

Genre et attitudes de stigmatisation à l'égard des Personnes vivant avec le VIH (PVVIH) au Bénin

Affo Mingnimon Alphonse¹, Djogbenou Yao Robert^{1,2}, Acotcheou Pacôme¹
& Tossou Cocou Rigobert¹

¹Centre de Formation et de Recherche en matière de Population (CEFORP) de l'Université d'Abomey-Calavi (UAC), Bénin

²Département de Démographie, Université de Montréal, Canada

Pour les correspondances : amaffo@gmail.com

Résumé

Contexte : Les attitudes de rejet des PVVIH constituent un frein à l'accès universel et à leurs droits essentiels. Cet article vise à apporter un éclairage sur les disparités de genre en matière de stigmatisation des PVVIH.

Méthodologie : Analyse secondaire des données de l'EDSB 2011-2012. Un indicateur de niveau de stigmatisation a été créé pour faire des analyses multi-variées de régression logistique sur un échantillon de 4813 hommes et 14849 femmes.

Résultats : Pour les deux sexes, avoir un niveau élevé d'instruction, être exposé fréquemment aux médias, être chrétien et appartenir au groupe ethnique Adja déterminent l'attitude bienveillante envers les PVVIH. Il en est de même pour les femmes qui sont en union conjugale, celles qui vivent en milieu rural, celles vivant dans des ménages riches ou celles n'ayant aucune activité économique.

Conclusion: Développer des stratégies de protection des PVVIH en s'appuyant sur les attitudes bienveillantes observées.

Mots clés : stigmatisation, genre, VIH/Sida, Bénin

Abstract

Background: The rejectionist attitudes of PLHIV are a barrier to universal access and their basic rights. This article aims to shed light on gender disparities in the stigmatization of PLHIV.

Methodology: Secondary analysis of the 2011-2012 EDSB data. A stigma level indicator was created to perform multi-varied logistic regression analyzes on a sample of 4813 men and 14849 women.

Results: For both sexes, having a high level of education, being exposed frequently to the media, being a Christian and belonging to the Adja ethnic group determine the caring attitude towards PLHIV. It is the same for women who are in a conjugal relationship, those who live in rural areas, those who live in wealthy households or those who have no economic activity.

Conclusions: Develop protective strategies for PLHIV based on the caring attitudes observed.

Keywords: stigma, gender, HIV / AIDS, Benin

Introduction

Les travaux récents sur le VIH/Sida révèlent une amélioration sensible en matière de prévention et de traitement dans le monde même si l'Afrique de l'Ouest et du Centre continue d'enregistrer des difficultés dues aux comportements des personnes à hauts risques qui étaient déjà mises à l'écart du fait de leur statut avant leur exposition au risque du VIH. D'après un rapport de Médecin sans frontière (2016), bien qu'ayant une prévalence moyenne considérée comme relativement faible au VIH (2,3%), la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre abrite 6,6 millions de PVVIH représentant près du cinquième

(17,9%) du fardeau mondial du VIH en 2014 avec 21% de nouvelles infections et 45% de nouvelles infections chez les enfants. Ces résultats traduisent une contribution de la région de 36% au décès dans le monde alors que la tendance mondiale des décès liés au Sida est en déclin.

Au Bénin, les résultats de l'enquête démographique et de santé réalisée en 2011-2012 (INSAE et ICF International, 2013) révèlent une prévalence globale du VIH de 1,2% avec plusieurs disparités. On note une prévalence plus élevée chez les femmes (1,4%) comparées aux hommes (1,0%).

Il en est de même en milieu urbain (1,6%) comparé au milieu rural (0,9 %). Le même rapport indique qu'une plus forte proportion de femmes (36,7%) a fait le test du VIH comparées aux hommes (13,2%). Les données de surveillance de l'infection à VIH au Bénin indiquent par ailleurs une prévalence de 1,6% chez les femmes enceintes avec une disparité selon le milieu de résidence (urbain : 1,8% ; rural : 0,8%). L'ensemble de ces données renforce le caractère féminin de l'infection au Bénin (Ministère de la Santé, 2018).

En affectant l'individu, le VIH/Sida touche également sa famille ce qui atteste que les besoins des PVVIH ne se limitent pas seulement à une prise en charge biomédicale ; les soutiens psychologique, social et spirituel peuvent également les aider à réduire la stigmatisation à laquelle elles sont confrontées et qui font qu'elles se sentent exclues de la société (Zongo et al., 2009). Le mépris ou l'intolérance constitue donc l'un des obstacles à la lutte contre le VIH/Sida notamment l'accès universel aux programmes de prévention et de traitement. L'histoire de la maladie (Sida) renseigne qu'une place prépondérante était accordée aux aspects biologiques au détriment des questions éthiques et sociales particulièrement celles qui relèvent du respect des droits des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH). En plus du fardeau que constitue le VIH/Sida, les PVVIH sont exposées au rejet, ce qui accentue leur culpabilisation, parfois celle de leur entourage familial (RAP+ Afrique de l'Ouest et du Centre et ONUSIDA, 2002 ; INSAE et ICF International, 2013, op.cit.). Comme dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, les problèmes liés à la sexualité au Bénin sont le plus souvent entourés de tabous fondés sur des représentations et discours parfois dévalorisants, ce qui complexifie davantage leur résolution. L'un des exemples les plus connus est celui des infections sexuellement transmissibles (y compris le VIH/Sida) dont l'apparition chez un individu s'accompagne souvent de risque d'ostracisme. Une telle situation amène les PVVIH à s'isoler et à faire parfois de fausse déclaration sur leur statut sérologique créant ainsi un frein supplémentaire pour leur prise en charge adéquate et exposant du coup leurs partenaires à des risques de contagion encore plus élevés. Les conséquences de l'intolérance à l'égard des PVVIH sont d'abord d'ordre psychosocial avant d'être socioéconomique, épidémiologique, etc. Elles se traduisent par des affects psychologiques, une dégradation de l'environnement socioaffectif et une préoccupation pour la vie du couple et la procréation (RNP+, 2012 ; Beaulieu, 2014).

D'après l'ONUSIDA, la stigmatisation et la discrimination ont largement été des obstacles au test

de dépistage du VIH, la prise en charge correcte des PVVIH et la prévention de la maladie. Elles sont manifestes dans tous les pays et régions du monde par toutes sortes de facteurs, notamment une mauvaise compréhension de la maladie, les fausses perceptions sur la transmission du VIH ainsi que la mauvaise information sur la réalité du Sida, etc. (ONUSIDA, 2005). Face aux comportements de rejet des PVVIH au Bénin, les pouvoirs publics ont pris des mesures législatives et réglementaires qui visent à faire respecter les Droits de ces personnes. Ainsi, naquit la Loi N°2005-31 du 10 Avril 2006 portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/Sida en République du Bénin (Bénin, 2006). Cette disposition renforce l'article 36 de la Loi N° 90-32 du 11 décembre 1990 portant Constitution de la République du Bénin qui prescrit le respect et la considération de toute personne sans discrimination aucune en vue du maintien de la paix et de la cohésion nationale (Bénin, 1990). Par ailleurs, les PVVIH sont encouragées à se constituer en association pour la défense de leurs droits et à promouvoir leur vie socioprofessionnelle avec l'appui des pouvoirs publics et des organisations de la société civile. A terme, le Bénin vise comme le souhaite l'ONUSIDA un accès universel aux activités préventives et curatives du VIH pour réduire sensiblement les cas de nouvelles infections, de décès liés au Sida ainsi que les actes de stigmatisation à l'égard des PVVIH. Dans ce sens, il a été mis en œuvre des interventions pour l'accès universel (prévention, soins et traitements et soutien) qui couvrent plusieurs engagements de l'ONUSIDA. Cependant, les défis qui s'imposent relèvent en partie de l'insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières pour satisfaire les besoins que requièrent les chantiers ouverts dans ce domaine. Par ailleurs, le personnel en poste ne jouit pas forcément d'un statut susceptible de pérenniser leurs interventions au sein de leur unité de travail (CNLS, 2016). Si certains travaux (Nzié, 2010, Beaulieu, 2014 ; Ky-Zerbo et al., 2014, Novignon et al., 2014), ont mis en relief les facteurs explicatifs de la stigmatisation associée au VIH/Sida, les présentes analyses apportent la lumière sur les disparités de genre en rapport les PVVIH.

Objectif

L'objectif général poursuivi est de déterminer les facteurs qui favorisent les attitudes de stigmatisation à l'égard des PVVIH au sein des femmes et des hommes au Bénin.

