui montrent la curiosité des enquêtés par rapport au VIH/SIDA.

Les réactions possibles face au VIH/SIDA

Une autre façon de connaître les attitudes de la population envers le VIH/SIDA est de lui poser la question "*Quelle sera votre réaction si on vous annonce que vous êtes séropositifs ?*"

Tableau 8 : La réaction selon l'âge de l'enquêté

Réaction Age	Adolescents (14 à 20 ans)	Adultes (21 ans et plus)	Sous total
Peur	22%	78%	61%
Honte	19%	81%	24%
Triste	31%	69%	7%
Autre	28%	72%	8%
			100%

Source : Résultat de nos enquêtes, juin 2004

La réaction de l'enquêté dépend de la connaissance qu'il a sur le VIH/SIDA mais surtout des représentations qu'il a construites à propos du SIDA. Elle dépend également de l'âge et du statut social (occupation) de l'individu. C'est pourquoi on a pris l'âge comme variable déterminant sa réaction.

Après l'annonce de la séropositivité, les réactions possibles et les plus fréquentes sont les suivantes . Tout d'abord le choc, puis la peur (je vais mourir), la honte (j'ai été contaminé, que va-t-on penser de moi), enfin la tristesse (pourquoi moi pourquoi pas les autres). D'autres réactions comme la dévalorisation de soi, la déception peuvent être possibles.

Le SIDA est parfois décrit sous sa forme fatale. C'est ainsi qu'une crainte considérable entoure le VIH/SIDA. La majorité des enquêtés (61%) ont peur . Parmi ceux qui ont entendu parler du SIDA, 24% pensent que c'est honteux d'être séropositif. Ces enquêtés considèrent le SIDA comme une maladie plus honteuse que la lèpre, la tuberculose ou la démence.

Ici l'enquêté doit choisir une parmi les réactions énumérées.

Plus la peur associée à la maladie considérée comme mortelle, c'est la honte qui régit chez la majorité des enquêtés surtout chez les adultes. De nombreuses raisons peuvent être à l'origine de la honte :

Honte parce que le SIDA est une maladie liée au comportement. On ne l'attrape pas dans 99% des cas au hasard mais par négligence ou par habitude. Donc avoir le SIDA signifie qu'on mène une vie sexuelle déréglée, qu'on a été "traîner n'importe où", comme une chienne ou un cochon. Ces préjugés entraînent un sentiment de culpabilité chez ceux qui sont infectés.

Non seulement on a honte d'avoir le SIDA mais on a aussi honte d'être un proche du malade qui est appelé à mourir dans le déshonneur et donc pas question de le fréquenter, voire de l'approcher. Puisque le SIDA est perçu comme une maladie de la honte donc pas à partager. Certains s'imaginent même que celui qui s'assoit avec un séropositif est un séropositif aussi.

Peur parce qu'il n'y a pas de médicament qui peut guérir le SIDA, du moins jusqu'à ce moment et que la personne infectée est condamnée à mort.

Peur d'être exclu par la famille, la communauté peur de perdre son emploi. Bref, peur de subir toutes formes de stigmatisation et de discrimination. Voici des exemples manifestant la discrimination : "Tu n'es plus mon fils", "Tu vas devoir quitter le village", "Tu es un étranger maintenant pour nous", "Ne me touche pas", "J'ai peur de toi", "Avec votre façon de vivre il fallait s'y attendre", "Vous êtes viré".

7% des enquêtés sont tristes si on leur annonce leur séropositivité. Triste, pourquoi moi ? pourquoi pas les autres ? Quel sort m'est-il arrivé moi qui croyais être fidèle, faire des relations sexuelles par amour alors que les autres sont intéressés par l'argent mais ils n'ont pas le SIDA. Selon la conception profane, le SIDA peut arriver à tout le monde, soit par pure malchance, soit parce qu'on a manqué de prudence. Encore que l'on peut avoir de multiples partenaires sans avoir le SIDA comme n'en avoir eu qu'un seul et être contaminé. Ce qui revient à de la malchance comme pourquoi soi et pas les autres.

ATTITUDES ENVERS LES PVVIH

Comme le taux de prévalence du VIH/SIDA est encore faible à Madagascar il est assez difficile de prédire ce que seront les attitudes envers les PVVS, d'où la nécessité de recourir à l'enquête auprès de la population. Pour bon nombre de gens, le concept est encore très irréel vu qu'ils déclarent ne connaître personne qui soit séropositif ou qui ait un cas déclaré de SIDA. Les attitudes, projetées par l'enquêté, envers les PVVIH peuvent donc changer s'il rencontre réellement une PVVIH, un jour.

Les attitudes projetées par les enquêtés vont d'un simple blâme (stigmatisation) jusqu'à l'isolement social ou au massacre (discrimination) des PVVIH. Ces attitudes sont conditionnées en grande partie par la connaissance en VIH/SIDA, pour être plus précise par la quantité et la qualité des informations reçues. Les attitudes dépendent également du lien existant entre l'individu et le séropositif.

Les attitudes des ménages envers une personne atteinte du VIH/SIDA

Tableau 9 montrant ceux qui sont prêts à s'occuper d'une PVVIH

Attitude	Pourcentage
Prêt à s'occuper d'une PVVIH dans la propre maison	49
Prêt à s'occuper d'une PVVIH mais pas dans sa maison	27
Coupe toute relation	18
Autres	6
Total	100

Source : Résultats de nos enquêtes, juin 2004

S'il s'agit d'un camarade ou d'un voisin, à partir du moment où il est connu séropositif, certains enquêtés pensent qu'ils vont couper toute relation avec lui, du moins manifester une réticence envers lui. 18% des interrogés adoptent ce comportement. Il y a même ceux qui disent qu'ils préfèrent fuir les PVVS pour éviter tout contact avec elles.

Cette attitude d'exclusion peut être expliquée en partie par les lacunes relevées dans la connaissance des enquêtés sur les modes et facteurs de transmission du VIH/SIDA. Mais cela dépend surtout du lien existant entre l'individu et la personne vivant avec le VIH/SIDA. S'ils ne sont pas liés par un lien familial étroit, l'individu va laisser la famille de la PVVIH s'occuper d'elle. D'ailleurs, on a honte d'être un ami d'une PVVIH car selon un proverbe : "dis-moi qui tu hantes, je te dirai qui tu es". Une personne est alors jugée d'après la société qu'elle fréquente. De peur d'être jugé à son tour, l'individu préfère interrompre toute relation avec la PVVIH. De plus, il pense qu'il ne peut rien faire car la maladie n'est pas guérissable. Ce qui préoccupe l'enquêté c'est comment l'éviter pour se protéger contre la maladie.

Par contre, si la PVVIH fait partie de la famille restreinte il est difficile de la rejeter. Se débarrasser d'elle n'améliore pas l'image de la famille envers la société. Il ne faut pas oublier qu'outre la fonction de protection, la famille est aussi une institution qui a pour

fonction d'éduquer ses membres. Si l'un d'entre eux est considéré par la société comme un déviant, c'est parce que la famille n'a pas pu assumer sa responsabilité. Elle sera critiquée et jugée par la société dans sa fonction d'éducatrice.

Si les parents n'ont pas droit de vie ou de mort sur les enfants, ils ont quand même droit à leur imposer et à leur interdire tel ou tel comportement. Il est du devoir familial d'apprendre à ses membres à mieux se comporter selon les normes et les règles sociales. Pour préserver sa dignité, la famille ne rejette pas la PVVS. Au contraire elle garde le statut sérologique au secret de peur d'être mal jugé par la communauté. C'est ainsi que 49% des enquêtés sont prêts à s'occuper d'une PVVS dans leur propre maison s'il s'agit de quelqu'un de la famille.

D'ailleurs au nom de la parenté, il n'est pas question pour un Malgache d'abandonner un membre de la famille au moment le plus difficile. Cela est confirmé par le proverbe malagasy ; "Ny adalan'ny olona hihomehezana fa ny adalan'ny tena tafian-damba" (on se moque souvent des vices des autres mais quand il s'agit des nôtres, on les cache). Le sexe influence d'une part les attitudes à l'égard des PVVIH. Les femmes sont nombreuses par rapport aux hommes à manifester un comportement réticent face à une PVVIH. En outre, lorsqu'un membre familial tombe malade ce sont les femmes qui sont les premières à s'en occuper. Cet instinct maternel les pousse à prendre des précautions envers les PVVS pour pouvoir protéger leur famille contre la maladie mortelle .

I-4.1) La discrimination dans le milieu du travail

Apprendre qu'on est infecté par le virus du SIDA est un choc psychologique qui va changer de façon radicale l'existence. Mais c'est pire encore si cela est suivi d'une exclusion de la part de la communauté et d'une discrimination dans le milieu du travail. Il est fort probable que l'interruption de l'activité professionnelle va engendrer des difficultés financières dans les circonstances où l'on a besoin de plus d'argent pour prolonger la durée de vie et améliorer la qualité de vie.

Malgré la présence du VIH, si on était capable de créativité humaine enrichissante, de productions professionnelle et sociale et d'adoption d'habitudes saines (alimentation saine et complète, repos équilibré, diminution de stress....), on pourrait encore espérer vivre un peu plus longtemps. Mais si on perd l'emploi, on perd aussi toutes chances de profiter

d'un traitement, enfin tout espoir de vivre plus longtemps. Cela va influencer négativement l'évolution clinique de l'infection. Comme toute personne humaine, les PVVIH doivent jouir de leurs droits et le licenciement par cause de statut sérologique positif constitue une violation des droits. Par conséquent, il est du devoir de l'Etat de faire en sorte que les individus puissent jouir de leurs droits le plus pleinement possible.

Le droit malagasy ne dispose pas d'une législation particulière pour protéger les PVVIH, notamment sur le lieu du travail. Concernant l'embauche, il n'existe aucune interdiction nationale juridique de dépistage des postulants à l'emploi. Le Code du travail reste le seul texte sur lequel peut s'appuyer les plaignants pour justifier le caractère ou le motif illégal d'un dépistage VIH à leur insu d'un licenciement.

A l'heure actuelle, les entreprises qui se trouvent à Madagascar ne sont pas encore confrontées aux problèmes engendrés par le VIH/SIDA. Or partout où le VIH fait ravage, les PVVIH sont confrontées aux problèmes d'exclusion, de restriction de leur droits dans le milieu du travail. Dans cette étude, il serait utile de connaître les formes que prennent la discrimination liée au VIH/SIDA dans le milieu du travail même si elles ne se passent pas encore à Madagascar.

LES FORMES QUE PRENNENT LA DISCRIMINATION DANS LE MILIEU DU TRAVAIL

Les employeurs malagasy ne sont pas encore confrontés au problème d'absentéisme dans le milieu du travail ou de décès de leur personnel causés par le VIH/SIDA. Mais avec la propagation du VIH/SIDA, ces problèmes risquent de menacer les entreprises malagasy . C'est pourquoi on n'a pas mené des enquêtes spécialisées pour les entreprises. Pourtant, on a fait entrer dans le questionnaire réservé à la population générale des questions sur sa conception et ses attitudes face à un travailleur séropositif. On a pensé que les réponses des enquêtés reflètent la réalité car ils sont composés des employeurs et des employés.

L'avis des employeurs sont importants dans la mesure où ils donnent leur disposition face à un employé PVVIH . L'avis des employés sont importants dans la mesure où il montre leur attitude face à un collègue PVVIH. Dans cette question, même les employés et les ouvriers sont invités à répondre à la question : « *Si vous devez embaucher, accepteriez vous un demandeur PVVIH ?* »

Tableau 10: Pourcentage des personnes qui acceptent d'embaucher des PVVIH

Niveau de connaissance	OUI	NON	NSP	SOUS TOTAL
Meilleure connaissance	66,6	16,7	16,7	5,5
Connaissance suffisante	35	38	27	54,5
Connaissance insuffisante	2	83	15	37
Connaissance très limitée		100		3
Sous total	24	55	21	100

Source : Résultats d'enquêtes, juin 2004

66,6 % des personnes ayant une meilleure connaissance en VIH/SIDA acceptent d'embaucher des PVVIH. Pour ceux de connaissance suffisante, 35% acceptent d'embaucher contre 38% qui refusent, suivi de 27% qui ne prononcent pas leur avis.

La majorité de ceux qui se trouvent dans la connaissance insuffisante refusent d'embaucher les PVVIH.

Au total, 24% des répondants acceptent d'embaucher des PVVIH malgré leur statut sérologique contre 55% qui refusent d'embaucher. En étant toujours capable de travailler comme les autres employés, il n'y a pas de raison pour que les employeurs n'embauchent pas la personne séropositive si cette dernière a les qualités requises pour le poste. C'est pourquoi 24% des enquêtés trouvent que la séropositivité n'est pas une raison pour refuser le demandeur d'emploi. Puis refuser d'embaucher quelqu'un de part son statut sérologique constitue une violation des droits de l'homme.

Les raisons pour lesquelles certains enquêtés refusent d'embaucher des PVVIH peuvent être les suivantes :

D'abord, ils ne maîtrisent pas les modes de transmission du VIH ; ils ont peur qu'en faisant côtoyer les PVVIH avec les autres ouvriers, les PVVIH vont propager le VIH/SIDA . C'est vrai qu'il peut y avoir des risques de transmission dans d'autres secteurs du travail. Mais dans ce cas, l'employeur doit prendre des mesures pour que les PVVIH ne constituent pas un danger pour les autres travailleurs . Par ailleurs, un grand nombre non négligeable d'enquêtés ne savent pas la distinction entre la séropositivité et la maladie. Ils pensent qu'en attrapant le virus on est déjà malade du SIDA. Or la séropositivité suit des différents stades avant d'arriver à la maladie. L'évolution du VIH vers le SIDA dépend de la façon de prendre en charge la personne infectée. Une PVVIH peut avoir une espérance de vie plus longue en se donnant une e qualité de vie et en prenant des antirétroviraux. Donc, tant que les maladies opportunistes n'apparaissent pas, le séropositif peut accomplir ses tâches comme les autres travailleurs.

Les centers for disease control (CDC) d'Atlanta ont classifié l'évolution du virus en 4 stades : primo-infection, séropositivité asymptomatique, séropositivité asymptomatique et ganglions persistantes, maladie symptomatique, ce dernier stade comprenant des manifestations cliniques plus ou moins sévères. Les enquêtés qui n'arrivent pas à distinguer la séropositivité et le SIDA ont tendance à refuser les demandeurs d'emploi séropositifs .

Enfin, certains répondants, notamment les cadres qui ont des connaissances suffisantes du VIH/SIDA, sont conscients qu'une PVVIH a droit au travail et qu'elle en est capable tant qu'elle reste séropositive mais ils refusent quand même d'embaucher les PVVIH. C'est pour expliquer ce comportement qu'on a effectué des interviews auprès des directeurs d'entreprise. D'après ces responsables, les raisons qui poussent les employeurs à discriminer les PVVIH sont les suivantes :

Tôt ou tard, la séropositivité va évoluer vers le SIDA et enfin la mort . Cela engendre des frais médicaux auxquels l'employeur participe parfois financièrement . Le décès d'employés d'entreprise pose des problèmes aux dirigeants, notamment lorsqu'il s'agit d'employés qualifiés. A cela s'ajoute un rejet pour les autres employés qui peuvent refuser de travailler avec une personne qu'ils jugent à tort contagieuse. Les coûts entraînés par l'absentéisme du personnel et les décès provoqués par le VIH/SIDA constituent un

facteur qui perturbe le fonctionnement de l'entreprise. Pire encore, cela peut entraver le développement des entreprises. Aux yeux des employeurs, ces contraintes sont parfois une raison suffisante pour ne pas embaucher des PVVIH. Licencier des travailleurs infectés constituent une discrimination arbitraire et fait partie de la violation des droits de l'homme. Les personnes qui se livrent à cette discrimination sont responsables devant la loi et une réparation peut être exigée le cas échéant. D'ailleurs, plusieurs accords et recommandations de l'Organisation internationale du travail appellent à prendre des mesures contre la discrimination dans le monde du travail.

Toutes ces contraintes incitent les employeurs à faire dépister les demandeurs d'emploi et le personnel, dans beaucoup de pays où le VIH/SIDA fait ravage, pour limiter aussi le nombre d'agents infectés par le VIH. La pratique de dépistage du VIH dans l'entreprise constitue donc une solution. Le dépistage peut prendre 2 formes :

- le dépistage à l'embauche
- le dépistage du personnel employé

Dépistage à l'embauche

Les conditions d'application des procédures d'embauche avec examen sérologique lors de la visite médicale préalable sont révélatrices des inquiétudes de l'employeur vis-à-vis de l'infection à VIH. Le candidat est en droit de refuser un examen mais sa position de demandeur d'emploi ne l'autorise pas à rejeter les exigences d'un employeur potentiel. Par conséquent les personnes séropositives sont éliminés d'avance.

