

UNIVERSITE PARIS OUEST NANTERRE LA DEFENSE
Ecole doctorale Economie, Organisation et Sociétés
Centre de Recherche Populations et Sociétés

Thèse de Doctorat en Démographie

LA FAMILLE VIETNAMIENNE FACE AU VIH/SIDA :
CONNAISSANCES, STIGMATISATION ET EXCLUSION
Étude cas - témoin à Ha-Long, province de Quang-Ninh, Viêt Nam



par **LUU BICH NGOC**

Sous la direction du Professeur Maria-Eugenia Cosio Zavala

Jury :

- Mme. Maria-Eugenia Cosio Zavala, Pr., Université Paris Ouest Nanterre la Défense
- M. Trinh Van Thao, Pr., Université de Provence
- M. Alain Jourdain, Pr., Ecole Nationale de Santé Publique
- M. Jaques Véron, D.R., Institut National d'Etudes Démographiques
- Mme. Myriam de Loenzien, C.R., Institut de Recherche pour le Développement

Juillet, 2010

UNIVERSITE PARIS OUEST NANTERRE LA DEFENSE
Ecole doctorale Economie, Organisation et Sociétés
Centre de Recherche Populations et Sociétés

Thèse de Doctorat en Démographie

LA FAMILLE VIETNAMIENNE FACE AU VIH/SIDA :
CONNAISSANCES, STIGMATISATION ET EXCLUSION

Étude cas - témoin à Ha-Long, province de Quang-Ninh, Viêt Nam

par LUU BICH NGOC

Sous la direction du Professeur Maria-Eugenia Cosio Zavala

Jury :

- Mme. Maria-Eugenia Cosio Zavala, Pr., Université Paris Ouest Nanterre la Défense
- M. Trinh Van Thao, Pr., Université de Provence
- M. Alain Jourdain, Pr., Ecole Nationale de Santé Publique
- M. Jaques Véron, D.R., Institut National d'Etudes Démographiques
- Mme. Myriam de Loenzien, C.R., Institut de Recherche pour le Développement

Juillet, 2010

Pour ma petite fille

Ma chérie !

« Maman !

Tu ne manques pas aux fleurs

Tu ne manques pas aux arbres

Mais tu me manques beaucoup... »

Tu es née au printemps
Le temps devint soudain très doux
Tu es née de mes entrailles
Avec tant d'amour

Ton regard vif et intelligent
Tes sourcils en courbe comme le croissant de lune
Ton visage rebondi
Une petite fossette pure sur ta joue

Quand tu dis : « Ma... man ! »
L'hiver glacial est effacé
Ta voix frappe la porte en pierre
Accueillant l'été ensoleillé

Tes cheveux sont comme les rayons de soleil dorés
Qui ramènent l'automne en classe
Tes mains - les fleurs écloses
Palpitent dans les bras de ton père

Mon chant fredonné
T'emmène dans le sommeil
Bien que je sois loin de toi
Tu es toujours dans mon cœur.

Paris, le 28 février 2008

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je voudrais adresser mes remerciements les plus sincères à Madame Maria-Eugenia Cosio-Zavala, professeur, ma directrice de recherche, qui a consacré du temps et de l'énergie pour m'apporter des connaissances professionnelles et ses avis sur mon travail de recherche. Elle m'a beaucoup encouragée et m'a aidée à surmonter les difficultés pour mener à bien cette thèse.

Je tiens à remercier sincèrement Myriam de Loenzien qui est pour moi à la fois une sœur, une amie et une collègue, qui a travaillé avec moi à la réalisation du projet FSP2S « La famille vietnamienne face au VIH/sida » et d'autres recherches. C'est elle qui m'a accueillie et m'a guidée lors de mes premiers jours en France. Elle a toujours été à mes côtés pour m'encourager et partager ses expériences durant la réalisation de cette thèse. Elle a aussi consacré beaucoup de temps et d'efforts à la révision de la rédaction de ma thèse.

Je voudrais également adresser mes remerciements à Madame Carole Brugeilles, de même que les enseignants, les chercheurs et les étudiants du Centre d'Etude et de Recherche Populations et Sociétés (CERPOS) de l'Université Paris Ouest Nanterre La Défense qui m'ont chaleureusement accueillie durant ces quatre années passées. Ils ont aussi partagé leurs expériences professionnelles et de recherche lors de discussions très intéressantes.

Cette thèse a été possible grâce à l'appui du Fonds de Solidarité Prioritaire en Sciences Sociales (FSP2S) relevant du ministère des Affaires Etrangères français et de l'Académie vietnamienne des Sciences Sociales et Humaines, la participation du Laboratoire Population Environnement Développement (LPED) unité mixte de recherche de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) et de l'Université de Provence, ainsi que du CERPOS de l'Université Paris Ouest Nanterre La Défense. Grâce à cet appui j'ai pu venir en France, accéder à la documentation scientifique et acquérir de nouvelles connaissances de la part de professeurs et de collègues français. Je voudrais remercier sincèrement ces institutions qui ont financé et encadré mes études.

Je voudrais remercier le professeur Nguyễn Đình Cu, directeur de l'Institut d'Etudes Populations et Sociétés de l'Université Nationale d'Economie, pour son

appui à ma recherche et son aide durant la réalisation de cette thèse. Mes remerciements vont également à tous les chercheurs et collaborateurs de l'Institut d'Etude Populations et Sociétés qui n'ont pas ménagé leurs efforts pour réaliser l'enquête à Ha Long, créant ainsi la base de données de ma thèse. Je voudrais aussi remercier Madame Thanh Phuong, journaliste à la radio La Voix du Viêt Nam, qui m'a aidée à traduire cette thèse du vietnamien au français.

Mes progrès dans la recherche scientifique et ma décision de poursuivre la recherche en démographie dans l'avenir ont été rendus possibles grâce à l'aide précieuse de Madame Nguyễn Thi Thiêng, professeur et docteur, ancienne directrice adjointe de l'Institut d'Etudes Populations et Sociétés de l'Université Nationale d'Economie. Elle a toujours été à mes côtés pour m'encourager et partager ses expériences pour que je commence et achève ma thèse de doctorat en France. Je vous remercie de tout mon cœur.

Par dessus tout, je pense que cette thèse n'aurait pas pu être accomplie sans l'encouragement et l'aide précieuse de mes proches. Mes parents et beaux-parents, mon conjoint, ma fille Ngoc Linh et mon fils Trong Bach ont fait d'énormes sacrifices pour que je puisse faire des études et terminer ma thèse en quatre ans en France. Monsieur Thai Truong Quoi, Madame Truong Tu Linh et leurs deux filles Tu Tho, Tu Thanh qui m'ont reçue à Paris, m'ont considérée comme un membre de leur famille. Ils m'ont réservé du temps, de l'affection, mais aussi des moyens financiers. Je leur suis profondément reconnaissante et leur adresse mes remerciements venus du fond de mon cœur.

Je vivrai et contribuerai pour mériter ce que vous m'avez donné !

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PARTIE 1	9
CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE	
CHAPITRE 1 : CONTEXTE	10
CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE	70
PARTIE 2	104
RÉSULTATS	
CHAPITRE 3 : CONNAISSANCES DU VIH/SIDA	105
CHAPITRE 4 : ATTITUDES DE STIGMATISATION LIÉES AU VIH/SIDA	171
CHAPITRE 5 : LIEN ENTRE CONNAISSANCES ET ATTITUDES DE STIGMATISATION	240
CHAPITRE 6 : RELATION ENTRE STIGMATISATION ET EXCLUSION	270
CHAPITRE 7: LA FAMILLE FACE AU VIH/SIDA	319
CONCLUSION	362
RECOMMANDATIONS	380
BIBLIOGRAPHIE	384
LISTE DE TABLEAUX	410
LISTE DE FIGURES	420
ANNEXES	422
TABLE DES MATIERES	472

ABREVIATIONS

PVVIH :	Personne vivant avec le VIH, personne séropositive
MemF+ :	Membre d'un foyer-cas se déclarant séronégatif
MemF- :	Membres d'un foyer-témoin
VIH :	Virus de l'immunodéficience humaine
Sida :	Syndrome d'immunodéficience acquise
FAVIHVIET :	Enquête « La famille vietnamienne face au VIH/sida »
VPAIS :	Enquête « Population et indicateurs VIH/sida Viêt Nam 2005 »
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA :	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
FNUAP :	Fonds des Nations Unies pour la population
LPED :	Laboratoire Population - Environnement - Développement
IRD :	Institut de Recherche pour le Développement
CERPOS :	Centre de Recherche Populations et Sociétés
IPSS :	Institut d'Etudes Populations et Sociétés

INTRODUCTION

Début 2002, en entamant le troisième module à option du programme de master médical international de l'Université de Copenhague, j'avais le choix entre participer au cours sur « La gestion des catastrophes » ou sur « La lutte contre le VIH/sida ». J'étais obligée de réfléchir à la question « Qu'est-ce c'est une catastrophe ? Qu'est-ce que l'épidémie VIH/sida ? ». Après avoir étudié la question, une idée s'est formée en moi : « De nos jours, le VIH/sida est aussi une catastrophe de l'humanité ».

30 ans après avoir été découvert, le VIH/sida a eu et continue d'avoir de graves conséquences pour l'humanité. Il est toujours considéré comme le phénomène causant « le plus grand renversement dans le processus de développement humain dans l'histoire contemporaine » (*UNDP, 2005*). Le VIH/sida n'est plus simplement un problème sanitaire, il est devenu l'un des problèmes sociaux les plus graves de l'humanité au 21^e siècle. Dans l'histoire, aucune maladie n'a demandé autant la mobilisation de toutes les ressources politiques, financières et humaines pour y faire face que l'épidémie VIH/sida (*UNAIDS, 2008*).

Outre un grand nombre de morts à cause du VIH/sida, le monde compte actuellement environ 44 millions de personnes séropositives (*UNAIDS, 2008*). Le VIH/sida influe sur la santé, la psychologie et la vie des séropositifs, mais aussi celles de leurs proches et de leurs familles. Si les pays et la communauté internationale font des efforts pour améliorer la qualité de vie des populations, le VIH/sida réduit l'espérance de vie, ralentit la croissance économique et aggrave la pauvreté des foyers dans de nombreux pays, notamment dans la région subsaharienne, les Caraïbes, ou l'Asie.

Situé en Asie du Sud-est, le Viêt-nam est considéré comme un pays qui traverse de grandes mutations socio-économiques, « un dragon prenant son envol » sur la côte Est. En effet, d'un pays à bas revenu, le Viêt-nam se transforme graduellement en un pays à revenu moyen. A côté des valeurs sociales traditionnelles asiatiques sont apparues les valeurs modernes. L'évolution démographique a traversé une période d'explosion démographique et est entrée dans une période « d'opportunité démographique » (*Nguyễn Dinh Cu, 2008*). La qualité de vie de la population s'est nettement améliorée en termes de services sociaux. Toutefois, des phénomènes sociaux négatifs dont le VIH/sida apparaissent plus nombreux qu'auparavant. Cela est considéré comme inéluctable dans la loi du développement.

Bien qu'au Viêt Nam la propagation de l'épidémie VIH/sida soit moins forte que dans d'autres pays de la région (notamment en Thaïlande et au Cambodge), le VIH/sida est présent dans toutes les provinces et villes du pays. Selon les prévisions, fin 2010, le pays devrait compter plus de 300.000 séropositifs déclarés. L'évolution du VIH/sida au Viêt Nam est étroitement liée à la consommation de drogue et à la prostitution. Ces comportements sont considérés comme des « fléaux sociaux ». Le développement économique, les changements socio-culturels, l'explosion de la migration spontanée rendent ces actes incontrôlables par certains aspects. Il est à noter que l'épidémie VIH/sida au Viêt Nam a tendance à se propager à l'ensemble de la population après avoir concerné plus spécifiquement certains comportements à haut risque de transmission.

Les programmes de prévention du VIH/sida et d'aide aux séropositifs sont toujours à la recherche de mesures permettant de limiter la propagation de l'épidémie et d'encourager une meilleure prise en charge des séropositifs. Le changement des modes de transmission exige des stratégies de prévention globales. Les évolutions des traitements destinés aux séropositifs (notamment l'utilisation de médicaments pour prévenir les infections opportunistes ou d'antirétroviraux permettant de prolonger le processus de formation des infections opportunistes et de prolonger la vie) exige un changement des modes de soin des individus, de la famille et la communauté.

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH/sida sont des obstacles majeurs à la prévention de l'épidémie. En raison de la complexité et de la diversité de la stigmatisation, depuis de nombreuses années, la stigmatisation est considérée comme un aspect encore peu connu de l'épidémie. Qu'est-ce que la stigmatisation ? Quelles sont ses causes ? Quelles sont ses conséquences ? Voilà les questions qui intéressent beaucoup les gestionnaires, les acteurs de la prévention du VIH/sida et les chercheurs de certains domaines des sciences sociales.

La conceptualisation de la stigmatisation en général et de celle liée au VIH/sida a évolué au cours des 50 dernières années. La première définition de la stigmatisation a été proposée par E. Goffman en 1963 : « *La stigmatisation pourrait être considérée comme un attribut causant la réduction du prestige d'un individu, niant complètement l'acceptation sociale et entraînant les concepts d'inclusion et d'exclusion sociale* ». Se fondant sur cette définition, les chercheurs continuent de développer et de clarifier les éléments composant la stigmatisation. De nombreuses études sont effectuées afin de déterminer les manifestations concrètes de la stigmatisation liée au VIH/sida et son origine dans le contexte de chaque société. Les études qualitatives ont formé la tendance principale de la recherche dans ce

domaine durant une longue période. Et de nos jours de nombreux chercheurs souhaitent mesurer la stigmatisation en se fondant sur des méthodes quantitatives. Ceux qui utilisent les résultats de recherches souhaitent eux aussi recevoir des informations plus explicitement quantifiées sur le degré de stigmatisation et sur les éléments influant sur la stigmatisation.

La stigmatisation liée au VIH/sida peut prendre la forme d'une perception, de connaissances, d'une conception et d'une conviction de chaque individu concernant l'épidémie. Ainsi, elle subit l'influence de nombreux facteurs extérieurs, par exemple l'environnement, la communication ou les groupes de pression... La conviction et la perception erronées pourraient créer des attitudes négatives. La stigmatisation est présente chez le stigmatisant tout comme chez le stigmatisé. Elle peut être présente chez une personne et viser cette personne-là. Elle peut entraîner une discrimination et finalement, l'exclusion de situations quotidiennes.

La stigmatisation et l'exclusion liées au VIH/sida peuvent prendre différentes formes et avoir lieu dans divers contextes. Les études menées dans les pays en voie de développement montrent que la stigmatisation peut se produire en famille, dans la communauté, à l'école, sur le lieu de travail voire dans les cadres institutionnels et juridiques. Dans de nombreux endroits, les séropositifs subissent une « double » stigmatisation liée à la maladie et aux actes « déviants » tels que l'utilisation de la drogue ou la pratique de la prostitution (*Aggleton, Parker, 2002*).

La stigmatisation cause l'inquiétude, la dépression, la culpabilité, une perte d'amour propre, l'éloignement, une perte de la dynamique familiale, une violence émotionnelle et physique, aggravant ainsi la peine des séropositifs (*Chesney, Smith, 1999; Kalichman, 1998; Nord, 1997*). Cette attitude engendre aussi le rejet ou la mise à l'écart des séropositifs ou de leurs proches. Elle entraîne la dissimulation d'informations, le refus de services de dépistage ou de soin. Elle cause aussi une discrimination sociale, une déformation de l'interaction sociale, elle limite l'aide sociale, celle du réseau social. Elle peut provoquer le chômage, la perte de revenus, une réduction de la qualité de vie, la perte de l'assurance santé, compromettre les relations utiles avec le personnel sanitaire (*Leary, Schreindorfer, 1998; Herek, 1999; Link et Phelan, 2006*).

Au Viêt Nam, la stigmatisation liée au VIH/sida prend sa source dans des facteurs pratiques, moraux, économiques, culturels et politiques. Le VIH/sida est considéré comme une maladie contagieuse grave intraitable, un cauchemar pour la population. De plus, certains craignent que le VIH puisse se propager par les contacts quotidiens comme

d'autres virus ou bactéries. C'est pourquoi la séparation et l'éloignement sont des manifestations répandues observées de la stigmatisation. Le manque de connaissances sur le VIH/sida, les conceptions morales traditionnelles sur les causes de la contamination du VIH/sida liées à la drogue et à la prostitution, l'inégalité de genre rendent la stigmatisation et la discrimination des séropositifs au Viêt Nam plus graves (*Khuât T.H. et al., 2004*).

La famille est un élément de la société. Elle a des fonctions et rôles importants dans le maintien de la vie de chaque individu. Au niveau macro, le VIH/sida est une « catastrophe » de la société. Au niveau micro, il est une catastrophe de la famille si l'un de ses membres est séropositif. La séropositivité d'un membre de la famille peut être due au fait que la famille n'ait pas bien assumé ses fonctions et rôles. Or, après l'atteinte VIH/sida et le choc psychologique de la séropositivité d'un de ses membres, la famille doit encore faire face à la prévention de la transmission aux autres membres et à la prise en charge du séropositif dans un contexte où les ressources sociales en la matière sont très limitées. La famille est également confrontée à la stigmatisation et l'exclusion des séropositifs dans les situations de la vie familiale. Des sociologues vietnamiens estiment que « *la famille est un havre de paix pour chaque individu devant les bouleversements de la société* » (*Dang Canh Khanh, 2003*). Cette conclusion est-elle encore juste quand le VIH/sida laisse de forts impacts sur la vie de nombreuses familles vietnamiennes ?

La famille vietnamienne est située dans le contexte de la société vietnamienne contemporaine avec des mutations culturelles, sociales et économiques fortes et rapides après le lancement du Dôï Moi (Renouveau) en 1986. Le modèle de la famille traditionnelle connaît de vastes changements complexes sous l'impact de l'économie marchande, de l'industrialisation, de la modernisation et de l'urbanisation. De nombreux membres se séparent de la grande famille pour participer au processus de migration et former de petites familles. La hausse du niveau d'instruction, l'amélioration des revenus, la mobilité sociale changent les conceptions sur la formation de la famille, le mariage, le nombre d'enfants souhaité. La famille noyau moderne remplace graduellement celles à plusieurs générations (*Dang Canh Khanh, Lê Thi Quy, 2007*). Les relations entre les générations dans la famille, les rôles de genre changent également.

Actuellement, la famille vietnamienne doit faire face au défi énorme du VIH/sida. Avec le taux de prévalence actuel, en moyenne, un foyer sur 60 compte un séropositif (*Bô Y tê, 2008*). Au niveau du foyer, l'impact de l'épidémie est très important car il touche les biens sociaux, les ressources humaines formées par les membres de la famille, les dépenses et les revenus. Dans la nouvelle conjoncture, la famille, avec ses fonctions spécifiques, joue

toujours un rôle clé dans la prévention du VIH/sida pour ses membres et la prise en charge des séropositifs (*Uy ban quốc gia phong chống HIV/AIDS, 2004; de Loenzien et al., 2005*). La limite des connaissances des membres de la famille sur le VIH/sida, sur la prévention et la prise en charge des séropositifs, l'existence d'attitudes de stigmatisation et d'exclusion dans le contexte familial forment des obstacles majeurs à l'accomplissement de ce rôle de la famille et touchent directement les droits des séropositifs.

La stigmatisation et l'exclusion liées au VIH/sida au sein même des familles touchées par l'épidémie sont considérées comme très importantes, mais jusqu'en 2006 aucune étude sur ce sujet n'avait été effectuée au Viêt Nam. De plus, l'interaction entre les connaissances, la stigmatisation et l'exclusion liées au VIH/sida n'est abordée par certains chercheurs que selon une approche qualitative. Elle n'a jamais été quantifiée pour que l'on puisse connaître sa présence et son caractère représentatif. La décision d'effectuer une thèse de doctorat en démographie sur le thème : « **La famille vietnamienne face au VIH/sida : connaissances, stigmatisation et l'exclusion** » a été prise sur la base de ma perception de la nécessité d'une étude sur les conséquences psycho-sociales du VIH/sida, notamment la stigmatisation et l'exclusion liées au VIH/sida dans le contexte familial, ainsi que sur les causes liées aux connaissances et à la perception qu'a la famille du VIH/sida. La recherche sur ces problèmes vise à clarifier certains rôles de la famille dans la prévention de la transmission et la prise en charge des séropositifs.

Cette thèse utilise des informations venues des documents disponibles (livres, articles scientifiques, rapports, thèse de doctorat), des données de l'enquête « *La famille vietnamienne face au VIH/sida à Ha-Long* » (FAVIHVIET Ha-Long) en 2006 et de celles de « *L'enquête nationale sur la population et les indicateurs VIH/sida 2005* » (VPAIS). L'évaluation des connaissances par la méthode qui consiste à donner une note, et l'analyse de régression sont appliquées parallèlement aux méthodes statistique et descriptives. Par-dessus de tout, la méthode de recherche et d'analyse cas-témoins appliquée pour la première fois dans une étude à caractère social sur le VIH/sida au Viêt Nam permet de comparer des indices de foyers infectés par le VIH/sida avec ceux de foyers non infectés dans un contexte des ressources limitées. Grâce à cette méthode, l'influence combinée d'éléments culturels et socio-économiques sur les indices est réduite, les indices comparés et quantifiés étant plus « purs ».

Cette thèse comprend sept chapitres divisés en deux parties suivies d'une conclusion, de recommandations et orientations pour des recherches ultérieures. La première partie « Contexte et méthodologie » comprend deux chapitres (chapitres 1 et 2). La deuxième

partie « Résultats » comprend cinq chapitres (chapitres 3, 4, 5, 6 et 7). Enfin figurent la bibliographie et les annexes comprenant les outils de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long.

Le « Chapitre 1 : Contexte » présente l'état des lieux de l'épidémie VIH/sida dans le monde puis un aperçu des théories sur la stigmatisation, la relation entre les connaissances, la stigmatisation, l'exclusion liées au VIH/sida, les témoignages sur la stigmatisation et l'exclusion cités dans les études effectuées dans les pays en développement. Dans ce chapitre, le contexte vietnamien est donné par les informations et données sur le développement socio-économique au cours de l'histoire, l'accent étant mis sur la période des 20 ans qui ont suivi le lancement du Renouveau. Viennent ensuite l'état des lieux du VIH/sida au Viêt Nam, ses caractéristiques et ses tendances, la stigmatisation et l'exclusion liées au VIH/sida, les politiques, actions du réseau sanitaire et de la communauté. La famille vietnamienne face aux mutations contemporaines, la famille et ses relations avec le VIH/sida, la stigmatisation et l'exclusion sont les sujets abordés ensuite dans ce chapitre. Nous exposons enfin les justifications de cette étude et sa portée.

Le « Chapitre 2 : Méthodologie » est réservé aux objectifs de la recherche, les hypothèses scientifiques et le cadre théorique d'analyse. Ce chapitre aborde ensuite les sources de données utilisées comprenant les données secondaires (Enquête VPAIS 2005) et originales (Enquête FAVIHVIET Ha-Long 2006). Les stratégies et le terrain d'étude, la méthode d'échantillonnage, la taille de l'échantillon et les caractéristiques de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long sont décrites en détail. Ce chapitre présente également la méthode générale d'analyse des données. Les limites de la recherche et des données sont également abordées dans ce chapitre.

Le « Chapitre 3 : Connaissances du VIH/sida » présente l'analyse du niveau de connaissances du VIH/sida des répondants de l'enquête VPAIS et l'enquête FAVIHVIET Ha-Long. Il s'agit des connaissances des voies de transmission, de la prévention et de la prise en charge des séropositifs. Le niveau de connaissance est évalué par une méthode qui consiste à donner une note. En outre, la perception qu'ont les répondants de l'épidémie et de leur risque de devenir séropositif est également abordée. La dernière partie de ce chapitre est consacrée à l'influence de variables indépendantes sur le niveau de connaissance du VIH/sida.

Le « Chapitre 4 : Attitudes de stigmatisation liées au VIH/sida » présente les attitudes de stigmatisation des séropositifs (stigmatisation ressentie et autostigmatisation), les attitudes de stigmatisation des séropositifs par les membres des foyers. Il s'agit d'attitudes de stigmatisation liée au VIH/sida dans la société, dans la participation aux activités

communautaire, dans les soins de santé et dans des situations quotidiennes. Ce chapitre présente également des corrélations entre différents types de stigmatisation ainsi qu'entre ces attitudes et la taille, la structure du foyer.

Le « Chapitre 5 : Relation entre connaissances et stigmatisation » présente des régressions multi variées dont le but est d'évaluer l'impact de variables indépendantes sur les attitudes de stigmatisation. L'accent est mis sur le rôle des connaissances du VIH/sida dans la formation de ces attitudes.

Le « Chapitre 6 : Relation entre stigmatisation et exclusion » présente un état des lieux de la vie des séropositifs et des membres non séropositifs de leurs foyers ; la corrélation entre la séparation, l'exclusion et la stigmatisation dont le but est d'identifier l'impact de la stigmatisation sur l'exclusion ou la séparation des séropositifs ou des membres non séropositifs de leur foyers. Il s'agit d'exclusion ou de séparation dans la participation aux activités communautaires, dans les situations quotidiennes ou les soins de santé.

Le « Chapitre 7 : La famille face au VIH/sida » analyse les interactions entre la société, la famille et l'individu et des changements des fonctions de la famille dans le contexte du VIH/sida. Les problèmes auxquels la famille doit faire face dans le contexte du VIH/sida ont été identifiés grâce à une synthèse des résultats d'analyses des chapitres précédents avec des données qualitatives et des résultats des études les plus récentes.

La conclusion récapitule les méthodes de recherche et les résultats d'analyses présentés dans la thèse. Ces conclusions répondent aux questions de recherche posées auparavant. Elles comprennent les côtés positifs de la famille dans son rôle de prévention et de prise en charge des séropositifs tout comme ses côtés négatifs dans l'accomplissement de ce rôle. Il s'agit des limites concernant les connaissances du VIH/sida, la stigmatisation et l'exclusion. L'évaluation de l'impact de certains facteurs sur les connaissances et les attitudes de stigmatisation sert de base à certaines recommandations et orientations de recherches ultérieures. Les recommandations sont mes avis personnels. Elles sont adressées aux gestionnaires sociaux et aux acteurs de la prévention du VIH/sida, de même qu'aux chercheurs qui s'intéressent à ce sujet.

Cette thèse de doctorat s'inscrit dans le cadre du projet de coopération franco-vietnamien pour la recherche et la formation intitulé « *La famille vietnamienne face au VIH/sida : prévention et prise en charge des séropositifs en milieux urbain et rural dans la province de Quang-Ninh* ». Le projet a été réalisé par le LPED, UMR de l'IRD et de l'Université de Provence ; le CERPOS de l'Université Paris Ouest Nanterre la Défense,

l'Institut d'Etudes Populations et Sociétés de l'Université Nationale d'Economie de Hanoi. Le Fonds de solidarité prioritaire pour le développement des sciences sociales (FSP2S), programme « Assistance aux défis du changement socio-économique du Viêt Nam » du Ministère français des Affaires étrangères et de l'Académie Vietnamienne des Sciences Sociales et Humaines en ont assumé le financement. En outre, cette thèse a reçu des financements complémentaires de l'Université Paris Ouest Nanterre la Défense, de l'Agence Universitaire pour la francophonie et de l'IRD.

Dans le cadre de ce projet, deux enquêtes sociologiques ont été réalisées dans la province de Quang-Ninh : une enquête à Ha-Long en 2006 et une enquête dans le district de Đông-Triêu en 2008. Située dans le Nord-est du Viêt Nam, la province de Quang-Ninh est une des localités les plus affectées par le VIH/sida. Ha-Long est le chef-lieu de la province de Quang-Ninh, en zone urbaine. Đông-Triêu est un district rural de la plaine. Dans les deux enquêtes, la partie réservée à la recherche quantitative et celle réservée à la recherche qualitative étaient effectuées pour collecter des données et développer des problématiques de recherche. Les outils de l'enquête comprennent trois types de questionnaires quantitatifs (questionnaire ménage, questionnaire individuel, questionnaire membre de ménage) et quatre grilles guidant les discussions de groupe et les entretiens approfondis avec différents répondants.

L'achèvement de cette thèse permet d'atteindre certains objectifs modestes du projet. Les résultats de cette thèse de doctorat et ceux du projet contribueront à la prévention du VIH/sida à Ha-Long, dans la province de Quang-Ninh et plus généralement au Viêt Nam. Ils complètent les informations manquantes sur les connaissances, la stigmatisation et l'exclusion liées au VIH/sida, sur les perceptions et le rôle qu'a la famille de la prévention de la transmission à ses membres lorsqu'elle comprend un séropositif, sur le rôle de la famille dans les soins aux séropositifs dans un contexte où les réseaux sanitaires et les soins communautaires sont encore limités.

PARTIE 1

CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE

CHAPITRE 1 : CONTEXTE

1.1. Stigmatisation et exclusion dans le contexte du VIH/sida

1.1.1. Contexte de l'épidémie VIH/sida

« L'épidémie VIH/sida a changé notre monde »

(UNAIDS - Rapport mondial sur l'épidémie VIH/sida en 2008)

Découvert il y a près de trente ans (en 1981), le VIH/sida a tué environ 25 millions de personnes dans le monde. Du point de vue collectif, ces morts traduisent des pertes inestimables en termes de potentialités humaines. Du point de vue individuel, elles s'accompagnent des « dommages » terribles que subissent les ménages et la communauté. Le VIH/sida n'est pas simplement un problème médical, il est devenu l'un des problèmes sociaux les plus graves de l'humanité au XXI^e siècle (*UNAIDS, 2008*).

Dans les pays les plus touchés, le VIH a entraîné une réduction de vingt ans d'espérance de vie des habitants, un ralentissement de la croissance économique et une aggravation de la pauvreté des ménages. Dans la seule région d'Afrique sub-saharienne, le VIH/sida a fait plus de 12 millions d'enfants orphelins de moins de 18 ans. La base de la pyramide des âges de beaucoup de pays de la région s'est considérablement restreinte à cause du VIH/sida. Même dans les pays d'Asie où la prévalence du VIH est relativement faible, l'épidémie a entraîné une baisse de la productivité, avec un effet plus important qu'aucune autre maladie. En 2015, six millions de ménages supplémentaires se trouveront dans la pauvreté à cause du VIH/sida si les pays n'accélèrent pas leurs actions contre cette épidémie (*UNAIDS, 2008*). Selon l'estimation du PNUD, le VIH/sida a causé « le renversement le plus grand dans le processus de développement humain » de l'histoire moderne (*UNDP, 2005*).

Grâce aux actions des pays et de la communauté, le nombre des morts chaque année à cause du VIH/sida a tendance à diminuer, passant de 2,2 millions de personnes [1,9 millions – 2,6 millions] en 2005 à 2,0 millions de personnes [1,8 millions – 2,3 millions] en 2007. Le nombre des personnes nouvellement atteintes par le virus connaît également une chute, de 3,0 millions [2,6 millions – 3,5 millions] en 2001 à 2,7 millions [2,2 millions – 3,2 millions] en 2007. Dans les pays les plus touchés comme le Kenya, le Rwanda, l'Ouganda et le Zimbabwe – en Afrique sub-saharienne, des changements notables de comportement

sexuel ont permis de réduire le nombre de personnes nouvellement atteintes. Toutefois, dans d'autres pays, les tendances comportementales et épidémiologiques ne sont pas stables. Le nombre des cas nouvellement atteints augmente dans des pays comme la Chine, l'Indonésie, la Russie, l'Ukraine, le Royaume Uni, l'Allemagne et le Viêt Nam. Dans certains pays d'Afrique australe, la proportion de personnes séropositives VIH est stable, mais élevée. Pour la seule année 2007, on estime à 33 millions [30,3 millions – 36,1 millions] le nombre de personnes séropositives VIH dans le monde. Près de 50% des séropositifs VIH sont de sexe féminin. Le groupe des jeunes de 15 à 24 ans représente près de 45% des personnes nouvellement séropositives VIH. Le VIH/sida a un impact important sur les consommateurs de drogue, les homosexuels et les personnes qui ont une activité de commerce sexuel ([UNAIDS, 2008](#)).

L'Asie est actuellement la troisième région la plus touchée par le VIH/sida, après l'Afrique subsaharienne et les Caraïbes. En 2007, on estime à 5 millions le nombre de personnes [4,1 millions – 6,2 millions] qui vivent avec le VIH/sida en Asie. Le nombre de nouveaux cas est d'environ 380.000 personnes [200.000 – 650.000] par an. La prévalence du VIH est la plus élevée en Asie du Sud-est où les tendances épidémiologiques sont très différentes d'un pays à l'autre. Au Cambodge, au Myanmar et en Thaïlande elle a tendance à baisser (la prévalence du VIH au Cambodge est descendue de 2% en 1998 à 0,9% en 2006). Toutefois, l'épidémie connaît une hausse rapide en Indonésie, au Pakistan et au Viêt Nam. Dans l'ensemble, le commerce sexuel est le facteur le plus important de transmission du VIH/sida en Asie, suivie de l'injection de drogue. L'interaction entre le commerce sexuel et l'injection de drogue reste très importante ([UNAIDS, 2008](#)).

Dans l'histoire, aucune maladie n'a demandé une si grande mobilisation des forces politiques, financières et humaines pour y faire face, que l'épidémie VIH/sida. En 2000, les dirigeants du monde entier se sont réunis et ont proposé les Objectifs du millénaire pour le développement afin de régler les problèmes en vue d'un monde plus sûr, plus sain et plus équitable. Le sixième objectif exige qu'en 2015, le monde contrôle et commence à faire reculer l'épidémie VIH/sida ([UNAIDS, 2008](#)).

Lors d'une session extraordinaire du Conseil des Nations Unies (UNGASS) organisée en 2001 sur le VIH/sida, les pays membres de l'ONU ont adopté la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. Cette déclaration comprend des engagements limités sur les activités et le processus pour faire face au VIH/sida. Toujours dans la Déclaration politique

sur le VIH/sida, les dirigeants des pays se sont engagés à assurer l'**accès universel**¹ à la prévention du VIH/sida, au traitement, aux soins et à l'aide destinée aux personnes vivant avec le VIH/sida en 2010 (*UNAIDS, 2008*).