Revue de littérature et cadre théorique

Revue de littérature

La stigmatisation associée au VIH/Sida s'entend généralement comme tout comportement ou attitude qui vise à jeter de l'opprobre sur un individu présumé porteur d'un vice (VIH) ou tendant à lui faire subir une réprobation sociale parce qu'il a contrevenu à une norme. La discrimination qui en est l'une des manifestations les plus concrètes peut se réaliser par une attitude malveillante ou un comportement de mépris tel une agression verbale, physique, la privation/restriction d'un service ou d'un emploi à la PVVIH alors qu'elle en a droit (Bruyn, 1998 ; Desclaux, 2001). La stigmatisation se manifeste sous deux formes : (i) une forme interne et souvent peu perceptible appelée auto-stigmatisation qui traduit l'intériorisation de la PVVIH des réactions négatives des membres de son entourage (les autres) à son égard pour la crétiniser, l'humilier ou l'éviter et (ii) une forme externe imputée exclusivement à l'altérité et qui se manifeste par une attitude ou un comportement négatif d'ostracisme à son égard. Bruyn (1998, op.cit.) a identifié cinq facteurs de stigmatisations associées au VIH : la mort, la contamination, les relations sexuelles, la consommation de drogues injectables et le rejet des PVVIH. Ce dernier facteur entretenu par certaines croyances religieuses ou morales traduit un moindre engagement communautaire, parfois la désinformation et freine l'application des lois protégeant les PVVIH dans beaucoup de pays. La stigmatisation peut s'étendre parfois au personnel de santé et aux établissements médicaux ce qui oblige certains patients à rechercher des traitements loin de leur cadre habituel de vie. C'est pourquoi le souci de confidentialité sous-tend une implication sélective des soignants dans la prise en charge des PVVIH (Zongo et Ouattara, 2008 ; Médecin sans frontière, 2016). D'après l'ONUSIDA la stigmatisation et la discrimination restreignent la volonté des personnes à connaître leur statut sérologique et limitent le recours au dépistage. Elles favorisent également le déni de la maladie (Sida) et freinent le recours des PVVIH au traitement. Le même rapport révèle que plus de la moitié des PVVIH déclarent en être victimes en Chine, au Paraguay et au Rwanda (ONUSIDA, 2010).

La stigmatisation concerne l'individu mais aussi son entourage et contribue au retard de dépistage à cause de la peur qu'elle suscite (Skinner et Mfecane, 2004). Or, la connaissance précoce du statut sérologique au VIH joue un rôle majeur dans la prise en charge, la prévention et l'adoption des comportements sexuels sains chez les PVVIH (Beaulieu, 2014, op.cit.).

Pour réduire les risques de mortalité liés au VIH/Sida, l'ONUSIDA a mis sur pied depuis 2005 un programme d'intensification de l'accès au traitement anti rétroviral (TAR) avec des résultats qui se sont traduits par une diminution de 35% des décès liés au Sida au sein de 16 millions de PVVIH dans le monde dont les trois quarts sont en Afrique subsaharienne. Le Bénin dispose depuis 2001 d'un programme d'accès aux Anti rétroviraux (ARV) dont la phase opérationnelle a démarré en 2002 à Cotonou avant d'être progressivement mise à l'échelle à travers une centaine de sites de prise en charge du VIH. Le programme d'accélération de la riposte au VIH/Sida au Bénin a permis de mettre 37% de PVVIH sous traitement en 2015. Au regard des progrès enregistrés dans le cadre du TAR, l'ONUSIDA envisage, l'accélération de la riposte contre le VIH afin qu'à l'horizon 2020, 90% des PVVIH connaissent leur statut VIH, 90% des PVVIH reçoivent un TAR continu et 90 % de toutes les personnes sous traitement atteignent une suppression virale (ONUSIDA, 2015). En attendant de parvenir à cette fin, les disparités sur les regards empreintes de stéréotypes et de craintes portés par l'entourage sur les PVVIH se maintiennent par endroits. Il importe de les élucider pour permettre aux décideurs d'apporter des solutions adéquates à ces situations qui ne sont pas moins une violation des Droits humains. Le Bénin est considéré comme un pays à épidémie VIH mixte car ayant une prévalence faible (1,2%) au sein de la population globale mais élevée (15,0%) au sein des groupes à haut risque (CNLS, 2016). Si des mesures ne sont pas prises pour réduire les risques à tous les niveaux, le pays restera toujours vulnérable à une épidémie généralisée.

Au plan empirique, peu de travaux ont été réalisés sur la stigmatisation et la discrimination associée au VIH/Sida au Bénin. Les travaux qui se sont intéressés à ce sujet en Afrique ont rapporté les facteurs explicatifs des attitudes de tolérance vis-à-vis des PVVIH. En effet, les facteurs socioculturel, socio-économique, sociodémographique et institutionnel ont été identifiés comme les plus associés au phénomène (Zongo et al., 2009 ; Nzié, 2010 ; Ky-Zerbo et al., 2014 ; Trinitapoli, 2015 ; INSAE et UNICEF, 2015).

Cadre théorique

Le cadre d'analyse s'inscrit dans le courant de l'interactionnisme en particulier, les relations entre identités sociales (réelle et virtuelle) qui se jouent entre deux acteurs dans la détermination mutuelle des comportements des PVVIH et des autres personnes de leur environnement (Le Breton, 2012). D'après Rostaing (2015), le stigmaté est l'attribut qui rend l'individu différent de la catégorie dans laquelle

on voudrait le classer. La stigmatisation s'analyse en terme relationnel et renvoie autant à la catégorie proprement parler qu'aux réactions sociales qu'elle suscite et aux efforts du stigmatisé pour y échapper. Il identifie trois types de stigmaté : (i) les monstruosité du corps marqués par diverses difformités ; (ii) les tares du caractère qui aux yeux d'autrui, prennent l'aspect d'un manque de volonté, de passions irrépressibles ou antinaturelles, de croyances égarées et rigides, de malhonnêteté, et dont on infère l'existence chez un individu parce que l'on sait qu'il est ou a été déviant et (iii) les stigmates tribaux qui peuvent se transmettre de génération en génération et contaminer également tous les membres d'une famille. D'après Goffman (1975), les stigmatisés peuvent être discrédités ou discréditables selon qu'ils laissent apparaître ou dissimulent leur stigmaté. Benoist (2007) retient que la question de la stigmatisation n'est pas neutre. Elle procède d'une forme particulière de conscience, sans laquelle elle demeure invisible. Elle se fonde sur une vision du monde qui traduit l'éthique dont elle procède. Il s'agit parfois d'un jeu symétrique où le regard de l'un (supposé venu d'en haut) écrase celui qu'il rencontre (et qui se croit faible). Se sentant du coup transformé par le regard de l'autre, ce dernier éprouve davantage de difficultés dans l'élaboration de son schéma corporel et peut à l'opposer, réagir pour devenir aussi stigmatisant refusant ainsi l'auto-stigmatisation. Certaines investigations mettent en relief le caractère prépondérant de l'auto-stigmatisation dans les interactions entre les PVVIH et leur entourage qualifié de « normaux ». Parmi ces personnes dites « normaux » peuvent figurer d'autres PVVIH non déclarées ou non connues. Nous désignons ici tous ceux qui sont en interaction avec la PVVIH par l'expression « autres ». Ayant réalisé un travail de recherche sur 219 PVVIH au Burkina Faso, Ky-Zerbo et al. (2014) ont identifié l'auto-stigmatisation comme la forme majeure de stigmatisation (46% de PVVIH l'ayant éprouvé contre 40% de stigmatisation dans les relations interpersonnelles et 11% dans les services de santé). Par ailleurs, les interactions entre les personnes portant des stigmates et les « autres » sont généralement marquées par un certain malaise partagé par chacune des parties.

Sous-produit de la déviance, la stigmatisation évolue en fonction du contexte social dans lequel elle prend forme. Benoist (2007, op.cit.) a mis en évidence une corrélation forte lorsque la discrimination porte sur des traits physiques ou sur une maladie comme le Sida. Il soutient que la stigmatisation s'enracine dans trois champs : (i) la peur ; (ii) l'anomalie et (iii) la régulation sociale. Elle

se manifeste à travers des stéréotypes d'inquiétudes, voire de menaces potentielles, qui au lieu d'être pensées en termes de probabilité le sont en termes de certitudes d'une part et faisant de tout empreinte un caractère indélébile dont l'individu ne peut plus en sortir. L'un des enjeux de la stigmatisation est la difficulté à concilier l'identité sociale réelle de la personne stigmatisée et son identité virtuelle marquée par les attentes de la société à son égard. La stigmatisation résulte d'une interaction entre des rôles plutôt qu'entre des individus ce qui amène la personne stigmatisée à reproduire le jeu de l'interaction, l'ensemble des préjugés relevant de l'altérité : fragilité, honte, affliction (Alpe et al., 2005). Il ressort de tout ce qui précède que la stigmatisation n'existe pas en soi, elle est le résultat d'interactions entre des attributs personnels et des stéréotypes. Pour mettre en évidence la dimension genre de la stigmatisation des PVVIH, nous postulons l'hypothèse selon laquelle, le niveau de tolérance à l'égard des PVVIH est influencé par les facteurs institutionnels, le contexte de résidence, les facteurs culturels, socio-économiques, démographiques, la connaissance du VIH/Sida et l'exposition aux médias.