Dépistage du personnel employé

Il existe différentes stratégies de dépistage collectif du personnel. Proposer au personnel un dépistage gratuit dans l'objectif de permettre au médecin d'entreprise de suivre plus précocement les personnes infectées. Certains employeurs chercheront à éviter l'annonce d'un dépistage et fait appel au centre National de transfusion sanguine(CNTS), par exemple, pour tester tout le personnel afin d'obtenir pour chaque travailleur une carte de groupe sanguin. Après le médecin d'entreprise réclame les résultats auprès du CNTS, sous prétexte de mieux surveiller médicalement les personnes infectées par le VIH. L'employeur est alors en mesure de connaître ces résultats par l'intermédiaire du médecin.

Concernant l'opinion de la population sur le licenciement des PVVIH une autre question a été posée : « *Procéderiez vous au licenciement d'une PVVIH à cause de son statut sérologique ?* »

Tableau 11: Pourcentage des personnes favorables au licenciement des PVVIH

Niveau de connaissance	OUI	NON	NSP	SOUS TOTAL
Licenciement				
Meilleure connaissance	29	57	14	6
Connaissance suffisante	23	52,5	24,5	52
Connaissance insuffisante	77	16	7	39
Connaissance très limitée	67		33	3
Sous total	45	37	17	100

Source : résultat d'enquête ,juin 2004

Concernant le licenciement, la majorité des enquêtés procèdent au licenciement des PVVIH (45%) tandis que 17% ne se prononcent pas. Seuls 37% ne sont pas favorables au licenciement des PVVIH .

Pour ceux qui ne se prononcent pas, ils pensent que le recours au licenciement dépend de l'évolution de la maladie. Si les PVVIH sont encore au stade asymptotique, ils acceptent encore qu'elles continuent de travailler. Mais lorsque la séropositivité va évoluer vers le SIDA, engendrant ainsi des frais médicaux, c'est là qu'ils vont prendre des mesures donc ils ne sont ni parmi ceux qui procèdent au licenciement ,ni parmi ceux qui refusent de licencier.

Des interviews effectués auprès des employeurs ont permis de tirer les arguments suivants : l'amélioration permanente des performances d'entreprise et les exigences de la productivité ne favorisent pas l'acceptation des employés malades, l'absentéisme pour raison médicale qu'il génère et surtout le décès du personnel. L'épidémie peut donc entraver le développement de l'entreprise ou ralentir les efforts de compétitivité sur les marchés internationaux. Face à ces contraintes posées par le VIH/SIDA les réactions des employeurs peuvent être différentes. Certains ont recours au licenciement déguisé, d'autres à la discrimination ouverte.

Le licenciement déguisé

Le licenciement déguisé est probablement le moyen le plus utilisé dans le monde du travail pour exclure un employé jugé indésirable par la hiérarchie, quel que soit le motif réel. L'employé infecté par le VIH parfois en bonne santé, peut faire l'objet d'une surveillance accrue sur le milieu du travail, surveillance effectuée par un contremaître, un responsable de secteur, des ouvriers ou des cadres. Ce « réseau de surveillance » a une mission d'observation, en collaboration avec la direction ou plus généralement la direction du service du personnel. L'observation de l'employé indésirable se poursuit jusqu'à ce qu'il soit prouvé qu'il a effectué une ou des fautes qui justifient un licenciement. Pris au piège, l'employé se voit exclu de son lieu de travail en toute légalité et sans indemnité, ce qui est tout à fait avantageux pour l'employeur.

La discrimination ouverte

Les cas de discrimination ouverte, c'est-à-dire sans aucune précaution de déguisement existent également, bien qu'ils tendent à disparaître car les messages d'information sur le SIDA diffusés insistent sur la non-exclusion des personnes infectées.

Exemple de discrimination dans un pays africain : un chef d'entreprise ivoirienne, filiale d'un groupe d'Amérique du Nord, qui a été licencié quand ses supérieurs hiérarchiques d'outre-mer ont appris qu'il était malade du SIDA. Il demandait à son médecin de toujours cacher sa maladie devant ses responsables hiérarchiques américains qui effectuaient régulièrement des missions de contrôle à Abidjan. Le chef d'entreprise de cette PME performante ne pouvait plus cacher les signes de sa maladie et un responsable de groupe a découvert son état de santé. L'entrepreneur a été licencié sur le champ avec

une faible indemnité vis-à-vis de ses droits. Il ont placé la personne malade dans une petite maison louée par lui en attendant la mort. Lorsque le malade les a menacés de porter plainte, un responsable américain a dit « qu'il s'en foutait et qu'il avait les moyens de payer »

Outre la variable connaissance en SIDA, la discrimination dans le milieu du travail peut dépendre aussi du type de travail. Pendant l'enquête, on a remarqué que l'attitude discriminatoire est plus poussée chez les salariées des zones franches. Ils refusent de travailler avec une personne qu'ils jugent à tort contagieuse. Cette attitude peut être expliquée par :

- la croyance aux idées gravement erronées sur le VIH comme quoi la cohabitation, la co-résidence et le côtoiement dans le milieu du travail sont énumérés comme source de la maladie.
- le niveau de connaissance plus bas chez les salariées ;
- la peur liée à la maladie mortelle ;

la concurrence qui existe dans l'entreprise. Outre les exigences des employeurs, les demandeurs d'emploi sont nombreux.

Bref, les formes que peut prendre la discrimination dans le milieu du travail sont les suivantes :

- Dépistage du VIH/SIDA à l'embauche
- Refus d'embauche en raison du statut du personnel employé ou des personnes à risque.
- Licenciement des personnes découvertes infectées par le VIH (licenciement déguisé ou discrimination ouverte)
- Dépistage pour l'obtention des promotions, information ou tout autre avantage.
- Confidentialité de statut sérologique non garantie.
- Différence de traitement en fonction du statut sérologique relatif au VIH.

II-4.2) La corrélation entre l'exclusion et le niveau de connaissance du SIDA

L'isolement social : une des formes les plus graves de l'exclusion

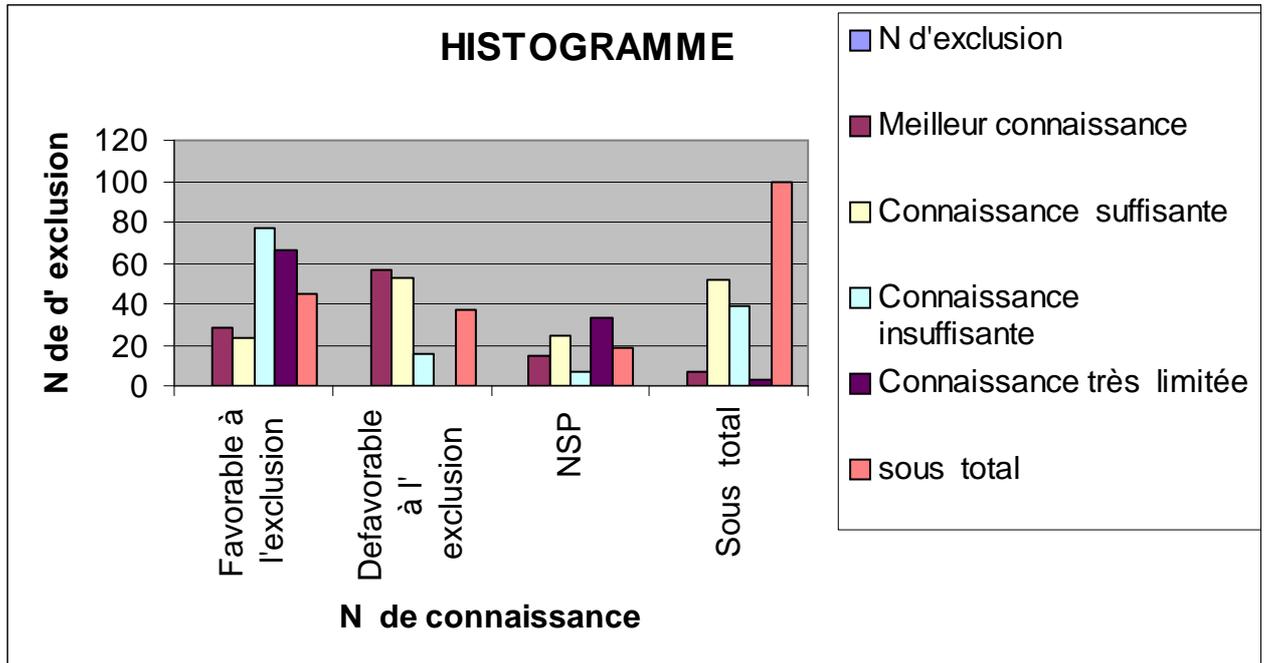
D'après ce qu'on a vu, le niveau d'instruction n'est pas du tout synonyme de connaissance en SIDA . C'est pourquoi on a pris la variable connaissance du SIDA comme facteur qui influence l'exclusion à l'encontre des PVVIH mais non pas la variable niveau d'instruction .Il existe alors une corrélation entre l'exclusion et le niveau de connaissance en SIDA

Tableau 12: Pourcentage des personnes favorables ou non à l'isolement des PVVIH

Niveau de connaissance ----- N d'exclusion	Favorable à l'exclusion	Défavorable à l'exclusion	NSP	SOUS TOTAL
Meilleure connaissance	28,5	57	14,5	6,36
Connaissance suffisante	23	52,5	24,5	52
Connaissance insuffisante	77	16	7	39
Connaissance très limitée	66,6		33,3	3
Sous total	45	37	19	100

Source : Résultat d'enquête juin 2004

Illustration 3 :Corrélation entre le niveau de connaissance en SIDA et le niveau d'exclusion



D'après le tableau, la majorité des personnes ayant une connaissance insuffisante ou fragmentaire du SIDA présentent un niveau d'exclusion très élevé, 77% sont favorables à l'isolement physique des PVVIH. Pourtant il ne faut pas prétendre affirmer que l'exclusion dépend du niveau de connaissance en SIDA. Ce dont on est sûr, ce qu'en général, le niveau de connaissance élevé influence positivement l'attitude de l'enquêté à l'égard des PVVIH.

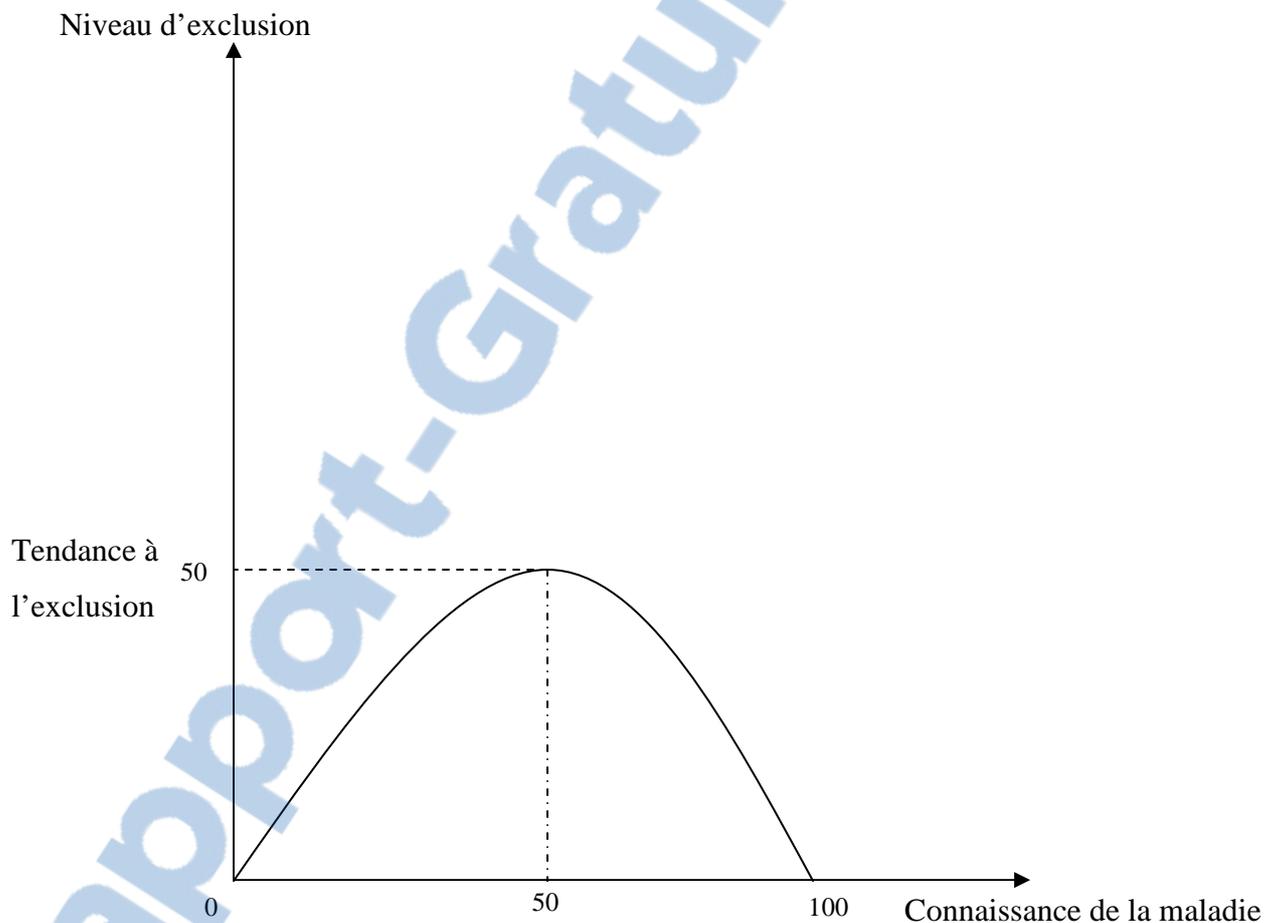
Dans la 2^{ème} colonne, un fort pourcentage (52,5%) des personnes défavorables à l'exclusion des PVVIH se trouvent dans le rang de connaissance suffisante. Ce qui revient à dire que si on possède les connaissances requises en matière de SIDA, le niveau d'exclusion diminue. Cela est confirmé car 57% de ceux qui ont de meilleures connaissances adoptent des attitudes positives à l'égard des PVVIH.

Dans la 3^{ème} colonne, 19% des personnes ne se prononcent pas concernant l'isolement des PVVIH. Ici on préfère mettre les termes « ne se prononce pas » au lieu de « ne sait pas » ou « ne connaît pas » parce qu'il s'agit de demander l'avis mais pas la connaissance. Et c'est sûr que l'enquêté en question a sa conception, ses représentations des PVVIH mais ils préfèrent ne pas les exprimer pour différentes raisons.

Il se peut aussi que les 2 situations (favorable et défavorable à l'exclusion) mettent l'enquêté dans l'embarras du choix. Il se trouve que ceux qui ont les connaissances requises en matière de SIDA sont nombreux (24,5%) à ne pas se prononcer.

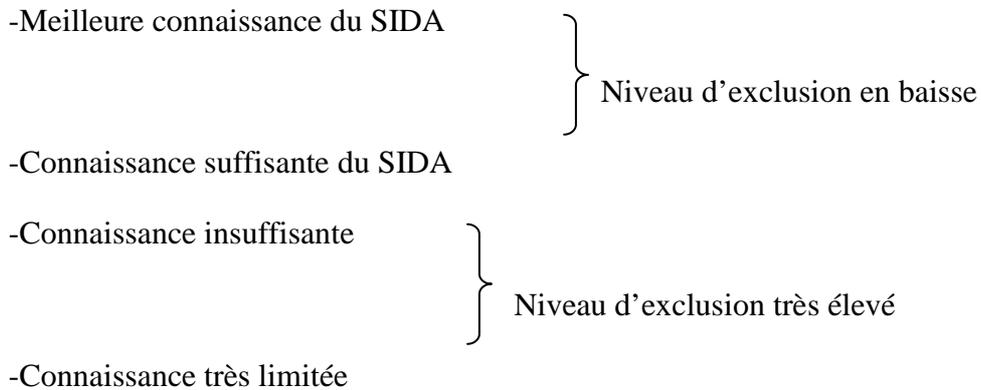
Le résultat d'enquête dans ce tableau a permis de montrer dans la courbe de Gauss ci dessous la corrélation existante entre le niveau d'instruction et le niveau d'exclusion.

Illustration 4 : Courbe de Gauss



L'absence totale de connaissance ou la connaissance 0 n'existe pas. D'après l'enquête, tout le monde a déjà entendu parler du SIDA. Mais si on suit la logique une absence totale de connaissance tend vers un niveau d'exclusion.

La courbe de Gauss suit la logique suivante :



L'enquête MICS, effectuée en 2000 a révélé que des conceptions erronées concernant la transmission du VIH persistent dans la population générale. Dans cet environnement d'ignorance, 60% des femmes et 69% des hommes ont des attitudes discriminatoires vis à vis des PVVIH.