Ces dernières années, de plus en plus de personnes vivant avec le VIH/sida ont accès au traitement ARV mais la plupart n'en bénéficient toujours pas. En 2007, le nombre de nouveaux séropositifs VIH déclarés est de 2,5 fois supérieur au nombre de ceux qui reçoivent un traitement ARV. Pour la prévention du VIH, l'utilisation des préservatifs lors des relations sexuelles augmente mais n'atteint toujours pas le niveau souhaité². Les mesures de réduction des dommages ainsi que la distribution de seringues gratuites et de Méthadone sont appliquées dans plusieurs pays. Toutefois, pour obtenir un succès durable en matière de prévention du VIH/sida, la communauté internationale et les pays doivent encore redoubler d'efforts afin de régler les problèmes sociaux concernant le VIH : il s'agit des droits de l'homme, de l'inégalité de genre et notamment de la stigmatisation (*UNAIDS, 2008*).

1.1.2. Théories sur la stigmatisation et sur la stigmatisation liée au VIH/sida

La stigmatisation est une réaction sociale négative vis-à-vis du VIH. Elle est définie comme l'un des cinq obstacles les plus importants pour atteindre l'objectif de l'accès universel à la prévention du VIH/sida, au traitement, aux soins et à l'aide à l'intention des malades (*Parker, Aggleton, 2003, UNAIDS, 2008*). Malgré le déploiement d'efforts nationaux et internationaux depuis de nombreuses années, « la stigmatisation reste l'un des aspects les moins connus de l'épidémie ». La raison réside dans la complexité et la diversité de la stigmatisation, mais aussi dans les limites de la pensée actuelle (*Parker, Aggleton, Attawell, Pulewitz, Brown, 2002*). Cette thèse doit également répondre à la question comment doit être comprise la stigmatisation concernant le VIH/sida ?

La première définition de la stigmatisation est proposée par Erving Goffman dans « Stigma : Notes on the Management of Spoilt Identity », publié en 1963. La stigmatisation pourrait être considérée comme un attribut causant une réduction du prestige d'un individu, niant complètement l'acceptation sociale et mettant en avant les notions d' inclusion et

¹ Le principe de l'accès universel est que les services doivent être équitables, faciles d'accès, payables de manière globale et durable à long terme.

² Chiffres observés dans 19 des 35 pays ayant une proportion de séropositifs VIH/SIDA élevée (plus de 3% de la population).

d'exclusion sociale. Goffman a également défini la stigmatisation comme un attribut conduisant au discrédit de sorte qu'un être humain ne se sentirait plus humain ([Mason T., Carlisle C., Watkins C., Witehead E., 2001; Health and Development Networks, AIDS Care Watch Campaign, 2006](#)).

Selon Goffman l'individu stigmatisé est considéré comme quelqu'un qui possède « une différence non souhaitée ». Goffman considère que la stigmatisation est conceptualisée par la société sur la base de ce qui forme « la différence » ou « le déraillement » et de ce qui est appliqué par la société par le biais de règles et de normes, aboutissant à ce qu'il décrit comme une « identité souillée » chez l'être en question ([Goffman, 1963](#)).

« Quand un étranger est devant nous, les apparences peuvent montrer qu'il possède un attribut qui le rend différent de ceux qui appartiennent, au même groupe que lui et une caractéristique non souhaitée d'un être humain vraiment très mauvais, ou très dangereux, ou très faible. Ainsi, dans notre cerveau, il est dévalorisé d'une personne normale à une personne souillée, méprisée »

(Goffman, 1999:12)

L'accent mis par Goffman sur la stigmatisation comme « un attribut causant une perte de valeurs » est considérée comme central au concept de stigmatisation comme si c'était quelque chose (concrètement, une valeur culturelle, voire une valeur individuelle) – une caractéristique ou un caractère relativement statique, bien que sur le plan culturel, le concept comporte plusieurs degrés. L'accent dans l'œuvre de Goffman sur la possession d'une « différence non souhaitée » qui conduit à une « identité souillée » en retour, a encouragé une analyse très individualisée dont les mots caractérisent les gens de manière relativement neutre. Ainsi, la stigmatisation est comprise comme un attribut négatif, prêté aux personnes qui en raison de leur différence sont comprises comme valorisées négativement dans la société ([Parker, Aggleton, 2003](#)).

Dans son cadre conceptuel, Goffman détermine trois sortes de stigmatisation : les répugnances relatives au corps, les défauts/souillures de la personnalité et la discrimination raciale. Les répugnances relatives au corps sont celles qui accompagnent les défauts ou infirmités physiques selon la conception sociale, cela fait référence par exemple aux personnes malvoyantes, ou handicapées. Les défauts/souillures de la personnalité constituent une forme de stigmatisation liée au caractère, à la nature d'une personne, ou tout simplement à son comportement. Certains vices pourraient être attribués aux personnes incarcérées, aux consommateurs de drogue, aux alcooliques, aux malades

mentaux. Enfin, la discrimination raciale consiste à émettre des valorisations négatives sur certaines personnes précises en raison de leur appartenance à un groupe spécifique. Certaines formes de discrimination concernent la race, l'ethnie et la préférence sexuelle. Toutes ces formes de stigmatisation peuvent contribuer à la réduction de la valeur des personnes dotées des caractéristiques abordées (*Varas-Diaz N., Serrano-Garcia I., Toro-Alfonso J., 2005*).

Le cadre conceptuel de Goffman a ensuite été perfectionné par d'autres chercheurs, notamment pour les aspects qui pourraient provoquer une stigmatisation plus grave. Par exemple, l'attribut qui cause les critiques sociales négatives de la part des autres pourrait devenir plus grave pour les stigmatisés si (a) il est impossible de le cacher ; (b) il est considéré comme prématuré ; (c) il n'est pas esthétique pour un observateur; (d) le stigmatisé ou son groupe sont pris en faute à cause de leurs origines ; (e) cet attribut est associé à la mort ; ou (f) il détruit l'interaction sociale (*Jones et al., 1984; Murphy, 1995 – cited in Varas-Diaz N., Serrano-Garcia I., Toro-Alfonso J., 2005*).

Les croyances et attitudes dans la société contemporaine ont une grande influence sur la signification de la stigmatisation quand on cherche à la comprendre dans des contextes sociaux et culturels différents. Il y a de fortes différences culturelles dans ce qui est considéré comme de la stigmatisation, tout comme il existe une diversité régionale des contextes sociaux plus larges. Des valeurs nationales aux normes culturelles d'un groupe, la diversité des règles et interdictions susceptibles d'être violées pourraient aider à tirer des conclusions sur le processus de marginalisation et savoir ce qui contribue à la formation des conditions de la stigmatisation (*Mason T., Carlisle C., Watkins C., Witehead E., 2001*).

Après la publication des études très influentes de Goffman, les documents de recherche sur la stigmatisation ont connu d'heureux développements. Le concept de stigmatisation a été appliqué à une série de situations particulières, notamment concernant la santé, la lèpre (*Opala, Boillot, 1996*) le cancer (*Fife, Wright, 2000*), en passant par l'énurésie (*Sheldon, Caldwell, 1994*) et les troubles mentaux (*Corrigan, Penn, 1999; Phelan, Link, Steuve, Pescosolido, 2000*). Ces matériaux renferment la quintessence de la déclaration initiale de Goffman, les développements des thèmes qu'il a abordés pour la première fois, et les illustrations de grande envergure sur l'impact de la stigmatisation sur la vie des personnes qui subissent son influence (*Parker, Aggleton, 2003*).

Toutefois, la plupart de ces matériaux se sont développés rapidement à partir des socio-psychologues, qui ont utilisé les approches socio-cognitives pour étudier la façon dont les individus construisent les catégories et les incorporent dans des croyances stéréotypées.

(Crocker, Major, Steele, 1998; Link, Phelan, 2001). Beaucoup de ces travaux sont fortement limités sur le plan conceptuel, donnant même des définitions exceptionnellement vagues et fortement variables de la stigmatisation (Link, Phelan, 2001). Pour Jones et al. (1984), la stigmatisation est un « signe » reliant une personne à des particularités non souhaitées telles que des stéréotypes. Stafford and Scott (1986) évoquent la stigmatisation comme une « particularité des personnes s'opposant à une norme d'un groupe social ». Crocker et al. (1988) estiment que les stigmatisés « possèdent (ou sont sensés posséder) certains attributs ou caractéristiques sociales dévalorisés dans un contexte social concret ».

Outre les problèmes concernant la définition de la stigmatisation, de nombreux ouvrages ont tendance à se concentrer sur le stéréotype plus que sur les conditions structurales qui provoquent une exclusion de la vie économique et sociale. Les analyses psychologiques transforment souvent la stigmatisation constatée en signes ou attributs de l'homme (Fine, Asch, 1988; Fiske, 1998; Link, Phelan, 2001). Dans ce cas-là, la stigmatisation est considérée comme quelque chose propre au stigmatisé plutôt qu'une désignation que les autres lui attribuent (Link, Phelan, 2001). Link & Phelan (2006) ont conceptualisé la stigmatisation comme un processus dont cinq composants agissent de manière interactive pour aboutir à la stigmatisation : l'apposition du stéréotype, la séparation des apposeurs et des apposés, l'expérience de la discrimination, la perte de statut chez les apposés, enfin l'exercice du pouvoir par les apposeurs d'étiquetage et de stéréotype traduisant les choses considérées comme négatives et la bonne compréhension en conséquences significatives pour les personnes étiquetées.

Il semble que le premier cadre conceptuel de Goffman ait été utilisé pour expliquer la stigmatisation liée aux questions raciales, ethniques et aux infirmités physiques. Les chercheurs spécialisés sur le VIH/sida saisissent bien la contribution importante des idées de Goffman et les utilisent pour expliquer la stigmatisation liée au VIH/sida (Varas-Diaz N., Serrano-Garcia I., Toro-Alfonso J., 2005). De manière générale, Herek (1999) définit la stigmatisation liée au VIH/sida comme « un préjugé faisant perdre la valeur et le prestige, une discrimination à l'intention des personnes jugées séropositives VIH/sida ».

Comme les tendances évoquées ci-dessus, de nombreux ouvrages sur la stigmatisation liée au VIH/sida ont tendance à la définir en utilisant des termes relatifs à une réaction émotionnelle forte telle que « la colère et d'autres sentiments négatifs » contre les séropositifs VIH/sida, ce qui aboutit à « la conviction qu'ils méritent d'être malades, isolés et rejetés et le soutien des politiques publiques à caractère contraignant qui menacent les droits de l'homme de ces personnes » (Herek, Capitanio, Widaman, 2002; Blendon, Donelan, Knox,

1992; Crandall, Glor, Britt, 1997; Crawford, 1996; Goldin, 1994; Green, 1995; Herek, 1990; Herek, Capitanio, 1993, 1997; Kelly, Lawrence, Smith, Hood, Cook, 1987; Tewksbury, McGaughey, 1997). D'autres études se sont concentrées sur « les attitudes de stigmatisation » et sur l'importance de la corrélation entre ces attitudes et les malentendus ou informations erronées concernant les modes de transmission du VIH ou le risque de transmission lors des contacts sociaux quotidiens (Herek et al., 2002; Herek, Capitanio, 1994, 1997; Herek, Glunt, 1991; Stipp, Kerr, 1989), ou les attitudes négatives vis-à-vis des groupes considérés comme subissant l'impact de l'épidémie, tels que les hommes homosexuels ou bisexuels, les consommateurs de drogue ou les personnes exerçant une activité de commerce sexuel (Herek et al., 2002; Here, Capitanio, 1998; Pryor, Reeder, Vinacco, Kott, 1989; Lawrence, Husfeldt, Kelly, Hood, 1990).

De nombreuses études empiriques sur la stigmatisation relative au VIH/sida avaient pour objectif d'étudier les réactions émotionnelles des groupes cibles, ceux qui subissent les conséquences de l'épidémie ou sont considérés comme ayant des risques de devenir séropositifs VIH : « sentiment négatif vis-à-vis des séropositifs VIH/sida », « responsabilité et accusation », « irritation », et autre réactions émotionnelles similaires font parties de catégories fréquemment enquêtées pour évaluer les degrés de stigmatisation existant dans différents groupes de population (Herek et al., 2002). Ces réactions émotionnelles sont en retour souvent liées aux croyances relatives à la transmission du VIH : la compréhension des modes de transmission et typiquement les malentendus relatifs à la façon dont il n'est pas transmis. Ainsi, les croyances correctes par opposition aux croyances incorrectes deviennent les causes déterminant la stigmatisation relative aux séropositifs VIH/sida (Herek et al., 2002).

Selon Aggleton and Parker (2002), la stigmatisation relative au VIH/sida prend ses origines dans : (1) Le sexe, (2) Le genre, (3) La race, (4) l'ethnie, (5) La classe sociale. La stigmatisation liée au VIH/sida tire son origine de la stigmatisation sous-jacente relative à la sexualité (par exemple l'homosexualité et le commerce sexuel) et l'injection de drogue, deux modes principaux de transmission du VIH. En réalité, les séropositifs VIH/sida subissent une double stigmatisation vis-à-vis de la maladie et vis-à-vis des comportements hors normes. Par ailleurs, l'exagération est une réaction de caractère expressif (symbolique) par rapport au caractère évaluatif (instrumental) de la stigmatisation (Herek and Capitanio, 1998). Les observateurs pourraient ressentir des impressions négatives fondées sur les préjugés (par exemple vis-à-vis de l'homosexualité) mais agir uniquement suivant le critère instrumental (par exemple : la peur de la transmission).

L'ONUSIDA (2003) a publié un bulletin sur la stigmatisation et la discrimination qui donne une définition synthétique de ces phénomènes. La stigmatisation relative au VIH/sida peut être décrite comme un « processus de dévalorisation » des personnes vivant avec VIH/sida ou associées au VIH/sida. Cette définition tire son origine de la stigmatisation sous-jacente concernant la sexualité et l'injection de drogue – deux des modes principaux de transmission du VIH.

Cette approche fondamentale dans la conceptualisation et la recherche sur la stigmatisation relative au VIH/sida a eu des conséquences importantes en retour sur les formes initiales d'intervention pour faire face à la stigmatisation et à la discrimination. La grande majorité des interventions qui ont été développées en réponse à la stigmatisation relative au VIH/sida avaient pour objectif d'augmenter « la tolérance » vis-à-vis des séropositifs VIH dans différents groupes de la population générale. Les stratégies ont été développées pour « augmenter l'empathie et l'altruisme » et pour « réduire l'anxiété et la peur » en fournissant initialement ce qui est considéré comme une information correcte et en développant des compétences psychologiques considérées comme essentielles à une gestion plus efficace des réponses émotionnelles déclenchées par le VIH/sida dans ces différents groupes de population. (Ashworth et al., 1994; Hue, Kauffman, 1998; Mwambu, 1998; Soskolne et al., 1993). Ainsi, différentes interventions portent sur les approches de consultation psychologique (Kaleeba et al., 1997; Kerry, Margie, 1996; Kikonyogo et al., 1996; Simpson et al., 1998) et l'augmentation des contacts avec les personnes séropositives VIH/sida, notamment pour ceux qui ont peu d'expérience directe de l'épidémie (Batson et al., 1997; Bean, Keller, Newburg, & Brown, 1989; Herek, Capitano, 1997). Les interventions portent aussi sur l'acquisition de « savoirs-faire de confrontation » afin de mieux gérer les conséquences de la stigmatisation vis-à-vis des séropositifs VIH/sida (Brown, Trujillo, Macintyre, 2001).

1.1.3. Les relations entre connaissance, attitude de stigmatisation et exclusion liées au VIH/sida

Selon les théories psychologiques comportementales, la chaîne de réaction aboutissant à tout comportement humain se déroule suivant l'ordre décrit ci-dessous avec une série d'impacts des facteurs culturels, socio-économiques...



CONNAISSANCES – perception – conception – croyance –
ATTITUDE – projets – COMPORTEMENT

Figure 1.1- Les liens des connaissances à l'attitude et au comportement

Celui qui a des connaissances est celui qui « sait ». Ici, cela signifie « savoir que... » et « savoir comment faire... ». Selon le philosophe britannique Gilbert Ryle (1900-1976), « savoir comment faire... » est un terme désignant le type de savoir-faire que l'homme possède, tandis que « savoir que... » exprime l'information acquise. Bertrand Russell distingue deux sortes de connaissances : connaissances acquises grâce à l'expérience personnelle et connaissances acquises grâce à la description. Les connaissances acquises grâce à l'expérience personnelle pourraient ne pas posséder l'exactitude. Elles comprennent « la précision » et la « non précision » (*R.P. Gwinn et al, 1993*).

Concernant les connaissances sur le VIH/sida, les personnes séropositives peuvent recevoir ces deux formes de connaissances, tandis que ceux qui ne sont pas séropositifs n'ont généralement que les connaissances acquises grâce à la description. Ainsi, les connaissances et certaines convictions erronées pourraient être constituées sur la base de connaissances « inexactes ». Beaucoup croient qu'ils peuvent acquérir le VIH s'ils embrassent un séropositif VIH sur la joue, s'ils utilisent les mêmes ustensiles pour les repas ou les mêmes toilettes qu'un séropositif VIH », s'ils se trouvent près de ces personnes quand elles éternuent. Aux Etats-Unis même, en 1999, 40-50% des personnes interviewées lors des enquêtes ont des connaissances inexactes et des convictions erronées comme celles-là. Ces convictions semblent même être plus répandues qu'il y a 10 ans (*Herek G.M., Capitanio J.P., Widaman K.F., 2002*).

Le concept d'« attitude » est obtenu grâce aux efforts pour comprendre le caractère cyclique du comportement observé chez chaque individu. Sur le plan socio-psychologique, l'attitude est orientée pour déterminer les objets, les événements et l'interaction entre ces objets et événements jusqu'à un certain niveau. Sur le plan logique, l'attitude est constituée de structures hypothétiques qui s'expriment dans l'expérience cognitive, la parole, le comportement manifeste et les signes physiologiques. Quand un problème est défini, l'individu forme en lui-même une attitude vis-à-vis de ce problème, basée sur sa perception, sa conception et sa conviction, nées dans le processus de réflexion vis-à-vis de ce

problème. Ainsi, l'attitude d'un individu est souvent influencée par des facteurs extérieurs comme l'environnement, la communication ou les groupes de pression. Parmi ces facteurs, l'environnement joue un rôle extrêmement important dans la formation de l'attitude, notamment l'environnement social dans lequel se trouve sa famille : amis, voisins. Cet environnement pourrait être considéré comme « la communauté ». En général, les gens réajustent leur attitude pour qu'elle soit conforme à ce qui est généralisé dans les groupes sociaux dont ils sont membres. Ainsi, « l'attitude » est ce que chaque individu possède et elle est formée par une communauté (*Gwinn R.P. et al., 1993*).

Dans une société où existent le VIH/sida et la stigmatisation liée à cette épidémie, évidemment, l'attitude stigmatisante liée au VIH/SIDA existe aussi. Cette attitude de chaque individu est fondée sur ses pensées relatives au VIH/sida et aux séropositifs VIH/sida. Les connaissances concernant le VIH/sida et la maladie elle-même créent des perceptions et conceptions sur le VIH/sida chez chaque individu. Les convictions et préjugés dans la société sur les problèmes liés au VIH/sida contribuent pour une part importante à la formation de l'attitude stigmatisante. L'attitude stigmatisante liée au VIH/sida de chaque individu est influencée par celle de la communauté et vice-versa.

Les études ont montré que les séropositifs VIH et les groupes sociaux auxquels ils appartiennent font l'objet d'une large stigmatisation depuis l'apparition de l'épidémie. L'attitude stigmatisante est fortement liée aux connaissances erronées sur le mécanisme de transmission du VIH, l'exagération des risques de transmission dans les contacts quotidiens et l'attitude négative vis-à-vis des groupes sociaux qui subissent l'impact de l'épidémie, notamment les consommateurs de drogue, les personnes exerçant un commerce sexuel et les hommes homosexuels. La peur, la colère, la répugnance vis-à-vis des séropositifs VIH/sida et le rejet de la faute sur ces personnes sont très répandus, suivis d'une impression d'inconfort, du souhait d'éviter tout contact avec ces personnes. Il existe même un soutien à la promulgation des politiques négatives vis-à-vis des séropositifs VIH, violant les droits de l'homme, notamment la publication obligatoire de leur identité devant la communauté, les tests forcés pour les personnes dites à haut risque... (*Herek G.M., Capitano J.P., Widaman K.F., 2002*).

Comme nous avons l'abordé auparavant, selon Goffman : « La stigmatisation pourrait être considérée comme un attribut entraînant la perte de prestige d'un individu aux yeux des autres, niant complètement l'acceptation sociale et entraînant les notions d'inclusion et d'exclusion sociale ». L'exclusion sociale est caractérisée par l'exercice du pouvoir d'un

groupe par rapport à un autre (*Burchardt et al., 2002*) à travers des processus de séparation et de discrimination entre les groupes (*Mason et al., 2001*).

Ainsi, on peut dire qu' avant d'aboutir à la conséquence finale que constitue l'exclusion sociale, la discrimination se produit. La discrimination est le fait qu'une personne soit traitée de manière injuste car elle est considérée comme « déviante » ou parce qu'elle appartient à un groupe spécifique (*Aggleton and Parker, 2002*). La discrimination se manifeste de trois façons principales : publique, subtile et perfide, faisant reconnaître aux individus discriminés qu'ils subissent l'apposition de préjugés puis qu'ils perdent leur statut social (*Link and Phelan, 2006*). Beaucoup de comportements visant les stigmatisés soulignent « la différence ». Par conséquent les formes de discrimination et d'apposition de préjugé peuvent être définies dans les interactions entre « le normal » et « la perte de prestige » (*Goffman, 1990*). La discrimination et le préjugé, quelque soit leur forme, mènent à la ségrégation et à l'exclusion des individus de la société ou des intérêts sociaux, par exemple l'égalité d'accès aux services sociaux : habitation, éducation, soins de santé, aide sociale. Ainsi, dans cette logique, la discrimination est aussi une forme d'exclusion sociale. Autrement dit, l'exclusion sociale est une autre manière de décrire des réactions de discrimination créées par la stigmatisation envers un individu ou un groupe (*Mason T. et al., 2001; Reidpath et al., 2005*).

L'impact de l'attitude stigmatisante sur les individus stigmatisés prend différentes formes et intensités. Les chercheurs suivants ont noté les sous-entendus sociaux ou individuels de caractère négatif de la stigmatisation liée au VIH/sida à l'intention des porteurs de cette maladie. Des impacts psychologiques négatifs comprennent l'inquiétude, la dépression, la culpabilité, la perte de l'estime de soi, l'isolement, la rupture des dynamiques familiales, les violences émotionnelles et physiques, l'augmentation de la douleur (*Chesney, Smith, 1999; Kalichman, 1998; Nord, 1997*).

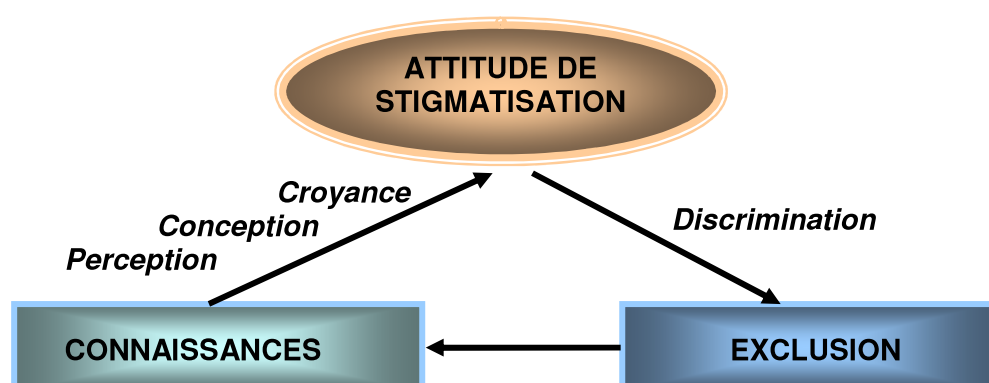


Figure 1.2 – La relation entre les connaissances, l'attitude de stigmatisation et l'exclusion

La stigmatisation liée au VIH/sida est capable de créer d'autres situations générant des effets négatifs tels que la discrimination sociale, la rupture d'interactions sociales, la limitation de l'aide et du réseau social, le chômage, la perte de revenus, la réduction de la qualité de vie, la perte de l'assurance-santé, la destruction de relations utiles avec le personnel médical, la difficulté d'accès aux services de soins de santé (Leary, Schreindorfer, 1998; Herek, 1999; Link and Phelan, 2006). La stigmatisation liée au VIH/sida a des impacts directs et indirects sur la santé physique et mentale des stigmatisés. La peur constante d'être discriminé, stigmatisé et exclu de la communauté et de la société pourrait conduire au stress chronique. La stigmatisation liée au VIH/sida peut aussi contraindre ou décourager la recherche de soins chez les personnes malades (Link and Phelan, 2006). Elle entraîne une diminution de la qualité des services médicaux, le personnel et les établissements médicaux refusant dans certains cas de traiter les séropositifs VIH/sida (Busza, 2001 cité par Reidpath et al., 2005).

Dans les années 1990, les chercheurs ont noté les effets négatifs de la stigmatisation liée au VIH/sida et le rôle indispensable de l'interaction entre les stigmatisés et les non stigmatisés (Heble, Tickle, Heatherton, 2000; Lucheta, 1999). L'impression d'être isolé en raison de la stigmatisation liée au VIH/sida est apparue en lien avec les pratiques sexuelles (Van Der Straten, Vernon, Knoght, Gomez, Padian, 1998). Des couples dont le mari était séropositif VIH/sida évitaient de parler de la maladie et perdaient leur appétit sexuel (Remien, Carballo-Diequez, Wagner, 1995). Les séropositifs VIH/sida ont tendance à douter les autres en raison de leur propre expérience de stigmatisés. En revanche, à cause de la peur de la transmission et pour contrôler celle-ci, les gens évitent le contact avec les séropositifs VIH/sida (Crandall, Coleman, 1992 – cité par Varas-Diaz N., Serrano-Garcia I., Toro-Alfonso J., 2005).

Selon le rapport du PNUD en 2003, la stigmatisation conduit souvent au refus et au secret, « non seulement au niveau individuel, mais aussi à l'échelle macro-sociale, les communautés et états de toute région niant l'envergure du problème » (UNDP, 2003). Comme nous avons indiqué, la stigmatisation est liée à l'environnement social et n'est pas simplement le résultat d'une conception erronée ou d'informations aberrantes sur le VIH/sida. Dans les sociétés ayant des liens et obligations fortes avec la famille, le village, le voisinage et la communauté, la stigmatisation et la discrimination sont indéniablement des phénomènes socio-culturels liés aux comportements et caractéristiques de tous les groupes sociaux et non pas simplement une conséquence de comportements individuels (Parker, Aggleton, 2003; UNAIDS, 2002).

De peur d'être stigmatisé et discriminé, les stigmatisés évitent les situations où ils risquent d'être soupçonnés d'être séropositifs, même s'il s'agit d'événements à caractère positif, comme la consultation dans un établissement médical. C'est une sorte d'auto-exclusion (*a kind of self-regulated exclusion*) (Drury et Louis, 2002 cité par Reidpath et al., 2005). Cela est décrit comme si « la stigmatisation était formée intrinsèquement par les stigmatisés eux-même ». Ces derniers créent des comportements évitant la stigmatisation imaginée chez les autres (Last, 2000 cité par Reidpath et al., 2005).

Les études constatent que la peur de la stigmatisation, de la discrimination et de l'exclusion empêche les séropositifs VIH/sida de faire un test VIH, de bénéficier d'une consultation et de recevoir un traitement, d'annoncer leur séropositivité à leur partenaire, à leur famille et leur amis ; d'accepter d'être guidés et appuyés pour faire face au VIH/sida et de changer de comportement vis-à-vis de la maladie (Herek, 1999; Wu Z., Sullivan S.G., Wang Y., Rotheram-Borus M.J., Detels R., 2007). La peur de la stigmatisation, de la discrimination et de l'exclusion mène aussi au « manque d'informations exactes sur la transmission du VIH et à l'impossibilité de préparer et de faire face à l'épidémie » (UNDP, 2003). A propos de la prévention du VIH/sida, dans les endroits où existent la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion liées à l'épidémie, les témoignages disponibles montrent que les interventions telles que l'information, la consultation et le développement de savoirs-faire pour faire face à la maladie pourraient aider à réduire la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion (Brown, Macintyre, Trujillo, 2003).

1.1.4. La stigmatisation et l'exclusion liées au VIH/sida dans les études effectuées dans les pays en voie de développement

Les différences d'institutions, de niveau de développement socio-économique, notamment de système de santé entre les pays développés et les pays en développement dans le monde ont créé des différences de modèle épidémiologique du VIH/sida, ainsi que de réponses à l'épidémie. Cette partie analysera de façon approfondie le contexte de la stigmatisation et de l'exclusion relatives au VIH/sida dans les pays en développement. Elle aide à déterminer des similarités relatives aux problèmes liés au VIH/sida dans les pays dont le niveau de développement est comparable au Viêt Nam.

Beaucoup d'études montrent que dans les pays en voie de développement, les groupes « marginalisés » comme les personnes pauvres, les minorités ethniques et notamment les femmes célibataires sont plus vulnérables à la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion liées au VIH/sida (Bon, Chase, 2002; Nyblade et al., 2003). Le

manque de connaissances, les normes, les valeurs et les convictions actuelles de caractère culturel, social et religieux vis-à-vis de l'âge et du genre sont aussi les facteurs importants (Aggleton, 2000; Parker, Aggleton, 2002; Bon, Chase, 2002; Muyinda, Sceley, 1997; Bijdendijk, 1996).

La stigmatisation et l'exclusion liées au VIH/sida prennent différentes formes et s'expriment dans des contextes diversifiés, par exemple : en famille, dans la communauté, à l'école, au travail, voire dans des cadres institutionnels et juridiques. En Afrique du Sud, l'isolement social est une manifestation principale de la stigmatisation. Les habitants rejettent de discuter de leur maladie, les enfants atteints par le VIH/sida sont évités par leurs amis (Parker, Aggleton, 2002). Une autre forme souvent constatée de stigmatisation est la moquerie, l'abus de mots et de sobriquets comme ce qui se passe avec les commerciales du sexe bénéficiant de soins médicaux gratuits (Bon, Chase, 2002).

Les séropositifs VIH/sida subissent souvent une double stigmatisation : celle liée à la maladie et celle liée aux comportements déviants tels que la consommation de drogue et la pratique de commerce sexuel (Aggleton, Parker, 2002). En Chine, une nouvelle étude menée au sein de Dai (dans la province de Yunnan, Chine) sur les consommateurs de drogue porteurs de VIH/sida montre une stigmatisation et une discrimination profondes manifestées dans tous les contextes et dans tous les aspects de la vie des consommateurs de drogue. Dans ces familles, souvent ces personnes doivent utiliser pour les repas des ustensiles qui leur sont réservés ou prendre leurs repas à part. Bien que les parents ne rejettent pas leurs enfants consommateurs de drogue, ils leur accordent un traitement différent car ils n'ont pas confiance en ces enfants que dans certains cas ils détestent. Au travail, les consommateurs de drogue ne peuvent exercer que des travaux insignifiants, au salaire bas et souffrent de discrimination. Souvent, au travail, ils doivent aussi utiliser des ustensiles qui leur sont réservés ou prendre leurs repas à part. Ces séropositifs VIH/sida sont souvent licenciés quand leur employeur est au courant de leur consommation de drogue. Dans cette communauté, ils sont exclus des activités comme le mariage, les festivités, les funérailles... Bien qu'aucun document n'interdise aux consommateurs de drogue séropositifs VIH/sida de participer à de telles activités, il est rare qu'ils y participent car les autres les méprisent et ne souhaitent pas être à la même table qu'eux. Les funérailles sont un événement important pour tous les membres de cette communauté mais personne, même les membres de la famille du défunt, n'ose toucher au cadavre ou porter le cercueil si le défunt était séropositif VIH. D'autres consommateurs de drogue séropositifs VIH/sida sont embauchés pour faire ces travaux. D'ailleurs, à leur mort, les consommateurs de drogue séropositifs VIH ne sont pas inhumés dans le même cimetière que leurs ancêtres

de peur que leur âme ne puisse nuire aux ancêtres ou à la descendance. Ils sont enterrés dans les endroits spécifiques, misérables. La communauté est perçue comme une grande famille que l'on doit respecter. Ces consommateurs de drogue sont considérés comme détruisant la communauté car la consommation de drogue les conduit à avoir des comportements immoraux comme le vol, l'escroquerie ou le trafic de drogue. Non seulement ils sont punis par les règles sociales écrites ou non mais ils sont aussi séparés de la « grande famille ». Ainsi, avec ces croyances concernant la maladie et la mort, l'union de l'utilisation de la drogue et de la séropositivité VIH/sida sont à l'origine d'une stigmatisation très forte (*Deng R., Li J., Sringeriyuang L., Zhang K., 2007*).

Toujours en Chine, tandis que les consommateurs de drogue sont critiqués, les personnes d'un certain âge semblent jouir d'une attitude plus tolérante. Les femmes consommatrices de drogue subissent une plus grande stigmatisation que les hommes. Toutefois, les femmes dont les maris consomment de la drogue, sont séropositifs VIH/sida et leur ont transmis le VIH sont l'objet d'une grande compassion (*Deng R., Li J., Sringeriyuang L., Zhang K., 2007*).

La communauté des pays d'Amérique latine s'intéresse à la stigmatisation liée au VIH/SIDA. Les études montrent que cette attitude est plus forte qu'il y a cinq ans. L'accès aux services liés au VIH/sida est limité en raison de la stigmatisation liée à la race, au genre et à la pauvreté (*Kaiser Family Foundation, 2001*). Une étude réalisée en 2005 montre que les Portoricains séropositifs VIH subissent une stigmatisation liée à cette infection de la part des membres de leur famille, leurs amis, leurs partenaires sexuels, leurs collègues et du personnel médical (*Varas-Diaz N., Serrano-Garcia I., Toro-Alfonso J., 2005*). Les signes sont les suivants.