Données et méthodes

Données

Les données exploitées proviennent de la quatrième édition de l'Enquête Démographique et de Santé du Bénin (EDSB 2011-2012) réalisée par l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE) en collaboration avec Macro International ICF. La population cible est constituée de 19662 répondants (14849 femmes âgées de 15-49 ans et 4813 hommes de 15-64 ans) ayant entendu parler du VIH/Sida et qui ont été interrogés dans le cadre des questions relatives à la stigmatisation des PVVIH.

Définition des variables

La stigmatisation est définie comme un processus par lequel un jugement négatif est porté sur une personne ou un groupe de personnes en raison des attributs qu'elles possèdent (ou qu'ils sont supposés posséder) et qui les rend différents des autres (RNP+, 2012). La discrimination qui en est l'une des manifestations se révèle par un traitement inégal ou injuste infligé à une personne ou un groupe de personnes étiquetées comme déviantes par rapport aux normes admises. Ce cliché peut concerner les relations sociales de manière générale, le cadre associatif, les structures de soins, etc. (RNP+, 2012, op.cit.).

Variable dépendante : Il s'agit du niveau de stigmatisation et de discrimination à l'égard des PVVIH. Pour la mesurer, il a été construit un

indicateur composite : l'Échelle d'Attitudes Stigmatisantes envers les PVVIH (EASE-PVVIH). D'après Beaulieu (2014, op.cit.), l'EASE-PVVIH constitue au plan psychométrique, un outil fiable et valide pour mesurer les attitudes stigmatisantes associées au VIH. Dans le cadre de l'enquête, l'indicateur a été construit à partir de cinq items (questions) issus des outils de collecte. Il a été demandé aux répondants ayant entendu parler du VIH/Sida quelle attitude ils adopteraient s'ils étaient confrontés aux situations suivantes impliquant les PVVIH : (i) prendre soin chez soi d'un parent ayant contracté le VIH ; (ii) acheter des légumes frais chez un commerçant vivant avec le VIH ; (iii) autoriser une enseignante ayant contracté le VIH mais qui n'est pas malade à continuer à travailler ; (iv) garder secret l'état d'un membre de la famille ayant contracté le VIH et (v) partager la nourriture avec une personne vivant avec le VIH. L'indicateur ainsi conçu comporte trois modalités : (i) aucune tolérance des cinq attitudes ; (ii) accord avec au moins une attitude bienveillante et (iii) accord avec les cinq attitudes bienveillantes.

Variables indépendantes

Parmi les variables indépendantes considérées à partir de la revue de la littérature figurent celles-ci contre : (i) connaissance du VIH/Sida ; (ii) milieu de résidence ; (iii) niveau de vie du ménage ; (iv) niveau d'instruction ; (v) occupation principale ; (vi) ethnie ; (vii) religion ; (viii) âge ; (xix) exposition aux médias et (x) état matrimonial. Les taux de couverture de chacune de ces variables retenues sont tous à 100% (cf. tableau A1 en annexe) ce qui atteste de leur bonne qualité pour conduire les analyses.

Méthodes

Trois niveaux d'analyse ont été effectués. Premièrement, des analyses descriptives univariées ont été utilisées pour décrire la distribution en pourcentage de l'échantillon par variable d'étude. Ensuite, les analyses bivariées (tableaux croisés avec le test de Khi deux) ont été effectuées pour décrire les associations entre le niveau de stigmatisation et de discrimination à l'égard des PVVIH et chacune des variables indépendantes. Enfin, une modélisation logistique multinomiale a été utilisée pour calculer les rapports de risques relatifs (Relative Risk Ratio : RRR) avec des intervalles de confiance de 95%, entre chacune des variables indépendantes et le niveau de tolérance envers les PVVIH. Le choix de cette méthode est justifié par l'objectif de l'étude et la nature qualitative à trois modalités de la variable dépendante.

Spécification du modèle multinomial

Cette méthode d'analyse multi-variée réservée aux variables qualitatives de plus de deux modalités repose sur l'idée selon laquelle une variable à expliquer représente les possibilités de choix d'un individu parmi $M+1$ possibilités (modalités) et donc ses préférences. La régression logistique multinomiale est donc une généralisation de la régression logistique binomiale sur des variables à expliquer à plusieurs modalités. Contrairement au modèle binomial où un seul vecteur de paramètres β suffit pour déterminer les deux probabilités, puisque $\Pr(y_i=0) + \Pr(y_i=1) = 1$, dans le modèle multinomial, plusieurs vecteurs de paramètres β_j différents pour chaque modalité sont nécessaires pour estimer la probabilité de la réalisation d'une modalité par rapport à la modalité de référence. Les coefficients de ce modèle sont toujours relatifs à la modalité de référence de la variable dépendante. Dans un modèle multinomial à $M+1$ modalités, la probabilité du choix j pour l'individu i est donnée par l'expression :

$$P(y_i = j) = \frac{\exp(x_i a_j)}{\sum_{k=0}^M \exp(x_i a_k)} = \frac{1}{1 + \sum_{\substack{k=0 \\ k \neq j}}^M \exp(x_i (a_k - a_j))}$$

Avec x_i le vecteur des caractéristiques de l'individu i et a_j le vecteur caractéristique de la modalité j . Dans ce modèle, les probabilités s'écrivent de la façon suivante :

$$P(y_i = 0) = \frac{1}{1 + \exp(x_i (a_1 - a_0)) + \exp(x_i (a_2 - a_0))}$$

$$P(y_i = 1) = \frac{1}{1 + \exp(x_i (a_0 - a_1)) + \exp(x_i (a_2 - a_1))}$$

$$P(y_i = 2) = \frac{1}{1 + \exp(x_i (a_0 - a_2)) + \exp(x_i (a_1 - a_2))}$$

Comme la variable dépendante a trois modalités : (i) aucune tolérance des cinq attitudes ; (ii) accord avec au moins une attitude bienveillante et (iii) accord avec les cinq attitudes bienveillantes, seuls les coefficients α_2, α_3 , seront estimés dans le modèle et on fixe α_1 . Ceci implique que les risques observés sont relatifs à la catégorie « aucune tolérance des cinq attitudes ». Nous voulons expliquer ici, l'accord des répondants avec au moins une attitude bienveillante envers les PVVIH et leur accord avec les cinq attitudes bienveillantes à l'égard des PVVIH par rapport à « aucune tolérance des cinq attitudes » qui est la modalité de référence.

Résultats

Description de l'échantillon

Le tableau 1 ci-dessous décrit les différentes caractéristiques de l'échantillon chez les femmes et les hommes. L'échantillon total pour l'analyse comprenait 14849 femmes et 4813 hommes. Globalement, 48% des femmes et 47% des hommes résident en milieu urbain contre 52,1% des femmes et 53,1% des hommes en milieu rural. En ce qui concerne le niveau de vie du ménage, respectivement 32,2% et 31,5% des femmes et des hommes vivent dans les ménages pauvres contre 49% des femmes et des hommes dans les ménages riches chacun. Environ 60,5% des femmes et 56,1% des hommes sont chrétiens contre 20% des femmes et 22,2% des hommes musulmans. Par ailleurs, plus de la moitié des femmes (56,6%) et plus du tiers (34,5%) des hommes sont sans niveau d'instruction contre respectivement 25% et 41,3% des femmes et des hommes ayant le niveau secondaire ou plus. Environ 35% des femmes appartiennent aux catégories d'âges 15-24 ans et 25-34 ans chacune. Par contre, chez les hommes, respectivement 31,3% et 30% sont dans les catégories d'âges de 15-24 ans et 35-49 ans. Globalement, la majorité des répondants était exposée aux médias plus d'une fois par semaine (46,9% des femmes et 63% des hommes). Enfin, quel que soit le sexe des répondants, plus de 60% sont en union contre 24% des femmes et 35% des hommes célibataires.