Conscients du fait que l'isolement des PVVIH constitue une violation des droits de la personne humaine. Pire encore, la mesure d'isolement ne fait qu'accélérer la transmission du VIH, donc c'est inutile et même dangereuse ;. Connaissant que le SIDA ne se transmet pas par les gestes de la vie quotidienne, en d'autres termes, il n'est pas contagieux, 37% des enquêtés sont défavorables à l'isolement des PVVIH notamment les étudiants universitaires . Grâce au niveau d'instruction plus élevé , cette catégorie est la mieux placée pour comprendre les messages d'informations sur le SIDA. Ainsi ,ils sont défavorables à l'exclusion des PVVIH car ils sont conscients que cela ne fait qu'accroître le risque de propagation du VIH/SIDA. Certains sont même prêts à conseiller et à soutenir psychologiquement les PVVIH . On trouve chez eux des sentiments de communication. Par contre, les élèves des écoles secondaires sont nombreux à adopter des comportements d'exclusion . Cela peut être expliqué par le manque d'information , les craintes liées à la maladie , les rumeurs concernant la transmission de la maladie et les lacunes au niveau d'analyse.

Les raisons pour lesquelles un grand nombre d'enquêtés (45%) pensent que l'isolement des PVVIH permet de stopper la propagation du VIH/SIDA sont les suivantes :

D'abord ces enquêtés ne maîtrisent pas les modes de transmission du SIDA. Ils pensent qu'en isolant les PVVIH, comme les victimes de maladies épidémiques du passé telles que la variole, la peste et la tuberculose, les séropositifs ne peuvent plus contaminer les autres. Or ces maladies du passé se transmettent par le biais des contacts journaliers, ce qui n'est pas le cas du SIDA.

Ensuite, la peur morbide associée à la contamination et à la maladie fait que les PVVIH font peur plus que la maladie. Ici les membres de la société sont considérés comme des individus à deux communautés séparées : une qui est contaminée par le VIH et une autre qui ne l'est pas.

Egalement pour justifier la mesure discriminatoire, l'isolement physique est considéré comme une nécessité à la santé publique. En règle générale, toute mesure qui discrimine les PVVIH est inefficace en ce qui concerne la protection de la santé publique. L'efficacité d'une mesure dépendra souvent des caractéristiques de l'épidémie et en particulier de ses modes de transmission. Or les caractéristiques particulières du VIH/SIDA sont l'absence de contagiosité dans la vie quotidienne, la longue période de latence et enfin le fait qu'il n'y ait pas de guérison. Donc l'isolement des PVVIH est une mesure erronée et inefficace.

Certains pensent que l'identification, à l'aide d'une marque comme le tatouage, des personnes atteintes du VVIH/SIDA peut arrêter l'expansion de l'épidémie.

L'opinion du chrétien concernant l'isolement social des PVVIH diverge. Tout chrétien admet que le salaire du péché est la mort. Être atteint du SIDA, une maladie mortelle, veut dire qu'on a commis un péché qui n'est autre que la débauche, l'adultère ou la sodomie. D'après l'enquête, les simples laïcs pensent que les PVVIH méritent ce qui leur arrive car ils ont péché. Non seulement elles sont tenues responsables de leur maladie mais elles sont aussi tenues responsables de contamination pour les autres. On relève des incohérences sur cette opinion. Le SIDA fait du malade un pécheur qui n'a eu que ce qu'il mérite et ce qu'il mérite est la mort. En principe, la mort est pour tout chrétien un passage qui mène à Dieu. Quand elle arrive, elle traduit la volonté divine et doit être acceptée, quelles que soient les circonstances. Or mourir du SIDA est considéré comme une condamnation ; la question se pose alors : Quand un sidéen meurt ou est -ce qu'il ira ?

Par contre, l'enquête montre que ceux qui sont très croyants, notamment ceux qui appartiennent aux religions protestantes (adventistes, „Jesosy mamonjy ...”) pensent que

malgré la transgression de la loi divine ,Dieu pardonne ceux qui acceptent de se repentir. Alors les PVVS ne doivent pas être l'objet d'une stigmatisation ou d'un rejet car en fait nous sommes tous des pécheurs .Bref à l'origine le SIDA est dû à une inconduite sexuelle mais cela ne veut pas dire que toutes les PVVIH sont des adultérines . D'ailleurs le VIH peut être transmis par d'autres voies que le rapport sexuel. Donc il n'y a pas des raisons de discriminer les PVVIH car Dieu est amour et il pardonne les péchés .Ceux qui le suivent doivent savoir pardonner. Mais cette opinion n' est pas toujours partagée par tous les croyants car selon un évangéliste :« L'idéal serait d'enfermer tous les sidéens dans un espace clos . Qu'ils y fassent ce qu'ils veulent sans répandre le mal dehors . Mais cela est malheureusement irréalisable. » source : La gazette de la grande île (samedi 25 septembre 2004). Un autre évangéliste faisant partie des enquêtes affirme qu'il est favorable à l'isolement social des PVVIH. Le pasteur Mailhol de l'église Apocalypsie partage aussi cet avis , d'après les émissions télévisées qu'il organise.

L'isolement social des personnes infectées semble être la manifestation de la stigmatisation et de la discrimination .

En résumé , les attitudes se ramènent par ordre de prévalence décroissante :

- .à la réticence manifestée par la majorité de la population envers les PVVIH
- .à la stigmatisation de ceux qui sont atteints . Les formes les plus courantes de la stigmatisation sont : le blâme ,la moquerie...
- .à l'évitement de tout contact avec une PVVIH en particulier le rapport sexuel ;
- .à un refus des rituels mortuaires par la famille du défunt ou refus d'enterrer la personne morte du SIDA dans le caveau familial ;
- .à obliger certains groupes à se soumettre au dépistage du VIH pour des raisons indépendantes de santé publique ;
- .au mauvais traitement des PVVS, à cause de leur statut sérologique , par certains responsables sanitaires ;
- .à l'exclusion et à l'isolement , par la communauté , de la personne qui en est atteinte. D'après un interview fait auprès de la présidente de l'association FIFAFI, à Sakaraha , il a même été énoncé qu'elle devrait faire l'objet d'un internement
- .à des actions radicales de violence et de massacre . Les PVVS mériteraient la mort ou la haine s'exprimant sous forme d'homo phobie

I-5.REPRESENTATIONS SOCIALES DES PVVIH

Un des objectifs de l' enquête est de repérer , de connaître les représentations sociales du VIH/SIDA et notamment des PVVIH chez la population .Il s'agit alors de s'intéresser aux images que les enquêtés offrent grâce aux réponses à la question : « *D'après vous qu'est ce que la société pense d'une PVVIH ?* »

Dans la capitale d'Antananarivo où l'on a mené l' enquête , la population est inondée d'informations sur le VIH/SIDA. Et c'est dans cette ville que les instruits sont estimés les plus nombreux. Il semble que les messages d'informations sont transmis pour bon nombre de population car 39% des enquêtés considèrent les PVVS comme toutes personnes malades .Seulement la maladie est grave parce qu'on n'a pas encore trouvé de médicament réellement efficace mais si on suit l'histoire , la tuberculose, la peste et d'autres maladies l'étaient aussi avant qu'un traitement n 'ait été découvert .

90% des enquêtés déclarent être croyants ou appartenir à une organisation religieuse ; est ce pourquoi 23% des interrogés trouvent que le VIH/SIDA est une punition divine ? En fait, cette catégorie de personnes interprète tout phénomène social à la divinité . Pour eux, le VIH/SIDA est loin d'être perçu comme une simple maladie car des attitudes vicieuses l'entourent . C'est ainsi que les PVVIH sont mal jugées par la société. Pour certains croyants, Dieu a voulu punir ceux qui ont transgressé ses lois.

22% trouvent qu'avec le VIH/SIDA , les personnes atteintes perdent leurs droits et dignités vis- à- vis de la société . Il y a même ceux qui sont allés plus loin (6,5%) pour dire que les PVVIH méritent ce qui leur arrive parce qu'elles n'ont pas observé les règles sociétales.

Bien que la population ait été inondée d'informations concernant le VIH/SIDA , cela n'a pas suffi à apaiser les attitudes vicieuses entourant la maladie . Le SIDA est interprété comme une maladie du sexe alors que ceci est tabou dans la société malagasy.

Le VIH/SIDA est aussi représenté comme un synonyme de mort , de châtiement(supposé sanctionner un comportement immoral) ,de crime (responsable de victimes innocents ou coupables) et de l'altérité(la maladie étant un malheur qui arrive aux « autres »,à ceux qui sont différents). Ces métaphores constituent une série d'explications « toutes faites » mais inexactes servant à renforcer les images négatives et les représentations sociales déjà existantes des PVVS.

Les PVVS sont loin d'être acceptées par la société . Beaucoup d'efforts restent à faire pour que la population accepte de vivre avec elles.

La tendance globale exclut toute éventualité de prise en charge et/ou de soutien par la communauté. Certains se préoccupent sur les façons dont on peut repérer les PVVS afin de pouvoir les éviter autant que possible . Ils pensent que tant qu'ils ne connaissent pas les PVVS, ils ne seraient pas protégés contre la maladie

CHAPITRE II :ANALYSES ET RESULTATS D'ENQUETES AUPRES DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA(PVVS)

II.1.ATTITUDES DES PVVS ENVERS LA MALADIE

L'existence du VIH/SIDA a été signalée depuis 1981 mais jusqu'ici il n'est pas perçu comme toute autre maladie .Des attitudes vicieuses l'entourent. Elle est liée aux groupes marginalisés comme les toxicomanes, les prostituées, les homosexuels, les détenus,

Ainsi les PVVS ne veulent pas divulguer leur statut sérologique car la maladie est honteuse. Elle fait peur la PVVS et son entourage.

II.1.1) La peur

Les PVVS ont peur de la maladie et des réactions des autres. De quoi ont-elles peur ?

Peur du caractère mortel du SIDA. Peur que la période de latence asymptotique soit courte et que le médicament réellement efficace ne soit pas encore trouvé avant la phase finale (qu'est la mort) de la maladie.

Peur de ne pas durer à travers les enfants et la descendance (pour ceux qui n'ont pas encore d'enfants). Le Malagasy attache du prix à sa descendance puisque par elle, il peut survivre à travers sa lignée. Les relations sexuelles sont conçues comme un moyen de perpétuer la descendance. Or la présence du virus dans le sperme rend la procréation impossible. Les substances de vie (sperme, sang, lait) deviennent vecteur de la mort.

Ce « dur désir de durer » qui se cache derrière le désir d'enfants chez les Malgaches devient plus fort avec la proximité de la mort. L'enfant est la trace laissée sur terre par le passant qu'est l'homme. Seul l'enfant marque son passage. Vivre et avoir la certitude de vivre après c'est avoir des enfants. « Même si je meurs, on saura que j'ai existé ». Laisser un enfant suffit pour qu'on devienne un vrai ancêtre et alors l'esprit fera partie des mânes des ancêtres. Ainsi on a la certitude, encore vivant, qu'on est sauvé de la mort symbolique et sociale. « Sans enfant, la vie n'a aucun sens et on n'est qu'un pauvre type, un homme de rien ».

Face aux entourages, les PVVS ont peur d'être considérées comme des personnes responsables des contaminations et risquent longtemps d'être vues comme les seules responsables de la généralisation du virus. Ainsi, étant considérées comme coupables, les PVVS ont peur des réactions (stigmatisation, discrimination) de la communauté.

Cette peur si ancrée chez la PVVS peut déclencher un bouleversement, un déséquilibre tel que le système immunitaire va vaciller, selon les spécialistes. Ceux qui ont reçu le diagnostic positif sont susceptibles de mourir du SIDA par suite des conséquences de la panique engendrée par ce diagnostic.

II.1.2) La honte

Jusqu'ici, le SIDA est considéré comme une maladie honteuse. Il n'est pas étonnant de voir que les PVVS veulent garder le plus longtemps possible au secret leur statut sérologique. L'infection fait honte parce qu'elle est d'origine sexuelle, or le discours sur la sexualité reste encore entouré de tabou.

Elle est souvent acquise par la violation de certains interdits comme l'homosexualité, la prostitution... C'est la valeur même de la personne atteinte qui sera mise en question. « Que va-t-on penser de moi, qu'est-ce qu'ils vont dire nos amis ».

Certaines croyances religieuses ou morales amènent à conclure qu'avoir le VIH/SIDA est dû à une faute morale (avoir des mœurs légères ou des activités sexuelles « déviantes) qui méritent un châtement. Les PVVS sont souvent considérées comme étant responsables d'avoir contracté cette maladie.

En résumé, la honte associée au SIDA est souvent le résultat des considérations que le SIDA provient :

- 1) d'individus dont les pratiques sexuelles sont déviées ;
- 2) des prostituées ;
- 3) des drogués.

Toutes ces considérations ou ces préjugés ne font qu'alimenter la honte chez les PVVS.

II.1.3) La dévalorisation de soi

En général, les besoins fondamentaux de l'homme sont d'être estimé par ses semblables et faire les choses selon les valeurs sociales ne peut que valoir l'estime des autres. Alex MUCHIELLI, dans « Les motivations », a défini une valeur sociale comme « Une sorte de principe général (de loi ou de règle) qui peut être considéré comme générant (sous-tendant) la conduite reconnue comme idéale pour un groupe ». D'après la société, les PVVS ont contracté le virus parce qu'elles n'avaient pas donné une importance aux valeurs sociales. En effet, les conduites des PVVS sont associées aux conduites déviantes contraire à l'idéal. Vis-à-vis de la communauté, elles se sentent dévalorisées et perdent leur estime de soi.

Elles se considèrent comme des inutiles, des coupables, c'est ainsi qu'arrivent la dépression, la perte de l'estime de soi et le désespoir qui influent négativement sur l'évolution clinique de l'infection. Selon le Dr HAMER, tout cela a des conséquences sur la santé du séropositif. Cela pourrait entraîner un cancer des os accompagné d'anémie et les séropositifs deviennent des victimes du SIDA parce qu'ils se laissent envahir par cette dévalorisation mortelle. « Face au SIDA votre santé dépend beaucoup de vous ».

II.2. LES FORMES QUE PRENNENT LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION LIEES AU VIH/SIDA D'APRES LES REALITES VECUES PAR LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH(PVVIH)

Les formes que prennent la discrimination et la stigmatisation ne sont pas immuables. Elles peuvent changer selon la nature de la pandémie ou la riposte qu'un Etat oppose à celle-ci.

Prenons l'exemple de l'Afrique subsaharienne, la forme de la discrimination est réelle à cause de la séroprévalence en VIH extrêmement élevée que même la population entière d'un pays risque de disparaître si le virus continue de se propager à son rythme actuel. C'est le cas de Botswana.

En Afrique, il n'y a pratiquement personne qui n'ait une expérience personnelle du VIH/SIDA. « Si l'épidémie n'a pas touché votre famille, elle a très vraisemblablement atteint quelqu'un parmi vos amis ou vos voisins, car le virus se répand plus rapidement et plus loin dans cette région que partout dans le monde ». OLIVE Ng'ANDU dans « Vouloir c'est pouvoir » (Collection meilleures pratiques : ONUSIDA).

Dans cette région de l'Afrique subsaharienne, les PVVIH ne peuvent plus cacher leur statut sérologique et la discrimination s'observe partout aussi bien dans la famille que dans le milieu du travail, à l'hôpital qu'à l'école. Les formes de discrimination sont évidentes et brutales (violence physique ou refus de l'accès à un service donné) mais à Madagascar, les formes de stigmatisation et de discrimination sont plus difficiles à détecter. D'abord parce que le taux du VIH/SIDA est encore bas et les PVVIH bénéficient d'une prise en charge.

Cette prise en charge repousse la venue du SIDA et les PVVIH peuvent alors vivre de façon saine sans que personne ne les connaisse. La confidentialité est en général garantie. Il est alors difficile d'exclure les PVVIH car elles ne sont pas connues.

Dans cette étude, on n'affirme pas que toutes les PVVS malagasy vivent dans la stigmatisation et la discrimination car on a pu révéler quelques exemples de discrimination vécus par certaines PVVIH.

En général, il peut n'y avoir aucune marque probante de discrimination comme le licenciement dans le milieu du travail... sans que cela signifie qu'elle n'existe pas. Le fait

qu'à Madagascar les PVVIH ont peur de révéler leur statut sérologique est déjà un signe de l'existence de stigmatisation.

Tableau 13: Effectif des PVVIH qui dévoilent leur statut sérologique

<i>Les personnes à qui elle annonce sa séropositivité</i>	<i>Nombre de PVVIH sur les sept interviewés</i>	<i>Pourcentage</i>
A une personne (partenaire sexuel ou confident)	6	86
A ses enfants	1	14
A d'autres membres familiaux	1	14
A une association des PVVIH	6	86
Au docteur ou dentiste consulté	0	0
A des amis	0	0
Au voisin	0	0
Au docteur référent national du SIDA	7	100
Autres	0	0

Source : Résultats d'enquête auprès des PVVIH, juillet 2004

Seul le confident de la PVVIH connaît son statut sérologique. Ce confident peut être son partenaire sexuel ou son meilleur ami.... Une PVVIH sur sept annonce sa séropositivité à ses enfants. Une autre à d'autres membres familiaux mais elle commence à ressentir la stigmatisation de la part de sa famille.

A part le confident, les PVVIH font confiance à l'association des PVVIH et au docteur responsable du SIDA. Les PVVIH font confiance à l'association parce que cette dernière est stricte sur la confidentialité du statut sérologique de ses membres. Là au moins, elles peuvent être sûres que leur statut sérologique ne sera pas divulgué sans leur consentement. En outre l'association offre des soutiens psychologiques entre les membres.