Dans ces familles, certains stigmatisés ont l'impression d'être mis à part par les autres ou s'isolent pour éviter des interactions tendues. La transmission du VIH/sida est un secret de famille ou est considérée comme une rumeur que tout le monde connaît mais dont personne ne parle. L'interaction sociale avec les membres de la famille devient particulièrement difficile quand ces séropositifs VIH commencent à éprouver des signes asthéniques. Ces signes créent une tension dans l'établissement de modèles de communication efficaces avec les autres. De plus, ces séropositifs VIH se sentent rejetés par leurs familles, leurs partenaires sexuels, leurs épouses qui connaissent leur séropositivité. L'idée qu'ils pourraient transmettre le VIH aux membres de la famille exclut toute possibilité d'avoir des relations positives avec leur famille élargie et influence la vie

sentimentale de ces personnes avec leurs partenaires sexuels ou leurs épouses (*Varas-Diaz N., Serrano-Garcia I., Toro-Alfonso J., 2005*).

Ces séropositifs VIH sentent une stigmatisation de la part de leurs amis quand ces derniers connaissent leur séropositivité. La stigmatisation se manifeste à tout moment, par un traitement rude et une fin soudaine des relations. D'ailleurs, d'autres amis préfèrent mettre fin aux relations avec ces séropositifs VIH/sida silencieusement et systématiquement en évitant tout contact social. Les relations sociales avec les amis sont aussi détruites par la perception que les gens ont de ces séropositifs VIH/sida en raison de leur culpabilité, des rumeurs sur la dégradation de leur santé et des changements physiques liés aux conditions considérées comme signes de leur séropositivité. Certains ont l'impression qu'ils sont liés à une mort imminente et une contamination. Pour cette raison ils sont abandonnés par les gens de leur connaissance. De plus, ils comparent le comportement de leurs amis avec eux avant et après que ceux-ci connaissent leur séropositivité. Certains ont très peur de révéler leur séropositivité à leur amis, de peur d'être stigmatisés (*Varas-Diaz N., Serrano-Garcia I., Toro-Alfonso J., 2005*).

Beaucoup de ces séropositifs VIH/sida vivent aussi la stigmatisation dans leur relation avec leurs partenaires sexuels ou leurs amoureux. Ils se sentent rejetés par ces derniers quand ceux-ci connaissent leur séropositivité. Ils sont aussi rejetés par ceux qu'ils rencontrent plus tard. Leurs partenaires sexuels s'inquiètent de la possibilité d'être infecté et refusent des relations sexuelles avec eux. En raison de l'impression d'être maltraités comme vecteur de transmission de l'infection, certains de ces séropositifs VIH estiment que leur vie sexuelle est terminée. L'inquiétude face à la stigmatisation de la part des partenaires sexuels est dans certains cas doublée de rejet et de menaces physiques si ces derniers deviennent séropositifs à leur tour (*Varas-Diaz N., Serrano-Garcia I., Toro-Alfonso J., 2005*).

Dans ce contexte, les relations sociales au travail sont également influencées par la stigmatisation. Quand les rumeurs sur l'état de santé du séropositif VIH se répandent au travail, certains collègues lui posent des questions directement, d'autres mettent fin tout simplement à leurs relations. Dans les pires cas, certains manifestent la stigmatisation ouvertement en se séparant ou en demandant un transfert du séropositif. L'une des conséquences les plus graves de la stigmatisation au travail est que le séropositif VIH/sida n'est plus capable de trouver un emploi (*Varas-Diaz N., Serrano-Garcia I., Toro-Alfonso J., 2005*).

Les influences de la stigmatisation sur les contacts avec le personnel médical constituent un exemple des difficultés créées par cette attitude discriminatoire vis-à-vis de la santé et des relations sociales de ces séropositifs VIH. Être refusé par les services médicaux est l'une des situations les plus stigmatisantes auxquelles ces séropositifs VIH doivent faire face. D'autres conséquences auxquelles ils sont confrontés en cas de stigmatisation de la part du personnel médical est le manque de communication efficace et le besoin d'être traité. Toutes ces manifestations de la stigmatisation mènent non seulement au refus des services, mais aussi à la détérioration de la qualité de ces services. Ces séropositifs VIH évitent souvent de révéler leur séropositivité de peur d'être rejetés par le personnel médical ou pour recevoir de meilleurs services (*Varas-Diaz N., Serrano-Garcia I., Toro-Alfonso J., 2005*).

Outre les études qualitatives permettant de déterminer les manifestations de la stigmatisation liée au VIH/sida déjà évoquées, actuellement, beaucoup de chercheurs souhaitent mesurer le degré de la stigmatisation dans la communauté par une approche quantitative. Deux études significatives viennent d'être effectuées en Chine et en Thaïlande, pays asiatiques où le VIH/sida est devenu un problème social et médical important.

Chen J., Choe M.K., Chen S., Zang S. (2005) ont mené un sondage auprès de 5.658 personnes âgées de 15 à 49 ans dans 66 communes sur l'ensemble du territoire chinois et concluent que 45% des personnes interrogées ont une attitude stigmatisante. Cette attitude vis-à-vis des séropositifs VIH/sida a tendance à augmenter légèrement puis à baisser un peu avec l'âge (moins de stigmatisation chez les moins de 30 ans que chez les personnes plus âgées). La stigmatisation connaît une baisse d'intensité considérable face à l'augmentation du niveau d'instruction et une baisse relative face à l'augmentation de l'accès aux mass media. Cette attitude est beaucoup plus forte chez ceux qui ont la conviction erronée que le VIH/sida est transmissible via les contacts quotidiens.

Une découverte paraît intéressante : les variables au niveau de la communauté, notamment les deux variables représentatives : le niveau des comportements à risque (commerce sexuel, consommation illégale de drogue et vente de sang) et le niveau de d'équipement (mesuré par la disponibilité en robinets d'eau) influencent aussi fortement la stigmatisation liée au VIH/sida. Plus le niveau de comportements à risque au sein de la communauté est élevé et plus le niveau d'équipement est bas, plus la stigmatisation liée au VIH/sida est forte (*Chen J., Choe M.K., Chen S., Zang S., 2005*). Les liens possibles entre un fort niveau de comportement à risque au sein de la communauté et une augmentation

de la stigmatisation du VIH/sida peuvent être multiple. L'un d'eux pourrait être que la perception d'un risque élevé tendrait à augmenter la peur de la transmission du VIH. Un autre lien pourrait être l'évitement et l'isolement social de certains groupes marginaux dans la communauté (par exemple, personnes qui ont une activité de commerce sexuel, consommateurs de drogue, homosexuels) qui sont perçus comme étant à haut risque (*Malcolm et al., 1998*). L'association du manque de robinet d'eau au niveau communautaire avec la stigmatisation liée au VIH/sida pourrait être en partie attribuée à un faible niveau de services communautaires, y compris ceux concernant l'éducation sur le VIH/sida. Un bas niveau de développement communautaire est aussi associé à une perception de risque individuel accrue (*UNAIDS, 2002*).

VanLandingham et al. (2005) ont effectué un sondage sur le VIH/sida en Thaïlande auprès de 425 séropositifs VIH/sida, 397 parents de ces derniers, 286 employés médicaux locaux, 64 bénévoles opérant dans le domaine de la santé dans les villages et 1.170 habitants âgés de 20 à 74 ans dans la communauté. Les résultats de ce sondage montrent que la stigmatisation relative aux séropositifs VIH/sida et à leur famille en Thaïlande est moins importante qu'en Chine. Seulement 10% du personnel médical estiment que la réaction de la communauté vis-à-vis des séropositifs VIH/sida et de leur famille est négative (par exemple éviter les contacts ou critiquer la famille), tandis que 80% indiquent que leur communauté est devenue plus tolérante vis-à-vis des séropositifs VIH/sida et de leur famille.

Toutefois, ces évaluations positives n'excluent pas l'existence des réactions négatives de la part de la communauté car au moins la moitié des personnes interviewées évoquent des réactions négatives, l'indignation et l'attitude distanciée de certaines personnes dans la communauté. Deux tiers des interviewés citent au moins des commérages à propos de ménages comportant un séropositif VIH/sida. Parmi les 278 familles observées comportant un membre séropositif VIH/sida, 22% ont une expérience d'évitement de critique de la part de la communauté. Cette proportion était encore de 7% après la mort de ces séropositifs. Les réactions positives spécifiques ont été plus fréquemment rapportées. Plus d'un tiers des familles ont reçu des visites ou l'expression de sympathie de la part de voisins durant la période où le séropositif VIH/sida était malade, mais ces réactions positives ont diminué et concernaient moins de 10% des personnes après la mort du séropositif..

Dans le sondage réservé aux parents, par rapports aux habitants à la campagne, les citadins reçoivent moins d'aide ou de conseil de la part de leurs voisins durant la période où le séropositif VIH/sida est malade. Les parents des séropositifs VIH/sida sont considérés

comme ayant une mauvaise personnalité semblent recevoir moins de visite et d'aide en nourriture que ceux considérés comme ayant une bonne personnalité. Un quart des parents indique avoir vécu des réactions négatives durant la période où leur enfant séropositif VIH/sida était malade, pour lesquelles la moquerie était la plus répandue. Un cinquième des parents estime qu'ils ont senti de l'indifférence autour d'eux (au minimum les voisins ne leur rendent plus visite), notamment quand le séropositif VIH/sida était une femme. Les parents des hommes séropositifs VIH/sida subissaient des réactions négatives durant une période plus courte que celle vécue par les parents des femmes séropositives VIH/sida. Les réactions négatives spécifiques de la communauté étaient moins présentes après la mort du séropositif VIH/sida. Les parents des femmes ou des veuves séropositives VIH/sida indiquaient que les voisins refusaient souvent de manger à leur funérailles (VanLandingham et al., 2005).

1.2. L'expression de ces phénomènes au Viêt Nam

1.2.1. Le Viêt Nam – « un dragon prenant son envol » en Asie du Sud-Est



Figure 1.3 - Position géographique du Viêt Nam en Asie du Sud-est

Source : <http://maps.google.com/vietnam>

Le Viêt Nam est un Etat situé sur la côte Est de la péninsule indonésienne, en Asie du Sud-est, limité au Nord par la Chine, à l'Ouest par le Laos et le Cambodge, au Sud-ouest par le golfe de Thaïlande, à l'Est et au Sud par la Mer d'Orient. La superficie totale du Viêt Nam est de 331.690 km², la topographie est marquée par des montagnes, des collines et de la forêt (80% du territoire). Le Viêt Nam compte plus de 2.800 îles de différentes tailles, une mer territoriale et un plateau continental dont la superficie représente trois fois celle de la terre ferme. Le climat est tropical au Sud et tropical sous l'influence des moussons au Nord (*Wikipedia, 2009*).

Le Viêt Nam compte actuellement 63 provinces et villes, avec Ha Nội comme capitale. Les provinces et villes sont divisées en arrondissements et districts qui sont, à leur tour divisés en quartiers et communes. Le Viêt Nam a actuellement 683 arrondissements et districts et 10.999 quartiers et communes. Le territoire vietnamien est divisé en huit zones ayant différentes particularités géographiques et socio-économiques : Nord-est, Nord-ouest, delta du Fleuve Rouge, Centre septentrional, Centre méridional, Tây Nguyên (Hauts-Plateaux), Sud-est, delta du Mékong (*Tổng cục thống kê, 2009*).



Figure 1.4 - Carte administrative du Viêt Nam

Source : <http://vi.wikipedia.org/wiki/vietnam>

54 ethnies cohabitent sur le territoire vietnamien. Les Viêt représentent jusqu'à 86% de la population, vivant principalement dans les deltas et plaines littorales. Les 53 autres ethnies sont minoritaires et représentent 14% de la population. Plusieurs religions existent au Viêt Nam ; le bouddhisme, le catholicisme, le caodaïsme, la religion Hoa Hao, le protestantisme et l'islam. Toutefois, la majorité des vietnamiens partagent le culte des ancêtres, beaucoup se rendent dans les pagodes et temples bouddhiques (bien qu'ils n'accomplissent pas tous les rites) confucéens et taoïstes. De nos jours, le vietnamien est écrit à l'aide d'un alphabet latin appelé langue nationale (*quốc ngữ*), écriture créée au 17^e siècle par les missionnaires portugais. Durant la colonisation française, la langue nationale étant devenu populaire, les documents écrits ont utilisé cette transcription. Auparavant, les vietnamiens utilisaient le chinois pour la transcription de la langue administrative et l'écriture démotique sino-vietnamienne (*nôm*) pour la langue populaire (*Trần Ngọc Thêm, 2001; Nguyễn Phong Phú, 2005*).

Le Viêt Nam a été formé par l'installation de tribus Viêt antiques il y a 2700 – 2000 ans. Au milieu du 19^{ème} siècle, avec d'autres pays d'Indochine, le Viêt Nam est passé sous administration française (en partie colonie, en partie protectorat). Durant la Seconde guerre mondiale, les Japonais se sont emparés de l'Indochine aux mains des Français, mais ils ont ensuite perdu la guerre face aux Alliés. Le Viêt Nam a vécu la Révolution d'août des travailleurs qui ont regagné le pouvoir des mains des japonais et de la cour royale. Le 2 septembre 1945, Hô Chi Minh a prononcé la déclaration d'Indépendance donnant naissance à la République démocratique du Viêt Nam, premier état du Viêt Nam moderne. Toutefois, les Français sont revenus en Indochine. Après l'échec Français à Diên Biên Phu en 1954, les américains ont introduit leur armée au Sud du Viêt Nam. De 1954 à 1975, deux états existaient au Nord et au Sud, la guerre destructrice ayant lieu sur l'ensemble du territoire. Sous la pression de la communauté internationale et face aux dommages importants qu'ils ont enduré dans la guerre au Viêt Nam, les américains ont dû retirer leur armée du Sud après la signature de l'Accord de Paris le 23 janvier 1973. Mais la guerre ne s'est vraiment terminée que le 30 avril 1975 avec la capitulation du régime du Sud (*Philippe Delalande, 2000*).

En 1976, le Viêt Nam réunifié a changé son nom officiel devenu désormais la République socialiste du Viêt Nam. Après la guerre, avec la politique de « fermeture » et de développement économique à orientation planifiée, centralisée et subventionnée, le Viêt Nam se trouvait dans une crise socio-économique. En 1986, l'Etat vietnamien a déclenché la politique du « Renouveau » qui préconise la réforme de l'appareil d'Etat, la

transformation de l'économie en économie de marché ouverte. La politique du Renouveau a apporté des changements socio-économiques importants au pays, créant des opportunités de développement économique et d'intégration internationale. Elle a permis d'augmenter le niveau de vie, d'améliorer l'accès aux services sociaux de base et la qualité de ces services. Le Viêt Nam a « fait peau neuve » et « devient un nouveau dragon prenant son envol » en Asie du Sud-est (*Perkin D., 1994; 2008*).

Sur le plan économique, durant la période de 1987 à 1991, le Viêt Nam a concentré ses efforts pour surmonter les conséquences de la crise socio-économique des années précédentes. La période suivante est celle de la stabilité socio-économique où le Viêt Nam a cherché à sortir de la pauvreté et à réaliser l'industrialisation et la modernisation. De 1991 à 2007, le PIB vietnamien a connu une hausse annuelle de 7,64%. Au total, durant cette période, le PIB a été multiplié par 3,5. Avec ce rythme de croissance, il est classé deuxième en Asie du Sud-est et de l'Est, juste après la Chine³. La structure économique s'est transformée avec une orientation vers l'industrialisation, l'amélioration de la qualité, l'efficacité et la compétitivité de toute l'économie et des entreprises (*Luu Bich Hô, 2007*).

Dans cet élan, le PIB (Produit Intérieur Brut) par habitant fait également un grand pas en avant, de 118 dollars par an en 1990 à 402 dollars en 2000, et à 722 dollars en 2006 (converti en parité de pouvoir d'achat, PPP, le PIB par habitant du Viêt Nam est passé de 942 dollars en 1990 à 2.037 dollars en 2000 et 3.255 dollars en 2006). Autrement dit, près de 20 ans après le lancement du Renouveau, le PIB par habitant du Viêt Nam a été multiplié par 6,1 (3,4 en PPP). Par rapport aux pays de la région, la croissance du PIB par habitant du Viêt Nam n'est inférieure qu'à celle de la Chine. Elle est supérieure à celle de la République de Corée, de la Malaisie, de Singapour et de la Thaïlande (*IMF, 2006*). Cela montre combien la vie des vietnamiens s'est améliorée. La proportion de ménages pauvres a été ramené à 16% en 2006, contre 19,5% en 1994, 28,9% en 2002, 37,4% en 1998 et 58,1% en 1993 (*World Bank, 2007*).

Le Viêt Nam a enregistré des progrès importants dans l'intégration internationale en normalisant ses relations avec la Chine après plus de 10 ans de confrontation, de même qu'avec les Etats-Unis de pair avec la levée de l'embargo en 1995, et en adhérant à l'ASEAN en 1995. Actuellement, le Viêt Nam est membre d'organisations internationales

³ De 1987 à 2004, la croissance de certains pays de la région est la suivante : Chine : 9,2%, Singapour 7% ; Malaisie : 6,7% ; République de Corée : 6,5% ; Thaïlande : 6,1% ; Indonésie : 4,9%.

telles que l'ONU, la Francophonie, l'ASEAN, l'APEC (*Philippe Delalande, 2000*). Le 11 novembre 2007, le Viêt Nam est devenu officiellement le 150^e membre de l'Organisation mondiale du Commerce (OMC). Ces changements ont aidé le Viêt Nam à rétablir, à élargir et à établir des relations économiques et politiques avec presque toutes les organisations internationales, avec 224 pays et économies dans le monde (*Bui Quang Tuấn, 2007*). L'investissement étranger direct continue à contribuer activement à la croissance économique. Fin 2007, 82 pays et territoires investissent au Viêt Nam. Les capitaux d'investissement direct connaissent une hausse constante (en 2006, ils sont de 64,5% supérieur à ceux de 2005). D'ailleurs, le Viêt Nam investit aussi dans 37 pays (*Bô kê hoạch đầu tư, 2009a ; 2009b*).

L'un des changements notables du Viêt Nam après 20 ans de Renouveau est le développement assez rapide des infrastructures et l'amélioration considérable des conditions de vie de la population. Le réseau routier s'est amélioré, de nouvelles routes ont été construites. Des aéroports internationaux existent dans les trois régions Nord, Centre, Sud. Des vols directs relient le Viêt Nam à d'autres pays asiatiques, à l'Europe et à l'Amérique. Les technologies de l'information se développent rapidement, la croissance des services de téléphone étant classée au deuxième rang mondial (en 1995 : 11 téléphones/1.000 habitants ; en 2000 : 42 téléphones/1.000 habitants ; en 2007 : 609/1.000 habitants) (*Luu Bich Hô, 2004 ; Tông cuc thông kê, 2009*). Internet fonctionne bien dans les zones urbaines et est disponible dans les chefs-lieux de district dans les régions rurales. En 2006, 8% des ménages possèdent des ordinateurs et 21,4% de ces ordinateurs sont connectés à Internet. Depuis 1991, 100% des communes et quartiers vietnamiens ont accès au réseau électrique national, 96% des ménages du pays utilisent l'électricité nationale comme source de lumière. En 2006, 92,1% des citadins et 62,8% des habitants des régions rurales ont accès à l'eau propre (*Tông cuc thông kê, 2007*). De nouvelles zones d'habitation sont construites, des maisons consolidées et élargies. La superficie d'habitation moyenne par habitant a augmenté, de 9,7m² en 1997-1998 à 14,7m² en 2006, une hausse de 51,5% tandis que la croissance démographique est de 13,2% (*Luu Bich Hô, 2004 ; Tông cuc thông kê, 2007*).

Le niveau de vie des habitants a connu des changements positifs, manifestes dans la croissance des dépenses pour la vie et le nombre de matériaux durables disponibles des ménages. Selon un sondage sur le niveau de vie des habitants, les dépenses mensuelles moyennes par habitant sont passées de 293,7 mille dôngs (19 dollars) en 2002 à 396,8

mille dôngs (26 dollars) en 2004 et 511,4 mille dôngs (32 dollars) en 2006⁴. Les dépenses mensuelles moyennes par habitant des zones urbaines sont deux fois plus importantes que celles des régions rurales. Dans la structure de dépenses, la part réservée aux équipements, aux matériaux, aux déplacements, au courrier, aux soins de santé, à l'éducation, aux activités culturelles, sportives et de loisirs connaît une hausse constante. En 2002, 32,3% des ménages vietnamiens avaient une moto. En 2006, ils étaient 52,7%. Pour la même période, la proportion des ménages ayant un téléphone est passée de 10,7% à 33,5%. Ces proportions étaient de 52,7% et 78,2% pour les téléviseurs couleurs, 22,5% et 43,7% pour les lecteurs vidéo; 10,9% et 22,7% pour les réfrigérateurs, 5,8% et 12,6% pour les chaînes pour écouter de la musique, 3,8% et 9,3% les machine à laver le linge (*Tông cuc thông kê, 2007*).

Parmi les services sociaux de base, le réseau médical vietnamien a opéré des changements importants, répondant de mieux en mieux aux besoins de soins de santé de la population. Pour assurer une couverture universelle, le réseau médical a été construit suivant les échelons administratifs, à commencer par les communes et quartiers, suivis des districts et arrondissements, les villes et provinces, puis le niveau central, plus haut échelon. En 1989, la Loi sur la Protection de la santé du peuple a été adoptée par l'Assemblée nationale, marquant des changements dans le développement du réseau médical. Le régime de subvention budgétaire étatique des activités médicales étant fini, la coexistence des établissements médicaux étatiques, privés et à participation étrangère a commencé. Cela a créé pour les habitants plus d'opportunités d'accès à des services médicaux de meilleure qualité. Le début des années 1990 témoigne d'un fort développement du réseau médical communautaire, d'une plus grande attention accordée aux soins de santé primaire et de la participation accrue des différentes composantes économiques au domaine de la santé. Le réseau médical vietnamien connaît un développement supérieur à ceux de pays ayant un niveau de revenu par habitant similaire et est hautement apprécié des organisations professionnelles internationales (*World Bank, 2001; Jean-Daniel Rainhorn, 2004*).

Les statistiques annuelles montrent une croissance du nombre des établissements médicaux, notamment des cliniques et stations sanitaires dans les communes et quartiers ; du personnel médical ; une amélioration de la qualité et de la fréquence des lits d'hôpitaux ;

⁴ D'après la Banque d'Etat du Viêt Nam (2007), les taux de changes sont les suivants 15.500 dôngs/dollars des E.U. en 2005 ; 2004 : 15.000 dôngs/ dollars des E.U.; 2006 : 16.000 dôngs/ dollars des E.U.

une augmentation du budget réservé au réseau médical, de même que des dépenses de soin de la population. Le budget d'Etat réservé aux soins de santé a été multiplié par 4,6 durant la période 1995-2006. De 1995 à 2000, l'Etat Vietnamien a dépensé 3,2 dollars E.U. par habitant pour les soins de santé. Ce chiffre s'élève à 5,9 dollars en 2005 et 8,6 dollars en 2006 (prix réel)⁵. Outre le budget étatique, les sources financières privées, le financement des organisations internationales et les aides étrangères au développement ont également été mobilisées en faveur des soins de santé. En 2006, l'Organisation mondiale de la Santé estime que les dépenses aux soins de santé du Viêt Nam ont atteint presque la norme de 45 dollars par personne (prix PPP) fixée pour les pays pauvres (*World Bank, 2007*). L'augmentation des dépenses de soins de santé permet aux fournisseurs d'augmenter la qualité des services (*Margaret Whitehead, Göran Dahlgren, Timothy Evans, 2001*). Parallèlement à d'autres résultats du développement socio-économique, la réforme du réseau médical et l'augmentation de la mobilisation des sources financières pour les soins de santé ont amélioré l'espérance de vie des vietnamiens qui est de 73,1 ans en 2005, soit 11 ans supérieure à celle de pays ayant le même PIB. Cette espérance de vie est nettement supérieure aux pays voisins dont le PIB est plus élevé comme la Chine, les Philippines, l'Indonésie et la Thaïlande (*UNDP, 2008*).

Dans le processus de Renouveau économique, d'ouverture et d'intégration régionale et mondiale, l'éducation vietnamienne a changé graduellement pour répondre aux besoins de la population de s'instruire et d'être formée, afin de fournir des ressources humaines d'une meilleure qualité pour le développement national. Avant le Renouveau, le réseau d'éducation du Viêt Nam était édifiée de manière stable, mais caractérisé par la subvention étatique de toutes les activités. Les processus de formation, d'enseignement et de recherche étaient conçus de manière rigide, sans réforme durant de nombreuses années. Les habitants n'avaient pas beaucoup de choix dans l'éducation (*Lê Duc Ngoc, 2006*). Après le lancement du Renouveau, deux changements importants marquent un tournant dans le développement de l'éducation au Viêt Nam. Le premier consiste en l'instauration du paiement des frais de scolarité, d'abord à l'université puis au lycée et au collège. Le deuxième changement concerne la réforme des manuels scolaires et des méthodes d'enseignement, de l'enseignement général jusqu'à la formation universitaire. La

⁵ Les chiffres sont calculés en se fondant sur le budget étatique réservé au secteur médical et la population en moyenne des années, selon les statistiques médicales de 1999 et l'annuaire statistique de 2007. Les taux de change pour un dollars des E.U. sont de 11.000 dôngs en 1995, 14.000 dôngs en 2000, 15.500 dôngs en 2005 et 16.000 dôngs en 2006 selon la Banque d'Etat du Viêt Nam.

participation de différentes composantes économiques à l'éducation a commencé au début des années 1990. Les forces sociales ont participé de plus en plus activement à l'encouragement des enfants à aller à l'école, à la construction d'infrastructures d'établissements scolaires, à l'ouverture de nouvelles écoles. Les fonds réservés à l'éducation ont été mobilisés sous différentes formes. Tandis que le budget étatique réservé à l'éducation était maintenu à 11% ou 13% du budget national, la part des capitaux provenant des contributions individuelles et d'organisations sociales aux dépenses d'éducation a augmenté pour atteindre environ 25% en 2000 (*Luu Bích Hô, 2004 ; Tông cuc thông kê, 2009*).

Depuis 2000, parallèlement aux écoles publiques, les établissements scolaires para-publics, privés ou à participation étrangère ont été créés et se sont développés à tous les niveaux, de l'école maternelle à l'université. Différentes formes de formation sont appliquées : temps plein, temps partiel, à distance, en coopération avec l'étranger. Ainsi, le réseau d'éducation du Viêt Nam est diversifié tant dans sa forme que par ses ressources, s'intégrant graduellement à la tendance de l'éducation mondiale (*Jean-Yves Martin, 2004; Vo Sang Xuân Hoang, 2006; Palaoro, 2006*).

Les dépenses annuelles réservées à l'éducation et à la formation pour un élève ou un étudiant au Viêt Nam sont passées de 627.000 dôngs (43 dollars) en 2002 à 826.000 dôngs (55 dollars) en 2004 et un million 211.000 dôngs (75 dollars) en 2006. Ces dépenses en zone urbaine sont 2,5 à 3 fois supérieures à celles en zone rurale. Celles du groupe ayant les plus hauts revenus sont 6 fois plus importantes que celles du groupe ayant les plus bas revenus⁶. Il n'y a presque pas de différence entre les dépenses pour l'éducation des filles et celles des garçons. Il existe toutefois une différence selon la région. Les dépenses d'éducation par personne dans les régions ayant les dépenses plus élevées représentent presque 4 fois⁷ les dépenses des régions ayant les dépenses les moins élevées (*Tông cuc thông kê, 2007*). Quant aux résultats de l'éducation, en 2005, 90,3% de la population

⁶ Les dépenses d'éducation par personne en 2006 sont de 425.000 dôngs (26 dollars des E.U.) chez le groupe ayant les plus bas revenus et de 2.443.000 dôngs (153 dollars des E.U.) chez le groupe ayant les plus hauts revenus.

⁷ Le Sud-est est la région ayant les dépenses d'éducation par personne les plus élevées : 2.012.000 dôngs (125 dollars des E.U.). Le Nord-ouest est la région ayant les dépenses d'éducation par personne les moins élevées : 544.000 dôngs (34 dollars des E.U.). Dans le Nord-est, ces dépenses dans la province de Quang-Ninh sont de 925.000 dôngs (59 dollars des E.U.).

vietnamienne âgée de 15 ans et plus savaient lire et écrire. En moyenne un vietnamien passait 7,9 ans à l'école. La proportion des habitants âgés de 5 à 24 ans allant à l'école était de 63,9%. Ces chiffres étaient égaux à ceux observés en Chine, en Thaïlande, aux Philippines et en Indonésie (*UNDP, 2008*).

Le Viêt Nam est un pays ayant une forte population et une forte densité. Le pays est classé actuellement au 14^{ème} rang mondial et 3^{ème} en Asie du Sud-est (après l'Indonésie et les Philippines) en terme de population, avec 86,2 millions d'habitants en 2008. La densité de la population au Viêt Nam est au 5^{ème} rang mondial, après l'Inde, le Japon, le Bangladesh et les Philippines, presque le double de celle de la Chine, premier pays du monde en terme de population (respectivement 252 personnes/km² et 136 personnes/km²) (*Population Reference Bureau, 2008*). La transition démographique au Viêt Nam commence dans les années 1960 avec une baisse graduelle des taux de natalité et de mortalité quand le Gouvernement a appliqué la politique de la planification familiale. Parallèlement à l'amélioration des conditions socio-économiques après le déclenchement du Renouveau, une bonne application de la Stratégie démographique durant les périodes de 1993 à 2000 et de 2001 à 2010 a permis de maintenir l'augmentation de la population du Viêt Nam à moins de 1,5% par an. Si en 1986 en moyenne chaque ménage vietnamienne avait 4,2 enfants, ce chiffre a été ramené à 2,3 en 1999 et 2,07 en 2007⁸, soit l'équivalent du taux de remplacement des générations (*Tông Van Duong, 2002; Nguyễn Thi Thiêng, 2008*).

Actuellement, avec la baisse des taux de natalité et de mortalité, l'augmentation de l'espérance de vie, la population vietnamienne commence à vieillir. Le rapport de dépendance diminue rapidement, de 86 en 1989 à 71 en 1999 et 54 en 2007. La proportion de la population d'âge actif, de 15 à 59 ans passe de 53,8% en 1989 à 61,3% en 1999 et 65% en 2007. Le Viêt Nam a actuellement « une structure démographique en or » (*Nguyễn Thiên Trung, 2006; Nguyễn Đình Cu, 2007*). La main d'œuvre vietnamienne est formée principalement de jeunes âgés de 15 à 34 ans (53% en 2007). La proportion de la population d'âge actif participant aux activités économiques est assez élevée (79,8% en 2007). Le taux du chômage dans les zones urbaines a été baissé, de 10% en 1989 à 5,9%

⁸ La fécondité au Viêt Nam est inférieure à la fécondité moyen des pays en Asie du Sud-est : 2,07 enfants/femme contre 2,3 enfants /femme. En 2006, l'RFT (Ratio de fécondité totale) vietnamien n'est supérieur qu'aux RFT singapourien (1,2) et thaïlandais (1,6) et bien inférieur aux RFT laotien (4,4), cambodgien (3,6) et philippin (3,2) (*United Nation, 2008*).

en 1996 et s'est maintenu à 5% - 6% durant les 10 années suivantes. La proportion de temps de travail actif de la main d'œuvre rurale est de 72,3% en 1996 et 81,8% en 2006 (*Tông cuc thông kê, 2009*).

Avant 2000, la répartition par sexe de la population vietnamienne était qualifiée d'assez équilibrée. Le rapport de masculinité était le plus bas d'Asie en raison des conséquences des guerres longues qui ont fait un grand nombre de mort chez les hommes partis au front. Après la guerre, le rapport de masculinité a connu une hausse graduelle de 94,2 en 1979 à 94,7 en 1989 puis 96,7 en 1999 (*Nguyễn Đình Cu, 2007*). Le développement socio-économique, l'application de la politique limitant le taux de natalité (chaque famille ne doit avoir qu'un ou deux enfants), les progrès scientifique dans le domaine de la reproduction et la préférence pour les garçons selon la tradition et la culture orientale sont les raisons de l'augmentation du rapport de masculinité à la naissance au Viêt Nam ces derniers temps (*Doan Minh Lôc, Nguyễn Thi Thiêng, 2005 ; Khuât Thu Hồng, 2007 ; Nguyễn Đình Cu, 2007*). En d'autres termes, « l'équilibre entre les sexes à la naissance naturelle est bouleversé » (*Jacques Véron et Isabelle Attané, 2005*). Cette tendance au Viêt Nam est similaire à celle des pays d'Asie de l'Est et du Sud-est où le nombre de garçons nouveaux-nés dépasse de 5% à 20% l'effectif obtenu sans contrôle des naissances (*Guilmoto C.Z., 2007*).

Après le lancement du Renouveau, le mécanisme d'économie planifiée, centralisée et subventionnée et la distribution de marchandises par tickets de rationnement étant abolis, les habitants devaient chercher eux-même du travail et des opportunités pour améliorer leur niveau de vie et celui de leur famille. Le mécanisme de marché, l'ouverture et l'urbanisation ont rendu attractives les agglomérations urbaines notamment en ce qui concerne la demande en main d'œuvre, les salaires, les services sociaux, culturels et le style de vie moderne. Il s'agit des forces motrices qui impulsent l'exode rural spontané. Le recensement de 1999 a montré que près de 4,5 millions de personnes (environ 6,5% de la population) âgées de 5 ans et plus ont changé de lieu d'habitation de 1994 à 1999. La migration de la campagne vers la ville représente 53% des migrations (*Lê Bach Duong, Khuât Thu Hồng, 2008*) et a contribué jusqu'à un tiers de l'augmentation de la population urbaine au Viêt Nam de 1994 à 1999 (*UNFPA, 2007*). La majorité des migrants sont jeunes (plus de 50% d'entre eux ont moins de 25 ans). Avant 1995, les migrants étaient pour la majorité de sexe masculin. Après 1995, quand l'investissement étranger au Viêt Nam a augmenté fortement, la proportion de femmes migrantes a augmenté et le nombre de femmes migrantes dans

les zones industrielles est devenu plus important que celui des hommes migrants (*General statistic office, UNFPA, 2006; UNFPA, 2007*).