Tolérance des hommes et des femmes ayant entendu parler du Sida à l'égard des PVVIH

Comme l'indique le tableau 2, l'attitude bienveillante la plus courante exprimée à l'égard des PVVIH est le fait « de savoir qu'on peut partager la nourriture avec une PVVIH sans contracter le VIH ». Elle est exprimée par 67,7% des femmes et 76,9% des hommes. Par contre, celle la moins partagée est « l'achat des légumes frais auprès d'un marchand ou vendeur PVVIH » exprimée par 40% des femmes et 44% des hommes. Considérant le niveau de tolérance, le graphique 1 révèle que la proportion de répondants qui se montreraient tolérants dans les cinq attitudes bienveillantes réunies citées envers les PVVIH est deux fois moins élevée chez les femmes (6%) comparées aux hommes (14%). Lorsqu'il s'agit de l'une au moins des cinq attitudes bienveillantes, plus de femmes (89%) que d'hommes (83%) se montreraient tolérantes à l'égard des PVVIH.

Variations différentielles du degré de stigmatisation et de discrimination à l'égard des PVVIH

Le tableau 3 décrit l'association entre le degré de stigmatisation et de discrimination et les variables

indépendantes. Il révèle qu'aussi bien chez les hommes que chez les femmes, le milieu de résidence, le niveau de vie du ménage, le niveau d'instruction, l'occupation principale, l'exposition aux médias, la religion et l'ethnie sont significativement associées au degré de tolérance envers les PVVIH. Il en est de même du « statut matrimonial » uniquement chez les femmes. Par contre l'âge de l'individu n'est pas significativement associé au degré de stigmatisation et de discrimination chez les deux sexes.

En considérant l'ensemble des cinq attitudes favorables, on note une accentuation de la tolérance à l'égard des PVVIH en milieu urbain qu'en milieu rural tant chez les femmes (8,3% contre 4,3%) que chez les hommes (18,1% contre 10,9%). De même, cet indicateur suit la même tendance selon le niveau d'instruction des répondants des deux sexes. En effet, plus les femmes sont instruites, plus nombreuses, elles expriment des attitudes bienveillantes envers les PVVIH (11,8% chez les femmes de niveau secondaire ou plus ; 11,7% chez celles qui ont le niveau primaire et 3,6% chez les non instruites). Les mêmes tendances sont observées chez les hommes mais de manière un peu plus accentuée (respectivement 22,3% ; 12,3% et 6,2%). Par ailleurs, les proportions des individus qui expriment des attitudes bienveillantes augmentent à mesure que le niveau de vie de leur ménage s'améliore. Ces proportions passent de 3,4% dans les ménages les plus pauvres à 4,4% dans les ménages de niveau de vie moyen et 8,8% dans les ménages les plus riches chez les femmes. La tendance est la même chez les hommes (8,6% ; 11,8% et 19,0% respectivement). Le degré d'exposition aux médias induit également une attitude de tolérance à l'égard des PVVIH. En effet, les femmes exposées plus d'une fois par semaine aux médias (8,2% contre 3,7% pour celles qui n'y sont jamais exposées) se comporteraient de manière plus tolérante vis-à-vis des PVVIH. Il en est de même chez les hommes (15,8% contre 8,5% respectivement). En ce qui concerne la religion, on note que les femmes chrétiennes (7,4%), les sans religions (5,3%) suivi des musulmanes (4,7%) se montreraient plus tolérantes à l'égard des PVVIH. Par contre, chez les hommes, la tendance est plus élevée chez les sans religions (16,7%) suivi des chrétiens (16,2%) et des musulmans (10,5%). L'analyse selon le groupe ethnique révèle que les femmes Yorouba (8,4%), Fon (7,2%) et Adja (6,3%) auraient une attitude plus bienveillante à l'égard des PVVIH alors que chez les hommes, ce sont plutôt les Adja (21,1%), les Fon (15,5%) et les Yorouba (13,3%) qui se montreraient plus tolérants. En ce qui concerne l'état matrimonial, les femmes célibataires (8,5%) suivi des veuves ou séparées (7,9%) se montreraient plus tolérantes

envers les PVVIH que les femmes en union (5,3%) se montreraient plus tolérantes envers les PVVIH si elles se trouvaient confronter aux cinq attitudes réunies.

Facteurs associés au niveau de tolérance envers les PVVIH au Bénin

Les déterminants du niveau de tolérance envers les PVVIH varient selon le sexe des répondants (cf. tableau 4 ci-dessous). Aussi bien chez les femmes que chez les hommes, le niveau d'instruction, l'exposition aux médias, la religion et le groupe ethnique d'appartenance sont les facteurs associés au degré de tolérance à l'égard des PVVIH au seuil de 5%. En plus, l'état matrimonial, l'activité économique, le niveau de vie du ménage et le milieu de résidence influencent également ce phénomène uniquement chez les femmes.

Les résultats montrent que, le risque relatif pour les femmes résidant en milieu urbain d'exprimer au moins une attitude bienveillante envers les PVVIH par rapport à aucune attitude bienveillante était 19% moins élevé que chez celles résidant en milieu rural. De même, le risque pour les femmes vivant dans les ménages de faible et moyen niveaux de vie d'exprimer au moins une attitude bienveillante envers les PVVIH par rapport à aucune attitude était respectivement de 33% et 26% moins élevé que chez celles vivant dans les ménages riches. S'agissant de toutes les cinq attitudes, le risque est respectivement de 46% et 41% moins élevé chez les femmes qui vivent dans les ménages de faible et moyen niveaux de vie que celles vivant dans les ménages riches.

Quel que soit le sexe des répondants, le risque d'exprimer des attitudes bienveillantes à l'égard des PVVIH plutôt que de n'exprimer aucune attitude augmente avec le niveau d'instruction. En effet, le risque pour les femmes qui ont les niveaux primaire et secondaire ou plus d'avoir exprimé au moins l'une quelconque des cinq attitudes bienveillantes envers les PVVIH par rapport à aucune attitude exprimée, était respectivement 33% et 296% plus élevé que chez les femmes sans niveau d'instruction. En considérant, l'ensemble des cinq attitudes bienveillantes, les mêmes tendances s'observent avec des risques relatifs beaucoup plus élevés pour les femmes du niveau primaire (RRR= 91 ; 95% [IC : 1,42-2,57]) et pour celles du niveau secondaire ou plus (RRR= 9,97 ; 95% [IC : 6,88-14,45]). Chez les hommes la tendance est encore plus accentuée avec une augmentation importante des risques relatifs. Comparés donc au même groupe de référence, le risque relatif pour les hommes du niveau primaire et ceux du niveau secondaire ou plus était respectivement 161% et 1255% plus élevé

d'exprimer toutes les cinq attitudes bienveillantes envers les PVVIH par rapport à aucune.

Toutes choses égales par ailleurs, le risque pour les femmes agricultrices d'être tolérantes à l'égard des PVVIH dans une à quatre situations par rapport à aucune est 27% moins élevé que chez les femmes n'exerçant aucune activité. De même, les femmes célibataires ont 29% moins de chance de se montrer tolérantes si elles se trouvaient confrontées aux cinq situations que celles qui sont en union. Par ailleurs, comparées aux femmes chrétiennes, le risque relatif pour les femmes des religions endogènes et celles « sans religion » d'être tolérantes à l'égard des PVVIH dans au moins une attitude par rapport à aucune attitude bienveillante était respectivement 29% et 27% moins élevé. Chez les hommes, le risque pour les musulmans et les « sans religion » d'avoir des attitudes tolérantes dans une à quatre situations envers les PVVIH était respectivement 52% et 59% moins élevé que chez les chrétiens.

En considérant le groupe ethnique Adja, le risque pour les femmes Fon, Bariba, Yorouba et autres groupes ethniques d'exprimer toutes les cinq attitudes tolérantes par rapport à aucune attitude, était respectivement 63% ; 71% ; 61% et 80% moins élevé. Chez les hommes, comparés au même groupe de référence, les Fon, Bariba et autres groupes ethniques ont respectivement 79% ; 81% et 69% moins de chance d'être tolérants s'ils se trouvaient dans les cinq situations. Enfin, le risque pour les femmes qui sont exposées une fois par semaine et de celles qui ne sont pas du tout exposées aux médias d'exprimer les cinq attitudes bienveillantes à l'égard des PVVIH par rapport à aucune était respectivement de 29% et 38% moins élevé que chez celles qui sont exposées plus d'une fois par semaine.

Discussion

Les analyses établissent un lien positif entre le niveau d'instruction secondaire et plus et l'attitude de bienveillance à l'égard des PVVIH. Il en est de même pour l'exposition aux médias. Un niveau d'instruction élevé offre plus de capacité et de possibilité de connaissance, de discernement et de s'informer sur la réalité du VIH/Sida au sein des personnes infectées et affectées pour mieux comprendre leur état d'esprit. Les travaux de Nzié (2010) au Cameroun confirment que le risque de stigmatisation des PVVIH diminue avec le niveau d'instruction.