Pour se faire soigner, il est de l'intérêt de la PVVIH de dévoiler son statut VIH + au médecin spécialiste. Ainsi elle peut bénéficier des traitements sanitaires. Pour une raison d'éthique et des exigences, le médecin doit respecter la confidentialité de l'information médicale et les documents de ce type d'une PVVIH. C'est pourquoi les PVVIH ont plus de confiance au médecin référent national du SIDA. Sur les 7 PVVIH, une a choisi de ne pas dire à qui que ce soit son statut sérologique sauf au médecin. Mais il ne s'agit pas de n'importe quel médecin, il s'agit du médecin référent national du SIDA.

La peur de la stigmatisation et de la discrimination est si forte chez les séropositifs que même ceux qui sont les plus proches d'eux ne savent pas qu'ils sont infectés ou ont recours à d'autres personnes pour l'annoncer.

D'après le témoignage d'une femme (30ans) atteinte du VIH/SIDA. Son mari n'avait pas le courage d'annoncer son statut sérologique à cette femme. Ainsi, il a demandé au médecin de l'annoncer et de faire un test de VIH à cette femme.

Un chef de famille séropositif (60ans) a eu le courage de parler de son VIH plus à sa famille «Ma femme ,mes enfants , depuis que je leur ai révélé que j'étais séropositif, me soutiennent , m'aident .Mais je trouve qu'il est encore très difficile de révéler la séropositivité à d'autres membres familiaux ou à des amis . La manière irresponsable dont le média décrit les personnes infectés ne fait qu'alimenter l'attitude discriminatoire chez la population .La stigmatisation et la discrimination liées au SIDA sont encore aggravées par le manque de connaissance ».

Grâce aux entretiens effectués auprès des informateurs clés (la présidente de l'association FIFAFI, le docteur référent national du SIDA et le docteur responsable de CTV Isotry) des nombreux cas de discriminations associées au VIH/SIDA ont été relevés :

Pendant la mise en place du Comité Provincial de Lutte contre le SIDA (CPLS) à Sakaraha, les gens ont dit qu'ils veulent bien lutter contre le SIDA mais il faut qu'on leur montre les PVVIH avant tout pour qu'ils peuvent les tuer.

Lors d'une prise de sang dans un centre hospitalier Universitaire (CHU) de la capitale, une PVVIH a été bien accueillie par le responsable parce qu'elle s'habille correctement et qu'elle est jeune. Mais quand ce responsable chargé de donner le résultat a su qu'elle était séropositive, il a jeté le résultat de la prise de sang. Etonnée, la PVVIH commence à l'interroger et il l'a poussée.

Les formes que prend la discrimination peuvent changer selon l'évolution de la maladie. Quand le SIDA apparaît c'est là que la discrimination est la plus poussée.

Un séropositif a été hospitalisé à cause de sa maladie et quand la famille a su qu'il s'agissait du SIDA, elle commence à maltraiter le malade. Elle n'a pas donné correctement les médicaments dont le malade a besoin. Le séropositif n'était pas encore au stade final du SIDA avec son anticorps, il reste encore beaucoup d'espoir pour qu'il soit guéri mais il a fini par mourir puisque sa famille le déteste et veut mettre fin à sa vie . Après, la famille ne l'a pas enterré dans le caveau familial. Elle a acheté un autre terrain pour l'enterrer ».

Ces témoignages prouvent que les PVVIH vivent dans une communauté qui cultive la stigmatisation et la discrimination. Des études montrent que la société malagasy, n'ayant qu'une connaissance limitée du SIDA, ne semble pas encore prête à les accepter.

Le silence prévaut, non seulement chez les PVVIH mais aussi chez la population qui refuse de parler ouvertement du sexe , l'action est ralentie par l'ostracisme et le déni. Or si on veut vraiment lutter contre le SIDA et la discrimination, ce silence doit être brisé . Les PVVIH peuvent être les témoins de l'épidémie les plus crédibles et les plus sensibles et peuvent constituer de précieux alliés dans la lutte contre le SIDA. D'ou la nécessité de divulguer le statut sérologique à l'entourage.

La divulgation du statut sérologique est utile pour :

-L'enfant : le fait de parler à l'avance du décès aux enfants laisse à ces derniers le temps de s'habituer à l'idée et d'acquérir peu à peu un certain détachement. Mais la décision de dévoiler une séropositivité VIH à un enfant peut dépendre de plusieurs choses : l'état de santé des parents, l'âge de l'enfant et sa maturité.



Une mère vivant avec le VIH interviewée décide de parler de son statut sérologique à ces 2 enfants (qui n'ont que 3 ans et l'autre quelque mois) lorsqu'ils seront suffisamment mûrs pour comprendre la signification de la séropositivité et de la mort.

-Les membres familiaux : Informés, ils peuvent se prémunir

contre le virus lorsque le jour où ils doivent soigner la PVVIH arrive. Au contact direct avec la personne infectée, ils peuvent être très bien contracter une infection opportuniste, voire l'infection à VIH, s'ils ne prennent pas les précautions qui s'imposent.

-Aux médecins et aux dentistes : • Pour des raisons de santé publique,

il faut que les PVVS préviennent les médecins et les dentistes chez qui elles se présentent. Il ne faut pas oublier que les PVVS ont des responsabilités envers la communauté. Elles doivent donner à la communauté, à laquelle elles appartiennent, l'assurance qu'elles n'agissent pas à son détriment. De même la communauté (y compris les médecins et les dentistes) se trouve confrontée à l'obligation d'offrir la garantie à ces membres touchés par la maladie que rien ne sera tenté contre eux. Cette garantie mutuelle constitue une importante antidote contre la peur.

- Les médecins restent à l'affût des développements scientifiques dans ce domaine et peuvent offrir les conseils et traitements pertinents à chacun. Le patient pour sa part, sera appelé à jouer un rôle actif dans son approche des réalités reliées au SIDA. Avec son médecin, il participe aux prises de décision le concernant, il veille au respect de ses droits et cherche le support nécessaire qui l'aide à accepter des comportements préventifs de sa nouvelle réalité. Le contact physique et psychologique que le médecin établira avec la personne atteinte du SIDA permettra la relation de confiance entre les deux. Le patient pourra alors se donner une qualité de vie et développer tout le courage et persévérance dont il aura besoin.

- A la communauté : pour qu'elle croit à l'existence du VIH/SIDA.

La divulgation du statut sérologique est nécessaire dans la mesure où elle mène à des fins bénéfiques mais malheureusement là où la stigmatisation et la discrimination demeurent importantes, les PVVS qui révèlent leur sérologie peuvent s'exposer à des graves conséquences. C'est à chaque individu alors d'évaluer si lever le voile les aideront à gérer l'avenir, à vivre positivement grâce à différents soutiens ou si cela a pour

conséquence la discrimination. Les PVVIH doivent décider en toute liberté si, quand et à qui elles souhaitent le dire.

II.2.1) La forme la plus courante de la discrimination : auto-stigmatisation

Les formes que prennent la discrimination varient selon la nature de la pandémie. A Madagascar, beaucoup de PVVIH ne souffrent pas d'une discrimination réelle, mais d'un sentiment de stigmatisation. Elles renoncent par exemple à un comportement de prudence et de protection par crainte de se trouver objet d'une discrimination. Ce comportement est la manifestation de l'auto- stigmatisation.

Sur les plans socio-économiques, un grand nombre de personnes séropositives sont des rejetées, dans le sens qu'elles sont exclues du courant principal de la société de par leur appartenance à des groupes frappés de stigmatisation (homosexuels, prostituées) ou à des groupes vulnérables (les détenus). Ces personnes sont souvent celles avec lesquelles nous cessons de nous identifier, car en nous identifiant avec elles, nous risquerions de subir une sorte de rejet. Conscientes de leur situation, elles préfèrent s'isoler elles- mêmes et désertent les services d'aides sanitaires et psychologiques. Elles pensent qu'elles sont déjà des stigmatisés ou des déviants et que personne ne se préoccupe de leur situation.

Les PVVIH intériorisent les réactions négatives des autres et il en résulte des sentiments de culpabilité et de honte, une incapacité de s'exprimer chez elles. Tout cela entraîne une dépression, un désespoir. Elles assument elles-mêmes la maladie et au lieu de recourir à des responsables elles préfèrent se taire. C'est la loi du silence qui prime. C'est ainsi qu'elles ne peuvent pas bénéficier d'une aide médicale, d'un soutien psychologique, ce qui va nuire à leur santé.

Il semble que la société malagasy n'est pas encore prête à accepter les Personnes Vivant avec le VIH/SIDA (PVVS) .D'après l'enquête, le déni, la discrimination et la stigmatisation associés au VIH/SIDA sont bien réels à Madagascar même s'ils ne sautent pas aux yeux. La peur de la discrimination et de la stigmatisation est si ancrée chez les PVVIH . C'est ainsi qu'elles veulent garder, à tout prix, au secret leur statut sérologique. Or cela a des impacts négatifs sur la prévention que sur la prise en charge , au niveau de l'individu infecté qu'au niveau de la société. Dans la troisième partie , on va voir ces impacts négatifs et on va aussi essayer de proposer de solutions.

TROISIEME PARTIE
SOLUTIONNER LA STIGMATISATION
ET LA DISCRIMINATION ASSOCIEES
AU VIH/SIDA

CHAPITRE I : LES FACTEURS ET LES IMPACTS DE LA DISCRIMINATION ET DE LA DISCRIMINATION A L'EGARD DES PERSONNES AVEC LE VIH /SIDA (PVVS)

I-1.LES FACTEURS QUI ALIMENTENT LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION A L'EGARD DES PVVS

I-1.1) Les préjugés

Dans le contexte du VIH/SIDA, les préjugés prennent une place importante dans la stigmatisation et la discrimination. Il existe un cercle vicieux entre les préjugés, la stigmatisation et la discrimination.

Dans un premier temps, il serait utile de définir les préjugés. « Dans la chaîne des causalités sociales, les jugements que nous émettons sur autrui sont toujours en quelque sorte, des pré jugements par rapport à un état suivant : ce sont toujours des jugements conçus et émis lors d'une interaction qui n'a jamais de fin ni d'aboutissement ». J.C. Des Champs, dans Psychologie sociale expérimentale.

A Madagascar, on attribue à un groupe qu'on nomme ici les PVVS certains caractères psychologiques en se fondant, à défaut de données scientifiques, non sur l'observation des PVVS entières mais sur les caractéristiques des représentants de la PVVS qu'on a entendus à la T.V. L'idée que l'hostilité envers les PVVS se fonde sur des mobiles psychologiques est confirmée par Merton. Cet auteur fait remarquer qu'on critique souvent chez les autres (le « hors-groupe » dans le langage sociologique, dans ce contexte il désigne les PVVS) précisément ce qu'on admire chez les siens (« l'en-groupe », ici il représente ceux qui croient ne pas être atteints par le VIH/SIDA, c'est la communauté).

Partout dans le monde, les idées reçues concernant les PVVS sont nombreuses. On les reproche d'avoir une conduite sexuelle (prostitution, homosexualité), d'être des consommateurs de drogues injectables, ... autrement dit, de se laisser dominer par leurs instincts. En terme de psychanalyse, les accusations formulées contre les séropositifs tendent à montrer que chez eux, le « ça » (l'élément instinctif de l'appareil psychique) domine le « moi » (le mécanisme psychologique d'adaptation à la réalité).

C'est vrai qu'à l'étranger, surtout dans les pays occidentaux, le VIH/SIDA est lié à la toxicomanie, à l'homosexualité et à la prostitution mais à Madagascar, ce n'est pas toujours le cas. La majorité des enquêtés PVVS (6 sur 7) sont des femmes au foyer. Elles n'avaient pas d'histoire d'usage de drogue, d'homosexualité ou de prostitution. Donc les préjugés attribués aux PVVIH ne sont pas toujours valables. La communauté ne porte qu'un jugement d'ensemble sur le groupe.

En outre les individus qui ne sont pas encore atteints ont peur de contracter à leur tour le VIH. Ils n'ont pas les connaissances requises pour se protéger de l'infection. Pour se protéger, ils utilisent les mécanismes de défense selon le terme psychologique, qui consistent à projeter ses propres difficultés sur autrui.

Puisque la société ne maîtrise pas le SIDA, elle recourt à des mécanismes de défense pour s'assurer un équilibre psychique satisfaisant. On a peur du SIDA, non seulement il est mortel mais aussi notre connaissance est très limitée pour pouvoir se protéger. L'arrivée du SIDA crée une insécurité en nous. Et le moyen pour faire face à ce problème et pour se protéger est de recourir aux préjugés. Le type d'homme qui manifeste le plus fréquemment de vifs préjugés sont les personnes faibles qui ont besoin de s'appuyer sur des éléments extérieurs pour préserver un semblant de sécurité.

En 1990, un fonctionnaire de ce qui s'appelait encore l'Union soviétique a dit : « Les causes profondes de la propagation du VIH sont le mode de vie américain et occidental, l'homosexualité qui s'exhibe sans retenue, la drogue et l'obsession du sexe ». Ces préjugés font que les individus croient que toute flambée d'infection à VIH restera limitée aux groupes marginalisés et ne fera jamais peser une menace sur le reste de la population. Or, l'expérience montre que les choses ne se passent jamais ainsi. Nulle part le virus ne reste confiné à un groupe de population donnée.

I-1.2) Les idées erronées à propos de la transmission du VIH/SIDA

Des lacunes ont été relevées dans les connaissances des participants sur les modes et facteurs de transmission du VIH.

Le SIDA semble être considéré comme toute autre maladie classique contagieuse. Le rapport sexuel, la cohabitation, les piqûres d'insectes sont énumérés comme source de

contamination du VIH. L'EDS 1997 réalisée par l'INSTAT montre les croyances relatives à la transmission du VIH/SIDA : piqûre de moustique (30%), les baisers (47%), partage de nourritures ou la vaisselle avec un sidéen (47%) ou encore toucher une personne atteinte du SIDA (47%).

Une autre enquête qui a été effectuée en 2000 (enquête MICS) révèle que des conceptions erronées concernant la transmission du VIH persistent dans la population générale. Dans cet environnement d'ignorance, 60% des femmes et 69% des hommes ont des attitudes discriminatoires vis-à-vis des PVVIH.

L'ignorance risque de favoriser la peur, les préjugés et la tentation d'exercer une discrimination. Si les gens croient à tort qu'ils peuvent être infectés par le VIH lors d'un simple contact ou d'une piqûre de moustique, ils risquent de ne pas voir l'intérêt d'un changement de comportement sexuel.

I-1.3) Le caractère mortel du VIH/SIDA

Jusqu'ici le SIDA est encore considéré comme mortel. Même si les scientifiques ont déjà trouvé des familles d'antirétroviraux, qui ont pour action de prolonger la vie d'une PVVIH, le médicament qui guérit n'est pas encore trouvé. Un sidéen est alors condamné à mourir. Or, il est de l'instinct humain de vouloir durer. En effet les réactions de stigmatisation et de discrimination sont la manifestation inavouée de l'instinct de survie. C'est la peur de mourir qui est derrière tout cela, c'est l'impulsion, les pensées négatives qui surgissent (idée de révolte contre la maladie, idée de vengeance) on ne raisonne plus.

Même les médecins sont embarrassés quand ils annoncent la séropositivité de l'individu. Ils apparaissent comme un magistrat délivrant la sentence de mort à un individu. Ils sont d'abord ceux qui créent l'espoir et font reculer la mort.

I-1.4) Les tabous qui entourent le VIH/SIDA

« Le VIH profite de nos faiblesses. Il tire un immense avantage de notre réticence culturelle à parler de sexualité. Il exploite nos vieux problèmes de société ... Il mise sur

nos faiblesses morales » Docteur Michel H., Directeur du Programme Mondial OMS de lutte contre le SIDA.

Le VIH est principalement transmis partout dans le monde, par les comportements sexuels, alors que le sexe et les infections transmissibles demeurent des sujets tabous. C'est pourquoi le porteur du virus est indexé car il est vu comme quelqu'un qui a transgressé les règles sociétales en matière de sexualité. Ceci explique pourquoi le malade du SIDA ne veut ou ne peut pas assumer cette maladie comme on assume le paludisme. Le SIDA n'est pas perçu jusque là comme une maladie ordinaire.

Le tabou lié à la sexualité réduit au silence les individus et rend légitime les comportements négatifs (stigmatisation, exclusion) à l'égard des PVVS.

I-2.IMPACTS NEGATIFS DE LA DISCRIMINATION ET DE LA STIGMATISATION

I-2.1)Impacts au niveau de l'individu :

A cause de son caractère mortel et de l'exclusion qui suit, le SIDA a des impacts négatifs (sanitaire que psychologique) sur l'individu infecté par le virus, si on ne cite que les exemples suivants.