1.2.2. VIH/Sida au Viêt Nam : caractéristiques et tendance

Au Viêt Nam, le premier cas déclaré de séropositivité VIH a été découvert en décembre 1990 à Hồ Chí Minh-ville. 15 ans plus tard, fin 2005, les statistiques du Ministère de la Santé indiquent que le pays compte 104.111 séropositifs VIH/sida déclarés, dont 17.289 ont un sida. Le nombre des séropositifs VIH/sida pourrait s'élever à près de 263.000, soit 2,5 fois le nombre de cas déclarés (*Pathfinder International Viêt Nam, 2008*). Au 31 décembre 2008, le nombre des séropositifs VIH déclarés s'élève à 209.310 personnes dont 138.191 encore en vie. Le nombre de personnes atteintes de sida est de 29.575. Le nombre de personnes séropositives sont mortes du sida est de 41.903. Le VIH/sida est présent dans 70,5% des communes et quartiers, 97,5 des districts et arrondissements et 63/63 villes et provinces du pays⁹ (*Bô Y tê, 2009*).

Avec un taux de prévalence du VIH des 15-49 ans d'environ 0,5% [0,3 – 0,9] en 2005, le niveau de diffusion de l'épidémie au Viêt Nam est moins important que dans d'autres pays de la région. En effet, ce taux est de 1,4% [0,7 – 2,1] en Thaïlande et 1,6% [0,9 – 2,6] au Cambodge (*UNDP, 2008*). Toutefois, dans certaines provinces, le taux de prévalence du VIH est particulièrement élevé. Le taux de séropositifs VIH déclarés est le plus élevé dans les dix provinces et villes suivantes : Quang-Ninh : 689 (sur 100.000 habitants) ; Hồ-Chi-Minh-ville : 677 ; Diên-Biên : 616 ; Son-La : 548 ; Haiphong : 502 ; Ha Nội : 446 ; Ba-Ria – Vung-Tau : 433 ; Thai-Nguyên : 422 ; Yên Bai : 388 et Bac Can: 383. Le nombre de séropositifs VIH déclarés cumulé est le plus élevé dans les localités suivantes : Hồ-Chi-Minh ville (41.390), Ha Nội (14.362), Haiphong (9.053), An-Giang (7.226), Quang-Ninh (6.433), Son-La (5.524), Thai-Nguyên (4.758), Nghê-An (4.695), Ba-Ria – Vung Tau (4.014) et Càn-Tho (3.920) (*Bô Y tê, 2009a*).

La plupart des séropositifs VIH au Viêt Nam sont de sexe masculin. Les statistiques nationales de 2008 montrent que la proportion d'hommes séropositifs VIH représente quatre fois celui de femmes porteuses de ce virus. Les hommes représente jusqu'à 82,04%

⁹ Avant le 1^{er} août 2008, le Viêt Nam comprenait 64 provinces et villes relevant du pouvoir central. Après cette date, le pays en compte 63, Ha-Tây étant fusionné à Ha Nội en vertu de la Résolution 15/2008/QH12 de l'Assemblée nationale de la République socialiste du Viêt Nam sur le réajustement des limites administratives de Ha Nội et de certaines provinces concernées.

du nombre total des séropositifs VIH, tandis que les femmes n'en représentent que 17,98%. Selon les prévisions, la proportion de femmes séropositives VIH a tendance à augmenter (Bô Y tê, 2009a).

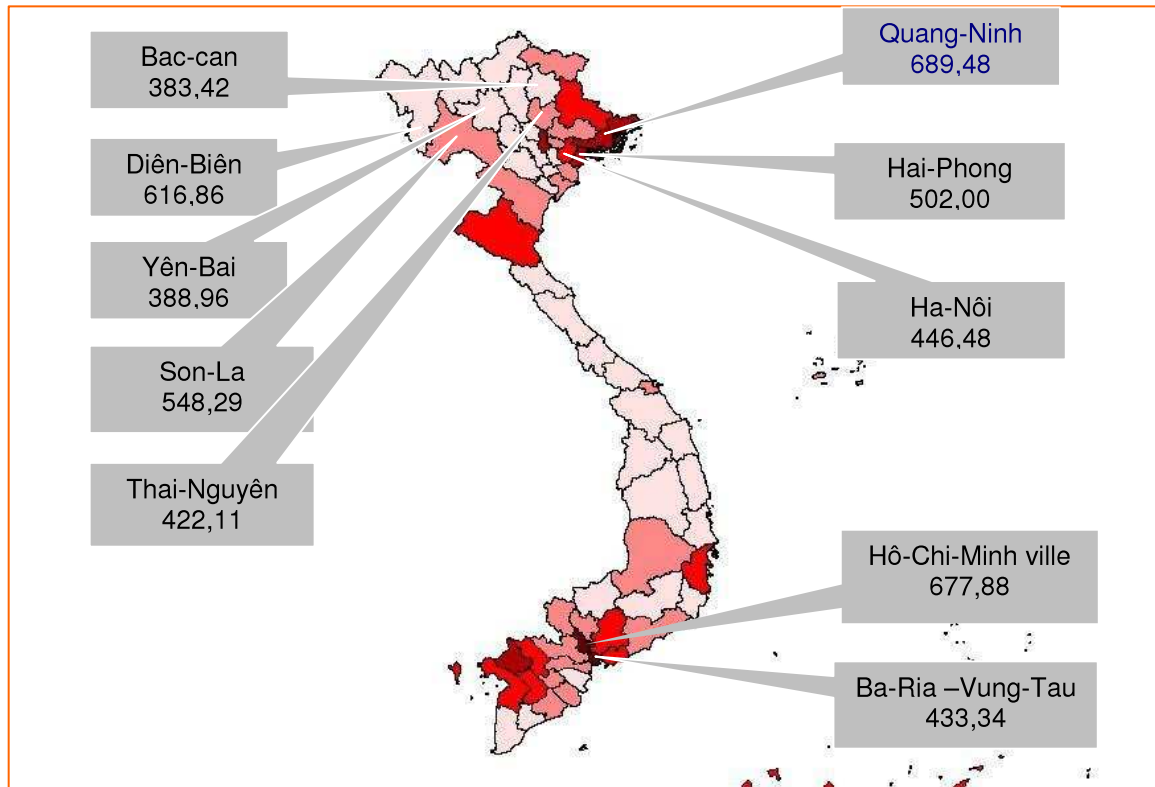


Figure 1.5 - 10 provinces et villes ayant les proportions de séropositifs VIH/sida déclarés sur 100.000 habitants les plus élevées du Viêt Nam au 31 décembre 2008

Source : Rapport bilan de la prévention du VIH/sida en 2008 et prévisions pour 2009.
Ministère de la Santé, 2009.

En général, la situation de l'épidémie du VIH/sida au Viêt Nam a les particularités et tendances suivantes :

- **L'épidémie VIH/sida continue de se propager.** Au début des années 1990, les séropositifs VIH/sida n'étaient déclarés que dans certaines provinces vietnamiennes. Or, à la fin du mois d'août 2004, ils étaient présents dans les 64 provinces et villes du pays. L'épidémie est qualifiée de « concentrée » (selon les normes de ONUSIDA et de l'OMS) avec un taux d'adultes séropositifs VIH/sida inférieur à 1% de la population, mais un nombre de séropositifs VIH/sida particulièrement élevé dans les groupes à haut risque tels que les consommateurs de drogue, les personnes qui ont une activité de commerce sexuel et leurs clients, les hommes homosexuels. Selon les prévisions,

chaque année, le Viêt Nam compte de 12.000 à 18.000 nouveaux porteurs et en 2010, environ 311.500 personnes séropositives VIH/sida (*Bô Y tê, 2009a*).

Tableau 1.1 - Prévisions de la transmission du VIH/sida en nombre de personnes pour la période 2005-2010

<i>Année</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>
<i>Séropo. VIH</i>	263.470	280.270	292.930	302.425	308.000	311.500
<i>Sida</i>	48.864	59.400	70.941	83.516	97.175	112.227
<i>Décès</i>	44.102	54.132	65.171	77.228	90.346	104.701

Source : 3^{ème} Rapport national sur l'application de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. Ministère de la Santé, 2008.

- **La transmission du VIH/sida au Viêt Nam s'effectue principalement par le partage de seringue lors de la consommation de drogue.** Contrairement à la situation dans le monde (70-80% des personnes deviennent séropositives VIH lors de relations sexuelles, seulement de 5-10% via l'injection de drogue), environ 60% des séropositifs VIH/sida déclarés au Viêt Nam sont des consommateurs de drogue par injection. En 2006, la proportion de séropositifs VIH chez les consommateurs de drogue par injection était très élevé, environ 30%, mais ce taux diffère d'une région à l'autre. Les localités ayant les proportions de séropositifs VIH chez les consommateurs de drogue les plus élevées sont : Quang-Ninh (54,5%), Hô-Chi-Minh ville (47,6%), Haiphong (46,3%), Càn-Tho (45%), Thai-Nguyên (40,7%), Diên-Biên (36,8%) (*Bô Y tê, 2009*).
- **La transmission du VIH/sida par les relations sexuelles augmente.** La proportion de séropositifs VIH/sida déclarés chez les personnes qui ont une activité de commerce sexuel connaît une hausse annuelle passant de 0,6% en 1994 à 6% en 2002. En 2007, la proportion de personnes séropositives VIH qui ont une activité de commerce sexuel représente 16% des séropositifs déclarés dans l'ensemble du pays (*Pathfinder International Viêt Nam, 2008*). Par ailleurs, après avoir été informé de leur séropositivité, 21,6% des hommes continuent d'avoir des relations sexuelles avec des personnes qui ont une activité de commerce sexuel et seulement 63,1% d'entre eux utilisent des préservatifs (*Bô Y tê, 2007*). Les relations sexuelles en l'absence des mesures de prévention chez les couples dont l'homme ou la femme consommait de la drogue ou

faisait du commerce sexuel constituent des risques de transmission de l'épidémie au sein de la communauté (*Nguyễn T.A. et al, 2008; Bô Y tê, 2009a*).

- **La population des séropositifs VIH/sida « rajeunit ».** En 1993, 15% des séropositifs VIH nouvellement déclarés étaient âgés de 20 à 29 ans. Cette proportion s'élevait à 62% en 2002. En 2008, 83% des séropositifs VIH nouvellement déclarés étaient âgés de 20 à 39 ans. Actuellement, 95% des séropositifs VIH/sida déclarés au Viêt Nam sont âgés de 15 à 49 ans (*Pathfinder International Viêt Nam, 2008, Bô Y tê, 2009*).
- **L'épidémie VIH/sida commence à se propager dans la communauté.** Actuellement, le VIH/sida au Viêt Nam ne se limite plus aux groupes à haut risque ou aux villes mais se propage graduellement à la campagne, chez les élèves, étudiants, soldats et employés du secteur public. La propagation de l'épidémie des groupes à haut risque vers la communauté se manifeste par l'augmentation graduelle de la proportion de séropositifs VIH/sida chez les femmes enceintes. En 2003, le taux de séropositivité VIH/sida chez les femmes enceintes dans l'ensemble du pays était de 0,34%. En 2008, ce taux était plus élevé dans les localités suivantes : Diên-Biên (1,38%), Bac-Giang (1,25%), Ca-Mau (1,13%), Quang-Ninh (0,9%), Càn-Tho (0,88%), Phu-Tho (0,63%) (*Bô Y tê, 2009a*).

Il est clair que l'évolution du VIH/sida au Viêt Nam a un lien étroit avec la consommation de drogue et le commerce sexuel. Ces actes sont considérés comme des « fléaux sociaux » et subissent de la stigmatisation de la communauté. A certains degrés, le développement économique, les changements socio-culturels, l'éclatement de la migration spontanée évoqués auparavant rendent difficile le contrôle de ces comportements.

La consommation de drogue a une longue histoire au Viêt Nam, notamment dans les groupes ethniques des régions montagneuses septentrionales. Au 19^{ème} siècle, les anglais faisaient venir de l'opium en Chine en grande quantité (*MaCoy A.W., 1991*). Ensuite, l'opium accompagnait les migrants de l'ethnie H'Mông qui franchissaient la frontière entre le Viêt Nam et la Chine pour s'installer au Nord du Viêt Nam (*Rapin A.J. et al., 2005*). Cette ethnie vivait au Sud de la Chine et avait une tradition de consommation de l'opium. Quand ils étaient encore en Chine, des ressortissants de cette ethnie cultivaient le pavot sur le territoire vietnamien. Les H'Mông utilisaient l'opium pour traiter les maladies et se procurer du plaisir.

En 1899, les Français se sont emparés de l'Indochine. En l'absence d'une limitation de la consommation et de la production de l'opium, celui-ci s'est rapidement propagé à la

plaine du Nord. Dans les années 1940, environ 2% de la population vietnamienne consommait de l'opium (*MaCoy A.W., 1991*). Durant la première guerre d'Indochine (1946-1954), le Gouvernement de la République démocratique du Viêt Nam a promulgué une politique d'interdiction de l'opium dans les régions de la plaine (la politique ne concernait pas les régions montagneuses où la culture du pavot était très populaire et où les habitants vivaient des bénéfices procurés par la culture de cette plante) (*Rapin A.J. et al., 2005*). Après 1954, les Français s'étant retirés du Nord du Viêt Nam, l'Etat vietnamien a appliqué une politique draconienne vis-à-vis de la drogue dans la plaine du Nord. Grâce à cette politique, le nombre des consommateurs de drogue a considérablement diminué. Dans les régions montagneuses, l'Etat appliquait également plusieurs politiques pour abolir la drogue notamment le pavot, mais sans succès. Ce n'est qu'à la fin des années 1990 que l'Etat a promulgué de nouvelles politiques sévères pour abolir la culture du pavot dans les régions montagneuses septentrionales (*UNAIDS, UNDCP, 2000; Ha Nôi School of Public Health, 2001; Rapin A.J. et al., 2005*).

Durant la seconde guerre d'Indochine (1959-1975), au Sud du Viêt Nam, la consommation de drogue était très répandue chez les soldats américains et ceux de la République du Sud Viêt Nam. Selon les statistiques de l'armée américaine, au début des années 1970, environ 34% de soldats américains aux fronts vietnamiens (soit à peu près de 80.000) consommaient de la drogue. En 1974, le Sud du Viêt Nam comptait 150.000 consommateurs de drogue (*Rapin A.J. et al., 2005*). Après la guerre, l'Etat vietnamien a dû une nouvelle fois appliquer des politiques draconiennes pour réduire le nombre de consommateurs de drogue dans la région du Sud (*UNAIDS, UNDCP, 2000; Reid G., Costigan G., 2002; Rapin A.J. et al., 2005*).

Après le lancement de la politique du Renouveau (1986), parallèlement au développement économique, à l'ouverture et à l'intégration régionale du pays, la consommation de drogue est réapparue et est devenue l'un des problèmes sociaux importants du Viêt Nam (*UNODC, 2003*) bien que la superficie de culture du pavot ait été considérablement réduite, de 12.199 ha en 1992 à 324 ha en 2004 (*UNODC, 2005*). Le nombre de consommateurs de drogue a triplé, passant de 55.445 personnes en 1994 à 170.407 en 2004 (nombre déclaré inférieur au nombre estimé), avec une croissance annuelle de 11,9%. La proportion des consommateurs de drogue sur 100.000 habitants a également triplé, passant de 78 à 208. La consommation de drogue est présente dans toutes les 63 provinces et villes (*MOLISA, 1996; MOLISA, 2006*).

Il est à noter que la consommation de drogue s'est répandue de la montagne à la plaine du Nord, puis s'est diffusée au Sud (*Rapin A.J. et al., 2005*). Selon les statistiques, en 1995, 63% des consommateurs de drogue vivaient dans les régions montagneuses septentrionales. En 2004, 62% des consommateurs de drogue vivaient dans la plaine (*MOLISA, 1996; MOLISA, 2005*). Quang-Ninh est une province montagneuse septentrionale dont la partie du Sud est limitrophe des provinces de la plaine du Nord. Ainsi, on peut imaginer l'impact important de la drogue sur la province durant les 20 ans de Renouveau.

Actuellement, la culture du pavot est abolie, mais le trafic et le transport de la drogue restent un problème épineux au Viêt Nam. De 2001 à 2007, la police a décelé 76.000 affaires liées à la drogue, y compris le trafic, le transport et la consommation de stupéfiants, avec 120.000 criminels. Par rapport à la période de 1995 à 2000, le nombre des crimes liés à la drogue a augmenté de 33% ; celui des criminels de 19% ; la quantité d'héroïne saisie de 70% ; et d'amphétamines-type stimulant (ATS) de 94%, les médicaments causant la dépendance de 10%. En raison de profits importants, les sources de stupéfiants illégaux continuent d'affluer au Viêt Nam. Selon les prévisions du Ministère de la Sécurité publique, le nombre des consommateurs de drogue continuera d'augmenter, notamment chez les jeunes et adolescents, les chômeurs. La consommation de drogue se répand rapidement dans les régions rurales en phase d'urbanisation (*Lê Châu, 2008*).

Les formes de consommation de la drogue au Viêt Nam connaissent des changements à travers le temps. Un sondage mené en 1995 par le Ministère du Travail, des Invalides de guerre et des Affaires sociales montrent que 93% des personnes interviewées (sur 68.276 consommateurs de drogue interrogés) indiquent que l'opium est la première drogue qu'ils ont consommée. Les 7% qui restent ont consommé de l'héroïne et d'autres stupéfiants (*MOLISA, 1996*). Au cours des années 2000, l'héroïne s'est répandue dans les villes. En 2002, 66,8% des consommateurs de drogue au Viêt Nam consommaient de l'héroïne, 29,3% consommaient de l'opium, les autres consommaient d'autres formes de stupéfiants comme des amphétamine-type stimulant (ATS), cannabis, cocaïne. Les recherches sociologiques menées durant cette période ont montré également que l'héroïne était le type de stupéfiant consommé le plus régulièrement par 85% de jeunes et adolescents des rues consommateurs de drogue, 70% de personnes qui ont une activité de commerce sexuel consommateurs de drogue, 78,5% de jeunes chômeurs et consommateurs de drogue (*MOLISA, UNDCP, 2001a, 2001b, 2001c*).

Les travaux de recherche montrent que la forme de consommation de stupéfiants au Viêt Nam a changé, passant de l'inhalation à l'injection. En 1995, environ 87% des consommateurs de drogue consommaient de la drogue par inhalation (*MOLISA, 1996*). En 2001, cette proportion a été ramenée à 32,6%, tandis que celle des consommateurs de drogue par injection intraveineuse est passée à 46%. Parmi les consommateurs d'héroïne, 25% l'inhalaient selon une méthode baptisée « Chasing the Dragon » (la chasse au Dragon), 65% ont eu recours à l'injection (*MOLISA, 2001*). Après un certain temps, les consommateurs de drogue utilisant la méthode de la chasse au dragon se sont tournés vers l'injection, car cette dernière était moins chère et procurait un effet plus fort (*Thao L. T. L., Lindan C. P., Brickley D.B., Giang L.T., 2006*). Par ailleurs, le Sondage et inspection sur les comportements et les indices biologiques VIH/IST au Viêt Nam en 2005-2006 (IBBS)¹⁰ mené en 2006 a montré que la proportion de partage de seringues chez les consommateurs de drogue par injection durant les 6 mois précédant l'enquête reste élevée (environ 30%). Ainsi, le risque de transmission du VIH/sida était très important (*Bô Y tê, 2008a*).

Avec l'ouverture, l'intégration régionale et l'intensité des échanges internationaux, la culture et le mode de vie des vietnamiens ont subi de fortes influences culturelles étrangères, à la fois positives et négatives. Quelques chercheurs ont déclaré que des manifestations totalement étrangères à la culture vietnamienne traditionnelle sont apparues : liberté sexuelle, mode de vie dissolu, culte de l'argent, jouissance matérielle comme objectif de vie (*Nguyên Thanh Huyên, 2007; Nguyên Van Huyên, 2007*). Les changements de valeurs et de style de vie, de même que l'augmentation de la mobilité sociale des individus ont favorisé, d'une certaine manière, le commerce sexuel.

Au Viêt Nam, il est très difficile d'avoir des chiffres exacts sur le nombre de personnes qui ont une activité de commerce sexuel et leurs clients, car ces activités sont illégales contrairement à la Thaïlande ou à certains pays européens. Toutefois, selon le rapport du Ministère du Travail, des Invalides de guerre et des Affaires sociales, en 2004, le commerce sexuel était présent dans environ 50% des communes et quartiers du pays. Après 5 ans d'application de l'Ordonnance du Gouvernement sur la prévention du commerce sexuel, en 2008 selon ce même rapport, le phénomène de commerce sexuel était présent dans environ 42% des communes et quartiers. Durant ces 5 ans, le commerce sexuel était présent dans un tiers des 185.834 établissements de service inspectés par les organes

¹⁰ Sondage et inspection sur les comportements et les indices biologiques VIH/IST au Viêt Nam en 2005-2006, Ministère de la Santé, Institut national d'hygiène et d'épidémiologie.

compétents. Le commerce sexuel étant caché sous différentes formes, il est très difficile de contrôler ce phénomène (*Bô Lao đông – Thuong binh – Xa hôi, 2008*). Il est à remarquer que le commerce sexuel et la consommation de drogue sont étroitement liées l'un à l'autre. Beaucoup de consommateurs de drogue ont des relations avec les personnes qui ont une activité de commerce sexuel et beaucoup de ces dernières consomment de la drogue.

Dans ce contexte, les comportements concernant la prévention du VIH/sida dans l'ensemble de la population et chez les groupes à haut risque tardent à changer. Un sondage national sur les jeunes et adolescents vietnamiens montre que 15% de garçons et 2,5% de jeunes filles âgées de 14 à 15 ans ont des relations sexuelles avant le mariage. Il est à noter qu'un cinquième de ces garçons ont eu des relations sexuelles avec une personne qui avait une activité de commerce sexuel (*Tông cuc thông kê, Bộ Y tế, UNICEF, WHO, 2005*). Les relations sexuelles non protégées avant le mariage ou extra-conjugales représentent un taux important d'après certaines études par échantillonnage, bien qu'il n'existe pas de statistiques nationales en la matière. Une étude menée à Ha Nội en 2002 montre qu'un tiers des hommes âgés de 18 à 55 ans avaient eu des relations sexuelles au moins une fois avec une personne qui avait une activité de commerce sexuel. Parmi ce tiers, 45,3% avaient des relations sexuelles régulières avec des personnes qui avaient une activité de commerce sexuel durant les 5 ans précédant le sondage. Seulement 36,4% d'entre eux utilisaient des préservatifs durant ces relations (*Hanoi Medical University, 2002*). Une analyse transversale menée à Quang-Ninh montre que 21% des hommes interviewés avaient plusieurs partenaires sexuel(le)s et 13% avaient des relations sexuelles extra-conjugales (*Thang B.D., Chi P.K., 2001*). Lors de relations conjugales, il était rare que le préservatif soit utilisé, car celui-ci était considéré comme une preuve « d'infidélité » ou un facteur de « perte d'excitation », bien que les femmes pensent que les relations sexuelles extra-conjugales soient assez répandues chez les hommes (*Hoang T.A., 2005; Ha V.S., 2005*).

Chez les groupes à haut risque, les résultats de l'enquête IBBS de 2006 montrent que la proportion de personnes qui ont une activité de commerce sexuel et utilisent régulièrement le préservatif dans leurs relations avec leurs clients pendant le mois précédant l'enquête varie de 24% à 95% d'une province à l'autre (*Bô Y tế, 2006*). Ces chiffres traduisent un haut risque de transmission du VIH chez les clients des personnes qui ont une activité de commerce sexuel et pourraient ensuite transmettre le virus à leur femme et leurs autres partenaires sexuels (*Bô Y tế, 2008a*). Seulement 36,4% des consommateurs de drogue par injection disent qu'ils ont utilisé un préservatif dans leur relation sexuelle la plus récente (*Bô Y tế, 2006*). Même chez les couples dont le mari est séropositif VIH,

seulement 60% disent qu'ils utilisent de temps en temps le préservatif (*Minh T.T. et al., 2005*). Actuellement, les services de consultation et de tests du VIH volontaires sont présents dans toutes les provinces et villes du pays mais en 2006 seulement 20% des personnes qui ont une activité de commerce sexuel et 16,5% des consommateurs de drogue par injection ont fait un test VIH. La plupart d'entre eux ne souhaitent pas savoir s'ils étaient séropositifs VIH ou non et pensaient qu'il n'existait pas de traitement efficace pour eux (*Bô Y têt, 2008a*).

1.2.3. Stigmatisation des séropositifs VIH/sida dans la société : peur de la maladie et lien avec les « fléaux sociaux »

Au Viêt Nam, il n'existe que peu d'études empiriques sur la stigmatisation liée au VIH/sida. Une étude typique dans ce domaine est celle menée en 2004 par Khuât T.H., Nguyễn V.A. et J.Ogden, utilisant une approche qualitative. Cette étude détermine les raisons et les formes de la manifestation de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH/sida dans certaines communautés vietnamiennes, sans toutefois mesurer le degré de ces manifestations. Cependant, les témoignages recueillis dans certaines études sur les questions concernant le VIH/sida montrent que les manifestations de la stigmatisation liée au VIH/sida sont très diversifiées.

Au Viêt Nam, la stigmatisation tire son origine de facteurs pratiques, moraux, économiques, culturels et politiques. L'aspect pratique concerne la stigmatisation liée à toutes les maladies transmissibles à différents degrés. Puisque le VIH/sida est considéré comme une maladie transmissible grave et incurable, il crée la panique. Cette panique est encore aggravée par des messages vagues ou controversés émis par des mass media, à travers des moqueries et des discussions sur les mécanismes de transmission du VIH. De plus, on craint que le VIH ne se transmette par les contacts quotidiens, tout comme la transmission d'autres virus ou bactéries. L'aspect moral de la stigmatisation lié à la réalité réside dans le fait que jusqu'à présent, dans les politiques, les programmes et les représentations au sein de la population, le VIH/sida est toujours lié étroitement à la consommation de drogue par injection et les relations sexuelles commerciales – des actes considérés comme des « fléaux sociaux » et « déviants » dans les conceptions et valeurs morales et traditionnelles (*Khuât T.H. et al., 2004*).

Selon la Commission d'idéologie et de culture (2006), au Viêt Nam, avant 2000 les images et messages de communication sur le VIH/sida étaient souvent de caractère menaçant et intimidant, beaucoup de messages mettant dans la même catégorie le

VIH/sida et les « fléaux sociaux ». Cette façon de communiquer a contribué involontairement à augmenter la stigmatisation déjà existante vis-à-vis des maladies incurables, des consommateurs de drogue et des personnes qui ont une activité de commerce sexuel. Après 2000, la communication a connu un progrès en adoptant des messages dont l'accent est mis sur le changement de comportement.

Parallèlement au manque de connaissances sur le VIH/sida, les points de vue traditionnels et moraux sur les causes de la transmission de l'épidémie liés à la drogue, au commerce sexuel et à l'inégalité de genres rendent encore plus graves la stigmatisation et la discrimination vis-à-vis des séropositifs VIH/sida au Viêt Nam. Les groupes de séropositifs VIH ou à haut risque (consommateurs de drogue par injection, personnes qui ont une activité de commerce sexuel ou hommes homosexuels) subissent une stigmatisation forte (*Khuât T.H. et al., 2004*). Cette attitude concerne non seulement les séropositifs VIH/sida, mais aussi les membres de leur famille et leurs proches (*UNFPA, VAPPD, 2003*).

L'isolement et l'évitement sont les manifestations les plus répandues de la stigmatisation. Ces gestes sont également considérés comme des mesures de « prévention » dans la conception de la population. Savoir que le VIH est transmis par voie sanguine pourrait réduire la peur mais cette voie semble vague, peu connue et discordante avec d'autres informations que possèdent les gens sur la transmission. Une perception générale sur la facilité de la transmission du VIH pourrait conduire à des actes stigmatisants bien que cela ne soit pas son objectif. Ces actes comprennent l'isolement des patients séropositifs VIH à l'hôpital, dans la famille et leur éloignement des voisins et de la communauté. Enfin, la stigmatisation est parfois exprimée comme « la vigilance » ou « la prudence ». « Prudent » devant le risque de transmission, on interdit à ses enfants d'entrer en contact avec les séropositifs VIH/sida. Dans la vie communautaire, des séropositifs VIH/sida sont refusés dans des boutiques ou restaurants. Beaucoup de membres de la communauté déclarent qu'ils ne peuvent pas manger dans des restaurants qu'ils savent fréquentés par des séropositifs VIH/sida (*Khuât T.H. et al., 2004*). De plus, des membres de la communauté ont des réactions négatives face à l'apparence physique des séropositifs VIH/sida. De nombreux membres de la communauté comprennent que les séropositifs VIH/sida et leur famille doivent recevoir de la compassion et de l'aide. Toutefois, beaucoup d'autres estiment que les séropositifs VIH/sida ne doivent pas vivre au sein de la communauté, qu'ils doivent être regroupés dans des zones à part pour protéger la communauté du risque de transmission. Certains membres de la communauté sont

d'accord avec l'idée qu'il faut créer du travail pour les séropositifs VIH/sida mais pensent que ces derniers doivent travailler dans des endroits spécifiques (*Khuât T.H. et al., 2004*).

Selon la législation et les politiques dans le domaine de l'éducation, les enfants séropositifs VIH/sida peuvent aller à l'école comme les autres enfants. Actuellement, aucun cas de refus de scolarisation d'un enfant en raison de la séropositivité VIH/sida de ses parents n'a été enregistré. Toutefois, l'attitude stigmatisante se manifeste dans la manière dont les enseignants expriment l'attention et leur préoccupation du risque de transmission du VIH aux autres élèves. A cause de ces préoccupations, certains enseignants ont émis des messages provoquant la peur et négatifs. Ils ont montré aux élèves des dessins évoquant des horreurs sur les séropositifs VIH/sida, si bien que les élèves ont peur de ceux-ci tout en les détestant. Les élèves et leurs parents expriment souvent leur préoccupation face à la présence dans les classes, à côté d'autres enfants ; d'enfants de séropositifs VIH/sida ou d'enfants eux-mêmes séropositifs (*Khuât T.H. et al., 2004*).

Le personnel médical se préoccupe des risques de transmission du VIH dans les contacts quotidiens. Cette préoccupation mène à l'application des mesures exagérées, non nécessaires, manifestes comme la stigmatisation vis-à-vis des séropositifs VIH/sida. Beaucoup de séropositifs VIH/sida participant aux études font savoir qu'ils sentent une attitude très négative de la part du personnel médical. Cette attitude négative se manifeste par une mise à distance, voire parfois de la grossièreté. Certains séropositifs VIH/sida sentent que les employés médicaux qu'ils rencontrent travaillent à contre-cœur lorsqu'ils leur fournissent des services médicaux. Certains employés médicaux appliquent des mesures de prévention exagérées si bien que les séropositifs VIH/sida éprouvent de la honte. A cause d'attitudes négatives du personnel médical, les séropositifs VIH/sida et leur famille contactent à contre-cœur ce personnel quand ils ont besoin d'information. Les femmes séropositives VIH/sida rencontrent beaucoup de difficultés quand elles accouchent dans les établissements médicaux car le personnel de ces établissements a peur de la transmission. Certaines de ces femmes cachent donc leur séropositivité (*Khuât T.H. et al., 2004; Khuât H.O. et al., 2006*).

L'expression de la stigmatisation relative au VIH/sida comme signe d'un acte erroné sur le plan moral est aussi une manifestation fréquente dans la société. Au Viêt Nam, comme nous l'avons indiqué, les consommateurs de drogue et les personnes qui ont une activité de commerce sexuel sont étiquetés par la société comme des « déviantss », des gens « mauvais », dont le comportement relève des « fléaux sociaux ». Les termes régulièrement utilisés pour décrire ces individus et groupes sont « le drogué » ou « la

pute ». Les gens utilisent également des termes liés à l'apparence physique, comme « décharné », « titubant comme un drogué », « espèce de sidéen », « type sidéen » pour décrire les séropositifs VIH et les consommateurs de drogue. Ce langage exprime la conviction que tous les séropositifs VIH étaient ou sont consommateurs de drogue et vice versa, tous les consommateurs de drogue sont séropositifs VIH. Il est clair que ce langage est de caractère blessant, faisant perdre de la valeur aux séropositifs VIH/sida. Il leur fait sentir également qu'ils sont méprisés ou détestés (*Khuât T.H. et al., 2004*).

L'autostigmatisation, la honte et le désespoir existent chez la plupart des consommateurs de drogue. Ce sont des états d'âme baptisés par les chercheurs « stigmatisation interne » pour les distinguer des formes de « stigmatisation externe » (*Liz Sayce, 1998*). Les témoignages montrent que presque tous les séropositifs VIH/sida, après avoir découvert leur contamination, se détestent à certains moments, éprouvant de la culpabilité et de la honte, manifestées comme l'ennui et le désespoir qui pourraient les inciter à fuir la famille et la vie sociale, dans l'attente de la mort. Certains connaissent des changements notables dans leur mode de vie, leurs relations et contacts sociaux. Certains consommateurs de drogue séropositifs VIH indiquent que quand ils vivent dans la communauté, leur estime de soi est moins bonne que quand ils vivent dans un centre de désintoxication. En outre, ils s'inquiètent pour leurs proches, craignant que ces derniers subissent aussi de la stigmatisation. Beaucoup de séropositifs VIH considèrent la séropositivité comme « la fin de leur vie », qu'ils n'ont plus d'avenir. Cela mène au désespoir et à l'absence de volonté d'améliorer leur vie (*Khuât T.H. et al., 2004*).