En ce qui concerne les médias on note qu'ils diffusent comme d'autres sources, des informations sur le VIH dont certaines sont parfois erronées et contribuent à exposer les PVVIH à la stigmatisation. Face à la mauvaise information, se sentir porteur du virus du Sida est considéré comme un drame d'autant

plus difficiles à vivre que les raisons de ressentir de la détresse dans une telle situation sont multiples en nature et en intensité. Il s'agit a priori du présage d'une mort qui peut parfois dépasser les angoisses qu'engendrerait la maladie elle-même (Macalou et Konaté, 2006 ; Egrot, 2007). Or, comme toute maladie chronique, il est possible de vivre avec le VIH/Sida pendant longtemps sous certaines conditions thérapeutiques. C'est pourquoi considérer le Sida comme toute maladie chronique devrait être une priorité en termes de communication et d'information pour améliorer la vie des PVVIH (Diarra et Moumouni et al., 2008). Avec la prolifération des médias au Bénin, l'information est de plus en plus accessible et à moindre coût auprès des médias qui diffusent des messages de sensibilisation sur le VIH/Sida. Dans ces conditions, ne pas s'informer peut entretenir la méconnaissance du VIH/Sida, pousser à des conduites à risque ou amener à considérer la maladie (Sida) comme une sanction résultant de la transgression des normes sociales du fait de son lien avec la sexualité et au sang qui sont porteurs d'une forte charge symbolique (Desclaux, 2003). Il convient cependant de souligner qu'avec l'avènement des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC), il est plus difficile de contrôler la qualité des informations sur le VIH/Sida diffusées par les médias. Le caractère transnational des nouveaux médias rend encore plus complexe leur régulation ce qui fait d'eux un vecteur qui comporte également des risques.

En ce qui concerne la religion, Novignon et al. (2014) au Ghana ont révélé des liens positifs entre l'appartenance religieuse et la stigmatisation associée au VIH. La tolérance figure parmi les caractéristiques du christianisme, du moins dans sa doctrine de base. Cela peut justifier en partie que l'attitude de bienveillance associée aux PVVIH soit en relation avec le christianisme qui prêche la tolérance à toutes épreuves. L'évangile de Matthieu 5, 38-42 dans la Sainte Bible invite à la nouvelle justice face à la loi du talion. Mais cette posture théologique n'explique pas toujours les interactions entre les PVVIH et les « autres ». Les travaux de Trinitapoli (2015, op.cit.) montrent qu'au Malawi, le regard porté par les chefs religieux sur le VIH/Sida est fondée sur leur compréhension épidémiologique locale qui privilégie une approche pragmatique visant à raffermir le contrôle religieux, à préserver la stabilité des communautés et à freiner la propagation du VIH. Cette approche plus concentrée sur la communauté que sur l'individu amène l'auteur à considérer la religion plutôt comme une ressource dont les individus peuvent se servir stratégiquement dans la conduite de leur existence.

Les analyses montrent que femmes en union conjugale et celles vivant en milieu rural ont une attitude bienveillante à l'égard des PVVIH. De façon générale, la prévalence au VIH est plus élevée chez les femmes en âge de procréer que les hommes au Bénin (INSAE et ICF, 2013, op.cit.). Généralement, les femmes en union ont moins de possibilité de contrôler la sexualité de leur conjoint. La situation est encore plus complexe lorsqu'elles sont dans une union polygamique. Les femmes en union savent donc qu'elles ne sont pas à l'abri d'une infection au VIH du fait de leur conjoint. Cette crainte peut les amener à comprendre davantage les difficultés des PVVIH et les soutenir. De même, vivre en dehors des liens du mariage notamment en milieu rural peut exposer la femme à des discours d'immoralité qui ne relèvent pas moins de la stigmatisation. Le déficit d'autonomie des femmes en union conjugale peut également expliquer une attitude bienveillante de façade à l'égard des PVVIH mais qui en réalité cache soit une indifférence, soit une intolérance.

Sur un autre plan, contrairement aux résultats de Nzié (2010, op.cit.) et comme le soulignent Novignon et al., (2014, op.cit.), vivre en milieu rural diminue le risque d'intolérance associé au VIH. La solidarité qui caractérise la vie à la campagne peut pousser les femmes à avoir une attitude bienveillante à l'égard des PVVIH. Bien souvent, la vie en communauté se manifeste par le partage des peines et bonheur des uns par les autres. L'attitude bienveillante envers les PVVIH chez les femmes rurales peut participer de l'entraide et de la solidarité. Cela peut également revêtir un soutien psychologique social ou spirituel qui pourrait contribuer à atténuer les émotions notamment, l'angoisse résultant de la découverte de leur séropositivité perçue comme prélude à une mort inéluctable (Zongo et al., 2009).

Les résultats selon lesquels les femmes vivant dans des ménages de niveau de vie élevé ont une attitude bienveillante à l'égard des PVVIH sont en partie conformes à ceux de l'enquête MICS 2014 au Bénin (INSAE et UNICEF, 2015) qui ont mis en relief un lien positif entre l'expression d'attitudes bienveillantes à l'égard des PVVIH et le niveau de vie (3% dans les ménages les plus pauvres et 13% dans ceux plus riches pour les femmes contre 9% et 20% respectivement pour les hommes). Si Essendi et Wandibba (2011) au Kenya ont mis en relief une forte stigmatisation associée à la tuberculose et au VIH/Sida et à la pauvreté, les travaux de Nzié (2010, Op.cit.) au Cameroun et de Novignon et al., (2014, op.cit.) au Ghana ont révélé l'attitude bienveillante des riches à l'égard des PVVIH.

Les femmes vivant dans les ménages de niveau de vie élevé ont plus de possibilité d'apporter un soutien

aux personnes en difficulté comme les PVVIH. Leur attitude bienveillante peut annoncer une générosité en cas de nécessité et conforter leur leadership au sein de la société.

En ce qui concerne les femmes n'ayant pas d'activité économique, elles sont le plus souvent dans une situation instable et d'insécurité. Cette vulnérabilité peut les amener à comprendre les difficultés des PVVIH car les deux parties partagent des difficultés de nature différente. Ces femmes peuvent même espérer profiter du dynamisme de certaines associations de PVVIH qui sont des creusets de solidarité, d'entraide et de développement d'activités génératrices de revenu. Ces associations qui représentent une niche de vie pour leurs membres peuvent susciter l'intérêt des personnes n'ayant pas d'activité économique.

En terme d'implication pour les politiques publiques on note que l'accès universel à la maîtrise du VIH à travers sa prévention et la prise en charge des PVVIH ne saurait être une réalité si des séropositifs continuent de faire l'objet de stigmatisation.

Désormais les politiques publiques pourraient prendre en compte le niveau d'instruction, l'exposition aux médias, la religion et le groupe ethnique pour initier des actions dans la population en générale. Par ailleurs, l'état matrimonial, le milieu de résidence, l'activité économique et le niveau de vie du ménage pourraient servir de base pour des actions ciblées à l'endroit des femmes dans les futurs programmes de prise en charge et de protection des PVVIH contre la stigmatisation liée aux disparités de genre. Pour être efficaces, les nouvelles stratégies de prévention du VIH et de prise en charge des PVVIH gagneraient à mobiliser une pédagogie holistique genre-sensible dans leur mise en œuvre. Dans ce sens, les politiques et programmes développés en faveur des PVVIH devront mettre un accent particulier sur les PVVIH les plus vulnérables notamment celles qui sont peu favorisées en terme de disparité de genre. Ces interventions pourraient viser le renforcement du soutien psychologique individuel et de groupe en plus des soins médicaux, de l'appui nutritionnel et d'autres conseils qui leur sont prodigués ainsi qu'aux personnes qui s'occupent de leur prise en charge, tout en soutenant le maintien des enfants à l'école le plus longtemps possible.

Conclusion

L'objectif de cet article est de déterminer les disparités de genre en matière de stigmatisation des PVVIH. Les analyses montrent que quel que soit le sexe du répondant, avoir un niveau d'instruction élevé, être exposé aux médias plus d'une fois par semaine, être chrétien et appartenir au groupe

ethnique Adja déterminent l'attitude bienveillante à l'égard des PVVIH. Il en est de même pour les femmes qui sont en union conjugale, celles qui vivent en milieu rural, ou celles vivant dans des ménages de niveau de vie élevé ou celles n'ayant pas activité économique.

En dépit des résultats obtenus, cette étude comporte des limites qu'il convient de souligner. Premièrement, l'indicateur du niveau de stigmatisation et de discrimination à l'égard des PVVIH tel qu'il est construit peut être source de biais et pourrait minimiser le phénomène de stigmatisation. En effet, dans la mesure où l'indicateur a été appréhendé à partir des questions sur les perceptions ou les comportements et les attitudes des individus s'ils se trouvaient devant différentes situations avec les PVVIH, ces individus peuvent fournir des réponses qui ne reflètent pas toujours la même attitude s'ils se trouvaient en situation réelle. Deuxièmement, l'étude ne permet pas de connaître l'évolution du phénomène, ni les changements d'attitudes et de comportements des répondants dans le temps. Enfin, l'échantillon ne permet pas de distinguer réellement les séropositifs.