Après l'annonce de la séropositivité, des réactions diverses peuvent être possibles chez le séropositif. Le caractère mortel de la maladie peut entraîner la panique, la dévalorisation de soi qui influence de manière négative l'évolution clinique de l'infection. La panique va déclencher un bouleversement, un déséquilibre tel que le système immunitaire va vaciller. S'il y a dévalorisation importante, cela peut entraîner un cancer des os accompagné d'anémie. L'angoisse, la souffrance inutile, la dépression, le désespoir sont des facteurs qui ne contribuent qu'à un mauvais état de santé de la personne atteinte.

En outre la stigmatisation et la discrimination associées au VIH/SIDA constituent les plus importants obstacles à la prévention des nouvelles infections, à la fourniture d'une prise en charge, d'un soutien et d'un traitement adéquat et à l'atténuation de l'impact. En effet, les personnes exposées au risque ou déjà infectées peuvent renoncer à obtenir des services de prévention et des soins par crainte d'être stigmatisées par les prestataires de services ou leur communauté. Elles ont tendance à cacher leur séropositivité, voire à

redouter et chercher à éviter de découvrir leur état, et sont moins disposées à rester au contact avec les services sanitaires et sociaux qui pourraient les aider.

Par crainte d'abandon par la famille et de stigmatisation par la communauté, les PVVIH ont peur de dévoiler leur sérologie et c'est la loi du silence qui prévaut. Au lieu d'être un partenaire efficace dans la lutte contre le SIDA, la PVVIH est considérée à tort comme une sorte de problème.

Enfin la discrimination constitue une violation des libertés et des droits de l'homme. De nombreuses personnes infectées par le VIH sont confrontées à la discrimination de leurs collègues, de leurs amis, et parfois de leurs proches. Il leur arrive de perdre leur foyer ou leur travail et certains ont même été assassinés. En Afrique centrale et australe ainsi qu'en Asie du Sud, une femme testée positive au VIH peut être renvoyée dans sa famille ou son village d'origine lorsque sa sérologie est connue. Privée d'emploi à cause du statut sérologique positif, la PVVIH n'aura pas le moyen pour bénéficier d'un traitement antirétroviral indispensable à sa survie. L'infection va lui conduire à une dégradation inexorable pour aboutir à la destruction complète du système immunitaire et à la mort.

En résumé, la stigmatisation et la discrimination incitent ceux qui sont infectés ou qui croient l'être à dissimuler le VIH. Elles leur font craindre les contacts avec les services sanitaires et sociaux dont ils ont tant besoin en conduisant à la clandestinité ceux qui ont une expérience personnelle du VIH/SIDA. Elle condamne au silence des gens qui, sans cela seraient les témoins de l'épidémie les plus tangibles et constitueraient de précieux alliés dans la lutte contre le SIDA

I-2.2) Impacts au niveau de la communauté : La stigmatisation et la discrimination comme facteurs favorables à la propagation du VIH / SIDA.

L'existence d'une dévalorisation importante des personnes atteintes peut inciter certaines PVVIH à agir à l'encontre de la prévention. Elles vont exprimer leur vengeance envers ceux qui les dévalorisent en pratiquant le rapport sexuel non protégé. Par conséquent, elles vont propager le virus dans l'ensemble de la société. Comme cela elles ne

sont pas les seules à subir le sort. Inutile, pour elles, de changer de comportement car cela peut susciter un doute sur leur statut sérologique. « Une des meilleures façons de masquer les activités coupables est de faire celui qui ne sait pas. Donc de se prémunir contre le jugement négatif d'autrui et de garder les apparences normales (faire comme si de rien n'était). Le conformisme de façade est un ensemble de conduites adoptées par tous les délinquants du monde pour éviter de se faire repérer ». **Alex Muchielli**, dans « Les motivations ».

La stigmatisation et la discrimination sont liées à la puissance et à la domination dans l'ensemble de la société. Elles jouent un rôle clé dans la production et la reproduction des relations de pouvoir et de contrôle. Elles font que certains groupes sont dévalorisés, honteux et que d'autres se sentent supérieurs.

En fin de compte, la stigmatisation crée l'inégalité sociale et la renforce. Par exemple, les idéologies concernant les groupes à risque ont fait porter aux prostituées la responsabilité de la transmission des IST et du VIH. Ce phénomène influe sur la manière dont les communautés réagissent à la séropositivité d'une prostituée. On accuse souvent les prostituées comme des propagateurs des IST du VIH or les prostituées notoires (celles qui se reconnaissent comme telles) sont depuis longtemps les plus averties du danger et s'en protègent le plus.

La stigmatisation et la discrimination renforcent et légitiment les stéréotypes et les croyances concernant les PVVIH. Des stéréotypes déjà existants et difficiles à modifier car ce sont des idées toutes faites ayant un caractère durable. Les stéréotypes sont l'association du SIDA à des comportements considérés comme déviants, si on ne cite que les relations sexuelles avec des partenaires multiples, la prostitution, l'homosexualité et la toxicomanie. Les individus qui adoptent ces comportements sont classés dans les groupes à risque. Ces croyances ne peuvent que décourager les individus à se faire dépister. Ils ne veulent pas découvrir leur statut sérologique car en cas de VIH plus, ils pourraient être considérés comme appartenant à ces groupes à risque. Ils ont le sentiment de n'avoir rien à gagner en connaissant leur séropositivité car cela ne fait que les exposer à la stigmatisation et la discrimination. Non seulement ils ont peur d'être blâmés par la famille ou les amis mais aussi par le personnel sanitaire qui connaît leur statut sérologique. Ils pensent que ce personnel sanitaire va révéler leur séropositivité sans leur consentement et ils choisissent

de ne pas le consulter, se privant du dépistage , du conseil ou d'autres services de prévention et de soins.

La stigmatisation et la discrimination constituent donc des obstacles à la prévention du VIH/SIDA, plus précisément à la fourniture d'une prise en charge, d'un soutien et d'un traitement adéquats et à l'atténuation de l'impact. Elles rendent la prévention difficile en repoussant l'épidémie dans l'obscurité et la clandestinité. Selon la déclaration de **Peter Piot** lors de la session plénière de la conférence mondiale ,contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance ,à Durban en Afrique du sud le 4 septembre 2001. « ... Répondre au SIDA par des insultes à l'égard des PVVIH ne fait que repousser l'épidémie dans la clandestinité en créant les conditions idéales à la propagation du VIH ... »

La stigmatisation à l'égard des PVVIH renforce la notion erronée qui fait que les PVVIH méritent ce qui leur arrive car elles ont transgressé les règles sociétales, donc elles doivent être exclues et blâmées. La stigmatisation devient alors une arme pour punir les PVVIH afin que les autres n'adoptent plus un comportement qui leur expose au VIH/SIDA. Ici, la stigmatisation est perçue à tort comme un moyen de prévention dans la lutte contre le SIDA et elle est acceptable

De part la stigmatisation les parents ne révèlent pas à leurs enfants leur statut sérologique. Ils sont soucieux que leurs enfants « ne puissent pas garder un secret » concernant leur VIH plus. Or la communication directe avec les enfants sur la présence du VIH est indispensable car cela aide la famille à planifier un meilleur avenir surtout pour les enfants. Ces derniers qui avaient été prévenus de la possibilité du décès de leurs parents par ces mêmes parents avaient apprécié de pouvoir avoir le temps de recevoir des informations et des conseils. Par exemple, les enfants avaient eu la possibilité d'apprendre à faire les tâches ménagères et avaient pu demander au parent « lorsque tu seras mort, comment pourrai-je faire ça ? »

La crainte d'une discrimination profondément enracinée empêche les personnes qui connaissent leur statut sérologique d' avoir recours à des méthodes de prévention pour ne citer que la divulgation de leur sérologie VIH à leurs partenaires sexuels. Beaucoup de personnes séropositives ne souhaitent pas informer leur ou leurs partenaires et peuvent même refuser de le faire ou elles ne donnent pas l'autorisation de le faire au dispensateur

de soins. Il est important d'avoir présent à l'esprit que ce refus est le plus souvent dû à la crainte d'être rejeté par le partenaire, de subir la stigmatisation et la discrimination et ou d'être accusé d'avoir contaminé autrui. Le refus d'informer les partenaires est très rarement dû au désir d'une personne séropositive d'exposer délibérément une autre personne au risque d'infection à VIH. Pour certains, le fait que leur partenaire soit mis au courant de leur séropositivité peut avoir des conséquences graves. C'est en particulier le cas des femmes qui vivent dans des sociétés où la femme est désavantagée sur les plans social, économique et juridique du fait de son sexe. Dans ces endroits, on accuse souvent la femme d'être responsable de sa propre infection, ainsi que celle de son mari / partenaire, bien que ce soit probablement lui qui l'ait contaminée. La divulgation d'une séropositivité peut également déboucher sur l'abandon. La femme (et ses enfants) peut être renvoyée du domicile et ne bénéficie d'aucun soutien social ni matériel. Les femmes peuvent donc avoir des raisons très valables de craindre de révéler leur séropositivité à leur mari / partenaire. Ainsi la personne infectée continue à pratiquer une sexualité sans protection et propage le virus à ses partenaires. Des nombreuses personnes sont infectées par leur partenaire attiré, qui ne révèle pas le statut sérologique VIH et qui ne pratique pas la sexualité sans risque.

Ce qu'on peut retenir est que la discrimination et la stigmatisation représentent toujours des obstacles. Elles empêchent beaucoup de gens à faire un test, à savoir leur statut sérologique. Les séropositifs sont peu enthousiastes à révéler leur statut sérologique à cause de la crainte. Par conséquent, des milliers de personnes séropositives ne savent pas qu'elles sont infectées et n'accèdent pas aux soins et celles qui le savent sont incapables de demander de l'aide y compris des soins pour elles-mêmes et des informations et outils nécessaires pour éviter de transmettre le virus aux autres.

La stigmatisation et la discrimination réduisent au silence individus et communautés, sapent leur force, accroissent leur vulnérabilité, isolent les gens et les privent de soins et d'appui. Elles constituent un frein sérieux au contrôle efficace du VIH d'où la nécessité de les vaincre.

CHAPITRE. II : CRITIQUES ET PROPOSITIONS DE SOLUTIONS

II. 1 COMBATTRE LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION A TRAVERS LES DIFFERENTES SENSIBILISATIONS :

II.1.1) Réviser les campagnes de sensibilisation

Actuellement, plus d'une centaine d'ONG nationales et internationales intervenant à Madagascar intègrent dans leurs activités une sensibilisation sur le VIH/SIDA. Plusieurs supports IEC (tels que dépliants, affiches, brochures ...) sont produits et distribués à travers le pays, tandis que des messages spots sur le VIH/SIDA sont communiqués régulièrement dans les stations de télévision et de radio ainsi que dans la presse écrite. Jusqu'à présent ces efforts pour promouvoir l'éducation et la sensibilisation sur le SIDA n'ont pas produit de résultats satisfaisants. Les résultats ne sont pas conformes à leurs objectifs. D'après nos enquêtes auprès de la population, bien que la capitale ait été inondée d'informations concernant le fait que le VIH ne se transmet pas par hasard, cela n'a pas suffi à apaiser la crainte ressentie vis-à-vis du VIH/SIDA et notamment des personnes qui vivent avec le virus.

Beaucoup de gens adoptent une attitude discriminatoire à l'égard des personnes vivant avec le VIH/SIDA(PVVIH). La tendance globale est d'accuser ces dernières d'être responsables de la propagation du VIH. Cette tendance exclut toute éventualité de prise en charge ou de soutien. Beaucoup d'efforts restent à faire pour que la population accepte de vivre avec les PVVIH sans les discriminer.

Souvent les campagnes d'informations ont pour objectif de lutter contre le déni qui entoure le VIH/SIDA et de faire connaître à la population les modes et facteurs de transmission pour qu'elle puisse se protéger contre la maladie. Les sensibilisations sont alors axées sur la prévention à travers la promotion équilibrée de l'abstinence, de la fidélité et des préservatifs. On oublie souvent que les PVVIH existent dans nos sociétés et que leurs droits ne doivent pas être violés. Cette négligence des personnes atteintes peut être dû par le fait que le taux de prévalence reste encore bas et qu'elles ne se montrent pas. Le fait de n'avoir jamais vu de malade du SIDA prive de nombreuses personnes d'une preuve objective de l'existence de la maladie. Le déni marche main dans la main avec l'exclusion.

Il est grand temps que la société accepte non seulement l'existence du VIH/SIDA mais aussi de vivre avec ceux qui sont atteints.

Il faut concevoir et diffuser des programmes visant à promouvoir le respect des droits de ces personnes atteintes car elles peuvent être les témoins de l'existence du VIH/SIDA. La meilleure réponse à la stigmatisation et au déni qui entourent l'épidémie est invariablement venue des réalités que beaucoup préfèrent garder dans l'abstrait et dans la distance.

Une meilleure façon de lutter contre le SIDA est de combattre la stigmatisation et la discrimination en protégeant les droits des PVVIH.

Pour le faire, il faudrait mener des campagnes d'informations :

- axées sur la promotion de la tolérance, de la compassion et de la non-discrimination ;
- avec des messages créatifs, attractifs, puissants, contre toute forme d'exclusion ;
- qui aident la population à comprendre l'injustice et le manque de bien-fondé de la stigmatisation et de la discrimination. Ces campagnes d'informations peuvent modifier les attitudes de la société ;
- qui ont pour but de susciter une compréhension précise de l'épidémie, de sa nature et de ses causes.

Il serait également utile d'organiser des débats publics sur le VIH/SIDA ainsi que des groupes de discussion communautaires, consacrés à la compassion, à la tolérance et à l'appui. Il faut aussi faire participer ces publics. Ils peuvent se mettre à la place d'une personne qui a souffert d'exclusion et de comprendre ainsi l'injustice des actions discriminatoires.

II.1. 2) Rompre le silence, vaincre le tabou

Alors que le VIH est principalement transmis, partout dans le monde par les comportements sexuels, le sexe et les IST demeurent des sujets tabous. Certains pays, notamment Madagascar, ont des barrières culturelles et religieuses qui limitent la possibilité d'un dialogue ouvert et franc sur les questions liées au sexe. A Madagascar les attitudes et pratiques vis-à-vis du rapport sexuel sont entourées de la plus grande pudeur

et d'interdits. L'éducation des enfants est axée sur le respect de la pudeur à travers la discipline et les différents interdits. Pourtant le sexe se pratique plus qu'il ne se dit car actuellement les gens s'adonnent très jeunes à la sexualité. Malgré cette entrée de plus en plus précoce des jeunes dans la vie sexuelle, le discours sur la sexualité reste encore entouré de beaucoup de tabous. Puisque le SIDA est lié à la sexualité il n'est pas perçu comme toute maladie ordinaire, des attitudes vicieuses sont rattachées à lui. La société préfère se taire et l'action est ralentie au silence. Tandis que ce silence prévaut, le VIH continue sa propagation.

Il est grand temps de parler ouvertement de la réalité du SIDA, des comportements à risques, même si cela choque certains individus et dérange certaines habitudes acquises, si on veut vraiment arrêter la propagation du VIH/SIDA.

II.1.3) Vaincre les préjugés

Le fait que le SIDA soit une maladie liée aux comportements incite les individus à stigmatiser ceux qui sont atteints. En outre le SIDA est une maladie mortelle ; beaucoup de gens pensent que les PVVIH méritent ce qui leur arrive parce qu'ils ont fait quelque chose de mal. D'autres croient que mourir du SIDA est une punition divine. Tout cela est causé par les comportements liés à la maladie qui sont souvent illégaux et désapprouvés par la société, par exemple, la consommation de drogues injectables, l'homosexualité, la fréquentation des prostituées, les relations sexuelles avec les partenaires multiples, des comportements considérés comme déviants. Outre ces stéréotypes, des mythes, des tabous et des craintes entourent le VIH/SIDA. C'est pourquoi la population manifeste de la honte, de la haine, de l'angoisse et de l'insécurité (craintes de la contagion, de la maladie et de la mort) envers la maladie et à l'égard de ceux qui sont atteints.

Dans cette atmosphère de préjugé, la réaction de la population est de stigmatiser et discriminer les porteurs du virus. Beaucoup croient que le VIH restera limité aux groupes à risque et ne fera jamais peser une menace sur le reste de la population. C'est ainsi que ceux qui sont atteints du VIH/SIDA sont toujours considérés comme appartenant à l'un de ces groupes. Or l'expérience montre que les choses ne se passent jamais ainsi : nulle part le virus n'est resté confiné à un groupe de population donnée. Comme dans la capitale, la

majorité des enquêtés qui vivent avec le VIH/SIDA sont des femmes au foyer qui n'appartiennent pas du tout à ces groupes .

Des actions sont nécessaires pour s'attaquer à ces stéréotypes et pour s'opposer à ces préjugés et malentendus qui alimentent si souvent la stigmatisation et la discrimination associées au VIH/SIDA. Ces actions doivent être soutenues par l'Etat et les autres partenaires clés.

L'Etat devrait aider les entités compétentes, comme les groupes de médecin les ONG, les associations et les réseaux des personnes touchées par le VIH/SIDA à concevoir et à diffuser des programmes visant à promouvoir le respect des droits des PVVIH. Ces programmes devraient combattre les stéréotypes appliqués aux PVVIH et dissiper les mythes et préjugés existant à leur sujet en montrant qu'ils sont des proches, des partenaires, des collègues, des voisins et que le virus peut affecter n'importe qui.