L'étude de Khuât T. H. et al. montre aussi que le genre joue un rôle important dans les modes d'expression de la stigmatisation liée au VIH/sida et dans leur intensité. Le modèle de genre peut être saisi à travers l'attitude et le comportement de la population vis-à-vis des séropositifs VIH: les hommes séropositifs VIH/sida semblent être plus facilement acceptés que les femmes. La raison principale est que les femmes qui commettent des actes considérés comme des « fléaux sociaux » ne sont pas facilement pardonnées. Si un homme devient séropositif VIH/sida en raison de sa consommation de drogue ou d'un comportement de « débauche », il est considéré comme une « victime des fléaux sociaux ». Si une femme devient séropositive, elle est critiquée car elle est considérée comme ayant violé les normes morales principales de la société. Beaucoup pensent que le commerce sexuel est un « fléau » beaucoup plus grave que la consommation de drogue chez les hommes. Les données récoltées dans cette étude montrent que le modèle des relations de genre s'exprime par une moindre tolérance de la communauté envers les femmes séropositives VIH qu'envers les hommes.

1.2.4. Les réponses du réseau médical et de la communauté

Le Viêt Nam a un assez bon réseau médical ayant remporté beaucoup de succès dans le domaine des soins de santé de la population malgré un revenu moyen par habitant peu élevé (*World Bank, 2001*). Dans le domaine de la prévention du VIH/sida, le réseau médical vietnamien a été prêt à faire face à l'épidémie très tôt, juste après que celle-ci ait été rendue publique dans le monde. En 1987, le Gouvernement vietnamien a fondé la Commission de prévention du VIH/sida relevant du Comité de prévention des maladies infectieuses, sous la direction de l'Institut national d'Hygiène et d'Epidémiologie. En 1990, le Comité de prévention du VIH/sida a été fondé, relevant du Ministère de la Santé. En 1993, saisissant la gravité de l'épidémie, le Gouvernement vietnamien a décidé de séparer le Comité de prévention du VIH/sida du Ministère de la Santé pour en faire un Comité national sous la direction directe du Gouvernement. Un vice-Premier ministre était président du comité. Le Ministère de la Santé assumait la permanence du comité.

L'épidémie du VIH/sida étant étroitement liée à la consommation de drogue et au commerce sexuel (principales voies de transmission), en 2000, le Gouvernement a fondé le Comité national de prévention du sida, de la drogue et du commerce sexuel, dirigé par un vice-Premier ministre. C'est un comité interdisciplinaire avec 18 services membres du Gouvernement et des organisations socio-politiques. Le bureau permanent de la prévention du VIH se trouve au Ministère de la Santé, celui de la prévention de la drogue est au Ministère de la Sécurité publique et celui de la prévention contre le commerce sexuel est au Ministère du Travail, des Invalides de guerre et des Affaires sociales (*Pathfinder International Viêt Nam, 2008*).

En 2005, sur la base du bureau de prévention du VIH/sida, a été fondé le Département de prévention du SIDA, relevant du Ministère de la Santé. Cet organe gérant le réseau médical au niveau central a pour tâche d'élaborer les politiques concernant la prévention du VIH/sida au Viêt Nam, d'élaborer et mettre en œuvre les programmes et plans nationaux en la matière, de diriger les établissements médicaux locaux dans ce travail.

En 2009, 61 des 63 provinces et villes du Viêt Nam ont des centres de préventions du sida relevant du service provincial de la santé. 59 centres sont entrés en fonctionnement. Le réseau des salles de consultation ambulatoires, salles de consultation et de tests volontaires est établi dans 40 provinces et villes (*Bô Y té, 2009*). A l'échelle nationale, quatre instituts d'hygiène et d'épidémiologie régionaux ont la responsabilité d'aider les provinces et villes dans la région, renforcent la gestion décentralisée dans la mise en œuvre des mesures de prévention du VIH/sida du pays.

Toutefois, le réseau des organes de prévention du VIH/sida à tous les échelons du Viêt Nam ayant été récemment formé, ses capacités de gestion et professionnelles restent limitées, les ressources humaines et les équipements insuffisants (*Bô Y tê, 2008a*). Le réseau médical doit connaître des changements plus profonds pour mieux répondre aux exigences de la prévention du VIH/sida et soigner les porteurs de ce virus dangereux. Les difficultés ne manquent pas : augmentation du nombre des séropositifs VIH et des personnes atteintes de sida, mais aussi évolutions des modes de soins de ces patients.

Le Gouvernement vietnamien cherche à augmenter le budget annuel et à mobiliser les aides internationales à la prévention du VIH/sida. En 2006, le budget total réservé aux traitements, aux soins et à la prévention du VIH/sida s'élevait à 56,8 millions de dollars, dont 5 millions venaient du budget national¹¹, le reste provenait de la communauté internationale¹². Toutefois, ces sources financières ne répondaient qu'à 30% des frais nécessaires pour la prévention du VIH/sida au Viêt Nam (*Bô Y tê, 2009a*). Dans l'avenir, une fois classé dans le groupe des pays à revenus moyens, le Viêt Nam devra faire face à la réduction des aides des bailleurs de fonds bilatéraux et de l'aide publique au développement (*Bô Y tê, 2008a*).

Selon l'estimation des organisations internationales, le Viêt Nam a enregistré des progrès importants dans l'édification d'un système de politiques et de documents juridiques concernant la prévention du VIH/sida (*UNAIDS, 2008*). Le VIH/sida est abordé dans des documents au plus haut niveau de l'Etat vietnamien tels que des lois, ordonnances, arrêtés du Gouvernement. En 1995, cinq ans après la découverte du premier cas atteint du VIH, l'Ordonnance sur la prévention du VIH/sida a été promulguée au Viêt Nam. Elle a traduit la réponse rapide de l'Etat à la prévention de l'épidémie. La Loi sur la Prévention du VIH/sida promulguée par l'Assemblée nationale du Viêt Nam le 29 juin 2006 est actuellement le document juridique le plus important en la matière. Elle garantit les droits des séropositifs VIH, luttant contre la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion, indiquant la responsabilité de l'Etat et de la société dans la prévention de l'épidémie. En outre, la Loi sur

¹¹ Le budget national réservé à la prévention du VIH/SIDA est de 9,4 millions de dollars en 2007, 16,6 millions de dollars en 2008 et 18,8 millions de dollars en 2009 (*Bô Y tê, 2008a*).

¹² Les aides viennent des Gouvernements américain, britannique, norvégien, australien, allemand, français, suédois, néerlandais, japonais ; des organisations onusiennes : ONUSIDA, PNUD, OMS, UNICEF, FNUAP, UNESCO, UNODC, OIT, OIM, VNU ; des organisations multilatérales : Banque mondiale, Banque Asiatique de développement, Fonds mondial de prévention du SIDA, de la tuberculose et du paludisme ; des ONG internationales : FHI, Ford, DKT, PSI, CARE, Future Group, Pact, MDM, World Vision, Save Children UK...

les Soins de santé de la population, promulguée le 11 juillet 1989 indique la responsabilité des services médicaux dans le traitement et le soin des séropositifs VIH (*Bô Y tê, 2008b*).

Pour que les activités de prévention de l'épidémie couvrent tous les aspects et soient efficaces, la Stratégie nationale de prévention du VIH/sida au Viêt Nam jusqu'en 2010 avec une vision à l'horizon 2020 a été élaborée et ratifiée par le Premier ministre le 17 mars 2004 avec pour objectif de « ramener le taux de transmission du VIH/sida dans la communauté à moins de 0,3% en 2010 et le maintenir au même niveau après 2010 ; de réduire l'impact du VIH/sida sur le développement socio-économique » (*Bô Y tê, 2005*). Huit programmes d'action pour mettre en œuvre cette stratégie ont été approuvés en 2006 et 2007, dont cinq pour la prévention (communication, contrôle des impacts, prévention de la transmission de la mère à l'enfant, sécurité de la transmission sanguine, gestion et traitement de maladies sexuellement transmissibles), un pour le traitement du VIH, deux pour la gestion et la supervision (supervision du VIH, renforcement de la capacité et coopération internationale). Le Viêt Nam s'engage à réaliser les accords, initiatives et déclarations internationales concernant le VIH/sida comme les Objectifs du Millénaire pour le développement de l'ONU, la Déclaration d'engagement sur la prévention du VIH/sida (*Bô Y tê, 2008a*).

Le programme de communication et d'éducation constitue une priorité dans la prévention du VIH/sida au Viêt Nam. Après 2000, les activités de communication sur le changement de comportement reçoivent davantage d'investissement, parallèlement aux activités de communication et d'éducation dans la communauté. Beaucoup d'initiatives de communication et d'éducation ont été mises en œuvre, par exemple l'éducation par les pairs (*đồng đẳng*) chez les groupes à haut risque et les séropositifs VIH/sida, des consultations, une ligne rouge (téléphone), des concours à caractère éducatif et de distraction, des expositions de photos et de peinture, des nouvelles sur le thème du VIH/sida. L'éducation sur le VIH commence à l'école primaire. Elle comporte toutefois une limite : les informations liées au VIH dans les manuels scolaires faisant l'objet d'une sélection minutieuse, certains sujets importants manquent (*Bô Y tê, 2008a*).

Le programme de réduction des dommages¹³ a été accepté sur le plan juridique au Viêt Nam après l'entrée en vigueur de la Loi sur la Prévention du VIH/sida en janvier 2007. Le programme porte notamment sur la fourniture d'informations, de préservatifs et de

¹³ **Réduction des dommages** est un terme désignant des politiques, programmes, services, et activités menés pour réduire les effets négatifs sur la santé, les conditions économiques et sociales des groupes à haut risque. Au Viêt Nam, il s'agit des consommateurs de drogue par injection, des prostituées, des hommes homosexuels et des groupes de migrants.

seringues propres dans les services de consultation et de test volontaire réservé aux consommateurs de drogue par injection, aux personnes qui ont une activité de commerce sexuel et aux groupes migrants (*Bô Y tê, 2008a*). Il est à remarquer que l'acceptation juridique de la fourniture de préservatifs, de seringues et de service aux consommateurs de drogue et aux personnes qui ont une activité de commerce sexuel au Viêt Nam ne recueille pas facilement le consensus des organes compétents et de la population, la consommation de drogue et le commerce sexuel étant considérées comme des « fléaux sociaux ». Beaucoup estiment que ces activités renforcent des actes « déviants » des normes sociales. Le cadre juridique de l'Etat, la Loi sur la Prévention du VIH/sida protégeant ce programme est contradictoire avec celle de la prévention de la drogue (2000)¹⁴ et l'Ordonnance de la prévention contre le commerce sexuel (2003).

La prévention de l'épidémie et la réduction des dommages, le traitement de la consommation de drogue par l'utilisation de la méthadone comme produit de substitution constituent une solution optimale pour les pays ayant un taux important de séropositifs VIH transmis par l'injection de drogue. Le traitement par la méthadone est appliqué aux Etats-Unis depuis 1965 et est actuellement utilisé dans plus de 70 pays dans le monde, pour environ 0,5 million de personnes. Pays voisin du Viêt Nam, la Thaïlande a élaboré un tel programme depuis les années 1980. En 2004, le Gouvernement chinois a aussi décidé de déployer un programme dans ce sens, avec 503 salles de consultation dans 23 provinces et villes, à l'intention de plus de 60.000 consommateurs de drogue (*Thiên Chuong, 2008*). Or, ce programme est resté un sujet controversé au Viêt Nam pendant très longtemps. Ce n'est qu'en 2007 que le traitement par la méthadone a été ratifié par l'Assemblée nationale et le Gouvernement vietnamien. En 2008, le programme n'a été autorisé à être déployé à titre expérimental qu'à Haiphong et Hô-Chi-Minh ville. Fin 2008, 825 consommateurs de drogue par injection ont reçu de la méthadone (*Bô Y tê, 2009a*).

Au Viêt Nam, actuellement, les soins et traitements des séropositifs VIH/sida sont effectués dans des établissements médicaux et au sein des familles, avec l'aide de la communauté. Les médicaments antiviraux (ARV) sont officiellement utilisés dans le traitement des séropositifs VIH/sida depuis 2005 après la promulgation par le Ministère de la Santé du Guide de traitement des maladies infectieuses opportunistes et des ARV. Fin 2007, le traitement ARV est présent dans toutes les 64 provinces et villes. Les ressources initiales et principales (90%) viennent des aides des organisations et programmes

¹⁴ Cette loi a été ensuite amendée par l'Assemblée nationale. Le nouveau document est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2009.

internationaux de prévention du VIH/sida comme le Fonds mondial, la Banque mondiale, PEPFAR (Plan d'urgence du Président des Etats-Unis pour la lutte contre le sida), LifeGap-CDC (Etats-Unis), Esther (France) (*Bô Y tê, 2008*).

Au début, les ARV étaient importés et distribués gratuitement aux séropositifs VIH/sida réunissant les conditions nécessaires (CD4 à moins de 200/mm³ de sang). Aujourd'hui, certains de ces médicaments sont produits au Viêt Nam. Cela aide à baisser considérablement les prix des médicaments, créant plus d'opportunités d'accès aux médicaments pour les séropositifs VIH/sida. En 2006-2007, le nombre des séropositifs VIH/sida utilisant des ARV au Viêt Nam s'élevait à 23.695 personnes, soit 5,7 fois plus qu'en 2004-2005. Les études estiment que le programme de traitement par ARV au Viêt Nam est efficace : en effet, 81 % des adultes et 93,1% des enfants sont encore en vie après 12 mois de traitement (*Bô Y tê, 2008*). Les localités où le programme est appliqué largement sont Hô-Chi-Minh ville, Ha Nội, Haiphong et Quang-Ninh (*Bô Y tê, 2009s*).

La lutte contre le VIH/sida au Viêt Nam est mise en œuvre avec la coordination d'actions interdisciplinaires, la participation des communautés, des séropositifs VIH eux-mêmes avec l'aide des organisations internationales. Le Gouvernement vietnamien a défini la prévention du VIH/sida comme un travail important de tous les ministères et secteurs. La Stratégie nationale de lutte contre le VIH détermine les tâches et responsabilités des organes gouvernementaux, dont 6 ministères, des comités populaires provinciaux et municipaux, des mass media étatiques. Ces organes ont introduit la lutte contre le VIH/sida dans leurs stratégies et plans d'action, accordant un budget à ces activités. Toutefois, la répartition de budget dans les conditions actuelles n'est pas facile (*Bô Y tê, 2008*).

Les organisations socio-politiques vietnamiennes participent activement à la lutte contre le VIH/sida. La Confédération du Travail a appliqué le programme de prévention de la transmission, de la stigmatisation, de la discrimination et de l'exclusion liées au VIH/sida sur les lieux de travail, oeuvrant pour revaloriser la perception des séropositifs chez les employeurs et les travailleurs. L'Union des femmes vietnamiennes aide à fonder les Clubs « Compassion » (*Câu lạc bộ Đồng Cảm*) dont les membres sont des femmes pour aider les séropositifs VIH et leurs familles. L'Union a déployé avec succès le projet GIPA (Greater Involvement of People living with HIV/AIDS) financé par l'ONU, pour encourager la participation volontaire des séropositifs VIH/sida ou de ceux qui en subissent l'impact afin d'élaborer et de mettre en œuvre des activités de prévention du VIH/sida, améliorer la vie des séropositifs, celle de leur famille et de la communauté. Toutefois, ces activités ne se développent que dans les grandes villes et provinces qui subissent fortement l'impact de

l'épidémie : Ha Nội, Hô-Chi-Minh ville, Haiphong, Quang-Ninh et ne se concentrent que dans les zones urbaines. Le Front de la patrie du Viêt Nam a élaboré des normes d'attitude et comportement de la famille et la communauté culturelle sans stigmatisation et discrimination vis-à-vis des séropositifs VIH/sida et ceux qui en subissent l'impact. L'Union de la jeunesse communiste a conçu plusieurs modèles de communication sur la prévention du VIH/sida chez les jeunes (*Bô Y tê, 2008*).

Au Viêt Nam, la participation de la société civile à la lutte contre le VIH/sida connaît des changements positifs. Les associations sociales civiles sont présentes dans toutes les activités : soins et aide aux séropositifs VIH/sida et à leur famille, communication sur le changement de comportement, offre de consultation et de tests volontaires, réduction des dommages, élaboration de politiques. Fin 2007 a été fondé le Forum de la coopération de la société civile pour la lutte contre le VIH/sida, qui marque la coopération étroite entre les organisations et groupes de la société civile au Viêt Nam. Actuellement, le pays compte plus de 60 groupes de séropositifs VIH, avec plus de 4.000 membres. Ces groupes constituent les forces principales de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des séropositifs VIH et de ceux qui en subissent l'impact. Des groupes religieux bouddhistes, catholiques, protestants et caodaïstes mènent aussi des activités contre la stigmatisation et la discrimination, tout en fournissant des soins et appuis sur les plans physique et spirituel au sein d'établissements médicaux et des familles des porteurs. Beaucoup de séropositifs VIH et de personnes ayant un comportement à haut risque (relations homosexuelles, activité de commerce sexuel, consommation de drogue par injection) participent aux activités d'éducation par les pairs (*đồng đẳng*), de réduction des dommages, en offrant des préservatifs et seringues propres (*Bô Y tê, 2008*).

1.3. La famille vietnamienne au carrefour de ces problématiques

Chaque étude a sa propre manière de conceptualiser les rôles et les fonctions de la famille. Cette thèse n'a pas pour but d'approfondir la compréhension des positions théoriques et le processus de formation des concepts sur la famille, sur le modèle, la structure et les fonctions de la famille. La famille ici, notamment celle vietnamienne, est un objet de recherche et le contexte où se déroulent les « événements » concernant le VIH/sida tels que la découverte et la déclaration publique de séropositivité d'un membre de la famille, les réactions face à cette situation, la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion liées au VIH/sida dans la famille. La famille vietnamienne est également placée

dans le contexte de la société vietnamienne moderne, avec des changements profonds et rapides sur les plans culturel et socio-économique.

1.3.1. La transition démographique de la famille vietnamienne : « la famille nucléaire remplace celle traditionnelle de trois ou quatre générations »

La définition de la famille au Viêt Nam utilisée par beaucoup d'études est la suivante : « La famille est un groupe social fondé sur la base des relations matrimoniales, des liens du sang ou de soins. Les membres de la famille sont liés les uns aux autres par la responsabilité et les intérêts (économiques, culturels, émotionnels). Il existe entre eux des liens juridiques reconnus et garantis par l'Etat, de même que des réglementations sur ce qui est permis ou interdit en matière de relations sexuelles entre les membres de la famille » (*Tuong Lai, 1996*). Sur le plan juridique, le concept de famille au Viêt Nam est déterminé par la Loi sur le Mariage et la Famille de 2000 comme suit : « La famille est un rassemblement de personnes liées par le mariage, les liens du sang ou des soins qui font naître entre eux des obligations et des droits réglementés par la présente Loi » (*Tuong Lai, 1996*).

Parallèlement à l'évolution de l'histoire, la famille vietnamienne vit une transition de la tradition à la modernité. Après le lancement de la politique du Renouveau, le modèle de la famille traditionnelle a connu de grands changements complexes en raison des impacts de l'économie marchande, du mécanisme de marché et des mutations d'une société « en transition » (*Hoang Dinh Cuc, 2007*). Le mode de vie de la famille vietnamienne traditionnelle change sous l'influence de l'économie de marché, de l'industrialisation, de la modernisation et de l'urbanisation. Beaucoup de membres des familles rurales, notamment les jeunes, quittent la campagne et abandonnent l'agriculture pour se rendre dans les zones urbaines à la recherche d'un travail. La dispersion des lieux de résidence, la différence dans la façon de gagner sa vie et le mode de vie urbain font perdre graduellement des liens autrefois très solides et étroits entre les membres de la famille. Le mélange des modes de vie rural et urbain apparaît dans la vie des familles en ville tout comme à la campagne. La famille vietnamienne autrefois si grande (englobant de trois à quatre générations sous un même toit : grands-parents, parents, enfants, petits-enfants, les générations se complétant les unes les autres) risque de se dissoudre. La tendance des jeunes mariés à s'installer dans leur propre habitation se répand (*Lê Ngoc Anh, 2000*). La famille nucléaire moderne remplace donc peu à peu celle « traditionnelle » appelée aussi « élargie » ou « réunissant trois ou quatre générations sous un même toit » (*Dang Canh Khanh, Lê Thi Quy, 2007*).

À la suite de la transition démographique, les pays d'Asie ont connu des changements profonds dans la structure familiale (*Jacques Véron et Isabelle Attané, 2005*). Viêt Nam ne fait pas exception à cette tendance. Selon le Recensement général, la taille des ménages vietnamiens a diminué de 5,2 personnes en 1979 à 4,8 personnes en 1994 puis 4,6 personnes en 1999. Ensuite, les résultats des enquêtes sur le niveau de vie des ménages montrent que la taille moyenne des ménages vietnamiens continuent de baisser : 4,4 personnes par ménage en 2002, 4,3 personnes par ménage en 2004 et 4,2 personnes par ménage en 2006 (*Tông cuc thông kê, 2007*). La proportion des ménages ayant quatre membres augmente considérablement, passant de 24,5% en 1999 à 29,1% en 2003. La taille d'une famille de quatre membres ou moins devient assez répandue au Viêt Nam. Selon « l'Enquête de base sur la Famille vietnamienne et la femme dans la famille en période d'industrialisation et de modernisation » menée et publiée en 2002 par l'Académie des Sciences sociales du Viêt Nam, 78% des ménages sondés ne comportent que deux générations, notamment 65% dans les villes, 81,7% dans la campagne en plaine et 80,6% dans les régions montagneuses (*citée par Dang Canh Khanh, Lê Thi Quy, 2007*). Cela reflète la tendance au développement des familles nucléaires déjà évoquée auparavant. Les résultats de certaines études par échantillon montrent qu'actuellement, au Viêt Nam, la plupart des jeunes mariés (plus de 65%) ont tendance à vivre avec les parents du mari et les autres membres de la famille du mari pendant un ou deux ans, puis s'installent séparément (*Pham Van Bich, 1999; John Knodel et al., 2005*).

Bien qu'ils ne soient pas complets, les témoignages de certaines enquêtes nationales fournissent certaines caractéristiques socio-économiques des ménages vietnamiens actuels. La taille du ménage et le niveau de vie mesuré par le revenu sont en proportions inverses. Cela veut dire que plus la famille est nombreuse, plus les revenus sont bas. Selon l'Enquête sur le niveau de vie des habitants en 1997, les familles les plus pauvres ont en moyenne 5,6 personnes par ménage, tandis que les familles les plus riches comptent 4,1 personnes par ménage. Cet écart s'est réduit en 2006 : la taille moyenne d'une famille pauvre est de 4,6 personnes par ménage et celle d'une famille riche de 3,9 personnes. En 2006, 74,6% des chefs de ménages sont des hommes, seulement 25,4 % des chefs de ménage sont des femmes. Toutefois, en ville, la proportion des femmes chefs de ménages est plus élevée qu'à la campagne (38,6% comparativement à 20,5%) (*Tông cuc thông kê, 2007*).

A propos de la situation matrimoniale, en 2006, 57,3% de la population vietnamienne âgée de 13 ans et plus sont mariés, 6,7% sont veufs/veuves, 1,4% sont divorcés ou séparés (*Tông cuc thông kê, 2007*). L'âge au premier mariage chez les hommes et les

femmes augmente graduellement (de 1,4 ans chez les hommes et 0,7 ans chez les femmes durant la période de 1999 à 2005). En 2005, l'âge du premier mariage est de 26,8 ans chez les hommes vietnamiens et 23,5 ans chez les femmes. Les jeunes en ville se marient plus tard que ceux qui habitent à la campagne (2,6 ans de moins chez les hommes et 2 ans chez les femmes). Bien que le taux de divorce au Viêt Nam ne soit pas important, celui en ville représente le double de celui à la campagne et tend à augmenter (*Tông cuc thông kê, 2006*).

1.3.2. Les changements contemporains de perception des fonctions, relations entre les générations et rôles de genre

La famille traditionnelle vietnamienne est profondément influencée par le confucianisme (*Trần Đình Huou, 1991; Volkmann C.S., 2005*) et riche d'identités et de particularités villageoises (*Dô Thai Đông, 1991*), avec toutefois une souplesse considérable en ce qui concerne les rôles de genre et les obligations qui caractérisent la famille en Asie du Sud-est (*Hischman et Vu Manh Loi, 1996*). La famille traditionnelle est celle à la campagne, dans les sociétés agricoles asiatiques qui existent depuis longtemps. Dans ce cas, la famille est une unité de production agricole qui répond aux besoins vitaux de ses membres. La famille traditionnelle vietnamienne est caractérisée par le fait que les gens vivent en ménage, suivant la hiérarchie : mari – femme, père – enfant, frère – petit frère (l'individu, la liberté, l'égalité ne sont pas reconnus). La famille est liée à la lignée, au village. Dans la famille, la plus grande partie du pouvoir appartient au chef de ménage, un homme (*Volkmann C.S., 2005*). Dans une famille, il peut exister plusieurs niveaux de relations entre arrière-grands-parents, grands-parents, parents, enfants, petits enfants. Les relations entre frères et sœurs sont considérées comme plus importantes que celles entre époux et épouse. Le frère aîné détient le pouvoir et a la responsabilité de prendre soin des petits frères et sœurs, de les éduquer, voire de les élever. La famille pratique une économie autarcique, contribuant au village, au pays, s'appuyant sur l'entraide de la lignée, du village et du pays pour survivre. Ce type d'organisation crée une attention mutuelle et une responsabilité entre parents et enfants, frères et sœurs, cousins et cousines (*Trần Đình Huou, 1996*).

La société vietnamienne connaît actuellement de profonds changements, ce qui influence chaque famille tant sur le plan structurel que sur le plan fonctionnel. Dans la corrélation entre les changements sociaux et familiaux, les normes traditionnelles et celles nouvelles peuvent coexister parallèlement. Les liens familiaux changent en raison des forces socio-économiques de l'industrialisation et de l'urbanisation. Le niveau d'instruction est rehaussé, les revenus s'améliorent, la mobilité sociale augmente, tout cela modifie les

concepts communs sur la formation de la famille, la vie matrimoniale, le nombre d'enfants, les relations entre les générations et la famille élargie (*Vu Tuân Huy, 1996; Dang Canh Khanh, Lê Thi Quy, 2007*).

Les tendances caractérisant le changement de la famille au Viêt Nam sont similaires à celles qui ont eu lieu en Occident, avec toutefois des particularités et nuances. D'après Tuong Lai (1996), selon les sociologues occidentaux, depuis les années 1970, la permutation et le changement de structures et de fonctions à l'intérieur de la famille sont observés dans toutes les sociétés modernes, quels que soient leur civilisation, leur niveau d'instruction et leur régime politique. Si auparavant, la famille était à la fois une communauté de personnes apparentées et une unité économique, à présent elle est plutôt une communauté de personnes apparentées (*Tuong Lai, 1996*).

Dans la société moderne, chaque membre de la famille a son métier. Beaucoup deviennent employés, fonctionnaires ou membres d'une coopérative. Ainsi, la fonction économique de la famille est réduite tant sur le plan de l'organisation de la production que sur le plan de l'influence économique. Les activités politiques et la vie spirituelle des membres de la famille se déroulent selon des modèles extérieurs à la famille, dans le contexte de relations sociales plus larges. La famille est remplacée par d'autres institutions sociales en ce qui concerne sa fonction d'éducation. Autrement dit, la famille en tant qu'institution sociale perd de son importance, ses fonctions économiques et sociales principales étant transférées aux institutions étatiques (*Volkman C.S., 2005*).

Les mutations des valeurs familiales et sociales changent les relations familiales. Dans la société traditionnelle, les valeurs morales et de dignité étaient hautement appréciées, celles matérielles étant négligées, mais à présent ces dernières valeurs, manifestées par l'argent, ont tendance à être plus appréciées (*Dang Canh Khanh, Lê Thi Quy, 2007*). Dans la société moderne, le modèle de la famille nucléaire est prioritaire. Chaque petite famille cherche son foyer douillet dans lequel chaque membre cherche son propre espace. Avec ce nouveau mode de vie, la liberté individuelle est respectée, mais les liens de parenté s'affaiblissent graduellement. De nombreux liens familiaux traditionnels sont coupés, réduits ou changent de formes. Dans les familles nucléaires, il n'existe que deux axes de relation : mari – femme, parents – enfants. Les parents, les frères et sœurs, la parenté vivant séparément, on se voit moins, parfois se contente d'appels téléphoniques. La plupart des jeunes estiment qu'il suffit de contribuer sous forme d'argent pour accomplir ses obligations filiales vis-à-vis de ses parents âgés. L'entraide entre frères et sœurs se réduit également car chacun doit savoir prendre soin de lui-même (*Lê Ngoc Anh, 2000*).

Au Viêt Nam, le mariage basé sur l'amour, l'égalité et l'autodétermination remplace peu à peu celui décidé par les parents. Les relations amicales et entre collègues deviennent un environnement favorable au mariage pour les jeunes, hommes et femmes, tandis que celles familiales et de la parenté ne le sont plus (*Vu Tuân Huy, 1996; Dang Canh Khanh, Lê Thi Quy, 2007*). Toutefois, les normes considérées comme positives dans les relations matrimoniales traditionnelles comme l'interdiction de relations sexuelles avant le mariage ou encore la fidélité et la concorde entre époux et épouse se perdent sous l'influence de la modernisation, avec l'apparition de l'individualisme, de la liberté sexuelle, de la débauche et de la jouissance matérielle considérée comme objectif de vie (*Lê Ngọc Anh, 2000; Nguyễn Thi Khoa, 2007; Nguyễn Thanh Huyền, 2007; Nguyễn Van Huyền, 2007*). Comme nous avons indiqué, en général, le taux de divorce au Viêt Nam n'est pas élevé, mais il a tendance à augmenter. La raison est qu'en cas de divorce, les femmes subissent plus de pertes que les hommes sur le plan économique. De plus, les préjugés vis-à-vis des femmes divorcées restent très importants. Toutefois, avec l'amélioration de l'égalité des genres, les femmes acceptent plus facilement le divorce qu'auparavant (*Dang Canh Khanh, Lê Thi Quy, 2007*).

Dans la famille vietnamienne traditionnelle à caractère autarcique, la femme joue un rôle très important dans la gestion des moyens financiers, des revenus et des dépenses. Officiellement, le mari est chef de la famille mais c'est la femme qui gère. Dans le langage populaire vietnamien il existe une expression que l'on pourrait traduire par « gardien des coffres » (« *tay hòm chia khoá* ») pour désigner le rôle de la femme. Toutefois, en raison des influences du confucianisme, la famille étant de caractère patriarcal, ce sont les fils qui « poursuivent la lignée », perpétuent le culte des ancêtres, héritent des biens. Les filles, elles, ont toujours une position inférieure aux garçons, ne sont pas considérées comme membres de la lignée. Quand elles ne sont pas encore mariées, elles doivent obéir à leur père. Une fois mariées, elles doivent obéir à leur mari et à la mort de ce dernier, à leurs propres fils. En plus, les femmes doivent s'occuper de tous les travaux ménagers (*Dô Thai Đông, 1991; Pham Van Bich, 1999; Belanger D. et al., 2003*). On peut remarquer que la préférence pour les garçons est très forte dans les familles vietnamiennes (*Belanger D., 2002*). Ces principes, à un certain degré, existent toujours dans les familles actuelles, notamment à la campagne. Cela cause des divergences, voire des violences et conflits dans de nombreuses familles (*Dang Canh Khanh, Lê Thi Quy, 2007*).

Le Renouveau a eu un impact important sur le modèle de la famille vietnamienne et la condition de la femme (*Volkman C.S., 2005*). On fait moins d'enfants, en ville comme à la campagne. Cela permet aux femmes d'avoir plus de temps et d'opportunités pour participer

aux activités sociales, faire des études pour rehausser son niveau d'instruction et son statut vis-à-vis des hommes (*Lê Ngoc Anh, 2000*). Après le Renouveau, durant les années 1990, le Viêt Nam était considéré comme le pays ayant le taux de participation de la femme aux activités économiques le plus élevé en Asie du Sud-est (plus de 80% des femmes d'âge actif) dont l'écart de revenus selon le genre s'est réduit rapidement (*UN economic and social commission for Asia and Pacific, 1998; ADB, 2002; GSO, 2007*).

L'émancipation des femmes sur le plan social conduit à celle sur le plan familial. Les femmes, y compris celles à la campagne, n'étant plus « des machines à procréer » ou « des bonnes » participent à la gestion, aux discussions, à la prise de décision, à l'organisation de la vie spirituelle de la famille, y compris l'éducation des enfants. Ces fonctions étaient réservées aux hommes dans la famille traditionnelle (*Dang Thanh Lê, 1996; John Knodel et al., 2005*). Les femmes – les épouses décident toujours des dépenses pour la nourriture quotidienne, les soins de santé des membres de la famille et l'éducation des enfants. Les hommes participent toutefois graduellement à la gestion du budget familial, partageant les tâches ménagères avec les femmes (*Vu Tuan Huy, 1996; John Knodel et al., 2005*). Certaines enquêtes récentes montrent que le mari a une influence importante dans les décisions concernant la production du ménage, l'emploi des membres et l'achat d'objets coûteux, mais dans la vie sociale et les relations, le mari et la femme s'approchent de plus en plus d'une situation d'égalité dans la prise de décision (*John Knodel et al., 2005; Dang Canh Khanh, Lê Thi Quy, 2007*). Ainsi, on peut remarquer que les rôles de genre dans la société et dans la famille vietnamienne traversent actuellement une période de transition. Toutefois, il est à noter que les préjugés et les valeurs liées au genre au Viêt Nam connaissent peu de changement par rapport aux siècles passés (*Volkman C.S., 2005*).

1.3.3. La famille et ses liens avec le VIH/sida, la stigmatisation et l'exclusion

L'économie de marché en formation et en cours de développement au Viêt Nam ces dernières années créé des changements socio-économiques et culturels importants. Il est indéniable que ces changements entraînent des changements de perception et de comportement de chaque individu et de la famille dans la société. L'économie de marché induira inévitablement des valeurs sociales correspondantes auxquelles tous les individus et familles ne peuvent pas s'habituer facilement. Outre ses aspects positifs et progressistes, l'économie de marché a également des effets négatifs sur la société en général et sur les familles vietnamiennes en particulier.