En termes de perspective de recherche, il sera nécessaire de réaliser des études mixtes (combinant données quantitatives et qualitatives) prenant en compte le genre sur les attitudes de stigmatisation à l'égard des PVVIH en vue d'appréhender le phénomène dans sa globalité.

Références bibliographiques

- Alpe, Y. et al. (2005) « Lexique de sociologie », Paris Dalloz, 329p
- Atta, K. (2012) « Approche psycho-qualitative du VIH/Sida en contexte africain : cas du vécu de l'infection chez des patients du Service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT) d'Abidjan » Recherches qualitatives – Vol. 31(1), pp. 130-151. <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/> Association pour la recherche qualitative
- Beaulieu, M. (2014) « Attitudes stigmatisantes envers les personnes vivant avec le VIH : développement et validation d'un instrument de mesure intégrant un dispositif participatif », Thèse de doctorat (PhD) en Santé publique Option Promotion de la santé, Faculté des études supérieures, Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique, 356p.
- Benin (République du), (1990) « Loi N° 90-32 du 11 décembre 1990 portant Constitution de la République du Bénin », Cotonou, 37p.
- Benin (République du) (2006) « Loi No 2005-31 du 10 avril 2006 portant prévention, prise en charge

- et contrôle du VIH/SIDA en République du Bénin », Cotonou, 27p.
- Benoist, J., (2007), « Logique de la stigmatisation, éthique de la déstigmatisation », Revue L'Information psychiatrique, vol. 83, no 8, pp. 649-654.
- Bruyn, T (1998) « HIV/AIDS and discrimination: a discussion paper », Canadian HIV/AIDS Legal Network and Canadian AIDS Society, Montréal, 235p.
- CNLS, 2016 « Rapport de suivi de la déclaration de politique sur le VIH/Sida au Bénin », Cotonou, 61p.
- Desclaux, A. (2001) « Une étrange absence de crise : l'adaptation des systèmes de santé du Sud au VIH/SIDA ». In: Hours B, editor. Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie, Paris, Karthala ; pp 87- 102.
- Desclaux, A. (2003) « VIH/SIDA, stigmatisation et discrimination : une approche anthropologique ». Etudes et rapports, série spéciale n°20, Division des politiques culturelles et du dialogue interculturel, UNESCO 2003, pp. 1-10.
- Desclaux, A. et TAVERNE, B. (2000), Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest : de l'anthropologie à la santé publique, Paris, Les Éditions Karthala, Collection Médecines du monde, 556p.
- Diarra, A. et Moumouni, A. et al. (2008) « Le vécu quotidien des personnes vivant avec le VIH à Niamey » Niamey, Etudes et travaux du LASDEL, 50p
- Egrot, M. (2007), « Renaître d'une mort sociale annoncée : recomposition du lien social des personnes vivant avec le VIH en Afrique de l'Ouest (Burkina Faso, Sénégal) », Cultures & sociétés, pp.49-56.
- Essendi H, et Wandibba S. (2011) : "Barriers to health care by women infected with Tuberculosis in Kibera slums in Nairobi", Kenya, African Population Studies Vol 25, 1 (Supplement) 2011, pp 17-33.
- Goffman, E. (1977) Stigmates : les usages sociaux des handicaps, Paris, Ed. de Minuit, 1977 (1ère éd. 1963), Collection Le sens commun , 176p
- INSAE et ICF International (2013), « Enquête Démographique et de Santé du Bénin 2011-2012 ». Calverton, Maryland, USA, Rapport final, 551p.
- INSAE et UNICEF (2015) « Enquête par grappes à indicateurs multiples 2014 », Rapport final, Cotonou, 247p.
- Konan, Y., E. & al. (2008) : « Perception des personnes vivant avec le VIH sur l'infection à VIH. À propos d'une enquête réalisée au Centre d'assistance socio-médicale de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire », Cah. Santé Publique, Vol. 7, n°1- 2008 EDUCI, pp7-16.
- Ky-Zerbo, O. et al. (2014) « La stigmatisation des PVVIH en Afrique: analyse de ses formes et manifestations au Burkina Faso » NIH Public Access Santé Publique ; 26(3): 375-384.
- Le Breton, D. (2012). L'interactionnisme symbolique, Paris, PUF, 256p.
- Macalou, C. et Konate, S. (2006) « Lutte contre la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH/SIDA au moyen de l'éducation non formelle dans les communes de Koulikoro et de Banamba en République du Mali », ROCARE, 29p.
- Ministère de la Santé, (2018) : « Annuaire des statistiques sanitaires 2017 », Cotonou, 143p.
- Novignon, J. & al., (2014) "HIV/AIDS-related stigma and HIV test uptake in Ghana: evidence from the 2008 Demographic and Health Survey", African Population Studies, Vol. 28, N° 3, 2014.
- Nzie, A. (2010), « Facteurs associés aux attitudes de stigmatisation à l'égard des personnes vivant avec le VIH/SIDA au Cameroun », Mémoire de Master Professionnel en Démographie, IFORD, Yaoundé, 103p.
- ONUSIDA (2002), « les jeunes et le VIH/Sida : une solution à la crise, Genève, ONUSIDA, 32p.
- ONUSIDA (2003) « Conseils et test VIH volontaire : une voie d'accès à la prévention et aux soins. Genève: Collection meilleures pratiques de l'ONUSIDA. 65p
- ONUSIDA (2005) « Stigmatisation, discrimination et violations des droits de l'homme associées au VIH. Etudes de cas des interventions réussies », Genève, collection meilleures pratiques de l'ONUSIDA, 80p.
- ONUSIDA (2015) « Statistiques mondiales, Journée mondiale de lutte contre le Sida 2015 » www.unaids.org/en/resources/campaigns/HowAIDSchangedeverything/factsheet
- PNLS (2004) « Politique, normes et procédures pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH au Bénin » Cotonou. 137p.
- RAP+ Afrique de l'Ouest et du Centre et ONUSIDA (2002) : « Analyse situationnelle de la discrimination et stigmatisation envers les Personnes Vivant avec le VIH/SIDA en Afrique de l'Ouest et du Centre : considérations éthiques et juridiques », 42p
- RNP+ (2012) « VIH Leadership à travers la responsabilisation: The people living with HIV Stigma Index », Dakar, 82p.
- Zongo, S. et Ouattara, F (2008) : « Quand la prévention de la transmission mère-enfant du VIH « cause problèmes » : une ethnographie des relations interprofessionnelles dans trois sites de Ouagadougou », Spécial hors-série n°1, Science et technique, Sciences de la santé, pp 107-115.

Skinner, D. et Mfecane, S. (2004) « Stigma, discrimination and the implications for people living with HIV/AIDS in South Africa », *Journal des Aspects Sociaux du VIH/SIDA*, Vol. 1 n°3, pp 157-164.

Trinitapoli, J. (2015) « Sida et vie religieuse au Malawi : repenser l'influence de la dynamique

démographique sur les comportements culturels » Paris, Population, INED Vol. 70, pp 265-293.

Zongo, M. et al. (2009) «Prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH au Bénin », *SFSP.* | « Santé Publique » Vol. 21, pp 631-639.

Tableau I : Répartition des femmes et des hommes selon les caractéristiques de l'échantillon