II.1.4) Les rôles des médias

Les médias sont les principaux moyens à notre disposition pour maîtriser la propagation du SIDA. Ils peuvent jouer un rôle important dans la lutte contre la stigmatisation et l'exclusion dont pourraient souffrir les porteurs du virus. Malheureusement, les médias parlent souvent de l'épidémie de manière irresponsable et renforcent la stigmatisation déjà existante. L'image du SIDA diffusée par les médias est toujours celle qui est associée à la mort ou aux partenaires sexuels multiples. Situations souvent stigmatisantes en elles-mêmes. D'ailleurs le gros des émissions est axé sur les modes de transmission, les méthodes de prévention, les groupes à risque et les différentes maladies opportunistes liées au VIH/SIDA. Elles devraient en quelque sorte « humaniser » la PVVIH qui n'est plus considérée comme un « homme » mais plutôt comme un mort vivant dès l'annonce de sa séropositivité. Il faut faire comprendre à la population que le statut sérologique ne peut être déterminé par l'apparence extérieure, informer les gens que les PVVIH peuvent connaître une vie longue, positive et saine en prenant un certain nombre d'options de soins et soutien et que le VIH n'empêche pas le séropositif de remplir ses devoirs et cela avec satisfaction ; souligner que n'importe qui peut être infecté par le VIH indépendamment du nombre de partenaires sexuels.

Il faudrait aussi encourager les médias et les publicitaires à s'intéresser aux questions relatives au VIH/SIDA et aux droits de l'homme et à restreindre la recherche du sensationnel dans les informations ainsi que le recours inconsidéré à des stéréotypes surtout au sujet des groupes défavorables ou à risque.

Les médias ont un rôle crucial à jouer pour aider à augmenter la conscientisation publique quant à la pandémie du VIH/SIDA. Des rapports appropriés et opportuns ont la potentialité à la fois de promouvoir la prévention du VIH/SIDA et de réduire les stigmates associés au virus. Les journalistes qui comprennent les implications stratégiques publiques et qui sont aussi conscients des mythes entourant la maladie seront plus censés à écrire et à produire des nouvelles qui éduquent le public à faire front à la maladie et à aider à discréditer les stéréotypes associés au VIH/SIDA.

II.2. METHODE PARTICIPATIVE ET RESPECT DES DROITS DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA (PVVS)

II.2.1) Responsabilisation des personnes infectées par le VIH/SIDA : Encourager les PVVIH à divulguer leur statut sérologique :

A cause des préjugés sociaux et des méchancetés qui prévalent, la PVVIH a peur de dévoiler son statut VIH plus. Elle n'ose pas en parler. D'ailleurs la stigmatisation de la part de la société est à craindre donc elle se tait, c'est la loi du silence qui prime. Or elle peut être un témoin vivant permettant à tous de prendre conscience de la maladie et de ses manifestations. Elle peut donc jouer un rôle vital dans la prise de conscience, par leur communauté, de la réalité de l'épidémie. « Tant de choses sont possibles lorsque les malades du SIDA jouent le rôle d'éducateur » dit Donald de gagné, directeur de la société des PVVIH de Vancouver. « Les jeunes écoutent avec attention une personne qui a le SIDA et sont marqués par son expérience. C'est beaucoup plus efficace qu'un responsable de la santé publique parlant du SIDA de façon abstraite. »

Le but du témoignage des PVVIH n'est pas seulement de convaincre la population sur la réalité de l'épidémie mais aussi de combattre la stigmatisation et la discrimination en montrant que le virus peut affecter n'importe qui. Elles peuvent devenir des modèles

efficaces en montrant que l'on peut mener une vie productive et en bonne santé avec le VIH.

La participation active des personnes infectées par le VIH / SIDA avec leurs modèles de vie constructive aident à changer d'attitude c'est-à-dire à passer de la stigmatisation et de la discrimination au respect et à l'appui, à changer les perceptions que le grand public a du VIH / SIDA. Et par-là même, les gens qui ignorent leur statut sérologique VIH sont plus nombreux à se présenter volontairement aux points de conseil et du dépistage. Il existe un lien synergique entre la réduction de la stigmatisation, le dépistage volontaire et l'incitation de révéler le statut sérologique surtout quand le test de VIH est rendu accessible aux communautés affectées. Chacune de ces activités renforce les autres et débouche sur un nombre accru de personnes bénéficiant du conseil et du test volontaires ainsi que d'un appui. D'où une tendance à révéler plus volontaire sa séropositivité (au conjoint, à l'amant(e), aux membres de la famille, aux amis et aux dispensateurs de soins), l'adoption d'un comportement à faible risque et l'envie de vivre de façon constructive.

Les personnes vivant avec le VIH/SIDA ont encore d'une manière ou d'une autre le sentiment que, psychologiquement, elles ne sont pas acceptées par le public et qu'on les tiendra pour des gens dont la conduite a été déviante par rapport aux normes sociales. C'est la raison pour laquelle elles préfèrent garder au secret leur statut VIH plus. Or révéler soi-même son statut sérologique, à sa famille et aux membres de sa communauté, a parfois atténué la stigmatisation et donne un sentiment d'estime de soi. Cela libère de l'auto-condamnation, de et de l'isolement, et atténue la stigmatisation et la souffrance qu'elle entraîne. Les autres vous accordent davantage d'amour et d'attentions.

Là où une protection existe contre la violence et la discrimination, la participation des PVVIH aux campagnes publiques, aux activités politiques et communautaires est capitale pour donner un visage humain à l'épidémie, pour réaffirmer la valeur des PVVIH et pour changer les attitudes stigmatisantes. La meilleure réponse à la stigmatisation, à la discrimination et au déni qui entourent l'épidémie est invariablement venue des PVVIH d'où la nécessité de les faire participer dans la lutte contre le SIDA.

II-2.2) Les droits des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH)

Le témoignage des PVVIH est indispensable dans la lutte contre le SIDA malheureusement là où la stigmatisation et la discrimination demeurent importantes, les PVVS qui révèlent leur sérologie peuvent s'exposer à de graves conséquences, alors qu'elles doivent recevoir un soutien moral et une protection juridique qui leur permettront de mener une vie normale et constructive plutôt qu'à la mort. C'est pourquoi de nombreuses personnes séropositives choisissent de ne pas informer le conjoint, l'amant(e), la famille, les amis, les collègues, voire les dispensateurs de soins de leur séropositivité VIH. Tout pousse à garder le secret sur leur statut sérologique VIH. Pour que les PVVIH acceptent de témoigner, il faut que leurs droits soient respectés .

La lutte contre la stigmatisation et la discrimination ainsi que la protection des droits de l'homme doit rester soutenue de même que celle de prévention.

Les avocats et les juges constituent des alliés importants dans la protection des droits de l'homme. Malheureusement c'est souvent de la part de ces professionnels que les personnes infectées par le fléau subissent le pire des attitudes discriminatoires.

Prenons le cas suivant : Le tribunal correctionnel de Strasbourg vient de condamner un homme de 31 ans, séropositif, à 6 ans de prison ferme pour avoir contaminé deux de ses partenaires. Cet homme a donc été condamné pour « administration volontaire d'une substance nuisible ayant entraîné une infirmité permanente ». Non seulement cette logique criminalise les malades mais véhicule également un message éminemment dangereux en termes de prévention. Condamner une séropositive c'est dédouaner son ou sa partenaire séronégative de toute responsabilité en matière de prévention. Une telle condamnation ne peut que décourager les personnes à aller se faire dépister.

Cette décision peut inciter les individus à faire des rapports sexuels non protégés parce qu'il obtiendra toujours un gain de cause malgré son irresponsabilité. D'ailleurs on ne choppe pas le SIDA tout seul, il faut au moins deux. Donc le risque devrait être partagé dans l'absolu. Le tribunal doit être une institution qui protège les droits des groupes vulnérables mais non pas le contraire, certains responsables admettent que la criminalisation des séropositifs est compatible avec les enjeux de santé publique. Or, il n'y a pas conflit entre les préoccupations en matière de santé publique et les droits de l'homme.

Bien au contraire, lorsque les droits des PVVIH sont protégés, elles ont tendance à :

- révéler plus volontiers leur séropositivité,
- adopter des comportements de prévention.

Et lorsque les droits de toutes personnes (que les personnes en question soient séropositives ou non) sont reconnus et garantis, de part et d'autre, chacun agit de manière responsable dans le contexte de prévention d'où la réciprocité des droits.

La réciprocité des droits, des responsabilités et leur garantie

Certains individus (en l'occurrence ceux qui ne se croient pas séropositifs ou susceptibles de l'être) peuvent être tentés de nier les droits des personnes séropositives. Dans le même ordre d'idée, d'autres personnes (des séropositifs, en l'occurrence) préféreraient que les responsabilités des porteurs du virus ne soient pas définies. Il est nécessaire de reconnaître et de satisfaire à la fois les droits et les responsabilités de tout un chacun. Cette approche est garante à la fois du respect des personnes et de leurs droits, et des intérêts de la communauté en matière de santé publique.

Le principe de garantie mutuelle sous-tend le respect des droits et responsabilités. La collectivité se trouve confrontée à l'obligation d'offrir la garantie à ses membres touchés par la maladie que rien ne sera tenté contre eux ; de même, ces personnes doivent donner à la collectivité à laquelle ils appartiennent l'assurance qu'elles n'agiront pas à son détriment. Une telle garantie mutuelle n'est pas un luxe, c'est une nécessité. La peur engendre des comportements éminemment nuisibles dans ce domaine, notamment la discrimination et la stigmatisation des PVVIH. Cette garantie mutuelle constitue un important antidote contre la peur et contribue à la réduction de la stigmatisation et de la discrimination.

Non seulement la discrimination et la stigmatisation offrent à l'épidémie un terrain idéal pour poursuivre sa propagation mais elles constituent aussi une violation des droits de la personne humaine.

Dans le contexte de VIH/SIDA, les Etats ont des obligation relatives au respect, à la protection et au plein exercice des droits de l'homme. C'est ainsi que les Etats sont responsables non seulement des violations directes et indirectes des droits mais ils sont

aussi dans l'obligation de faire en sorte que les individus puissent jouir de leurs droits le plus pleinement possible. Les Etats ont l'obligation de respecter, de protéger et de satisfaire les droits de la personne humaine.

Face à son obligation, l'Etat agit à travers le parlement qui élabore des lois protégeant les droits des PVVIH contre tout acte discriminatoire. Malheureusement c'est souvent de la part de cette autorité compétente (parlement) que les PVVIH subissent des attitudes discriminatoires. Soit que les membres de l'Assemblée nationale (députés) ne connaissent pas le principe des droits de l'homme. Soit qu'ils le connaissent mais ils le nient. C'est ainsi que certains d'entre eux sont pour l'exclusion des PVVIH, ce qui constitue un acte discriminatoire et une violation des droits humains.

Selon un député de Madagascar élu à Antalaha : « L'idéal serait d'enfermer tous les sidéens dans un espace clos. Qu'ils y fassent ce qu'ils veulent sans répandre le mal au dehors. Mais cela malheureusement est irréalisable ». Source : La gazette de la grande Ile sortie le samedi 25 septembre 2004.

La divergence d'opinion au niveau de l'Assemblée nationale ne doit pas empêcher l'Etat d'agir dans l'intérêt de ses citoyens.

L'élaboration des lois anti-discriminatoires des personnes touchées par le VIH/SIDA est nécessaire pourtant elle mérite une grande réflexion. Il existe deux possibilités de la législation liée à la discrimination des PVVIH. La première consiste à disposer de lois spécifiques sur le VIH/SIDA et la seconde à améliorer la législation générale et d'intégrer le SIDA au système juridique dans son ensemble. De manière générale, les législations déjà existantes suffisent pour assurer la protection des PVVIH. Mais si elles ne le sont pas, elles doivent être améliorées et renforcées. Pourtant, il ne faut pas oublier que des lois spécifiques concernant les personnes séropositives ou atteintes par le SIDA peuvent involontairement déboucher sur un phénomène de stigmatisation.

Dans les pays où les législations nationales ne suffisent pas pour assurer la protection des PVVIH, l'ONUSIDA les invite à :

- Promulguer ou renforcer les lois anti-discriminatoires et autres lois qui protègent les groupes vulnérables, les personnes touchées par le VIH/SIDA et les personnes souffrant d'un handicap contre la discrimination dans le secteur de la vie privée ainsi que la confidentialité et l'éthique de la recherche faisant appel à des sujets humains, qui mettent

l'accent sur l'éducation et la conciliation et qui permettent des recours rapides et efficaces en droit administratif et en droit civil.

-Créer et soutenir des services d'assistance juridique qui informeront les personnes touchées par le VIH/SIDA de leurs droits, fourniront gratuitement des conseils juridiques en vue de l'exercice de ces droits, amélioreront la connaissance des questions juridiques liées au VIH et utiliseront, outre les tribunaux, des mécanismes de protection tels que les services du Ministère de la Justice, les bureaux des médiateurs, les voies de recours en matière de santé et les commissions des droits de l'homme.

-Encourager une large diffusion continue de programmes novateurs d'éducation ,de formation et d'information spécialement conçus pour modifier les attitudes de discrimination et de stigmatisation liées au VIH/SIDA et y substituer la compréhension et l'acceptation.

Madagascar ne dispose pas de lois et de réglementation qui protègent contre la discrimination des PVVIH mais un projet de loi sur la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA est déjà en cours à l'Assemblée nationale.

II-3. VIVRE ET LAISSEZ-VIVRE

II.3.1)Vivre

La signification de vivre est de redonner aux PVVIH le goût de la vie. Pour parvenir à cet objectif, il faut briser « la loi du silence » et le triangle infernal des préjugés, stigmatisation et discrimination.

La PVVIH doit profiter de sa vie. Malgré la présence du virus, les personnes atteintes doivent mettre dans l'esprit que la vie continue et qu'il faut vivre de façon constructive plutôt que de penser à la mort. Il faut vivre ici et maintenant et se donner une qualité de vie.

Les PVVIH ont plusieurs façons de prolonger leur vie en s'alimentant plus correctement et en adoptant une attitude positive. En restant constructives face au VIH, elles peuvent se maintenir en bonne santé plus longtemps et retarder le plus possible la mort. Les PVVIH doivent augmenter leur consommation d'aliments et de nutriments essentiels . L'adoption d'habitudes saines (sommeil régulier, repos équilibrés, diminution

du stress, ...) aide les PVVIH à vivre pleinement leur vie. Il faut faire face au défi de vivre avec le virus .

Le traitement sanitaire est aussi nécessaire pour une espérance de vie plus longue. Cependant, ce n'est pas le seul, un soutien psychologique est plus qu'indispensable pour vivre de façon constructive. D'où la nécessité de s'organiser dans une association. Les PVVIH sont dans le même bateau. Elles sont unies pour le meilleur et pour le pire. Dans une association, elles peuvent partager entre elles leur expérience. Dans de nombreux pays, ce sont essentiellement les PVVIH rassemblées au sein de groupes de soutien de pairs qui apportent le soutien émotionnel. Elles ont réussi à réduire le rejet et la honte liés au SIDA à lutter contre les préjugés, à modifier les représentations sur la maladie et à influencer les politiques publiques.

A Madagascar, des associations des PVVIH se sont créées comme le FIFAFI et la Philadelphie. En tant que première organisation malagasy des PVVIH, le FIFAFI est un exemple concret d'association qui milite pour :

- La réduction de la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/SIDA ;
- La protection des droits de la personne humaine ;
- La promotion de la participation des PVVIH dans la riposte à l'épidémie ; grâce à sa mission, ses objectifs et ses activités.

Cette association a pour mission d'assurer la prise en charge psychosociale des PVVIH et de leurs proches et de faciliter l'accès aux soins et aux traitements.

Les objectifs et les activités de l'association sont de :

- Faciliter la prise en charge médicale des PVVIH ;
- Inciter les gens à se faire dépister ;
- Faire une prise en charge psychosociale des PVVIH et leurs proches.
- Lutter contre la discrimination et la stigmatisation liées au VIH/SIDA.
- Impliquer les PVVIH dans la lutte contre le VIH/SIDA.
- Renforcer les capacités des membres du FIFAFI ;
- Renforcer les partenariats.

II.3.2) Laissez vivre

Il est important que la PVVIH ait le goût de vivre mais cela est insuffisant. Il faut que son milieu accepte de l'aider à vivre et c'est la signification même du laissez-vivre.

La famille et les communautés peuvent être des alliés importants qui lui apporteraient une aide psychologique et un soutien moral. Elles sont autant d'éléments de la prise en charge psychosociale.