Le changement des valeurs de la famille, de ses structures et fonctions causent également des mutations importantes dans la vie familiale. Face à la pression de l'économie de marché, de nombreuses familles portent davantage attention à l'objectif de gagner de l'argent, accordant moins d'attention à d'autres fonctions importantes : la socialisation, les soins des enfants, la satisfaction des besoins psychologiques des membres de la famille. Devant l'attrait pour l'argent, plusieurs liens et principes moraux liés à la famille sont oubliés. Dans ce contexte, les intérêts économiques ne sont plus la base reliant les liens familiaux comme auparavant. Ils risquent de devenir une pomme de discorde dans la famille. Une enquête menée en 2006¹⁵ montre que les problèmes de la famille vietnamienne, nommés et classifiés par les familles sondées, sont : (1) Chômage, pauvreté, difficulté économique ; (2) Membres de la famille impliqués dans les « fléaux sociaux » ; (3) Manque de bonheur, violence, adultère, divorce, séparation ; (4) Indifférence des membres vis-à-vis des autres dans la famille ; (5) Manque de respect et mauvais traitements entre parents et enfants (*Dang Canh Khanh, Lê Thi Quy, 2007*).

Quand la famille n'est plus « le nid douillet », quand ses membres ne s'intéressent plus les uns aux autres, quand les normes de comportement dans la famille ne sont plus respectées, la famille devient un acteur important qui, conjugué à certains facteurs sociaux, induit les individus, notamment les jeunes, à avoir des comportements « déviants » comme la consommation de drogue, le commerce sexuel, les jeux d'argent, le vol... qui conduiront à une séropositivité VIH/sida et des arrestations. Comme nous avons indiqué, la plupart des consommateurs de drogue et séropositifs VIH/sida au Viêt Nam sont âgés entre 15 et 49 ans. Certains témoignages recueillis dans les études montrent que les adolescents et les jeunes sont séropositifs VIH/sida avant tout parce que leur famille n'a pas bien accompli sa fonction. Elle ne les a pas bien informés des risques du VIH/sida et des méthodes de prévention, ne comprend pas leurs émotions et leurs états d'âme. Les parents ne partagent presque pas leurs pensées avec leurs enfants, ne les guident pas dans le choix de leurs amis, ne supervisent pas leurs activités à l'école et après l'école. Les discussions entre parents et enfants sont rares (72,6% des discussions se limitent à entre 5 et 15 minutes par semaine, 26,5% moins de 30 minutes et pour 1,4% à plus de 30 minutes). Or, les adolescents et les jeunes sont très souvent entraînés par des amis (plus de 80%) à la consommation de drogue et enfin deviennent séropositifs VIH/sida (*Lê Minh Hai et al., 2005*).

¹⁵ Enquête sociologique dirigée par Dang Canh Khanh et Lê Thi Quy, auprès de 7.600 ménages dans 12 provinces et villes du Viêt Nam.

Dans le contexte de l'épidémie VIH/sida, la famille doit faire face aux « chocs » moraux quand elle connaît la séropositivité d'un membre, en appliquant la prévention et les soins au malade qui vont de pair avec la stigmatisation et l'exclusion du porteur dans les activités de la vie familiale. Les sociologues vietnamiens ont estimé que « la famille est un havre de paix pour chaque individu devant les mutations de la société » (*Dang Canh Khanh, 2003*). Cette conclusion est-elle encore vraie quand le VIH/sida influence fortement la vie de beaucoup de familles vietnamiennes ?

Certaines études précédentes ont montré que les manifestations de la stigmatisation comme l'évitement, l'isolement, la marginalisation des séropositifs VIH existent non seulement dans la communauté mais aussi dans le contexte familial tandis que la famille est sensée être un lieu d'amour, d'entraide et de soins inconditionnels au membre de la famille (*Khuât T.H. et al., 2004*). A cause d'une mauvaise réputation et d'une marque de « souillure morale » apposée par la société aux consommateurs de drogue et aux clients de personnes qui ont une activité de commerce sexuel, certains parents ne veulent pas reconnaître ces comportements chez leurs enfants, ni leur séropositivité VIH (*Lê Minh Hai et al., 2005*). A cause de la stigmatisation et la discrimination dans la famille, les séropositifs VIH n'osent pas révéler leur situation à leurs proches. Cela survient dans d'autres pays comme la France ou les Etats-Unis (*Mellini L., Godelzi A., De Puy J., 2004*). Certaines études ont même montré que les hommes consommant de la drogue par injection cachent souvent leur toxicomanie ou leur séropositivité VIH/sida à leur femme, petite amie ou partenaire sexuelle (*Hanoi medical university, 2002; Thuong N.V. et al., 2005*).

L'évitement, l'isolement et la marginalisation en raison d'une séropositivité VIH constituent des coups durs pour la famille. L'attitude et le comportement des membres de la famille vis-à-vis du séropositif VIH/sida (dans certaines familles) vont de l'amour, la pitié, le soin, l'aide aux reproches, à la haine, l'isolement ou un mélange de tout cela. Les attitudes et comportements ont tendance à changer en fonction de l'évolution de la maladie et sont très différents à différentes étapes de la maladie. Les membres de la famille oscillent souvent entre l'amour et la colère, notamment chez les parents et le conjoint du séropositif VIH. Certaines familles abandonnent leurs membres séropositifs VIH, refusant de prendre soin d'eux. Les réactions dont le but est de « protéger » la grande famille et « prévenir » le VIH comprennent la position extrême d'évitement du contact entre le séropositif VIH et d'autres membres de la famille notamment les enfants ; l'isolement de ce qui appartient au séropositif VIH : ustensiles pour les repas, serviettes, draps. En raison de la peur d'être contaminé, certains membres de la famille des séropositifs VIH/sida leur interdisent

d'accomplir des travaux ménagers, par exemple de préparer les repas pour la famille (*Khuât T.H., Nguyễn V.A. and J.Ogden, 2004*).

Bien que la plupart des familles prennent soin des séropositifs VIH à la maison, la peur d'être contaminé peut influencer profondément les formes de soin que ces malades reçoivent. Certaines familles ont très peur qu'une transmission survienne pendant les soins aux séropositifs VIH quand ces derniers sont gravement malades à cause des infections en lien avec le sida. Elles choisissent d'embaucher quelqu'un, souvent un autre séropositif VIH, pour faire ce travail (*Khuât T.H., Nguyễn V.A. and J.Ogden, 2004*).

Malgré les changements de valeur, la famille reste au centre de la culture vietnamienne. La conception selon laquelle chaque membre a l'obligation de consolider le bien-être de la famille est toujours importante. Ceux qui négligent cette conception sont gravement critiqués. Toutefois, la conception n'est pas appliquée de manière égale entre hommes et femmes. Les femmes sont sensées se sacrifier pour la famille, tandis que les hommes font l'objet de louanges s'ils le font. C'est une norme. Cela est reflété dans de nombreux dictons vietnamiens, par exemple : « Quelque soit son intelligence, elle n'est qu'une femme ; quelque soit sa bêtise, il est un homme » (« *Thông minh mấy cũng thế đàn bà, dẫu rằng ngu dốt vẫn là đàn ông* ») (*Lê Ngọc Anh, 2000*). Dans la société vietnamienne, il est normal qu'un homme « tombe dans la débauche » ou « adore la nouveauté ». Par conséquent quand il est séropositif VIH, les autres sont peu choqués ou en colère. Or la femme est sensée être prudente, fidèle et dévouée. Sa séropositivité sera un choc terrible pour sa famille de laquelle il lui est difficile de recevoir de la compassion. Les différences de genre dans l'expression et l'expérience sur la stigmatisation liée au VIH/sida deviennent plus évidentes dans le mariage. Dans l'ensemble, on croit que la femme doit pardonner et accepter l'erreur du mari, tandis que dans la plupart des cas, ce dernier abandonne la femme si elle est séropositive VIH/sida (*Khuât T.H., Nguyễn V. A. and J.Ogden, 2004*).

1.4. Etude: “La famille vietnamienne face au VIH/sida: Connaissances, Stigmatisation et Exclusion (Etude de cas-témoin à Ha-Long, Quang-Ninh)”

1.4.1. Justification de l'étude

Au Viêt Nam, avec l'augmentation continue du nombre des séropositifs, les modes de contamination ont tendance à changer. Le VIH/sida s'est propagé dans des groupes de population non spécifiques. Les programmes de prévention du VIH/sida et d'assistance aux

séropositifs sont toujours à la recherche de solutions visant à limiter la propagation de l'épidémie et à promouvoir de meilleurs soins aux séropositifs (*Bô Y tê, 2008a*). Bien que le Viêt Nam soit considéré comme un pays possédant un système sanitaire relativement performant comparativement à son niveau de développement économique, ce système a besoin de changements plus profonds et plus efficaces pour pouvoir répondre aux exigences de la prévention du VIH/sida et des soins des séropositifs. Les difficultés auxquelles doit faire face le pays concernent non seulement l'augmentation du nombre des séropositifs et des sidéens, mais aussi l'évolution des modes de soins de ces personnes. Bien que jusqu'à présent, les soins aux séropositifs concernent essentiellement le traitement des infections opportunistes et les soins palliatifs, l'introduction de programmes de soins des séropositifs par antirétroviraux (visant à réduire l'impact du VIH et à prolonger le processus de formation des infections opportunistes) exige un changement des modes de soin (*de Loenzien et al., 2005*).

Dans ce nouveau contexte, la famille, avec ses fonctions spécifiques, joue toujours le rôle clé dans la prévention du VIH pour ses membres et les soins aux séropositifs (*Uy ban quốc gia phong chống HIV/AIDS, 2004; de Loenzien et al., 2005*). Les connaissances globales sur le VIH/sida, sur la prévention et les soins des séropositifs doivent être améliorées. La stigmatisation et l'exclusion dans le contexte familial doivent être éliminées car elles deviendront une grande barrière empêchant l'accomplissement des fonctions précitées de la famille et porteront atteinte sur les droits humains des séropositifs.

La famille vietnamienne doit actuellement faire face à de grands défis nés de l'épidémie VIH/sida. En moyenne un foyer sur soixante compte un membre séropositif (*Bô Y tê, 2008*). Au niveau du foyer, les impacts de l'épidémie sont très importants car ils touchent les biens sociaux, la force de travail de la société que constituent les membres de la famille, leurs dépenses et revenus. Une étude récente montre que les foyers atteints par le VIH, quelle que soit leur situation économique, ont des revenus moins importants que ceux qui se trouvent dans la même situation qu'eux et ne sont pas atteints par l'épidémie. De plus, les revenus de toutes sortes sont réduits dans les foyers touchés par le VIH. Dans les zones urbaines, notamment, selon les observations, cette réduction est expliquée comme suit : leur séropositivité étant connue largement, les séropositifs ou les membres de leur foyer perdent leur emploi ou doivent réduire le temps de travail, ce qui entraîne la réduction des salaires (*PCSA Viêt Nam, UNDP, 2009*). De plus, les séropositifs nécessitent généralement des soins spéciaux de la part d'autres personnes quand le VIH se transforme en sida. Quand ils sont gravement malades, les séropositifs ne peuvent plus travailler. Au même

moment, les personnes qui les prennent en charge doivent prendre soin d'eux au lieu de travailler.

Les dépenses du foyer pour prolonger la vie du séropositif comprennent les frais spéciaux pour les soins de la santé, la perte de revenus, le changement d'emploi et de responsabilité familiale. Les défenses indirectes pourraient être (i) la réduction des opportunités d'accès à l'éducation; (ii) la réduction de revenus dans l'avenir; (iii) la perte de la capacité de travailler y compris le ménage ; (iv) la réduction de la capacité de prendre soin de soi-même, que ce soit pour les jeunes et les personnes âgées; et (v) l'augmentation du risque de changement de la structure du foyer ou de la dissolution de la famille. Quand le foyer vit difficilement et doit faire face à de nombreuses conséquences du VIH, il doit chercher des solutions pour faire face à cette situation. Il peut par exemple diversifier ses activités pour chercher à accroître ses revenus, hypothéquer des biens, emprunter de l'argent, demander de l'aide à la parenté ou à des organisations caritatives. Les foyers touchés par le VIH pourraient réduire leurs dépenses non liées à la santé, réduire leurs économies et leurs investissements, ou encore pousser leurs enfants à travailler pour augmenter leurs revenus.

L'étude récente de [PCSA Viêt Nam, UNDP \(2009\)](#) montre qu'en ville comme à la campagne, les foyers atteints par le VIH semblent dépenser moins pour la nourriture, l'éducation, la construction et la réparation de leur habitation. Ils dépensent par contre plus pour les soins de la santé par rapport aux foyers qui ne sont pas touchés par le VIH. Selon une étude menée par cette même organisation en 2005, les frais médicaux des foyers ayant des membres séropositifs sont en moyenne 13 fois supérieurs à ceux des foyers vietnamiens dans l'ensemble. En 2008, grâce aux programmes d'intervention et d'approvisionnement en ARV et aux services de soins gratuits destinés aux séropositifs, les frais médicaux des foyers touchés par le VIH ne sont plus que trois fois supérieures à ceux des foyers sans VIH ([PCSA Viêt Nam, UNDP, 2009](#)).

Parallèlement aux difficultés économiques, en raison des conditions de vie et des influences socio-psychologiques liées à l'épidémie VIH/sida, les familles des séropositifs doivent endosser le fardeau psychologique de ceux qui prennent soin de ces personnes, la discrimination et la mise à l'écart par la société, la structure de la famille et le réseau social brisés... Certaines études menées au Viêt Nam récemment cherchent à identifier les influences socio-psychologiques de la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion à l'égard des séropositifs et des membres de leur foyer dans le contexte communautaire ou dans les établissements sanitaires. Toutefois, à l'exception de deux études spécifiques

uniques dans ce domaine réalisées par Khuât Thu Hông et al. en 2004 et par Khuât Thi Hai Oanh et al. en 2006, la recherche sur la stigmatisation n'est qu'un sujet parmi d'autres dans les études sur le VIH/sida au Viêt Nam. La stigmatisation et l'exclusion liées au VIH/sida au sein même des familles touchées par l'épidémie sont qualifiées de très importantes mais aucune étude sur ce sujet n'a été effectuée jusqu'en 2006. De plus, les relations réciproques entre les connaissances, la stigmatisation et l'exclusion liées au VIH/sida ne sont étudiées que sur le plan qualitatif. Elles n'ont jamais été quantifiées pour affirmer leur degré et leurs tendances de façon représentative.

Constatant la nécessité d'une étude sur les influences socio-psychologiques du VIH/sida, notamment la stigmatisation et l'exclusion liées à l'épidémie dans le contexte familial et leur lien avec l'état des lieux des connaissances et de la perception des familles concernant le VIH/sida, j'ai décidé de réaliser une thèse de doctorat en démographie sur le thème : "La famille vietnamienne face au VIH/sida : connaissances, stigmatisation et exclusion". Cette thèse s'inscrit dans le cadre du projet de coopération franco-vietnamienne sur la recherche et la formation baptisé FSP2S A3.d17: "La famille vietnamienne face au VIH/sida –prévention de la transmission et soins aux séropositifs en zones rurales et urbaines dans la province de Quang-Ninh".

1.4.2. Résultats attendus et place de l'étude

Avant 2006, en général, les recherches sur le VIH et le rôle de la famille dans le traitement et les soins aux séropositifs s'intéressaient principalement aux enfants séropositifs. Actuellement, peu d'études portent sur le rôle des membres de la famille dans le traitement des adultes séropositifs, dans les pays occidentaux comme en Asie et au Viêt Nam. Presque toutes les recherches concernant ce sujet ont été effectuées en Afrique. Tout en analysant les facteurs concernant les infrastructures médicales, certaines études cherchent à identifier le rôle de la famille dans l'observation des principes de traitement ou le transfert de technologies entre les établissements sanitaires et les personnes prenant soin des séropositifs à la maison. En Asie, ces études se réfèrent essentiellement à une approche psychologique. Les études socio-démographiques menées sur le thème famille et VIH/sida sont très peu nombreuses et elles se situent en général du Cambodge ou en Thaïlande, pays où la prévalence du VIH est relativement forte.

Les études sur le VIH/sida menées au Viêt Nam avant 2006 portaient principalement sur l'état des lieux de la propagation de cette épidémie et la lutte contre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des séropositifs. Celles sur les soins et le traitement des séropositifs s'intéressaient plutôt au rôle des infrastructures médicales ou des

associations/groupes d'assistance aux séropositifs (*de Loenzien et al., 2005*). Il existe une seule étude sur la participation de la famille aux soins des patients qui suivent les traitements ARV à Ha Nội (*de Loenzien et al., 2006*). La population étudiée est constituée de séropositifs et de membres de leurs familles. Ces études donnent très peu d'information sur la position des séropositifs dans leur famille. Certaines études montrent que les soins dans la communauté sont à la fois efficaces et avantageux sur le plan financier par rapport aux soins à l'hôpital. Toutefois, de telles études doivent être approfondies et complétées par des interventions pour pouvoir identifier les mesures permettant de limiter les tensions nées des activités à risque élevé de transmission du VIH ou des soins à la famille. En même temps, il faut donner des informations sur les modes d'intégration des séropositifs dans leur famille. Ces études doivent également montrer plus clairement les enjeux sociaux de la lutte contre le VIH/sida dans le contexte de la société vietnamienne, afin de trouver des stratégies réalisables et appropriées appuyant activement cette lutte. Ces enjeux prouvent que la portée des réformes du « Renouveau » (Dôi Moi) dépasse largement le domaine initialement à vocation essentiellement économique et modifie en profondeur les dynamiques socio-culturelles. Celles-ci conditionnent fortement l'évolution du pays et doivent être intégrées plus explicitement aux programmes de développement socio-économique.

Avec l'aide du Fonds de Solidarité Prioritaire en Sciences Sociales (FSP2S), et du programme "*Assistance aux défis de la transformation socio-économique du Viêt Nam*", un groupe des chercheurs du LPED-IRD/université de Provence, du CERPOS - Université Paris X Nanterre, de l'Institut des Etudes pour Populations et Sociétés relevant de l'Université d'Economie nationale de Ha Nội, de l'institut de la Sociologie relevant de l'Académie des Sciences sociales du Viêt Nam ont coopéré pour élaborer et proposer un projet de recherche et de formation intitulé : « ***La famille vietnamienne face au VIH/sida – prévention de la transmission et prise en charge des séropositifs en zones rurales et urbaines dans la province de Quang-Ninh*** ». Les objectifs de cette étude sont : fournir des informations sur le rôle de la famille dans la prévention du VIH/sida et les soins aux séropositifs ; distinguer la position et le rôle des membres de la famille dans l'intégration d'un (ou de plusieurs) membres séropositifs dans leur famille ainsi que les modes d'adaptation de la famille aux problèmes créés par l'épidémie ; identifier les difficultés et les frais occasionnels auxquels la famille doit faire face si elle comprend un séropositif (réduction de revenus, réduction d'économies, victime de stigmatisation et de discrimination dans la communauté, fissure de sentiment familial).

La réalisation d'une thèse de doctorat constituait l'un des objectifs du projet en matière de formation. La réalisation de ma thèse de doctorat « **La famille vietnamienne face au VIH/sida : connaissances, stigmatisation et exclusion** ». Permet d'atteindre certaines parties des objectifs du projet. Le rôle de la famille dans la prévention de l'épidémie et les soins accordés aux séropositifs est présent en partie dans les connaissances qu'ont les membres de la famille de la prévention et des modes de soins aux séropositifs. Les soins que les membres de la famille accordent aux séropositifs ou la capacité d'intégration de ces derniers dépendent pour beaucoup de la stigmatisation et de l'exclusion dans la famille. La recherche sur l'exclusion permet de découvrir et de mesurer la capacité d'intégration des séropositifs dans la famille. Mesurer le degré de la stigmatisation et d'exclusion dans la famille est synonyme d'identification des difficultés et frais auxquels la famille doit faire face si elle compte un (des) membre(s) séropositif.

Les résultats de cette thèse de doctorat et du projet contribueront également à prévention du VIH/sida au Viêt Nam dans l'ensemble. Ils permettent d'abord à compléter les informations sur le VIH/sida et les réactions de la famille à la prévention d'une transmission dans le contexte de la vie du séropositif au sein de la famille, sur le rôle de la famille dans les soins aux séropositifs dans un contexte où le réseau sanitaire et de soins communautaires est encore limité. Certaines propositions sont ensuite avancées à l'intention des décideurs de politiques pour améliorer la prévention, le dépistage du VIH et les soins aux séropositifs dans la relation liant la famille, les infrastructures sanitaires et d'autres facteurs de lutte contre le VIH/sida.

CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

2.1. Objectifs de recherche, hypothèses et cadre d'analyse

2.1.1. Objectifs de recherche

L'objectif de cette thèse est de préciser le rôle de la famille dans la prévention du VIH et la prise en charge des séropositifs à travers la mesure des connaissances du VIH/sida des personnes séropositives (personnes vivant avec le VIH - PVVIH) et des membres séronegatifs de leur foyer, de préciser et de quantifier les attitudes de stigmatisation liées au VIH/sida dans le contexte familial, et de mesurer quelques effets de la stigmatisation des personnes séropositives VIH (il s'agit concrètement de l'exclusion des personnes séropositives des activités quotidiennes de leur foyer et des soins de santé au sein de la famille). La méthode cas – témoins appliquée pour la première fois dans les recherches sociales sur le VIH/sida au Viêt Nam permettra de comparer les indicateurs de recherche des foyers infectés par le VIH/sida avec ceux des foyers non infectés dans un contexte de manque de ressources. Grâce à cette méthode, l'influence des facteurs culturels et socio-économiques sur les indicateurs de recherche est réduite au minimum, les indicateurs comparés et quantifiés sont plus « purs ». Par ailleurs, certains résultats de recherche peuvent être comparés avec ceux de l'enquête nationale « Viêt Nam : Population et indicateurs VIH/sida en 2005 » (VPAIS 2005).

Cette thèse de doctorat a les objectifs de recherches suivants :

- Mesurer des connaissances du VIH/sida des personnes séropositives, des membres séronegatifs de leur foyer et des membres des foyers sans personne séropositive. Analyser les facteurs influant sur le niveau des connaissances du VIH/sida.
- Préciser les attitudes de stigmatisation liées au VIH/sida et quantifier ces attitudes chez les PVVIH, les membres séronegatifs de leur foyer et les membres des foyers sans personne séropositive.
- Préciser et mesurer quelques effets de la stigmatisation des personnes séropositives, il s'agit concrètement de l'exclusion des personnes séropositives des activités communautaires, de situations quotidiennes de leur foyer et des soins de santé au sein de leur foyer.

- Préciser et mesurer les liens entre les connaissances du VIH/sida et les attitudes de stigmatisation et entre la stigmatisation et l'exclusion liées au VIH/sida aux niveaux individuel et du foyer.
- Comparer les caractéristiques des personnes séropositives, des membres séronegatifs de leurs foyers, des membres de foyers sans personne séropositive, de la population de la communauté pour déterminer les risques concernant les connaissances du VIH/sida, les attitudes de stigmatisation et d'exclusion.
- Proposer quelques solutions dans l'optique de rehausser les connaissances du VIH/sida, de réduire la stigmatisation et l'exclusion liées au VIH/sida des séropositifs, des membres séronegatifs de leurs foyers et de la communauté.

2.1.2. Hypothèses scientifiques

Dans le cadre de cette thèse de doctorat, les hypothèses à vérifier sont les suivantes :

❶ Les connaissances de la population sur la prévention et la lutte contre le VIH/sida se sont beaucoup améliorées, mais il existe encore des opinions aberrantes du point de vue de la prévention de la transmission du VIH/sida. Les connaissances sur la prise en charge y compris les soins de santé et le support psycho-social à destination des personnes vivant avec le VIH/sida sont inadéquates car cette connaissance a été introduite dans les programmes de lutte contre le VIH/sida au Viêt Nam il y a peu de temps. Les connaissances qu'ont les membres du foyer de la prévention de la transmission du VIH/sida sont fortement influencées par le niveau de connaissance de la communauté dans ce domaine. Les facteurs comme: (1) les conditions d'accès des personnes du foyer aux sources d'information ; (2) leur capacité à recevoir ces informations ; (3) La diversification et l'efficacité des programmes d'intervention concernant la diffusion d'informations influencent directement les connaissances des membres du foyer.

❷ Le manque de connaissance relative à la prévention de la transmission du VIH/sida, le mode de prise en charge aux personnes séropositives influence l'autostigmatisation des personnes séropositives et la stigmatisation des personnes séropositives par les membres de leurs foyers et la communauté. Dans la famille cette attitude dépend aussi de l'étroitesse des liens entre les membres de la famille et du rôle de chacun. De plus, sous l'influence des politiques du Renouveau (Dôï Moi) économique et social, la société vietnamienne change profondément, notamment dans ses conceptions sur la société, la nuptialité, la famille, le rôle de la famille dans la société. La dynamique démographique de la famille a tendance à

favoriser un petit nombre d'enfants, une structure plus simple (nucléaire). L'influence des coutumes et de la culture traditionnelle diminue en raison de l'urbanisation et la modernisation. Tous ces changements sont influencés par les liens de parenté et le rôle des membres de la famille.

③ Actuellement, la stigmatisation envers les personnes vivant avec le VIH/sida dans la société sont considérées comme les plus grands obstacles aux activités de lutte contre le VIH/sida au Viêt Nam. Étant données les caractéristiques culturelles des vietnamiens, ces facteurs exercent une forte influence sur l'autostigmatisation des personnes vivant avec le VIH/sida et des membres de leurs familles. Parallèlement, ils influencent aussi la stigmatisation des personnes séropositives par les membres de leurs familles. L'autostigmatisation et la stigmatisation changent aussi la relation étroite, le rôle traditionnel des générations et des membres de la famille.

④ La stigmatisation pourrait aboutir à l'exclusion des séropositifs de situations au sein de leurs familles, situations quotidiennes dans le foyer ou accès aux soins de santé. Les personnes séropositives ne participent pas ou ne sont pas autorisées à participer aux activités communes. Elles sont isolées dans les situations quotidiennes du foyer. Elles doivent, par exemple, vivre dans une chambre isolée, utiliser des objets et ustensiles à part. C'est l'exclusion qui crée « l'écart » à la fois physique et moral entre les séropositifs et les membres de leurs familles. Elle peut même créer une séparation au sein du foyer. L'exclusion diffère selon que la stigmatisation se situe au niveau de l'individu ou du foyer.

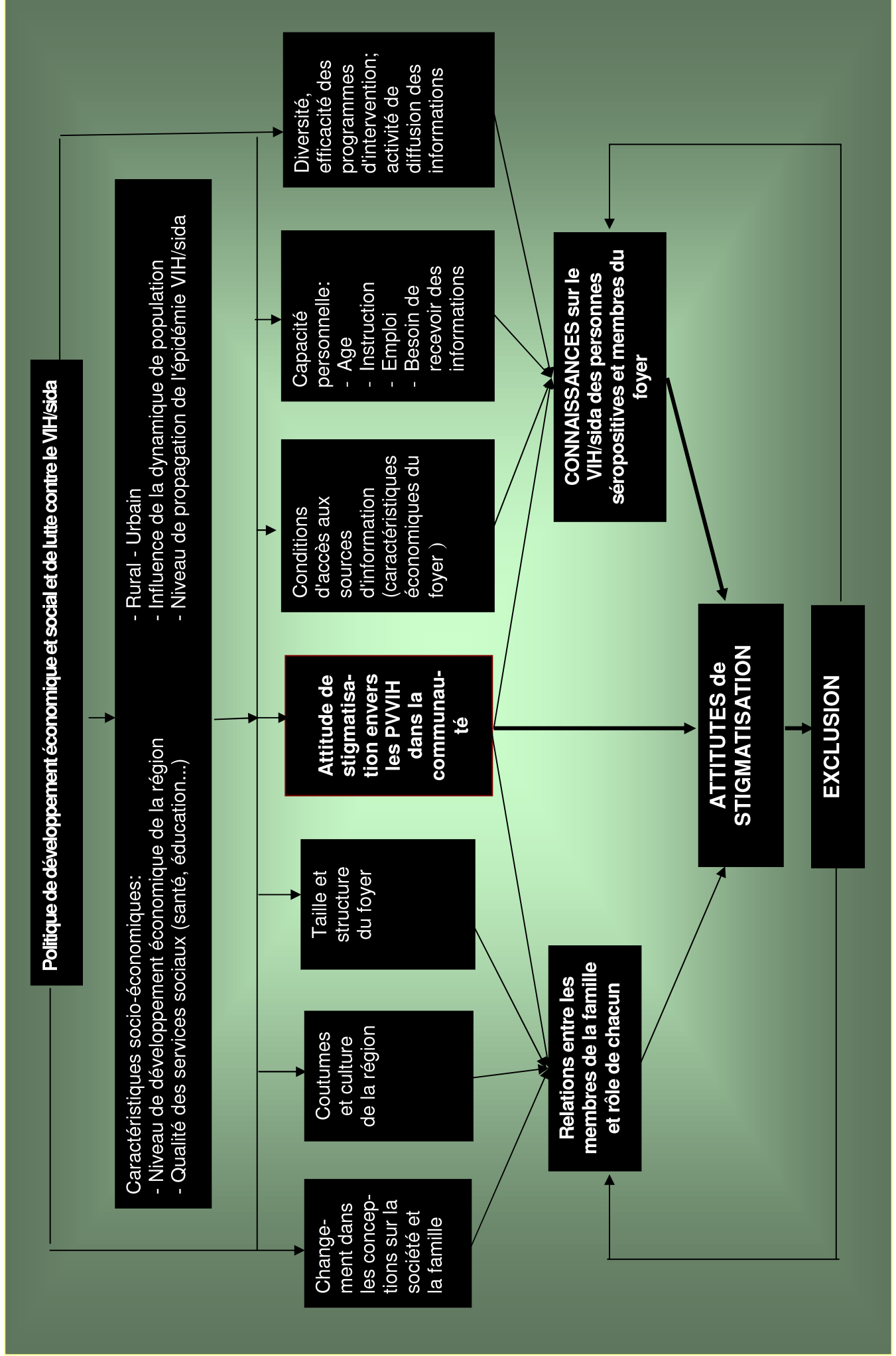
⑤ L'attitude de stigmatisation et les comportements d'exclusion figurent parmi les barrières empêchant les séropositifs et les membres séronegatifs de leurs foyers d'accéder aux informations et connaissances concernant le VIH/sida. Certains séropositifs et membres séronegatifs de leurs foyers n'osent pas reconnaître publiquement la séropositivité ni chercher ou recevoir des informations sur le VIH/sida afin de le prévenir ou prendre soin des personnes séropositives.

2.1.3. Cadre théorique de la recherche

Avec les hypothèses susmentionnées, le cadre théorique de la recherche est élaboré comme suit :

(voir Schéma 2.1)

Schéma 2.1 - Cadre théorique de la recherche



2.2. Sources de données et d'archives utilisées

Cette thèse est élaborée en utilisant, en analysant et en synthétisant différentes sources de données et d'archives qui ont chacune leurs limites. L'utilisation de plusieurs sources permet de remédier à ces lacunes.

2.2.1. Documents disponibles

Pour réaliser cette thèse de doctorat, j'ai collecté des documents et des rapports disponibles sur la situation socio-économique du Viêt Nam, sur l'épidémie VIH/sida dans le monde, dans la région et au Viêt Nam, des documents, livres, articles scientifiques, rapports scientifiques vietnamiens et internationaux sur les connaissances, les attitudes de stigmatisation et l'exclusion liées au VIH/sida. Des documents publiés récemment sur les sujets de la famille : les mutations contemporaines de la famille vietnamienne, les rôles et fonctions de la famille dans les soins et l'appui à ses membres, etc. ont été aussi collectés comme référence. Des thèses de doctorat et des mémoires de master en démographie, en sociologie, sur les sujets concernant la famille, le VIH/sida, la stigmatisation et l'exclusion ont été étudiés.

Les documents disponibles susmentionnés ont été collectés au Viêt Nam (bibliothèques de l'Institut d'Etudes Populations et Sociétés, de l'Institut de Recherche sur le Développement social, de l'Office des Statistiques, l'Office de la Population et du Planning familial, du Ministère de la Santé), en France (bibliothèques du CERPOS, de l'Université Paris Ouest Nanterre La Défense, INED...), des bases de données sur Internet (HINARY de l'OMS, Popline, Medline, sites de l'ONUSIDA, FNUAP, PNUD, Banque Mondiale). Ces données sont disponibles en papier et en version électronique.

2.2.2. Données secondaires : « Population et indicateurs VIH/sida Viêt Nam 2005 » (Vietnam Population and HIV/AIDS indicators 2005 - VPAIS 2005)

Dans le cadre de cette thèse, certains ensembles de données disponibles comme l'Enquête Démographique et de Santé 2002, l'Enquête sur le niveau de vie des foyers en 2004 et 2006 ont été utilisés pour analyser les données secondaires sur la situation socio-économiques des foyers au Viêt Nam. En particulier, l'enquête nationale « Population et indicateurs VIH/sida Viêt Nam » menée en 2005 a été utilisée pour analyser l'état des connaissances, des attitudes et des conceptions des vietnamiens vis-à-vis de la prévention du VIH/sida. Il s'agit d'ensembles de données nationales réalisés par l'Office des

Statistiques en coopération avec d'autres services concernés, sur un échantillon représentatif de la population vietnamienne.

L'enquête nationale « Viêt Nam : Population et indicateurs VIH/sida » (VPAIS 2005) visait à obtenir des informations de niveau national et infranational sur des indicateurs relatifs aux connaissances, attitudes et comportements sexuels relatifs au VIH/sida. Les données sont représentatives de l'ensemble du pays mais également de chacune des 4 provinces ciblées, dont celle de Quang-Ninh¹⁶. La collecte des données a été réalisée de septembre à décembre, 2005 (*GSO, NIHE, ORC Macro, 2006*).