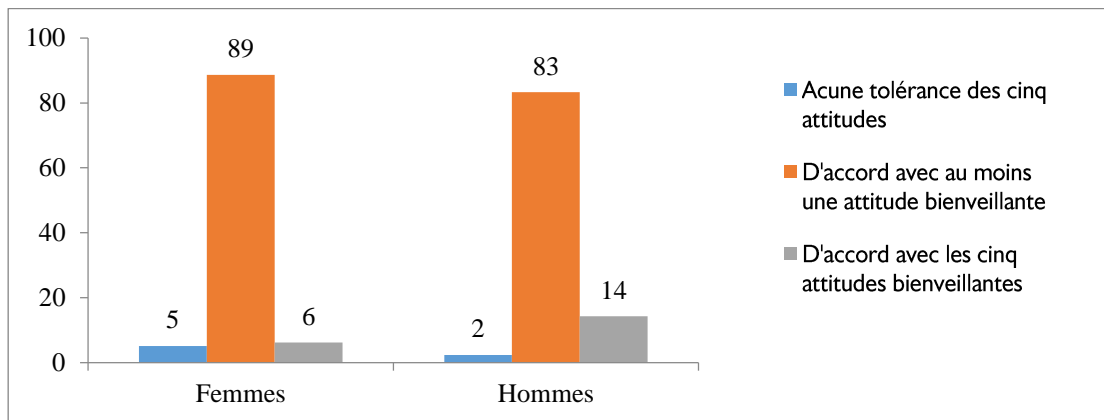
Variables/modalités	Femmes		Hommes	
	Effectifs	Proportion (%)	Effectifs	Proportion (%)
Niveau de vie du ménage	14849	100	4813	100
Pauvre	4777	32,2	1518	31,5
Moyen	2804	18,9	925	19,2
Riche	7268	48,9	2370	49,2
Milieu de résidence	14849	100	4813	100
Urbain	7108	47,9	2255	46,9
Rural	7741	52,1	2558	53,1
Religion	14849	100	4813	100
Chrétien	8982	60,5	2700	56,1
Musulman	2998	20,2	1069	22,2
Endogène	1921	12,9	774	16,1
Sans religion	948	6,4	271	5,6
Ethnie	14849	100	4813	100
Adja	2418	16,3	710	14,7
Fon	7162	48,2	2363	49,1
Bariba	1133	7,6	405	8,4
Yorouba	1768	11,9	572	11,9
Autres ethnies	2368	16,0	764	15,9
Niveau d'instruction	14849	100	4813	100
Aucun niveau	8407	56,6	1658	34,5
Niveau primaire	2733	18,4	1167	24,2
Secondaire ou plus	3709	25,0	1988	41,3
Activité économique	14085	94,90	4772	99,20
Aucune	5297	35,7	1178	24,5
Cadre	3072	20,7	899	18,7
Commerçant	2616	17,6	206	4,3
Agriculteur	2073	14	1432	29,7
Autre	1027	6,9	1057	22,0
Age de la femme	14849	100	4813	100
15-24 ans	5187	34,9	1507	31,3
25-34 ans	5243	35,3	1214	25,2
35-49 ans	4419	29,8	1429	29,7
50-64 ans	-	-	664	13,8
Exposition aux médias	14849	100	4813	100
N'a jamais été exposée	4894	33	750	15,6
Exposée une fois par semaine	2995	20,2	1023	21,2
Exposée plus d'une fois par semaine	6960	46,9	3040	63,2
État matrimonial	14849	100	4813	100
Célibataire	3620	24,4	1684	35
En union	10377	69,9	2980	61,9
En rupture d'union	852	5,7	149	3,1

Source : Enquête Démographique et de Santé du Bénin, 2011-2012

Tableau 2 : Pourcentage des hommes et femmes de 15-49 ans ayant entendu parler du Sida et exprimant des attitudes de tolérance dans des situations déterminées à l'égard des PVVIH

Attitudes de tolérance à l'égard des PVVIH	Femmes		Hommes	
	Effectifs	%	Effectifs	%
S'occuper à la maison d'un parent ayant le sida	8579	57,8	3381	70,2
Acheter des légumes frais à un commerçant vivant avec le VIH	5995	40,4	2126	44,2
Penser qu'une enseignante vivant avec le VIH mais qui n'est pas malade devrait être autorisée à continuer d'enseigner	8069	54,3	2818	58,5
Penser qu'il n'est pas nécessaire de garder secret l'état d'un membre de la famille ayant le VIH	6180	41,6	2514	52,2
Penser qu'on peut partager la nourriture avec une PVVIH sans contracter le VIH	10056	67,7	3703	76,9

Source : Enquête Démographique et de Santé du Bénin, 2011-2012

Graphique 1 : la proportion des femmes et d'hommes exprimant des attitudes bienveillantes sur tous les cinq indicateurs à l'égard des personnes vivant avec le VIH

Source : Enquête Démographique et de Santé du Bénin, 2011-2012

Tableau 3 : Répartition (%) des répondants exprimant le degré de tolérance par sexe selon certaines caractéristiques

Variables	Nombre d'attitudes favorables chez les femmes									Nombre d'attitudes favorables chez les hommes								
	Aucun			1 à 4 attitudes			5 attitudes			Aucun			1 à 4 attitudes			5 attitudes		
	Eff	%	IC (95%)	Eff	%	IC (95%)	Eff	%	IC (95%)	Eff	%	IC (95%)	Eff	%	IC (95%)	Eff	%	IC (95%)
Niveau de vie du ménage																		
Pauvre	348	7,3	(6,5-8,0)	4267	89,3	(88,5-90,2)	162	3,4	(2,9-3,9)	51	3,4	(2,5-4,3)	1337	88,1	(86,4-89,7)	130	8,6	(7,1-10)
Moyen	158	5,6	(4,7-6,5)	2524	90	(88,9-91,1)	122	4,4	(3,6-5,1)	31	3,4	(2,2-4,5)	785	84,9	(82,6-87,2)	109	11,8	(9,7-13,9)
Riche	259	3,6	(3,1-4,0)	6368	87,6	(86,9-88,4)	641	8,8	(8,2-9,3)	34	1,4	(1,0-1,9)	1886	79,6	(77,9-81,2)	450	19	(17,4-20,6)
Milieu de résidence																		
Urbain	316	4,4	(4,0-4,9)	6199	87,2	(86,4-88,0)	592	8,3	(7,7-9,0)	36	1,6	(1,1-2,1)	1811	80,3	(78,6-81,9)	409	18,1	(16,5-19,7)
Rural	449	5,8	(5,3-6,3)	6960	89,9	(89,2-90,3)	333	4,3	(3,8-4,7)	81	3,2	(2,5-3,8)	2197	85,9	(84,5-87,3)	280	10,9	(9,7-12,2)
Religion																		
Chrétien	365	4,1	(3,6-4,5)	7949	88,5	(87,8-89,2)	668	7,4	(6,9-8,0)	44	1,6	(1,2-2,1)	2219	82,2	(80,7-83,6)	437	16,2	(14,8-17,6)
Musulman	205	6,8	(5,9-7,8)	2652	88,5	(87,3-89,6)	140	4,7	(3,9-5,4)	35	3,3	(2,2-4,4)	922	86,2	(84,2-88,3)	112	10,5	(8,6-12,3)
Endogène	127	6,6	(5,5-7,7)	1727	89,9	(88,6-91,3)	67	3,5	(2,7-4,3)	25	3,2	(2,0-4,5)	653	84,5	(81,9-87,0)	95	12,3	(10,0- 4,6)
Sans religion	67	7,1	(5,5-8,8)	831	87,7	(85,5-89,7)	50	5,3	(3,9-6,7)	11	4,1	(1,8-6,7)	214	79,3	(74,3-84,0)	45	16,7	(12,1-21,0)
Ethnie																		
Adja	56	2,3	(1,7-2,9)	2209	91,4	(90,2-92,5)	153	6,3	(5,4-7,3)	7	1	(0,3-1,8)	553	77,9	(74,8-80,9)	150	21,1	(18,1-24,1)
Fon	347	4,8	(4,3-5,4)	6300	88	(87,2-88,7)	514	7,2	(6,6-7,8)	66	2,8	(2,1-3,5)	1931	81,7	(80,2-83,3)	366	15,5	(14,0-16,9)
Bariba	67	5,9	(4,5-7,3)	1030	91	(89,3-92,6)	35	3,1	(2,1-4,1)	17	4,2	(2,3-6,2)	353	87,2	(83,9-90,5)	35	8,6	(5,8-11,3)
Yorouba	103	5,8	(4,7-6,9)	1517	85,8	(84,2-87,4)	149	8,4	(7,1-9,7)	6	1,6	(0,2-1,9)	490	85,7	(82,8-88,6)	76	13,3	(10,5-16,1)
Autres ethnies	192	8,1	(7,0-9,2)	2103	88,8	(87,5-90,1)	74	3,1	(2,4-3,8)	20	2,6	(1,5-3,8)	681	89,1	(86,9-91,3)	63	8,2	(6,3 -10,2)
Niveau d'instruction																		
Aucun niveau	576	6,9	(6,3-7,4)	7530	89,6	(88,9-90,2)	301	3,6	(3,2-4,0)	69	4,2	(3,2-5,1)	1487	89,7	(88,2-91,1)	102	6,2	(5,01-7,32)
Niveau primaire	127	4,6	(3,8-5,4)	2420	88,5	(87,3-89,7)	437	11,7	(5,9- 7,8)	31	2,7	(1,7-3,6)	991	85	(82,9- 87,0)	144	12,3	(10,5-14,2)
Secondaire ou plus	62	1,7	(1,3-2,1)	3210	86,5	(85,4-87,6)	437	11,8	(10,8-12,8)	16	0,8	(0,4-1,2)	1530	76,9	(75,1-78,8)	443	22,3	(20,4-24,1)