Soutien psychosocial

Les besoins d'une PVVIH sont énormes, allant bien au-delà des besoins sur le plan de la nutrition et de la santé. Les séropositifs ont besoin d'un soutien émotionnel et psychologique supplémentaire pour faire face aux implications de vivre avec une maladie mortelle. Souvent, ceux qui viennent d'apprendre qu'ils sont infectés se sentent impuissants et ils risquent d'être déprimés et de perdre tout espoir. Ceux qui sont mariés ou qui vivent dans les relations stables ont besoin de soutien pour protéger leur famille contre l'infection. Ils doivent mettre leur partenaire au courant et résoudre les problèmes de relations extraconjugales. Les femmes tout particulièrement seront soupçonnées d'infidélité même quand c'est leur partenaire qui les a infectées. Le soutien social est nécessaire pour affronter les multiples conséquences qui découlent d'un diagnostic de séropositivité, les maladies fréquentes que cela entraîne, y compris le soutien de la famille qui risque déjà d'être en train de souffrir de pauvreté lorsqu'elle s'occupe d'un membre infecté. Une personne infectée par le VIH ne peut pas vivre toute seule et elle a besoin d'aide de la part de la famille, des amis, enfin de la communauté.

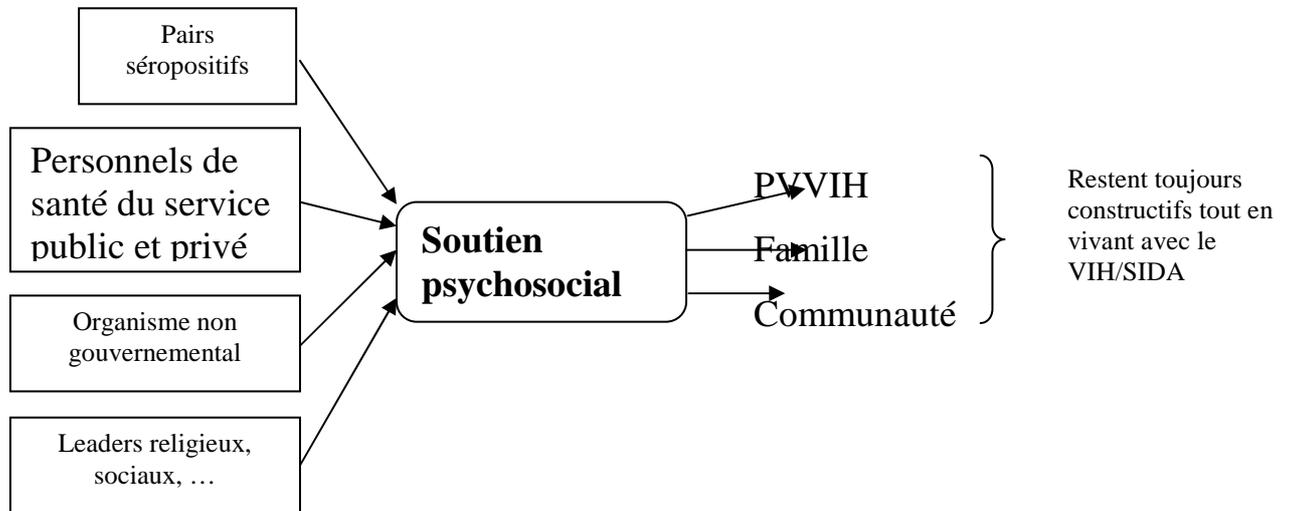
Le soutien spirituel, le conseil, un appui pour se sentir prêt à divulguer sa séropositivité et pour adopter une sexualité à moindre risque, le soutien en fin de vie ainsi qu'une assistance économique concrète sont autant d'éléments du soutien psychologique aux personnes infectées du VIH/SIDA.

En outre, les PVVIH ont un grand besoin d'une thérapie médicale et des soins infirmiers de la part des professionnels de la santé. Les PVVIH doivent avoir accès à toute une série d'options de traitements, de prise en charge et de soutien dans le cadre de filière continue. Cette filière des soins doit pouvoir couvrir les besoins des individus au fur et à mesure de l'évolution de leur état et de la progression vers les différents stades de l'infection à VIH.

Une alliance multisectorielle et pluridisciplinaire est cruciale pour le succès de la prise en charge psychosociale (psychologue, prêtre, pasteur, guérisseurs traditionnels, ONG...). La participation des PVVIH elles mêmes dans le cadre de soutien par les pairs séropositifs a démontré aussi des succès dans plusieurs pays.

Illustration 5 : Résumé des résultats attendus.

INPROCESSOUT



Toutes les institutions à tous les échelons sont priées de respecter et de faire respecter les droits humains auxquels; comme tout un chacun, la PVVIH a droit.

La population doit accepter que les PVVIH sont présentes dans nos sociétés et qu'elles ne sont pas différentes des autres. Donc, elles ne méritent pas d'être exclues. La population doit accepter de vivre avec elles, de respecter leurs droits afin de les laisser-vivre.

II-4. L'EXPERTISE COMMUNAUTAIRE

Il est peut-être temps de retrouver l'identité culturelle malagasy pour vaincre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/SIDA. Il faut restaurer et consolider les valeurs traditionnelles.

II.4.1) Le Fihavanana

Le *fihavanana* est un concept spécifiquement Malgache qui dénote la solidarité entre parents, pouvant s'élargir à des communautés entières et la nation en tant qu'ensemble. Le fihavanana est perçu comme une structure qui lie tous les citoyens

malgaches les uns les autres. La sagesse des Ntaolo est un exemple concret pour ce fihavanana car selon eux :« *Aleo very tsikalakalam-bola toa izay very tsikalakalam-pihavanana* » (Mieux vaut perdre de l'argent que de perdre le fihavanana).

Ce proverbe constitue déjà une solution à notre problème (exclusion des PVVIH). Le problème c'est le déni, la peur, la stigmatisation et la discrimination engendrés par ce nouveau phénomène qu'est le SIDA. Le déni peut être vaincu grâce aux témoignages des PVVIH. Malheureusement, cela est impossible là où la stigmatisation demeure importante. Lutter contre la stigmatisation et la discrimination ne demande pas beaucoup d'argent car c'est un problème relationnel entre ceux qui vivent avec le VIH/SIDA et ceux qui ne vivent pas avec.

On peut résoudre ce problème par le fihavanana (solidarité). Une solidarité face à la maladie. Grâce à ce fihavanana ou Filongoa, il n'est pas question pour un RAD malagasy d'abandonner un malade (Ny marary andrianina). Au contraire, les Malagasy sont réputés d'être solidaires durant les périodes difficiles comme dans les bons moments.

Toutes ces raisons montrent la nécessité du retour à nos valeurs culturelles, à savoir le fihavanana, l'esprit d'amour et d'entraide, la solidarité, l'amitié, la tolérance...

L'entraide s'exerce, par exemple, dans les joies et les deuils. Cette stratégie de réciprocité et d'entraide n'est pas une logique marchande ni monétarisée, la réciprocité parentale et villageoise domine. « *Tsy ny varotra no taloha fa ny fihavanana* » (Ce qui est le premier ce n'est pas la logique marchande mais le fihavanana. Extrait du cours de RATSIMBAZAFIMAHEFA Patrice dans les Longo ou communauté de proximité expansive (Havana).

Ces valeurs culturelles semblent les plus appropriées dans le contexte de stigmatisation et de discrimination associées au VIH/SIDA. Le fihavanana, l'entraide ne sont pas des luxes car ils ne demandent pas de l'argent, c'est une nécessité qui requiert notre volonté.

⋮

II.4.2) Les leaders d'opinions

Il faut donner place aux leaders d'opinions à savoir les chefs traditionnels (RAD, Hazomanga, Tangalamena, Sojabe, ...) et les chefs religieux. Ils connaissent les pratiques coutumières (polygamie, Bodofotsim-bahiny). Ils peuvent jouer le rôle d'éducateurs et aider la population dans le changement de comportement et d'attitude de la société.

II-5. LA RIPOSTE EFFICACE A LA STIGMATISATION ET A LA DISCRIMINATION

II-5.1)La riposte Malagasy

La mise en place de Conseil et Test Volontaires(CTV)

Malgré la volonté de l'État de prendre en charge les PVVIH, si ces dernières ne connaissent pas leur statut sérologique , tous les programmes de prise en charge échouent .Il faut donc mettre en premier lieu des centres de CTV disponibles à la population. C'est ainsi qu'une quinzaine environ de centres de CTV ont été instaurés dans le pays , dont un géré par le Ministère de la Santé , le reste est rattaché à des ONG.

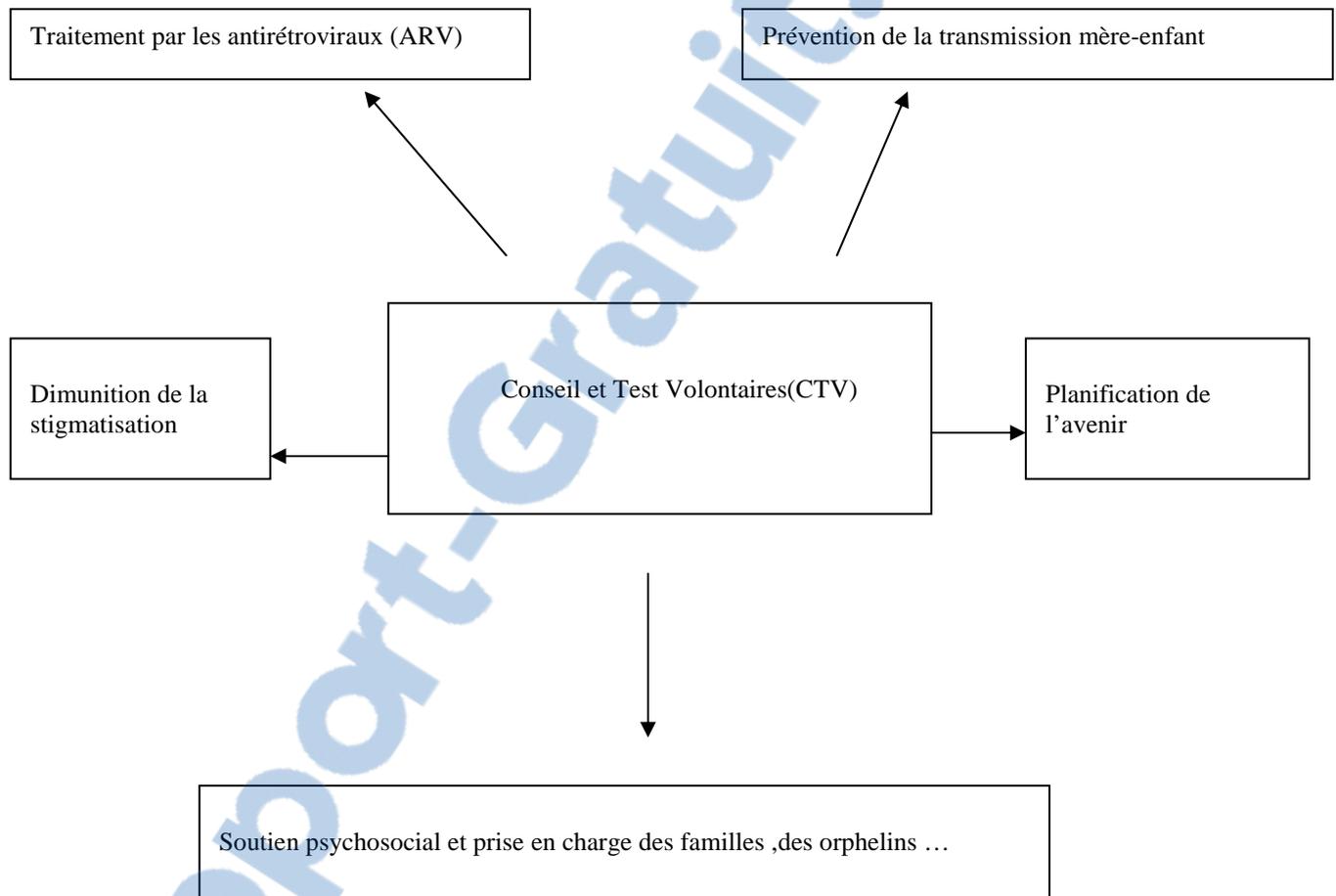
La connaissance de statut sérologique constitue donc un premier pas à la prise en charge . L'annonce de la séropositivité est suivie des séances de conseils qui permettent aux individus infectés par le virus d'être orientés vers les services adéquats de prise en charge et de soutien. Les CTV restent ainsi le principal portail d'accès aux services de prise en charge des PVVIH. Des services de CTV ont prouvé leur efficacité dans l'accès aux soins des personnes infectées , si on ne prend que le cas de CTV Isotry ou l'on a mené l'enquête . Le centre est en réseau avec des associations qui œuvrent pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA que ce soit psychosocial ou thérapeutique . Il est aussi en contact permanent avec les médecins référents nationaux du SIDA à Befelatanana .

D'ailleurs la connaissance d'un statut sérologique négatif ouvre la voie vers une prévention pérenne , afin de chercher tous les moyens pour garder jusqu'à la fin de la vie cette séronégativité .

Grâce au test de dépistage , une mère peut connaître son statut sérologique . En cas de VIH plus , elle peut bénéficier des antiretroviraux qui permettent d'éviter la transmission du virus à son enfant .

En outre là où le test de VIH est rendu accessible aux communautés affectées ,le lien synergique est confirmé entre la réduction de la stigmatisation et un dépistage volontaire accru . Les différents conseils offerts par les médecins avant et après le test de dépistage contribuent à éliminer la stigmatisation et à changer la perception que le grand public a du VIH et des PVVIH Le schéma suivant montre les avantages tirés de CTV.

Illustration 6 : Conseil et Test Volontaire (CTV) comme portail d'accès à la prévention et à la prise en charge du VIH



Malgré l'importance des CTV dans la prévention et la prise en charge , avec une population environ de 15 millions d'habitants, une quinzaine de CTV en fonction ne suffit pas. Elle ne recouvre même pas le pays. Il faut donc créer davantage des CTV disponibles à la population.

Toutefois l'existence de CTV ne suffit pas à attirer les gens vers le dépistage de VIH. Il faut des motivations comme les traitements sanitaires et l'appui accessibles à la population. C'est pourquoi l'État malagasy a décidé de prendre en charge les PVVIH.

II.5.1) 2-Prise en charge des Personnes Vivant avec le VIH /SIDA(PVVS)

La stigmatisation et la discrimination peuvent être réduites grâce à la prise en charge des PVVS.

Bien que la séro-prévalence soit encore relativement faible à Madagascar, l'Etat a choisi d'agir rapidement et avec détermination. D'après le Chef de l'Etat (Marc RAVALOMANANA), la lutte contre le SIDA demeure plus que jamais importante au développement rapide et durable du pays. Dans son discours lors de l'ouverture du premier Forum National sur la lutte contre les IST/VIH/SIDA (Iavoloha, 27 novembre 2003). « De l'épidémie naissante ou concentrée, Madagascar entame la phase généralisée... aujourd'hui, je réitère mon engagement dans ce combat. Je confirme ma volonté de faire de la lutte contre le SIDA la priorité des priorités à MADAGASCAR ». La lutte contre l'infection à VIH/SIDA ne serait complète et ne pourrait atteindre son objectif qui est de maintenir le taux de prévalence du VIH/SIDA en dessous de 1%., si des mesures préventives ne venaient s'ajouter à la prise en charge correcte et suivie des PVVS ou des personnes déjà malades du SIDA.

Ainsi une politique nationale de prise en charge des PVVS a été élaborée pour pouvoir offrir aux PVVS une meilleure prise en charge et un meilleur soutien. Cet engagement politique a été renforcé et un plan stratégique national a été mis en place. Des volets de la lutte ont été développés comme dans l'axe stratégique comportant 3 objectifs stratégiques :

- Assurer la prise en charge médicale des patients vivant avec le virus par le développement de centres d'information et centres de dépistage anonymes et gratuits à travers le pays (Coopération française), la définition d'un protocole national de traitement, et le développement des possibilités de prise en charge des patients.
- Assurer la prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH.
- Réduire la transmission mère-enfant par la mise en place d'un programme de prévention de la transmission mère-enfant.

Les avantages retirés par les pays d'investissement dans les programmes de prévention, de prise en charge sont considérables à savoir :

- la tendance des PVVIH à divulguer plus volontiers leur séropositivité, à adopter des comportements de prévention.
- le respect des droits des PVVIH de la part de la population.
- la réduction de la stigmatisation et de la discrimination.

II-6. LE SIDA ET L'ESPOIR

Il y a moins de 10 ans, une PVVIH n'avait guère d'espoir. L'infection par le VIH conduisant à une dégradation inexorable pour aboutir à la destruction du système immunitaire et à la mort. L'introduction des AntiRétroviraux (ARV) en 1996 a constitué un tournant pour des centaines de milliers de personnes ayant accès à des systèmes de soins de santé perfectionnés. Les ARV ne guérissent pas la maladie. Cependant, ils ont considérablement réduit les taux de mortalité et de morbidité, prolongé la vie et amélioré la qualité de vie de nombreuses personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Depuis cette même année (1996) avec l'apparition des ARV, la manière dont les personnes des pays les plus riches considèrent le VIH/SIDA évolue. Le VIH/SIDA est considéré comme une maladie chronique avec laquelle on peut vivre plutôt que comme un fléau. Le SIDA du Nord se stabilise peu ou prou et n'est plus pris dans le diagnostic de mort, il est représenté comme une pathologie chronique.