Cette enquête repose sur un échantillon constitué sur deux périodes. Durant la première, 251 sites étudiés ont été choisis à partir de l'échantillon national. Durant la deuxième période, au sein de chaque site, un nombre fixe de foyers ont été choisis de manière systématique, 22 foyers pour le terrain en milieu urbain et 28 pour le terrain en milieu rural. Ainsi, dans les 251 sites étudiés (y compris 97 sites en milieu urbain et 154 en milieu rural), 6.446 foyers ont été sélectionnés pour l'enquête. Tous, femmes et hommes âgés de 15 à 49 ans ayant passé la nuit précédant l'enquête dans le foyer étaient enquêtés (14.157 personnes : 7.369 femmes et 6.788 hommes). La proportion de personnes qui ont accepté de répondre aux questions atteignait 99% (*GSO, NIHE, ORC Macro, 2006*). Lors de cette enquête ont eu lieu des tests VIH/sida auprès des personnes interviewées à Haiphong, mais nous n'avons pas l'autorisation d'en utiliser les résultats.

« Dans la province de Quang-Ninh, l'enquête VPAIS 2005 a inclus 263 foyers familiaux en milieu urbain et 279 foyers familiaux en milieu rural, soit une population totale de 1.027 individus dans le premier et 1.147 individus dans le deuxième. Les éligibles représentent environ la moitié de la population recensée. Le taux de refus est quasi nul. La province de Quang-Ninh regroupait 8,2% de la population interrogée dans le cadre de l'enquête VPAIS 2005 soit 1.153 personnes interrogées par questionnaire individuel » (*Loenzien et Luu, 2009*).

L'enquête VPAIS a utilisé deux types de questionnaires : l'un pour les foyers et l'autre pour les individus, femmes et hommes âgés de 15 à 49 ans. Le questionnaire réservé aux foyers donne la liste de tous les individus présents au foyer dans la nuit qui a précédé l'enquête, avec les informations sur chaque personne : âge, sexe, lien avec le chef du foyer, niveau d'instruction, statut de résidence, acte de naissance pour les enfants de moins de 5 ans. Le questionnaire réservé aux foyers a pour but de déterminer les répondants des

¹⁶ Les 4 provinces choisies pour les études sont : Quang-Ninh, Haiphong, Hanôï et Hô-Chi-Minh ville.

questionnaires individus. Le questionnaire réservé aux foyers permet de collecter des informations sur l'habitation du foyer, les matériaux de construction de l'habitation, la source d'approvisionnement en eau, les toilettes, la possession de certains objets d'utilisation de long terme pour déterminer le niveau de vie de la famille. Le questionnaire réservé aux individus est utilisé pour collecter les informations sur les caractéristiques essentielles de l'interviewé (niveau d'instruction, utilisation des médias, profession, religion, emploi...) ; sa fécondité (nombre d'enfants, nombre de grossesses...), son statut matrimonial et ses activités sexuelles, ses connaissances et les perceptions relatives au VIH/sida ; ses connaissances sur la transmission des infections par voie sexuelle et d'autres problèmes de santé.

Dans le cadre de cette thèse de doctorat, j'ai analysé certains indicateurs concernant les connaissances et les perceptions liées au VIH/sida dans l'échantillon national et dans celui de la région urbaine de la province de Quang-Ninh. L'analyse des données sur certains indicateurs de recherche dans l'échantillon national permet de déterminer la tendance commune de ces indicateurs dans la population vietnamienne. L'analyse des données sur certains indicateurs dans l'échantillon de la région urbaine de la province de Quang-Ninh a pour but de comparer ces résultats avec ceux de l'échantillon de l'enquête « Famille vietnamienne face au VIH/sida » menée à Ha-Long en 2006 (FAVIHVIET Ha-Long 2006) réalisée par mes collègues et moi-même et présentée ci-dessous.

2.2.3. Base de données: Enquête FAVIHVIET Ha-Long 2006

Dans le cadre du programme de coopération dans la recherche franco-vietnamienne : « *Appui à la recherche sur les enjeux de la transition économique et sociale du Viêt Nam* » financé par le Fonds de solidarité pour les sciences sociales (FSP2S) et financé par le Ministère des Affaires étrangères français, le projet de recherche et de formation « La famille vietnamienne face au VIH/sida : prévention de l'épidémie et prise en charge des séropositifs dans les milieux rural et urbain de la province de Quang-Ninh » a été mené conjointement par quatre établissements français et vietnamiens du mois d'octobre 2005 au mois de mai 2009. Ces quatre établissements sont : le LPED – IRD, le CERPOS – Université Paris Ouest Nanterre La Défense, l'IPSS – Université de l'Economie nationale de Ha Nội et l'Institut de Sociologie – Académie des Sciences sociales du Viêt Nam. Deux enquêtes sociologiques dont le but est de collecter la base de données ont été menées dans deux localités de la province de Quang-Ninh : la ville de Ha-Long, représentant le milieu urbain, et le district de Đông-Triêu, représentant le milieu rural. Au début, il était prévu que ces deux enquêtes soient menées en même temps. Toutefois, en raison des

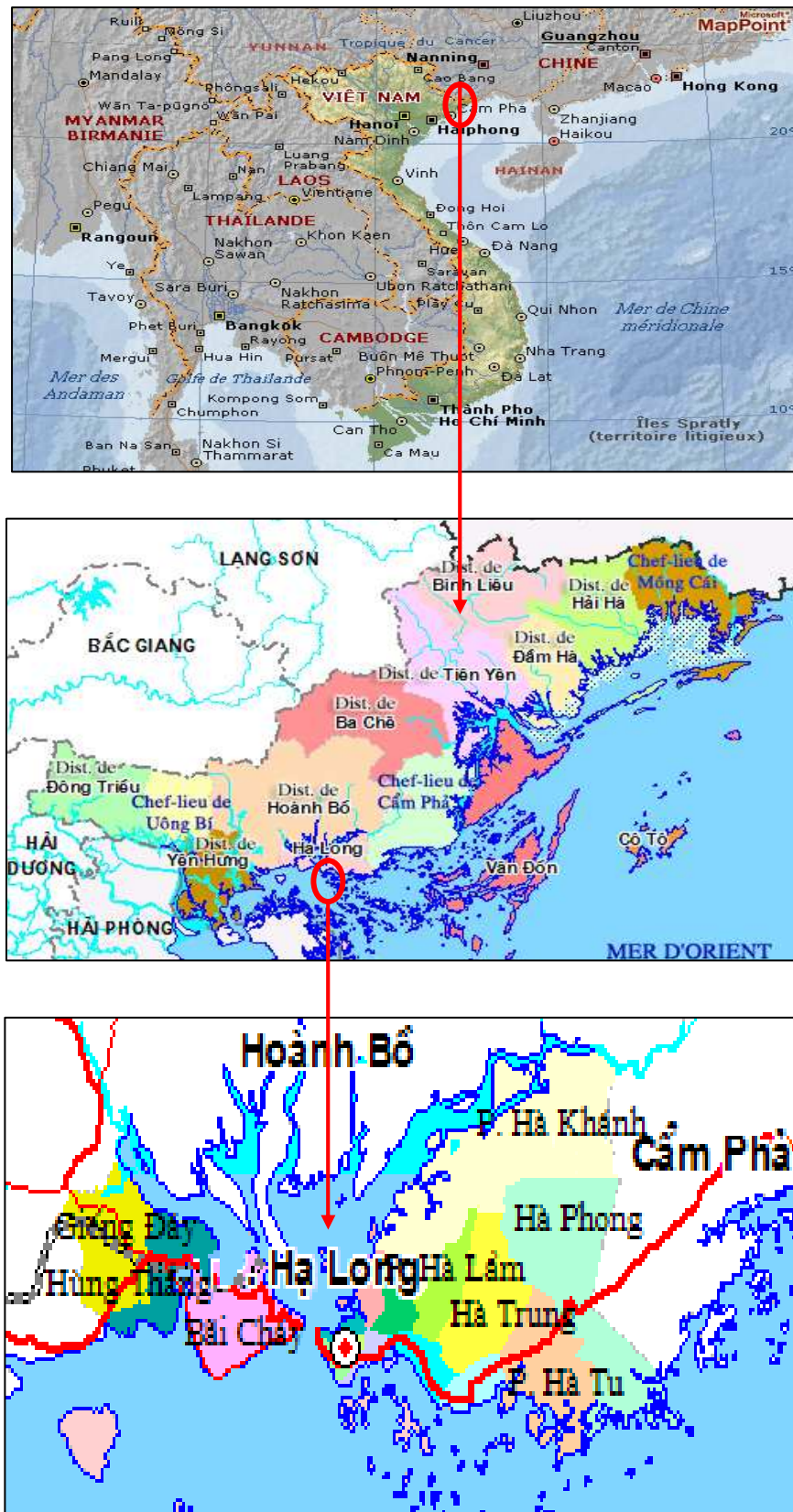
contraintes de ressources, l'enquête à Ha-Long a été menée en novembre 2006, tandis que celle à Đông-Triêu a eu lieu en août 2008. Pour assurer la confidentialité dans les recherches concernant le VIH/sida, sur le terrain, l'enquête a été intitulée « Enquête sur la population et la santé », plus tard, ces enquêtes ont été rebaptisées FAVIHVIET Ha-Long 2006 et FAVIHVIET Đông-Triêu 2008. Puisque l'ensemble des données de l'enquête à Đông-Triêu n'a été disponible qu'en mars 2009 et qu'il comporte certaines limites (la taille de l'échantillon n'est pas assez grande), j'ai décidé d'utiliser les données de FAVIHVIET Ha-Long 2006 afin d'effectuer ma thèse de doctorat.

+ Ha-Long : Sites étudiés dans le milieu urbain de la province de Quang-Ninh

« Quang-Ninh a été choisie en raison d'un taux de prévalence du VIH/sida relativement élevé (1,15% des 15-49 ans en 2005) (*Ministry of Health, Population Reference Bureau, 2005*). C'est une province côtière montagneuse à l'extrémité Nord-est du Viêt Nam. Elle partage une frontière au Nord et à l'Est avec la Chine. Elle regroupait plus d'un million d'habitants soit 1,3% de la population du pays au recensement général de la population en 1999 (*GSO, 2001*). La part de la population urbaine augmente relativement rapidement. Au recensement général de la population de 1999, 3/4 de la population du pays vivait encore en milieu rural mais à Quang-Ninh les proportions des populations rurale et urbaine étaient presque équivalentes (54% de population rurale et 46% de population urbaine) (*GSO, 2001*). Cette proportion est équivalente à celle dans l'échantillon de l'enquête VPAIS 2005 à Quang-Ninh (51% des personnes interviewées vivent au milieu rurale contre 49% vivant au milieu urbain) (*GSO, NIHE, ORC Macro, 2006*) » (*Loenzien et Luu, 2009*).

« La ville de Ha-Long est le centre culturel, économique et politique de la province. Elle comprend la baie d'Ha-Long, reconnue Patrimoine Naturel Mondial par l'UNESCO avec plus de 20 km de côtes marines et des milliers d'îles. Le tourisme constitue la principale activité économique. Les autres secteurs d'activités importants comprennent le commerce, les activités portuaires, l'industrie du charbon, la pêche, la production de matériaux de construction, le traitement de produits aquatiques. La ville se compose de deux parties : une zone industrielle et une zone touristique très animée. Avec une superficie de 208,7 km² et une population de 185.228 habitants en 2001, la ville de Ha-Long est densément peuplée (888 habitants au km²) par rapport à la moyenne du pays » (*Loenzien et Luu, 2009*).

Figure 2.1 - Site étudié dans l'enquête FAVIHAVIET Ha-Long 2006



Source : cité par Loenzien et Luu, 2009

La ville de Ha-Long concentre le plus grand nombre de séropositifs VIH de la province de Quang-Ninh. C'est aussi le lieu où le taux de prévalence du VIH est le plus élevé du pays. Fin 2004 avant de prévoir de réaliser cette thèse, le nombre de séropositifs VIH déclarés à Ha-Long avait atteint 3.996, soit près de 40% des séropositifs VIH de la province de Quang-Ninh. Selon le rapport du centre de santé de Ha-Long, en août 2006 le nombre des séropositifs à Ha-Long atteignait 5.159 mais ce centre de santé ne pouvait certifier les adresses que de 502 personnes (environ 10%). Il s'agit d'une difficulté de l'organe local de prévention du VIH/sida dans la gestion des séropositifs et dans la lutte contre l'épidémie. Cette difficulté est d'ailleurs un grand obstacle pour les enquêtes et recherches. Selon les statistiques les plus récentes, fin février 2008 la ville de Ha-Long comptait 5.744 séropositifs VIH et le nombre de décès dus au sida était de 1.347 personnes.

Au moment où l'enquête FAVIHVIET Ha-Long 2006 était menée, le centre de santé de Ha-Long et le centre de prévention du VIH/sida de Ha-Long étaient deux établissements médicaux municipaux en charge de gérer et mener la prévention du VIH/sida. Ces deux établissements ont pour fonction de déterminer les résultats de la séropositivité des échantillons de sang envoyés par trois cliniques de conseil et de dépistage volontaire et par les centres de santé des quartiers de la ville de Ha-Long. Ha-Long a un hôpital provincial avec près de 500 lits et un hôpital traitant la tuberculose. Il s'agit d'établissements médicaux provinciaux qui fournissent des services de traitement et de soins aux séropositifs. Le traitement des infections opportunistes pour les personnes vivant avec le VIH à Ha-Long a commencé en 2005, le traitement gratuit par thérapie antirétrovirale a été mis en place en 2006. Certaines interventions de réduction des dommages comme la livraison de préservatifs et de seringues et le projet sur la prévention du VIH/sida sur le lieu de travail (le projet de CARE international), le projet « Spread prévenir la transmission mère – enfant » (le projet de Life-Gap) et le projet pour renforcer la participation des personnes séropositives VIH/sida (GIPA) (projet de l'Onusida et de l'Union des Femmes du Viêt Nam)... ont également été développés à Ha-Long depuis début 2000.

[+ Méthodologie de recherche et estimation de la taille de l'échantillon](#)

L'enquête FAVIHVIET Ha-Long 2006 comprend deux volets : un volet quantitatif et un volet qualitatif. « L'enquête quantitative consistait en la passation d'un questionnaire ménage et d'un questionnaire individuel. L'objectif principal du questionnaire ménage était de documenter la situation sociodémographique et résidentielle de chaque membre du

ménage ainsi que d'identifier les personnes éligibles pour le questionnaire individuel. Les informations recueillies comprenaient l'âge, le sexe, la relation avec le chef de ménage, le niveau d'instruction, le statut de résidence dans le ménage. Le questionnaire ménage permettait également de recueillir des informations sur l'unité d'habitation telles que la source d'eau, la disponibilité de toilettes, le type de matériaux utilisés pour l'habitat, l'équipement disponible au sein du ménage, le revenu mensuel moyen, la proximité géographique du ménage avec les infrastructures communautaires sanitaires et scolaires. Le questionnaire individuel était utilisé pour collecter des données sur les hommes et femmes âgés de 15 à 60 ans » (*Loenzien et Luu, 2009*). La limite d'âge a pour but de collecter des informations plus complètes et plus précises sur le contenu étudié par rapport à un questionnaire fermé. Elle repose sur l'hypothèse que les personnes de cette tranche d'âge sont très concernées par la prévention du VIH/sida et les soins aux séropositifs. Le contenu des questionnaires « couvrait différents thèmes tels que les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, migration, instruction, activité, participation à des organisations de masse, emploi), mariage, enfants, relations avec les parents et les frères et sœurs, connaissances, attitudes et pratiques relatives au VIH/sida, à sa transmission, sa prévention et à la prise en charge des problèmes de santé » (*Loenzien et Luu, 2009*).

Ainsi, « la condition pour participer à l'enquête était que le foyer comporte au moins un adulte âgé de 15 à 60 ans, critère auquel s'ajoutent ceux permettant de définir les « foyers-cas » et les « foyers-témoins » explicités ci après. Au sein de chaque ménage, à l'issue de la passation du questionnaire ménage, la passation du questionnaire individuel était proposée à tous les membres du foyer âgés de 15 à 60 ans. Tous les questionnaires ont été administrés en face à face. A l'issue de la passation du questionnaire, les enquêteurs proposaient à certaines personnes interrogées, à d'autres membres de leurs ménages et à d'autres personnes de la population enquêtée de réaliser un entretien approfondi ou de participer à une discussion de groupe » (*Loenzien et Luu, 2009*).

L'unité enquêtée dans cette étude est le "foyer". Deux types de "foyer" étant identifiés ("foyers-cas" et "foyers-témoins"). Pour le groupe des foyers-cas, la taille de l'échantillon est calculée selon la formule qui s'applique à la méthode de l'échantillonnage aléatoire. L'utilisation de cette formule permet d'évaluer le nombre minimum de foyers à interroger pour obtenir des résultats statistiques significatifs. Pour le groupe des foyers-témoins, la taille de l'échantillon doit être égale à celle du groupe des foyers-cas.

$$N = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 \cdot p(1-p)}{d^2}$$

Dont : N: taille de l'échantillon étudié

$Z_{(1-\alpha/2)}$: seuil de confiance avec une probabilité de 95% (1,96)

p: proportion des foyers comportant une personne séropositive

Comme cela se fait habituellement, cette proportion a été évaluée à 0,5 afin de maximiser la taille de l'échantillon.

d: marge d'erreur souhaitée pour la proportion obtenue pour l'échantillon de l'ensemble de l'étude (d = 0,1)

Selon cette formule, la taille minimum de l'échantillon pour chaque ensemble de foyer (cas versus témoins) est :

$$N = \frac{(1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,1^2} = 96$$

Si l'on arrondit les chiffres, **N = 100**. Pour augmenter la précision statistique de cette méthode d'évaluation de la taille de l'échantillon, sur la base des ressources disponibles, la taille minimale de l'échantillon a été multipliée par un facteur de 1,5 à 2. Ainsi, le nombre de foyers à enquêter était d'environ 150 – 200, pour chaque type de foyers.

Le nombre d'entretiens approfondis a été fixé en référence au schéma conceptuel et aux hypothèses. Il doit permettre de collecter des informations sur les différents types de personnes séropositives et de configurations familiales envisagées. Les entretiens et discussions de groupe ont été passés sans restriction d'âge car le mode de questionnement est flexible et peut être adapté à chaque personne. Les groupes de discussion de 6 à 8 personnes ont été constitués selon le statut des personnes au sein de leurs foyers (pères, mères, frères et sœurs) et selon le type de foyers (cas ou témoins).

+ Méthode d'approche et sélection de l'échantillon

« Au départ, deux stratégies de recherche ont été envisagées pour la sélection des foyers infectés et non infectés. La première stratégie consistait à mener deux enquêtes dissociées, l'une portant sur les foyers comportant au moins une personne se déclarant séropositive, l'autre consistant en une collecte auprès d'un échantillon statistiquement représentatif de la population générale. Cette première stratégie comporte un inconvénient majeur : l'échantillon représentatif de la population des sites étudiés comporterait des foyers infectés. Il ne constituerait donc pas un point de comparaison valable pour les ménages infectés. Par ailleurs, cette stratégie met en œuvre deux procédures d'échantillonnage dissociées et pose la question du lien entre elles. Etant donné la disponibilité de données représentatives aux niveaux national et provincial pour Quang-Ninh à travers l'enquête VPAIS, cette première stratégie n'était pas adaptée aux objectifs de l'étude.

La deuxième stratégie visait à essayer d'appliquer la méthode « cas-témoin » utilisée régulièrement dans les recherches médicales expérimentales. Elle consistait à opérer un appariement de chaque foyer-cas (foyer comportant au moins une personne séropositive vivante) avec un foyer-témoin (foyer ne comportant aucune personne séropositive vivante). Cette stratégie privilégie la représentativité théorique au détriment de la représentativité statistique : nous tentons d'obtenir des informations sur l'ensemble des foyers infectés d'une zone en les surreprésentant et en diversifiant les modes d'identification de ces foyers. Ceci présente l'avantage de maximiser la diversité des situations étudiées. Ainsi, il est possible d'établir des comparaisons entre cas et témoin au niveau collectif mais également au niveau individuel. L'enquête cas-témoin fixait un nombre minimum de foyers familiaux infectés à interroger. Par rapport à une étude centrée sur les foyers infectés, cette stratégie a permis de minimiser les problèmes liés à la stigmatisation des personnes se déclarant séropositives VIH et de leurs foyers » (*Loenzien et Luu, 2009*).

Donc, « le volet quantitatif de l'enquête consistait en une enquête cas-témoin auprès de foyers dont la moitié est constituée de « foyers cas ». Ceux-ci regroupent les foyers comportant au moins une personne se déclarant séropositive VIH âgée de 15 à 60 ans (considérés comme des « foyers infectés par le VIH/sida » ou « foyers cas »). L'autre moitié des foyers ne comportant aucune personne se déclarant séropositive VIH/sida (considérés comme des « foyers non infectés par le VIH/sida » ou « foyers témoins »). Chaque foyer comporte au moins une personne âgée de 15 à 60 ans. En raison de notre intérêt pour la prise en charge actuelle, le groupe de recherche n'a retenu comme foyers-cas que les

foyers actuellement infectés par le VIH/sida – c'est-à-dire comportant des membres vivants se déclarant séropositifs VIH/sida. Tous les foyers dont les membres séropositifs VIH/sida sont décédés avant l'enquête ont été exclus des « foyers cas » » (Loenzien et Luu, 2009).

Pour atteindre la taille d'échantillon de l'enquête, « nous avons élargi peu à peu la zone d'enquête. Nous avons commencé par sélectionner les communes et arrondissements comportant le plus grand nombre de personnes séropositives répertoriées par le Comité de lutte contre le VIH/sida du département ou de la ville pour les interroger, puis nous avons inclus progressivement les communes et quartiers comportant moins de personnes séropositives répertoriées. Sur le plan géographique, à Ha-Long, les arrondissements comportant le plus grand nombre de séropositif répertoriés étaient les arrondissements centraux, près du centre de la ville » (Loenzien et Luu, 2009).

« Pour contourner la difficulté des personnes réticentes à faire part de leur statut sérologique à leur entourage, nous avons diversifié les modes de recrutement en passant par le comité de lutte contre le VIH/sida qui est en contact avec des personnes séropositives, mais aussi des groupes d'aide aux personnes séropositives ou des personnes précédemment interrogées suivant une procédure de sélection de proche en proche. Après avoir interrogé une personne se déclarant séropositive, nous lui demandions son accord pour interroger des personnes membres de son foyer » (Loenzien et Luu, 2009).

« Dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long 2006, la détermination des séropositifs VIH/sida a été faite à partir de la liste des séropositifs VIH/sida gérée et présentée par le comité de lutte contre le sida ainsi que les mises en contact par les associations/groupes d'aide aux séropositifs VIH/sida ou par d'autres séropositifs VIH/sida ayant participé à l'enquête. Le deuxième critère de détermination des séropositifs suppose que l'enquêté qui nous est présenté déclare lui-même qu'il est séropositif VIH/sida et que dans le questionnaire individuel il fournisse les informations relatives au résultat positif de son test VIH le plus récent » (Luu, 2009).

« Chaque foyer infecté (comportant au moins une personne se déclarant séropositive) était apparié à un foyer non infecté (ne comportant aucune personne se déclarant séropositive). Deux foyers appariés devaient être distants l'un de l'autre d'une dizaine de foyers. Ils devaient être situés sur la même voie (chemin, rue) ou à défaut appartenir à la même unité résidentielle (quartier, hameau) et devaient être comparables d'un point de vue socio-économique. Le niveau socio-économique était estimé avant l'enquête au moyen d'une observation de la taille de l'habitat, des matériaux du bâti et des équipements visibles

(véhicules, raccordement au réseau d'eau et d'électricité). Cette méthodologie est fondée sur une hypothèse : les liens d'entraide des membres au sein du foyer sont liés au niveau socioéconomique et à la situation géographique du foyer. Par conséquent, deux foyers situés sur la même voie ou appartenant à la même unité résidentielle et comparables du point de vue socio-économique de l'habitat et des équipements disponibles développent des liens d'entraide comparables. Et nous ne pouvons saisir le niveau socio-économique du foyer infecté qu'au moment de l'enquête sachant qu'un temps plus ou moins long a pu s'écouler depuis la survenue de la séropositivité et modifier les caractéristiques matérielles du foyer. Cependant, nous faisons l'hypothèse que ceux-ci sont dotés d'une inertie relativement importante (matériaux de l'habitat) et s'ils ont évolué (cas des équipements par exemple), les liens d'entraide familiale ont pu s'adapter pour devenir comparables à ceux caractérisant des ménages comparables quant à leur situation socio-économique actuelle. Le facteur géographique est lié à l'identification à un ensemble résidentiel et à l'accès à certains équipements sanitaires tels que l'école, le poste de santé.

Outre une comparaison des résultats entre foyer non infecté et foyer infecté, leur appariement permettait lors de la collecte des données, de ne pas focaliser l'équipe d'enquête sur des foyers infectés, ce qui aurait été source de stigmatisation dans un contexte très sensible » (*Loenzien et Luu, 2009*).

En réalité, dans les quartiers enquêtés, le nombre des personnes séropositives ayant une adresse exacte et accessibles est bien inférieur à celui des séropositifs recensés par le comité de lutte contre le VIH/sida. Par exemple, dans le quartier Cao-Xanh qui possède le plus grand nombre de séropositifs de la ville de Ha-Long, selon la liste du comité de lutte contre le VIH/sida, 437 de ces personnes ont déclaré leurs adresses. Or, seulement 254 parmi ces dernières ont donné une adresse correcte. La Loi sur la prévention et la lutte contre le VIH/sida permet à tout habitant de dissimuler son nom et son adresse lors des dépistages du VIH. C'est pourquoi, beaucoup de personnes séropositives n'ont pas déclaré leurs nom et adresse lors du dépistage ou en ont donné de faux. Ainsi au début, selon les prévisions, l'enquête menée dans 7 ou 8 quartiers devait comporter suffisamment d'individus. Or, en réalité, le groupe de recherche a dû mener l'enquête dans 13 des 20 quartiers de la ville de Ha-Long.

Avant de mener l'enquête officielle, une enquête pilote a été réalisée en septembre 2006 dans 4 quartiers de la ville de Ha-Long. Le groupe de recherche a testé sur le terrain l'ensemble des outils avec les questionnaires quantitatifs et les guides d'entretiens

qualitatifs. Les chercheurs notaient les modifications nécessaires aux questions et modalités de réponses à choix multiples pour l'enquête officielle.

+ [Synthèse des échantillons collectés](#)

Pendant 3 semaines en novembre 2006, 326 foyers de Ha-Long ont été enquêtés. La moitié comporte au moins une personne se déclarant séropositive (163 foyers). « L'ensemble de ces foyers enquêtés représente une population totale de 1.283 habitants. Parmi ceux-ci, les trois quarts sont âgées de 15 à 60 ans. Le taux de refus est 9% » (Loenzien et Luu, 2009). Le taux de refus est le même entre les foyers comportant une personne se déclarant séropositive et les foyers n'en comportant pas et il ne diffère pas selon le mode de recrutement des foyers. Parmi les personnes interrogées, un quart sont des séropositifs VIH (179), plus d'un quart (221) sont des séronégatifs vivant dans un foyer infecté par le VIH/sida et près de la moitié sont des personnes vivant dans un foyer non infecté par le VIH/sida (420). Certains membres de foyers ont refusé les entretiens, mais aucun foyer n'a refusé complètement l'enquête.

Tableau 2.1 - Taille d'échantillon de FAVIHVIET 2006 et VPAIS 2005 à Ha-Long

Enquête	FAVIHVIET Ha-Long 2006		VPAIS Ha-Long 2005
	N	%	N
Total des foyers	326	100	263
- Dont foyers-cas	163	50	-
- Dont foyers-témoins	163	50	-
Nombre total d'individus dans les foyers	1285	100	1027
- Dont éligibles*	894	70	564
Refus parmi les individus éligibles	80	9	
Questionnaires individuels	814	100	564
- Dont personnes séropositives	178	22	-
- Dont membres séronégatifs des foyers-cas	220	27	-
- Dont membres des foyers-témoins	416	51	-

* FAVIHVIET Ha-Long 2006: personnes âgées de 15 à 60; VPAIS Ha-Long 2005: personnes âgées de 15 à 49

Sources : extrait de Loenzien et Luu, 2009.

Dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long 2006, 60% des foyers comportant un séropositif VIH/sida ont été identifiés par le biais du comité de lutte contre le sida de la commune, 25% nous ont été présentés par une personne ayant été précédemment interrogée et 16% ont été identifiés en utilisant la liste d'une association d'aide aux séropositifs. « Parmi les foyers comportant au moins une personne se déclarant séropositive, 10% comprennent deux personnes vivant avec le VIH. Par conséquent, l'analyse individuelle diffère de l'analyse en termes de foyers. Parmi les personnes vivant avec le VIH interrogées en milieu urbain, le mode de recrutement n'est pas lié à une différence significative de composition selon le sexe, l'âge, le niveau d'instruction, l'activité économique ou la situation matrimoniale. Ainsi, le mode de recrutement des foyers induit peu de différence quant aux caractéristiques sociodémographiques des foyers, ce qui minimise les biais » (*Loenzien et Luu, 2009*).

Le groupe de recherche a aussi réalisé 45 entretiens approfondis individuels avec des personnes se déclarant séropositive VIH (15), des membres des foyers-cas (10), des membres des foyers-témoins (7), des personnel des établissements médicaux et des membres des comités de lutte contre le VIH/sida aux niveaux de la province, de la ville et des quartiers (10), des membres des associations/groupes qui aident les séropositifs (3). Le groupe de recherche a aussi mené 13 discussions de groupes composés de parents des foyers-cas, de parents des foyers-témoins, de frères et sœurs des foyers-cas, de frères et sœurs des foyers-témoins, de responsables et membres du comité de prévention et de lutte contre le VIH/sida de quartier. Au total, 128 personnes ont participé à l'étude qualitative (Tableau 2.2). Celle-ci a été menée principalement dans les deux quartiers Cao-Xanh, Cao-Thang, qui comportent le plus de séropositifs déclarés, selon le rapport du Comité de lutte contre le VIH/sida de la ville de Ha-Long. Certaines entretiens approfondis ont été menées dans deux autres quartiers Tràn-Hung-Dao et Ha-Lâm.

Dans cette thèse, j'ai analysé 22 entretiens approfondis et 4 discussions de groupes. Les entretiens approfondis ont été réalisés auprès de 9 séropositifs (4 hommes et 5 femmes), 5 membres séronegatifs des foyers comportant des séropositifs (1 père, 1 mère, 1 épouse, 1 frère et 1 sœur), 3 membres séronegatifs de 3 foyers ne comportant pas de séropositif, 3 employés d'infrastructures sanitaires (1 responsable du centre de prévention du VIH/sida de la province de Quang-Ninh, 1 responsable du centre médical de la ville de Ha-Long, 1 chef du centre médical du quartier), 2 responsables de clubs d'assistance aux séropositifs et aux membres de famille de séropositifs. 4 discussions de groupes ont été menées auprès de mères de séropositifs du quartier Cao-Xanh, de mères de séropositifs du quartier Cao-Thang, de pères de séropositifs du quartier Cao-Xanh et de frères et sœurs de séropositifs du quartier Cao-Xanh (*Annexe 1*).

**Tableau 2.2 - Répartition des entretiens et discussions de groupe
selon le type de participant**

	Séro-positifs	Père	Mère	Frère/ soeur	Epouse /mari	Respon- sable	Employé	Total
<i>Discussions de groupe</i>								
Foyer+		2 (7+6)	2 (5+6)	1 (6)				5 (30)
Foyer-		2 (6+6)	2 (6+6)	2 (6+7)				6 (37)
Cadre							2 (8+8)	2 (16)
Total		4 (25)	4 (23)	3 (19)			2 (16)	13 (83)
<i>Entretiens individuels</i>								
Foyer+	15	2	3	3	2			25
Foyer-			2	2	3			7
Cadre						4	6	10
Club						2	1	3
Total	15	2	5	5	5	6	7	45

Source : Enquête FAVIHVIET Ha-Long 2006

+ Caractéristiques de l'échantillon de l'enquête quantitative

Parmi les 820 personnes interrogées par questionnaire quantitatif, 47,7% sont des hommes, 52,3% sont des femmes. On peut constater que la structure par sexe de l'échantillon est assez équilibrée et équivalente à celle de la population vietnamienne. La répartition par sexe des personnes interrogées est similaire dans les foyers-cas et dans les foyers-témoins (respectivement : 49,3% d'hommes et 50,8% de femmes dans les foyers-cas ; 46,2% d'hommes et 53,8% de femmes dans les foyers-témoins). Parmi les 179 personnes se déclarant séropositives, les hommes sont plus nombreux que les femmes (62,6% contre 37,4%) (tableau 2.3).

A propos de la structure par âge, 39,5% des personnes interviewées sont âgées de 15 à 29 ans, 39,4% de 30 à 49 ans, et 21,1% de 50 à 59 ans. Si l'on distingue les personnes interviewées selon trois groupes d'âge (15-29, 30-49, 50-59), les résultats de l'analyse des données montrent qu'il n'y a pas de différence de structure par âge des personnes interviewées entre foyers-cas et foyers-témoins. Seulement 0,6% des personnes se déclarant séropositives interrogées appartiennent au groupe d'âge de 50 à 59 ans. Les autres sont réparties de manière équilibrée entre les autres deux groupes d'âge : 49,2% chez les jeunes (âgés de 15 à 29 ans) et 50,3% chez les adultes (âgés de 30 à 49 ans) (tableau 2.4).