Variables	Nombre d'attitudes favorables chez les femmes									Nombre d'attitudes favorables chez les hommes								
	Aucun			1 à 4 attitudes			5 attitudes			Aucun			1 à 4 attitudes			5 attitudes		
Activité économique																		
Aucune	241	4,5	(4,0-5,1)	2673	87	(88,4-90,0)	257	8,4	(5,57-6,87)	18	1,5	(0,8-2,2)	961	81,6	(79,3-83,8)	199	16,9	(14,8-19,1)
Cadre	142	4,6	(3,9-5,4)	2673	87	(85,8-88,2)	257	8,4	(7,38-9,34)	13	1,4	(0,7-2,2)	675	75,1	(72,3-78,0)	211	23,5	(20,7-26,2)
Commerçant	130	5	(4,2-5,8)	2309	88,3	(87,1-89,5)	176	6,7	(5,76-7,68)	5	2,4	(0,2-4,3)	173	84	(79,1-89,1)	28	13,6	(8,9-18,3)
Agriculteur	170	8,2	(7,0-9,4)	1845	89	(87,7-90,4)	58	2,79	(2,08-3,50)	40	2,8	(1,9-3,6)	1288	89,9	(88,4-91,5)	104	7,3	(5,9-8,6)
Autre	45	4,4	(3,2-5,7)	920	89,6	(87,7-91,4)	62	6	(4,57-7,49)	41	3,9	(2,7-5,1)	883	83,5	(81,3-85,8)	133	12,6	(10,6-14,6)
Age de l'individu																		
15-24 ans	246	4,7	(4,2-5,3)	4589	88,5	(87,6-89,3)	352	6,8	(6,10-7,47)	35	2,3	(1,6-3,1)	1255	83,3	(81,4-85,2)	216	14,3	(12,6-16,1)
25-34 ans	277	5,3	(4,7-5,9)	4636	88,4	(87,5-89,3)	330	6,3	(5,64-6,95)	23	1,9	(1,2-2,7)	1024	84,3	(82,3-86,4)	167	13,8	(11,8-15,7)
35-49 ans	241	5,5	(4,8-6,1)	3935	89	(88,1-90,0)	243	5,5	(4,83-6,18)	34	2,4	(1,6-3,1)	1195	83,6	(81,8-85,6)	200	14	(12,2-15,8)
50-64 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24	3,6	(2,2-5,0)	534	80,4	(77,4-83,4)	106	16	(13,2-18,8)
Exposition aux médias																		
N'a jamais été exposée	312	6,4	(5,7-7,1)	4399	89,9	(89,0-90,7)	183	3,7	(3,21-4,27)	23	3,1	(1,9-4,3)	663	88,4	(86,0-90,6)	64	8,5	(6,6-10,6)
Une fois par semaine	180	6	(5,2-6,9)	2644	88,3	(87,1-89,4)	171	5,7	(4,89-6,55)	17	1,7	(0,9-2,4)	863	84,4	(82,1-86,6)	143	14	(11,9-16,1)
Plus d'une fois par semaine	273	3,9	(3,5-4,4)	6117	87,9	(87,1-88,6)	571	8,2	(7,56-8,85)	76	2,5	(1,9-3,1)	2483	81,7	(80,3-83,0)	481	15,8	(14,5-17,1)
État matrimonial																		
Célibataire	154	4,3	(3,6-4,9)	3158	87,3	(86,2-88,3)	307	8,5	(7,58-9,40)	36	2,1	(1,4-2,8)	1401	83,2	(81,4-85,0)	247	14,7	(13,0-16,4)
En union	574	5,5	(5,1-6,0)	9252	89,2	(88,6-89,8)	551	5,3	(4,88-5,74)	77	2,6	(2,0-3,2)	2481	83,2	(81,9-84,6)	423	14,2	(12,9-15,4)
En rupture d'union	36	4,2	(2,9-5,5)	749	87,9	(85,7-90,1)	67	7,9	(6,05-9,67)	4	2,7	(0,0-5,1)	126	84,6	(78,7-90,4)	19	12,8	(7,5-18,3)

Source : Enquête Démographique et de Santé du Bénin, 2011-2012

Tableau 4 : Résultats des régressions logistiques multinomiales sur le degré de tolérance envers les PVVIH au Bénin

Variables	Nombre d'attitudes favorables chez les femmes				Nombre d'attitudes favorables chez les hommes			
	Aucune vs 1 à 4 décisions		Aucune vs 5 décisions		Aucune vs 1 à 4		Aucune vs 5 décisions	
	RRR	(95% IC)	RRR	(95% IC)	RRR	(95% IC)	RRR	(95% IC)
Milieu de résidence								
Urbain	0,81**	(0,67-0,97)	0,91	(0,70-1,40)	1,22	(0,76-1,96)	1,30	(0,78-2,18)
Rural	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Niveau de vie du ménage								
Pauvre	0,67***	(0,54-0,85)	0,54***	(0,39-0,75)	0,70	(0,40-1,24)	0,59*	(0,31-1,10)
Moyen	0,74**	(0,58-0,94)	0,59***	(0,42-0,75)	0,60	(0,34-1,06)	0,54*	(0,29-1,00)
Riche	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Religion								
Chrétien	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Musulman	0,80	(0,63-1,01)	0,74	(0,53-1,03)	0,48**	(0,25-0,94)	0,58	(0,28-1,19)
Endogène	0,71***	(0,56-0,89)	0,56***	(0,39-0,80)	0,60	(0,35-1,03)	0,71	(0,39-1,27)
Sa religion	0,73**	(0,55-0,97)	0,77	(0,51-1,17)	0,41**	(0,20-0,81)	0,50	(0,24-1,06)
Ethnie								
Adja	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Fon	0,38***	(0,28-0,51)	0,37***	(0,26-0,53)	0,32***	(0,14-0,70)	0,21***	(0,09-0,47)
Bariba	0,46***	(0,31-0,70)	0,29***	(0,16-0,52)	0,38	(0,13-1,10)	0,19***	(0,06-0,59)
Yorouba	0,33***	(0,23-0,47)	0,39***	(0,25-0,60)	1,01	(0,32-3,2)	0,56	(0,17-1,84)
Autres ethnies	0,31***	(0,22-0,44)	0,20***	(0,13-0,32)	0,62	(0,23-1,67)	0,31**	(0,11-0,87)
Niveau d'instruction								
Aucun niveau	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Niveau primaire	1,33**	(1,06-1,66)	1,91***	(1,42-2,57)	1,47	(0,91-2,36)	2,61***	(1,51-4,49)
Secondaire ou plus	3,96***	(2,88-5,45)	9,97***	(6,88-14,45)	3,85***	(1,96-7,55)	13,55**	(6,58-27,90)
Activité économique								
Aucune	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Cadre	0,91	(0,72-1,14)	1,34	(1,00-1,79)	1,07	(0,49-2,35)	1,35	(0,59-3,07)
Commerçant	0,94	(0,74-1,19)	1,31	(0,95-1,79)	0,82	(0,27-2,45)	0,61	(0,19-1,97)
Agriculteur	0,73***	(0,58-0,91)	0,70	(0,48-1,03)	1,50	(0,76-2,95)	1,05	(0,50-2,22)
Autre	1,09	(0,78-1,53)	1,30	(0,84-2,01)	0,62	(0,33-1,18)	0,53*	(0,27-1,06)
Age des individus								
15-24 ans	0,98	(0,79-1,22)	0,83	(0,62-1,12)	0,55	(0,27-1,12)	0,48*	(0,22-1,03)
25-34 ans	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
35-49 ans	1,00	(0,93-1,20)	0,93	(0,72-1,20)	0,80	(0,46-1,40)	0,89	(0,49-1,62)
50-64 ans	-	-	-	-	0,57	(0,31-1,04)	0,92	(0,48-1,80)

Exposition aux médias								
Non exposée	0,90	(0,75-1,09)	0,62***	(0,48-0,80)	1,05	(0,64-1,72)	0,77	(0,44-1,36)
1 fois par semaine	0,83	(0,68-1,02)	0,71**	(0,54-0,93)	1,73**	(1,00-2,99)	1,71*	(0,96-3,05)
Plus d'une fois par semaine	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
État matrimonial								
Célibataire	0,63***	(0,49-0,81)	0,71**	(0,52-0,99)	0,97	(0,48-1,96)	0,82	(0,38-1,75)
En union	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
En rupture d'union	1,23	(0,85-1,77)	1,52	(0,96-2,40)	1,01	(0,35-2,95)	0,82	(0,26-2,61)

Source : Enquête Démographique et de Santé du Bénin, 2011-2012

Note : Niveau de significativité : *** : $p < 0,01$; ** : $p < 0,05$; * : $p < 0,10$; Réf. : Modalité de référence ; RRR : Rapport-Risque-Ratio ; 95% IC : Intervalle de confiance à 95%