Malheureusement dans les pays sous-développés, les PVVIH ne peuvent pas accéder aux traitements AntiRétroviraux. Dans ces pays, la maladie est toujours considérée comme une maladie aiguë et incurable.

En ce qui concerne Madagascar, avant les sidéens MALAGASY aménagent dans les îles voisines de Madagascar pour se faire soigner. Ceux qui n'ont pas les moyens de se traiter ne peuvent pas espérer une durée de vie plus prolongée, car avec un PIB inférieur à 300US \$, peu de Malgaches auront une chance d'avoir accès aux ARV selon leurs propres moyens. Mais maintenant, avec la décision du gouvernement malagasy de prendre en

charge les PVVIH, ces dernières peuvent bénéficier gratuitement des traitements ARV. Elles peuvent donc espérer à une durée de vie plus longue, à vivre de façon constructive et à mener une vie plus productive. Cette décision offre de l'espoir à ceux qui n'en avaient plus.

De plus, il faut reconnaître que les progrès en matière de traitement constituent réellement un espoir pour l'avenir. Ces progrès laissent à espérer une découverte de la médecine. Ils constituent une mesure importante pour atténuer les craintes et les angoisses concernant l'épidémie sur le lieu de travail et dans la communauté.

Le président de l'initiative internationale pour un vaccin contre le sida (IAVI), Seth BERKLEY, a déclaré que malgré l'insuffisance des efforts de la recherche, le nombre des vaccins potentiels testés avait doublé depuis 2000. « Le monde avance à tout petit pas vers un vaccin, alors que nous devrions faire de grandes avancées » a-t-il déclaré lors de la 15^{ème} conférence internationale sur le SIDA à Bangkok.

Il est à signaler que le responsable de la recherche de l'IAVI Wayne KOFF a déclaré que, même si les vaccins fonctionnaient, aucun ne serait disponible avant fin 2007 ou 2008. Face à cette attente de la société « Le devoir de recherche » s'impose. Cette recherche c'est l'espoir, l'espoir pour ceux qui ne sont pas contaminés qu'eux et leurs enfants puissent être protégés par un vaccin. L'espoir pour ceux qui sont déjà infectés, que la période de latence asymptomatique sera la plus longue possible. L'espérance, enfin, pour ceux qui sont douloureusement malades que l'échéance fatale sera reculée sinon écartée.

CONCLUSION

Malgré les différentes campagnes de sensibilisation concernant la réalité du SIDA à Madagascar le déni persiste encore chez un grand nombre de la population. 12% des enquêtés ne croient pas à l'existence du SIDA à Madagascar, tandis que 31% croient que le SIDA existe mais qu'il ne touche que les groupes à risque. Or, les dernières enquêtes épidémiologiques effectuées au niveau national entre mai et juillet 2003 font état d'un séro-prévalence de 1,1% chez les femmes enceintes et que l'épidémie menace de se propager au sein de la population générale en infectant des groupes autres que ceux qui sont considérés comme des « groupes à haut risque » (travailleurs du sexe, camionneurs, militaires).

La peur liée à la maladie est si ancrée que même ceux qui ne croient pas à son existence ont peur d'elle. Certains enquêtés font la remarque suivante : « Nous ne croyons pas au SIDA, nous le craignons ». Une peur qui émane de la terreur des maladies mortelles et qui conduit les gens à manifester des attitudes négatives, à savoir la stigmatisation, la discrimination et le rejet à l'égard de ceux qui vivent avec le VIH/SIDA.

Le fait de n'avoir jamais vu de malade du SIDA prive la population d'une preuve objective de l'existence de la maladie. Les PVVIH qui sont disposées à révéler leur état peuvent donc jouer un rôle vital dans la prise de conscience des communautés de la réalité de l'épidémie. Malheureusement, dans une société comme la nôtre qui cultive la stigmatisation, les PVVIH qui dévoilent leur statut sérologique peuvent s'exposer à de graves conséquences.

La stigmatisation est issue de la méconnaissance du VIH et du SIDA et de leurs modes de transmission. Des lacunes sont relevées dans les connaissances des enquêtés sur les modes et facteurs de transmission du VIH. Le rapport sexuel, la cohabitation, la co-résidence, les piqûres d'insecte sont énumérées comme source de contamination de la maladie.

En outre, la société malagasy est non seulement pudique mais aussi tabou. Des interdits et des tabous limitent l'usage de langage d'attitude et de pratique se rapportant à la sexualité. Pourtant, le virus se transmet principalement par le rapport

sexuel. Par conséquent, le porteur du virus est considéré comme quelqu'un qui a transgressé les règles sociétales en matière de sexualité, notamment les relations sexuelles avant le mariage ou avec des partenaires multiples, la prostitution, la pratique de l'homosexualité,... Des pratiques sexuelles considérées comme déviantes.

Enfin, la stigmatisation et la discrimination sont aussi provoquées par le caractère mortel du SIDA, la manière irresponsable dont les médias parlent de l'épidémie et les peurs liées à la maladie et à la mort.

Tous ces facteurs mènent à conclure que les porteurs du virus méritent ce qui leur arrive et méritent d'être exclus. La stigmatisation et la discrimination sont alors considérées comme socialement acceptables.

Comme si le VIH et le SIDA ne faisaient pas suffisamment de dégâts : la stigmatisation liée au virus et la discrimination à l'encontre des personnes qui lui sont associées jouent leur triste rôle. Une organisation des droits de l'homme a fait les remarques suivantes : « Les gens atteints du VIH/SIDA doivent faire face à un double danger ; celui de la mort et pendant qu'ils luttent pour rester en vie , celui de la discrimination ».

Les effets de la stigmatisation et de la discrimination sont nombreux pour ne citer que les obstacles à la prévention. La stigmatisation et la discrimination réduisent en silence les individus, sapent leur force, accroît leur vulnérabilité, isolent les PVVIH et les privent des soins et d'appui.

Pour ceux qui sont infectés par le VIH, il en résulte des sentiments de honte et de culpabilité qui entraînent la dépression, la dévalorisation de soi et le désespoir. Des sentiments qui vont influencer négativement l'évolution clinique de l'infection. De plus, de peur des réactions des autres, la plupart d'entre eux sont réticents à parler de leur statut VIH plus avec qui que ce soit jusqu'à ce qu'ils deviennent malades et que le besoin d'assistance soit pressant.

En effet, sur 231 séropositifs, seule une vingtaine suit des traitements sanitaires.

La stigmatisation et la discrimination sapent les efforts de prévention car ceux qui ne connaissent pas leur statut sérologique ont peur de se faire tester, craignant que les

résultats soient divulgués et qu'ils aient à subir la stigmatisation et la discrimination. A cause d'elles, les personnes qui sont atteintes évitent les tests de dépistage et dissimulent leur séropositivité.

Ceux qui sont exposés au risque d'infection et certains de ceux qui sont affectés continuent également de pratiquer une sexualité sans protection parce qu'ils pensent qu'en changeant de comportement, ils susciteront des doutes sur leur statut sérologique.

Dans une société tabou comme la nôtre, la stigmatisation et la discrimination empêchent :

- de parler librement du sexe et du VIH/SIDA
- de poser les questions importantes et d'obtenir les réponses appropriées
- de connaître les différents moyens de protection.

Enfin, elles constituent une violation manifeste des droits humains fondamentaux, à savoir la divulgation du statut sérologique des PVVIH sans leur consentement, la privation de soins, d'emploi et de logement, la violence et les menaces pour leur vie.

La stigmatisation, la discrimination et les violations de la personne sont liées. Elles se créent, se renforcent et se légitiment mutuellement.

ANNEXES

POLITIQUE NATIONALE DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA (PVVS)

Lors de la session extraordinaire de l'Assemblée des Nations Unies sur les VIH/SIDA (UNGASS) en juin 2001, le traitement et la prise en charge de l'infection à VIH ont été reconnus par les chefs d'Etat et les Gouvernements du monde comme un élément de la riposte à la pandémie mondiale du VIH/SIDA. Il se sont fixés un objectif d'ici 2005 : élaborer des stratégies globales en matière de soins et réaliser des progrès sensibles dans leur mise en œuvre afin de soigner les personnes atteintes de VIH / SIDA et de les suivre.

C'est ainsi que Madagascar dispose aujourd'hui d'une politique nationale de prise en charge des PVVIH et des personnes affectées par le VIH / SIDA. Sa mise en œuvre a été précédée d'une formation de médecins malgaches dans l'administration des ARV et le counseling, à l'Ile de la Réunion.

Vu le nombre des médecins ayant profité de cette opportunité, un programme de formation à l'intention d'autres médecins des régions a été établi, dont la mise en œuvre sera assurée par les premiers formés.

Des PVVIH se sont manifestés ou ont été recommandés au secrétariat exécutif (SE) pour solliciter appui et soutien. Le SE a établi, avec l'association RIVE de la Réunion, un accord de coopération relative aux traitements médicaux de ces PVVIH qui sont aujourd'hui une dizaine, regroupées au sein de l'association FIFAFI (Foi espoir amour), première association Malgache des PVVIH. Des organisations confessionnelles et laïques privées, en nombre très limité pour l'instant, s'adonnent à la prise en charge psychosociale des PVVIH et des personnes affectées.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages généraux

- _BECKER . H, 1963 « Etrangers : Etudes en sociologie de déviance »,Paris , Métailié, 1985
- _BOZON . M et LEVI . H « Sexualité et sciences sociales » INED , PUF ,48^{ème} année sept ,oct 1993 numéro 5
- _FERREOL . G « Dictionnaire sociologique » ed, Armand colin ,Paris 1995 ,315p
- _GHIGLIONE . R , MATALON . B « Les enquêtes sociologiques »(théories et pratiques),ed Armand colin ,Paris 1985, 301p
- _GIAMI . A ,1993 « Le questionnaire Analyse des Comportements Sexuels des Français (ACSF), l'influence d'une représentation épidémiologique de la sexualité » in Population ,n°5 . Numéro spécial « Sexualité et sciences sociales » .
- _GOFFMAN . E ,1963 « Stigmate » Les usages sociaux des handicaps, ed de Minuit ,Paris.
- _INSTAT : . « Enquête Démographique et de Santé (EDS) 1997 » , Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales (DDSS) ,nov 1998, 264p .
- « Rapport préliminaire de l'EDS III (2003_2004) » , DDSS, juillet 2004, Measure DHS + ORC MACRO ,33p .
- _LEVI_STRAUSS, « L'identité » ,PUF, Paris 1983
- _MEAD. G. H ,1963 « L'esprit , le soi et la société » , PUF , Paris .
- _MENDRAS . H « Eléments de sociologie » , Armand colin , Paris 1978 .
- _MUCHIELLI . A « Les motivations » .
- _MUGHY . G, DES . CHAMPS . J.C , DOISE .W « Psychologie sociale et expérimentale »,ed Armand colin .
- _REED . E « Féminisme et anthropologie » ed Denoel /Gonthier ,1979, collection femme .
- _STRAUSS . A « Miroirs et masques » , Une introduction à l'interactionnisme 1959 ,Métailié, Paris 1992.
- _XIBBERAS. M « Les théories de l'exclusion » Pour une construction de la déviance, Paris, Méridiens 1993.

Ouvrages spécialisés

_BECKER . C, DOZON .J.P , OBBO . C et TOURE . M « Vivre et penser le SIDA en Afrique » ed Karthala et Codersia, 1999,707p .

_CNLS , Présidence de la république, Secrétariat exécutif :

. « Indicateurs de base pour la mise en œuvre de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA , M/car » mars2003.

. « Rapport du premier forum National sur la lutte contre le VIH/SIDA » du 27 au 29 nov 2003 , Antananarivo .

_DEVILLERS . V et SOJCHER . J « Face au SIDA » ed de l'Université de Bruxelles .

_DIRCEU . B , GRECO « Éthique ,pauvreté et SIDA » santé , Paris 1992 .

_OMS « Le SIDA : Image de l'épidémie » Genève, 1995 , 152p .

_L'OMS et la CEE « Le SIDA : Les faits et l'espoir », sous la direction du Pr Luc MONTAGNIER , sélectionné par l'agence française de lutte contre le SIDA , 4^{ème} édition ,avril 1990 .

_ONUSIDA : - « Cadre conceptuel et base d'action : stigmatisation et discrimination associées au VIH/SIDA », Campagne mondiale contre le SIDA 2002/2003.

-« Inde : discrimination, stigmatisation et déni liés au VIH/SIDA », Genève ,Suisse ,mai 2002, 69p .

- « Ouganda : discrimination, stigmatisation et déni liées au VIH/SIDA » ,Genève, Suisse, mai 2002, 32p .

- « L'épidémie du VIH/SIDA : en parler ouvertement » collections meilleures pratiques de l'ONUSIDA, Outils fondamentaux, 40p .

- « Les jeunes et le VIH/SIDA , une solution à la crise » 2002.

- « Stratégie de prévention efficace dans les milieux à faible séroprévalence », 2001 , 35p

- « Protocole pour l'identification de la discrimination à l'égard des PVVIH » 1211 Genève, 27 Suisse 2001, 40p.

- « Rapport sur l'épidémie mondiale du VIH/SIDA ,2002 ,232p .

- « Rapport sur l'épidémie mondiale du VIH/SIDA , 2004, 4^{ème} rapport mondial 230p.
- « Rapport de l'ONUSIDA » octobre 1999.

_RAHARINANDRASANA . H « Qui fréquente le centre de Conseil et Test Volontaire(CTV) et pourquoi ? » , CTV sur le SIDA Isotry ,mai 2004 .

_RAKOTONANAHARY . H.A.I.V « Réflexions sur le SIDA, épidémie émergente et phénomènes sociaux sous-jacents » , avril 1999, 97p .

_REY . J.L ,1993, « Attentes d'un médecin face aux sciences sociales » in Les sciences sociales face au SIDA , cas africains autour de l'exemple ivoirien » Actes de l'atelier du CRES . Bingerville (Cote d'Ivoire) du 15 au 17 mars .ORSTOM.

_SOMERVILLE . M et ACHESON « Comité international d'éthique sur le SIDA »

Collection Madagascar : Préparer la riposte au VIH/SIDA, PMPS

-RAMANDIMBIARISON . J.C « Etude sur les problèmes de relations sociales des PVVS à M/car : le risque d'exclusion et de stigmatisation » oct 2002 , 36p .

-Société, culture et VIH/SIDA à M/car, PMPS (composante qualitative) :

.ANDRIANAHENINA .R , TSABOTO . J : « Les us et coutumes malagay liés aux relation sexuelles » analyse anthropologique, août 2002.

.NOROARISOA . R , RAZAFINDRABE . L.N « Us et coutumes et comportement sexuel » avril 2003 , 87p .

.RAMILISON . E.N « Société, Culture et VIH/SIDA à M/car » composante qualitative de l'étude , avril 2003 , 50p .

.ZEGERS . M « Société, culture et VIH/SIDA à M/car » Rapport de synthèse, avril 2003, 108p .

Documents sur les sites web

- <http://www.unaids.org>
- <http://lucy.ukc.ac.uk/becker.html>

- <http://Rome.earthlink.net/hsbecker>
- <http://www.unaids.org/publications/documents/human/law/ugandaindiabb.pdf>.

RESUME

Nom : BAYANTE

Prénom : Sarah

Titre du mémoire : **Impacts du sida, les phénomènes de stigmatisation et de discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH/SIDA**

Nombre de pages : **126**

Nombre de tableaux : **13**

Nombre de figures : **06**

Tandis que le SIDA continue sa propagation, certaines personnes nient encore son existence. L'opinion diverge concernant sa réalité. Les autres qui croient à son existence ont du mal à accepter de vivre avec ceux qui sont atteints par le virus. Ces derniers doivent faire face à un double danger : celui de la mort et, pendant qu'ils luttent pour rester en vie, celui de la discrimination qui enfreint les droits fondamentaux de la personne humaine.

La discrimination est issue de la méconnaissance du VIH/SIDA et de sa transmission, de la peur et des préjugés relatifs au VIH/SIDA.

A Madagascar le déni lié au SIDA règne encore d'où la nécessité du témoignage des PVVS. Mais cela semble impossible car ceux qui veulent témoigner sont exposés au risque d'exclusion. La stigmatisation et la discrimination constituent les plus importants obstacles à la prévention, à la fourniture d'une prise en charge, d'un soutien et d'un traitement adéquats à l'atténuation de l'impact. Puisque la stigmatisation et la discrimination sont inacceptables, l'étude a essayé de proposer de solutions pour les éliminer.

Mots clés : SIDA, Personnes Vivant avec le VIH/SIDA(PVVS), stigmatisation, discrimination, exclusion, groupes à risque, sciences sociales.

Directeur de Mémoire : Maître de conférences Mme ANDRIANAIVO Victorine

Adresse de l'auteur :

- résidentielle : **Restaurant BI-KE-EDDY Analakely, 79 Rue Rabezavana Tana 101**
- .téléphonique: fixe :**22 211 65** et mobile **0331114620**

Tirage : 10 exemplaires