Tableau 2.3 - Répartition (%) des répondants selon leur statut VIH, le type de leur foyer et leur sexe

Sexe	statut VIH			type de foyer		Ensemble
	PVVIH	MemF+	MemF-	Foyer+	Foyer-	
Masculin	62,6	38,5	46,2	49,3	46,2	47,7
Féminin	37,4	61,5	53,8	50,8	53,8	52,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectifs	179	221	420	400	420	820
<i>p value</i>	0,000			0,381		

Source : Enquête FAVIHVIET Ha-Long 2006

Tableau 2.4 - Répartition (%) des répondants selon leur statut VIH, le type de leur foyer et leur groupe d'âge (3 groupes)

Groupes d'âge	statut VIH			type de foyer		Ensemble
	PVVIH	MemF+	MemF-	Foyer+	Foyer-	
15-29	49,2	34,8	37,9	41,3	37,9	39,5
30-49	50,3	28,1	40,7	38,0	40,7	39,4
50-59	0,6	37,1	21,4	20,8	21,4	21,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectifs	179	221	420	400	420	820
<i>p value</i>	0,000			0,599		

Source : Enquête FAVIHVIET Ha-Long 2006

Toutefois, si l'on répartit les répondants selon 5 groupes d'âge, la proportion des personnes interrogées âgées de 25-29 ans et de 30-34 ans est plus élevée dans les foyers cas que dans les foyers-témoins (respectivement, 22,8% et 18,5% versus 14,3% et 11,9%). Les groupes d'âge de 25-29 ans et de 30-34 ans sont aussi ceux qui comportent le plus de séropositifs interviewés (32,2% et 27,4%). Ainsi, constate-t-on que les foyers-cas ont beaucoup de membres situés dans les groupes d'âge les plus actifs pour le travail mais malheureusement une part importante d'entre eux sont séropositifs. Les proportions de personnes interrogées âgées de 15-19 ans, de 40-44 ans et de 45-49 ans sont plus élevées

chez les foyers-témoins que chez les foyers-cas (respectivement 12,6%, 11,0%, 9,0% versus 6,3%, 4,5% et 4,8%) (Tableau 2.5).

Tableau 2.5 - Répartition (%) des répondants selon leur statut VIH, le type de leur foyer et leur groupe d'âge (5 groupes)

Groupes d'âge	statut VIH			type de foyer		Ensemble
	<i>PVVIH</i>	<i>MemF+</i>	<i>MemF-</i>	<i>Foyer+</i>	<i>Foyer-</i>	
15-19	0,6	10,9	12,6	6,3	12,6	9,5
20-24	13,4	11,3	11,0	12,3	11,0	11,6
25-29	35,2	12,7	14,3	22,8	14,3	18,4
30-34	27,4	11,3	11,9	18,5	11,9	15,1
35-39	15,6	5,9	8,8	10,3	8,8	9,5
40-44	6,1	3,2	11,0	4,5	11,0	7,8
45-49	1,1	7,7	9,0	4,8	9,0	7,0
50-54	0,6	19,5	12,4	11,0	12,4	11,7
55-60	0,0	17,6	9,0	9,8	9,0	9,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectifs	179	221	420	400	420	820
p value		<i>0.000</i>			<i>0.000</i>	

Source : Enquête FAVIHVIET Ha-Long 2006

A propos du niveau d'instruction, la plupart des personnes interviewées ont terminé le collège (42,9%) et le lycée (32,4%). En moyenne, les répondants ont passé 8,9 années à l'école, soit l'équivalent du niveau des diplômés du collège (8,9 ans chez les séropositifs, 8,5 ans chez les membres des foyers-cas, 9,1 ans chez les membres des foyers-témoins, $p = 0,000$). On peut constater que les personnes se déclarant séropositives et les membres séronegatifs de leurs familles dans l'ensemble ont un niveau d'instruction légèrement inférieur à celui des membres des foyers-témoins. Cela est également manifeste dans la proportion des répondants ayant terminé l'école primaire plus élevée chez les séropositifs (23,1%) que chez les membres séronegatifs de leurs foyers (17,0%) et les membres des foyers-témoins (14,0%). Par contre, 71,7% des personnes se déclarant séropositives versus 73,6% des membres séronegatifs des foyers-cas et 77,6% des membres des foyers-témoins ont terminé le lycée ($p=0,005$) (Tableau 2.6).

Tableau 2.6 - Répartition (%) des répondants selon leur niveau d'instruction

<i>Niveau d'instruction</i>	<i>PVVIH</i>	<i>MemF+</i>	<i>MemF-</i>	<i>Ensemble</i>
N'a pas terminé l'école primaire	4,0	6,1	2,4	3,8
A terminé l'école primaire	23,1	17,0	14,0	16,8
A terminé le collège	39,9	45,8	42,7	42,9
A terminé le lycée	31,8	27,8	34,9	32,4
A terminé le niveau supérieur	1,2	3,3	6,0	4,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectifs des répondants	179	221	420	820
<i>p</i>		0,005		
Durée moyenne d'instruction (en année)	8,9	8,5	9,1	8,9
<i>p</i>		0,000		

Source : Enquête FAVIHVIET Ha-Long 2006

Plus d'un tiers des séropositifs interrogés ne travaillent pas (36,9%), tandis que cette proportion est beaucoup moins élevée chez le groupe des membres séronegatifs de leurs foyers et chez le groupe des membres des foyers-témoins (respectivement 19,9% et 26%). La proportion des répondants qui travaillent et ont un revenu est de 62% chez les séropositifs, 71,0% chez les membres séronegatifs des foyers-cas et 66,7% chez les membres des foyers-témoins ($p=0,000$) (Tableau 2.7).

Tableau 2.7 - Répartition (%) des répondants selon leur statut d'emploi

<i>Statut d'emploi</i>	<i>PVVIH</i>	<i>MemF+</i>	<i>MemF-</i>	<i>Ensemble</i>
Travaille	62,0	71,0	66,7	66,8
Ne travaille pas	36,9	19,9	26,0	26,7
À la retraite	1,1	9,0	7,4	6,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectifs des répondants	179	221	420	820
<i>p</i>		0,000		

Source : Enquête FAVIHVIET Ha-Long 2006

Parmi ceux qui travaillent et ont un revenu, la plupart des séropositifs exercent des activités indépendantes (32,4%) et de petit commerce (29,7%). La proportion des séropositifs travaillant dans les entreprises ou dans les services étatiques est très faible (11,7% et 3,6%). Environ 10% des personnes se déclarant séropositives participent à des

activités sociales et perçoivent des allocations. Près de la moitié des membres séronégatifs des foyers-cas font du petit commerce. Parmi les autres personnes, la plupart travaillent dans une entreprise (21%) et dans un service public (13,4%). Par contre, dans les foyers-témoins, la moitié des membres sont employés dans une entreprise (32,1%) ou dans le service public (17,1%), un quart fait du petit commerce et environ 12% ont une activité indépendante (Tableau 2.8).

Tableau 2.8 - Répartition (%) des répondants selon leur profession

<i>Profession</i>	<i>PVVIH</i>	<i>MemF+</i>	<i>MemF-</i>	<i>Ensemble</i>
Employé dans un service étatique	3,6	13,4	17,1	13,3
Employés en entreprise	11,7	21,0	32,1	24,8
Agriculteur/ paysans	5,4	6,4	3,9	4,9
Petit commerce	29,7	49,0	27,9	34,3
En travail partiel	7,2	2,5	6,1	5,3
Activité indépendante	32,4	7,6	12,5	15,1
Activité sociale	9,9	0,0	0,4	2,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectifs des répondants	111	157	280	548
<i>p</i>		0,000		

Source : Enquête FAVIHVIET Ha-Long 2006

A propos de la situation matrimoniale, 47,5% des personnes se déclarant séropositives et des membres séronégatifs de leurs foyers vivent en couple tandis que cette proportion est de 64,3% chez les membres des foyers-témoins. 16% chez les personnes vivant dans un foyer-cas sont actuellement veufs/veuves tandis que cette proportion n'est que de 3,6% chez les personnes vivant dans les foyers-témoins. Dans le groupe des séropositifs enquêtés, un tiers est célibataire, un tiers vit en couple, un tiers est divorcé/séparé ou veuf/veuve. En particulier, 24,6% des personnes se déclarant séropositives dans l'échantillon sont veufs/veuves. La comparaison des deux groupes de foyers montre que la proportion de répondants vivant en union est plus élevée dans les foyers-témoins que dans les foyers-cas (64,3% versus 47,5%). En revanche, la proportion de répondants veufs/veuves est nettement plus élevée dans les foyers-cas que dans les foyers-témoins (16,0% versus 3,6%) (tableau 2.9).

Tableau 2.9 – Répartition (%) des répondants selon leur statut VIH, le type de leur foyer et leur statut matrimonial

Statut matrimonial	Statut VIH			Type de foyer		Ensemble
	PVVIH	MemF+	MemF-	Foyer+	Foyer-	
Célibataire	33,5	29,4	28,6	31,3	28,6	29,9
En union	34,1	58,4	64,3	47,5	64,3	56,1
Séparé(e)	2,8	1,8	1,7	2,3	1,7	2,0
Divorcé(e)	5,0	1,4	1,9	3,0	1,9	2,4
veuf/veuve	24,6	9,0	3,6	16,0	3,6	9,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectifs des répondants	179	221	420	400	420	820
<i>p</i>		0,000			0,000	

Source : Enquête FAVIHVIET Ha-Long 2006

Tableau 2.10 – Répartition (%) des répondants selon les organisations sociales auxquelles ils participent

Associations sociales	PVVIH	MemF+	MemF-	Ensemble
Participe à au moins à une asso.	47,5	52,5	57,1	53,8
Union des femmes	10,6	26,7	23,8	21,7
Union de la jeunesse	3,9	10,9	13,6	10,7
Union des vétérans de guerre	0,0	6,3	4,0	3,8
Union des personnes âgées	0,0	8,6	3,8	4,3
Associations d'aide aux PVVIH	42,5	6,8	1,2	11,7
Syndicats	2,8	12,2	21,4	14,9
Participe à d'autres associations	3,9	9,5	6,2	6,6
Effectif des répondants	179	221	420	820

Source : Enquête FAVIHVIET Ha-Long 2006

La participation aux associations diffère selon le groupe enquêté. Les personnes se déclarant séropositives participent peu par rapport aux membres séronegatifs de leurs foyers ou aux membres des foyers-témoins (47,5% contre 52,5% et 57,1%). Il est à noter que 42,5% des personnes se déclarant séropositives participent aux associations/groupes d'aide aux personnes vivant avec le VIH/sida et environ 10% de ces personnes participent

à l'Union des femmes. Les membres séronégatifs des foyers-cas ou des foyers-témoins participent davantage à des associations, par exemple l'Union de la jeunesse communiste, les syndicats (Tableau 2.10).

+ [Validité de l'appariement entre foyers-cas et foyers-témoins](#)

« Pour étudier la validité de l'appariement entre foyers-cas et foyers-témoins, les caractéristiques des cas-foyers et cas-témoins appariés ont été analysées. Cette analyse peut être menée collectivement, en comparant les caractéristiques de l'ensemble des foyers-cas avec celles de l'ensemble des foyers-témoins. Elle peut également se faire de façon individuelle, en analysant les distances entre foyers appariés pris deux à deux. Ce sont deux types de caractéristiques distinctes : les données relatives à l'habitat et l'équipement sur lesquelles était fondé l'appariement et les caractéristiques familiales telles qu'elles ont été recueillies lors de la passation des questionnaires » (*Loenzien et Luu, 2009*).

L'analyse des données sur l'habitat et l'équipement montre que « les foyers comportant une personne se déclarant séropositive et les foyers n'en comportant pas ne diffèrent pas quant à leur habitat, notamment leur équipement en électricité (100%), eau courante (84% des ménages), toilettes équipées d'une chasse d'eau (85%), matériaux de construction pour le sol (81% en briques, 15% en ciment), toit (45% en tuiles, 43% en béton), nombre de chambres (29% en ont une seule, 48% en ont deux et 23% en ont 3 ou plus).

Ils ne diffèrent pas non plus quant à leur équipement en biens durables pour l'intérieur de la maison : télévision (95%), radio (49%), téléphone (78%), réfrigérateur (56%), lave-linge (23%) et pompe à eau (32%). Les dépenses par personne consacrées à la nourriture sont similaires entre les deux types de foyers : 60% des foyers consacrent entre 250 000 et 500 000 dôngs mensuels pour la nourriture¹⁷. Malgré leur manque de moyens, certains foyers comportant une personne se déclarant séropositive ont la contrainte de dépenser davantage pour leur membre se déclarant séropositif en raison de ses problèmes de santé. Pour la cuisine, les deux types de foyers utilisent dans des proportions similaires l'électricité (44%).

¹⁷ Ceci équivaut à 10 à 20 euros.



Figure 2.2 - Enquête FAVIHVIET Ha-Long 2006 sur terrain

Source : Myriam de Loenzien, LPED-IRD, 2006

Par contre, les foyers comportant une personne se déclarant séropositive utilisent davantage le charbon (79% versus 64% des foyers n'en comportant pas) et moins le gaz (39% versus 56% des foyers n'en comportant pas). Les ménages comportant une personne se déclarant séropositive sont également moins nombreux à posséder un vélo (72% versus 85% pour les ménages n'en comportant pas), une mobylette (55% versus 76%) et une auto (uniquement des ménages n'en comportant pas, 3%).

Ces indicateurs reflètent un niveau de vie moins élevé des foyers comportant une personne se déclarant séropositive, qui ne se reflète cependant pas dans l'habitat mais dans la possession de biens de locomotion et dans les combustibles » (*Loenzien et Luu, 2009*). Ces deux indicateurs sont sensibles à la présence des séropositifs dans une famille. Pour pouvoir consacrer davantage de dépenses aux membres séropositifs en raison de leurs problèmes de santé, les familles doivent souvent réduire ou renoncer à d'autres dépenses dont souvent celles des carburants et des déplacements. Certaines familles sont

même obligées de vendre temporairement des biens pour compenser les dépenses. Motos et vélos sont les premiers biens vendus.

La validité des paires de « foyer-cas » et « foyer-témoins » est mesurée en se basant sur les indices démographiques que sont la taille et la structure de ces deux types de foyers. « Les foyers comportant une personne se déclarant séropositive et les foyers n'en comportant pas comprennent chacun 50% des membres de foyers. Pour les deux groupes, la taille médiane du ménage est de 4 personnes. Cependant, la taille des foyers comportant une personne se déclarant séropositive varie davantage que la taille des foyers n'en comportant pas. Leur distribution est moins concentrée et la variance plus élevée. La tendance est double : les foyers comportant une personne se déclarant séropositive comprennent à la fois des foyers comprenant plus de membres et des foyers comprenant moins de membres. La proportion de ménages de petite taille (3 personnes et moins) y est plus élevée (46% versus 35%) ainsi que la proportion de ménages de taille élevée (5 personnes et plus) (31% versus 20%) » (*Loenzien et Luu, 2009*) (Tableau 2.11).

Tableau 2.11 - Répartition (%) des foyers selon leur taille et leur statut VIH

Taille du foyer	Foyers-cas	Foyers-témoins	Ensemble
1 à 3 personnes	46,0	35,0	40,5
4 personnes	23,3	45,4	34,4
5 personnes et plus	30,7	19,6	25,2
Total	100,0	100,0	100,0
Effectifs des répondants	163	163	326
<i>p</i>		0,000	

Source : Enquête FAVIHVIET Ha-Long 2006

« La composition familiale en termes de nombre de générations cohabitant au sein du foyer est identique dans les foyers comportant une personne se déclarant séropositive et dans les foyers n'en comportant pas » (*Loenzien et Luu, 2009*) (tableau 2.12). « La plupart des ménages (61%) sont composés de deux générations, une partie importante (33%) est composée de trois générations. Rares sont les foyers composés d'une seule (6%) ou de 4 générations (1%) » (*Loenzien et Luu, 2009*).

Tableau 2.12 - Répartition (%) des foyers selon leur structure en termes de nombre de générations cohabitant et leur statut VIH

Structure du foyer	Foyers-cas	Foyers-témoins	Ensemble
Foyer 1 génération	3,1	8,0	5,5
Foyer 2 générations	58,3	62,6	60,4
Foyer 3 générations	37,4	28,8	33,1
Foyer 4 générations	1,2	0,6	0,9
Total	100,0	100,0	100,0
Effectifs des répondants	163	163	326
<i>p</i>		0,114	

Source : Enquête FAVIHVIET Ha-Long 2006

Les structures des foyers en termes de famille nucléaire ou élargie sont également relativement similaires entre les groupes de foyers cas et de foyers témoins. 57% des foyers interrogés sont composés de familles nucléaires comprenant les parents et les enfants seulement (y compris les familles nucléaires monoparentales). Les 43% restants sont composés de familles élargies, comprenant les parents, éventuellement les enfants, mais aussi une belle-fille ou un beau fils, un ou plusieurs petits-enfants, voire un ou plusieurs grands-parents ou d'autres personnes apparentées (tableau 2.13). « Les deux types de ménage ne se distinguent pas non plus du point de vue de l'âge du chef de ménage » (Loenzien et Luu, 2009).

Tableau 2.13 - Répartition (%) des foyers selon leur structure familiale en termes nucléaire et élargie et leur statut VIH

Structure du foyer	Foyers-cas	Foyers-témoins	Ensemble
Foyer noyau	52,1	62,6	57,4
Foyer élargi	47,9	37,4	42,6
Total	100,0	100,0	100,0
Effectifs des répondants	163	163	326
<i>p</i>		0,057	

Source : Enquête FAVIHVIET Ha-Long 2006

2.3. Méthodes de traitement et d'analyse des données

2.3.1. Traitement des données

L'exactitude et la cohérence interne des questionnaires obtenus lors de l'enquête ont été vérifiées deux fois avant que les données ne soient saisies dans les bases. La première vérification a été effectuée au moment de l'enquête, par les superviseurs. La deuxième vérification a été effectuée à l'Institut d'Etudes Populations et Sociétés, par les chercheurs principaux du groupe de recherche. A chaque fin de journée de travail, les questionnaires étaient complétés par les enquêteurs et remis aux superviseurs en charge de vérifier l'exactitude et la cohérence interne de toutes les réponses dans chaque questionnaire ainsi que les liens entre les questionnaires individuels et ceux des foyers. Si des fautes étaient détectées, les questionnaires étaient retournés aux chercheurs qui devaient les compléter ou enquêter à nouveau. Lors de la réception des travaux, pour assurer la confidentialité des informations, les questionnaires étaient mis dans des enveloppes fermées, anonymes, numérotées selon les codes attribués aux foyers enquêtés et transportées à l'institut de recherche. Après la fin de l'enquête, à l'Institut d'Etudes Populations et Sociétés, les chercheurs du groupe de recherche réexaminaient pour la deuxième fois l'exactitude et la cohérence de tous les questionnaires de chaque foyer.

Les données des questionnaires étaient saisies sous forme de trois fichiers informatiques du logiciel Epidata 3.1. Ces fichiers sont conçus avec une interface correspondant au format de chaque type de questionnaire. Les notes et les codes ont été programmés pour limiter au minimum les erreurs de saisie des personnes en charge d'entrer les données. Ensuite, toutes les données ont été transférées dans des fichiers Excel pour « nettoyer » les données sur la base de vérifications ou de questions conçues de manière répétitives dans les questionnaires. Finalement, l'ensemble des données a été transféré dans des fichiers au format du logiciel de statistique SPSS pour les analyses statistiques.

Les données qualitatives ont été collectées et traitées en vietnamien. Le procès-verbal et les cassettes d'enregistrement des entretiens approfondis et des discussions de groupe ont été transcrits sous forme de texte du logiciel Word. Le « nettoyage » et la vérification de l'exactitude des données étaient menés par trois chercheurs principaux du groupe de recherche. Ensuite, ces données ont été transférées au format approprié au logiciel Nvivo pour le traitement et l'analyse.

2.3.2. Analyse des données quantitatives

L'analyse des données quantitatives a consisté en l'application de modèles démographiques, de statistiques à une seule variable, à deux variables, multi-variées. Les analyses ont aussi été réalisées suivant le principe d'appariement entre les cas et les témoins, de comparaison entre la population enquêtée dans le cadre de notre projet et la population interrogée dans l'enquête nationale.

A l'aide des méthodes d'analyse citées ci-dessus, les caractéristiques des familles qui comportent une personne séropositive et de celles qui n'en comportent pas ont pu être déterminées et l'on a pu définir les spécificités de chacune en particulier concernant les connaissances, attitudes et comportements en matière de prévention du VIH/sida et de prise en charge des personnes séropositives. Nous avons également réalisé des profils de personnes séropositives et de membres de leurs familles selon leurs connaissances, attitudes et comportements.

Précisément, les caractéristiques de l'échantillon ont été identifiées grâce à l'analyse des fréquences d'apparition des individus selon les indicateurs étudiés. La mesure des relations entre les caractéristiques des foyers et les connaissances, perceptions, attitudes et comportements liés au VIH/sida a été effectuée en premier lieu, avec la technique d'analyse statistique bivariée : tableaux croisés et test d'indépendance du Chi-2. Ensuite, l'analyse était complétée par les techniques d'analyse multi-variées, notamment l'analyse de régression logistique (linéaire et binaire) permettant de mesurer l'influence relative de différents facteurs sur les connaissances, attitudes de stigmatisation et exclusion liées au VIH/sida. L'analyse effectuée à deux niveaux, l'individu et le foyer, a aussi permis de comprendre la relation entre la stigmatisation et l'exclusion liée au VIH/sida au sein du foyer, où le comportement de chaque individu peut être influencé par ses attitudes, ses rôles et sa relation avec les autres membres du foyer. En revanche, l'exclusion dans le foyer ne peut-être créée que par le croisement (ou la prise en compte simultanée) des attitudes des membres de la famille.

L'évaluation du niveau de connaissance globale du VIH/sida se fait par des méthodes d'analyse des fréquences et l'attribution de notes aux réponses données aux questions sur les connaissances, perceptions relatives au VIH/sida, la prévention de la transmission et la prise en charge des séropositifs. Les attitudes de stigmatisation et l'exclusion sont évaluées au moyen de l'analyse des fréquences des modalités à chaque question puis sont analysés en combinant plusieurs modalités qui reflètent chacune les différents types d'attitudes de stigmatisation et d'exclusion (voir détails dans les chapitre 3, 4,5 et 6).

2.3.3. Analyse des données qualitatives

Les informations collectées lors des entretiens individuels approfondis et des discussions de groupe sont analysées au moyen de techniques qualitatives, de façon à clarifier et à compléter les résultats de l'enquête quantitative. L'analyse des entretiens a été divisée en deux étapes. La première étape consistait à analyser par thèmes les informations obtenues dans les entretiens. L'analyse thématique des discours a été conduite à l'aide du logiciel Nvivo. Puis au cours de la deuxième étape une analyse systématique a permis d'obtenir des résultats essentiels et d'identifier des facteurs décisifs. Durant l'analyse, la technique enracinée a été utilisée pour identifier les phénomènes et leurs causes (qui pouvaient être des facteurs intermédiaires, des facteurs indépendants...), parallèlement à une comparaison continue dont le but est de mesurer les différences entre les groupes de population (foyer-cas – foyer-témoin ; personne se déclarant séropositives – personnes se déclarant non séropositives ; taille et structure du foyer). Celle-ci consiste à dégager de façon inductive les caractéristiques saillantes telles qu'elles sont restituées dans le discours, et à les formaliser dans un schéma selon plusieurs axes. Ce travail a été appuyé par le logiciel MindManager Pro 7.0.

2.4. Limites de l'étude

2.4.1. Limites liées au sujet et aux méthodes de recherche

Le VIH/sida est considéré comme un sujet de recherche sensible, car il est lié aux problèmes « tabous » ou aux « fléaux sociaux » au Viêt Nam, au même titre que le sexe, la prostitution, la toxicomanie. La stigmatisation liée au VIH/sida au Viêt Nam est « double ». Elle est liée directement à cette épidémie, mais aussi aux problèmes susmentionnés. La collecte d'informations sur la stigmatisation et le VIH/sida n'est pas facile même au niveau des individus et de la communauté. Les recherches sur ce sujet sont régulièrement confrontées à la dissimulation d'informations. Ma recherche ne fait pas exception. L'objectif de ma recherche est de mesurer la stigmatisation et de quantifier les relations entre les connaissances relatives au VIH/sida, la stigmatisation et l'exclusion au sein de la famille. Ce n'est pas encore une étude complète sur les manifestations de la stigmatisation liée au VIH/sida dans la famille ni un aperçu général des causes et effets de la stigmatisation.

« L'enquête « cas-témoin » qui a été menée a permis d'approfondir l'étude sur le VIH/sida dans un contexte de faible prévalence en fournissant un nombre minimum de cas

favorisant la représentativité théorique des foyers comportant au moins une personne se déclarant séropositive. Sur le plan de la collecte, elle a facilité le travail en diminuant les risques de stigmatisation à l'égard des foyers interrogés. De plus, les foyers-témoins fournissent une base de comparaison indispensable dans un environnement où les données statistiques et démographiques sont rares, difficilement comparables ou peu fiables. (...) La méthode cas-témoin présente l'inconvénient de ne pas générer un échantillon statistiquement représentatif de la population étudiée. Cet inconvénient est contrebalancé par la disponibilité d'enquêtes nationales représentatives » (*Loenzien et Luu, 2009*).

2.4.2. Limites liées aux sources de données, erreurs possibles

+ Validité de la constitution de la population séropositive et de l'identification des foyer-cas

Il existe une « différence entre la définition conceptuelle d'une personne séropositive (personne qui aurait un résultat positif si elle faisait le test) et la définition opérationnelle d'une personne séropositive (celle qui a fait un test qui s'est avéré positif et qui a déclaré sa séropositivité à l'enquêteur). L'enquête FAVIHVIET Ha-Long ne comportait pas de test VIH. Par conséquent, la définition opérationnelle du foyer-cas repose sur le statut sérologique déclaré à l'enquêteur. Cette déclaration est à distinguer de la déclaration auprès des autorités sanitaires. En effet, les personnes dont les autorités sanitaires nous ont confirmé la séropositivité VIH devaient elles-mêmes déclarer leur séropositivité à l'équipe d'enquête. Inversement, certaines personnes cachant leur séropositivité aux autorités sanitaires locales voire à leur entourage ont déclaré à l'équipe d'enquête qu'elles étaient séropositives, car elles avaient reçu un résultat individuel de séropositivité à un test VIH. Elles ont donc participé à cette étude en tant que personnes se déclarant séropositives.

Par rapport à une étude fondée sur la réalisation de tests VIH, cette méthode manque de sensibilité puisque certaines personnes peuvent ne pas connaître leur séropositivité ou la cacher. Cet inconvénient est néanmoins minimisé par le fait que l'objectif de l'étude n'est pas biomédical mais social : nous nous intéressons aux problèmes qui surviennent dans le contexte d'une séropositivité VIH. Ainsi, toute personne n'ayant pas déclaré sa séropositivité aux enquêteurs est considérée ici comme séronégative » (*Loenzien et Luu, 2009*).

+ Différence de moment et de méthode de constitution de l'échantillon dans les deux enquêtes

Les différences de moment et de méthodes de constitution de l'échantillon entre les deux enquêtes représentent une limite à l'analyse comparative. VPAIS 2005 a été effectuée de septembre à décembre 2005 tandis que FAVIHVIET Ha-Long avait lieu en novembre 2006. Ainsi, il faut avancer une hypothèse selon laquelle en un an les changements liés aux indicateurs utilisés dans cette recherche ont été minimes. La population de FAVIHVIET Ha-Long 2006 a été constituée à l'aide d'un échantillon par choix raisonné tandis que celle de VPAIS 2005 résulte d'un échantillon aléatoire. De plus, les tranches d'âges déterminés par les deux enquêtes sont également différentes. La population enquêtée de VPAIS 2005 était constituée des personnes âgées 15-49 ayant passé la nuit précédant l'enquête dans le foyer enquêté. La population enquêtée de FAVIHVIET était constituée des personnes âgées 15-60 ans et membres du foyer (qui résident régulièrement au foyer, mangent et dorment quotidiennement au foyer, contribuent aux revenus et aux dépenses communes du foyer). Toutefois, la comparaison des deux enquêtes n'a pas pour but d'identifier les fautes ou les erreurs commises dans ces recherches, mais d'analyser et de déterminer la tendance des indicateurs recherchés pour chaque population enquêtée. Je suppose donc que les limites de méthode de sélection d'échantillon susmentionnées ne créent pas une différence significative.

+ Estimation exagérée en raison de la façon de sélectionner les répondants

« Etant donné le mode d'identification des personnes se déclarant séropositives, l'enquête FAVIHVIET met l'accent sur les personnes atteintes du VIH depuis plus longtemps ou plus sévèrement en raison d'une multiplication des risques ou d'une conjonction de facteurs favorisant la progression du VIH (utilisation de drogue par voie intraveineuse par exemple). D'une part des données utilisées sont relatives à la prévalence plutôt qu'à l'incidence. Certaines personnes ont été identifiées car elles ont été infectées depuis suffisamment longtemps pour en ressentir les conséquences sur leur état de santé tandis que les nouveaux cas sont sous-représentés : leur état de santé est moins dégradé, l'information de la séropositivité n'a pas été diffusée, voire certaines personnes n'ont pas encore fait le test VIH ou pas eu la confirmation du résultat positif de leur test de dépistage. Ceci est d'autant plus vrai que le système de dépistage évolue en faveur d'une plus grande confidentialité des résultats. On a donc tendance à surestimer les mises sous traitement car en raison des critères de sélection des patients pour les mises sous traitement antirétroviral, ceux qui en bénéficient sont en général ceux dont l'état de santé est le plus

détérioré. D'autre part, les anciens utilisateurs de drogue cumulent les stigmates de l'utilisation de la drogue et de la séropositivité ainsi que les difficultés matérielles liées à ces deux pratiques. Ces deux difficultés sont susceptibles d'être liées à une identification plus aisée. Elles créent un biais d'association. Inversement, les célibataires sont moins visibles en raison de moindres conséquences sur leurs familles. Ainsi, différents biais limitent la représentativité statistique des foyers-cas de l'échantillon par rapport à ceux de la province » (*Loenzien et Luu, 2009*).

La proposition consistant à demander aux personnes vivant avec le VIH la permission d'interroger des membres de leur famille était une procédure qui « répond à un principe éthique mais induit un risque de biais : elle privilégie les personnes qui s'occupent de la personne se déclarant séropositive, par conséquent elle risque de surestimer l'aide apportée aux personnes se déclarant séropositives par leurs familles. Il faut en tenir compte dans les analyses et considérer qu'il s'agit d'une aide correspondant à une situation optimale » (*Loenzien et Luu, 2009*).

+ *Manque d'information sur les repères temporels importants : dates de découverte de la séropositivité, de révélation de la séropositivité, d'entrée en phase sida*

Dans les études sur le VIH/sida, les repères temporels de certains événements tels que la découverte d'une séropositivité, la révélation publique d'une séropositivité, l'entrée en phase sida, sont très importants. Ils peuvent influencer sur le niveau de connaissance car connaître la séropositivité peut entraîner l'apparition d'un besoin de recevoir davantage de connaissances sur le VIH/sida. Ils peuvent également influencer sur les besoins de prévention, sur les modèles de prise en charge des séropositifs. En particulier, ils ont un impact important sur les attitudes de stigmatisation et sur l'exclusion liées au VIH/sida. Au début de l'apparition de l'épidémie, la découverte et la révélation publique d'une séropositivité pouvaient faire subir aux séropositifs une stigmatisation et une exclusion très fortes. Avec l'amélioration des connaissances de la population sur l'épidémie, les attitudes de stigmatisation et d'exclusion peuvent se réduire. L'état de santé des séropositifs (porteurs du VIH ou déjà atteints d'infections opportunistes) détermine le modèle de la personne qui prend en charge leurs problèmes de santé. Les symptômes de la maladie chez les sidéens peuvent augmenter la stigmatisation par les personnes de leur entourage en raison de la crainte d'une contamination. Cela influence la décision des membres de leur famille d'accepter ou non de prendre soin d'eux en cas de problème de santé.

Dans les questionnaires de l'enquête FAVIHVIET Ha Long, les questions étant conçues pour collecter des informations au moment où se déroule l'enquête, seules quelques questions portent sur des événements passés tels que la date du plus récent test de dépistage VIH ou la date de la première prise d'antirétroviraux. L'ensemble des données manque d'informations sur la date de la découverte de la séropositivité, la date de la révélation publique de la séropositivité et la date de l'entrée dans la phase sida pour les répondants séropositifs. Pour cette raison les résultats des analyses de cette thèse ne peuvent pas contrôler les influences de ces événements importants.

2.4.3. Autres limites

Outre les limites liées au sujet de recherche, le processus d'enquête et les données, je dois encore rapprocher ces données de celles sur la situation épidémiologique, la prévention et la lutte contre le VIH/sida dans les sites étudiés. Ces sources de données sont extrêmement rares. Les rapports, qu'ils soient du niveau de la ville ou du quartier, ne sont pas archivés comme il le faudrait en raison d'un manque de capacité et de changements de structures administratives des organes en charge de ce travail, notamment la structure des services médicaux et de prévention du VIH/sida, que ce soit au niveau de la province, du district ou de la commune. Les autorités locales avaient donc du mal à fournir les documents et informations nécessaires à cette étude. Par ailleurs, les données nationales ne concernent que le niveau provincial. Ceux de la ville, du district, du quartier ou de la commune n'étaient pas abordés.

Les ressources financières destinées à cette étude viennent principalement du financement du projet FSP et elles sont limitées. Les contributions des institutions réalisant l'étude consistaient principalement en des ressources humaines et équipements de recherche. Les limites des ressources ont entraîné celle de la taille de l'échantillon. L'enquête ne pouvait pas durer plus de 20 jours. Le nombre d'enquêteurs n'était que de sept. Le nombre de chercheurs principaux et de superviseurs n'était que de cinq.

Selon les prévisions, cette thèse aurait dû être effectuée en quatre ans, avec quatre séjours en France pour moi (6 mois par séjour). Or, à la fin de la troisième année, les financements ont été grevés. Mon quatrième séjour en France pour achever ma thèse et la soutenir devant le jury n'a pas pu être réalisé. Les échanges entre mon directeur de thèse et moi devaient être effectués par courrier électronique. Cela a aussi influencé le processus de réalisation et d'amélioration de la thèse.

PARTIE 2

RÉSULTATS

CHAPITRE 3 : CONNAISSANCES DU VIH/SIDA

15 ans après le début de l'épidémie, les séropositifs et les membres de leurs familles n'ont toujours pas atteint un bon niveau connaissance du VIH/sida

« 1 : À ton avis, ta famille a-t-elle assez d'information sur la prévention et le soin de la santé des séropositifs ?

2 : Je pense que non. À mon avis, il n'y a que moi qui en suis au courant, car je lis les livres, les journaux et je cherche ces informations. Ma mère ne les connaît pas, mon mari non plus».

(443 - femme séropositive, 26 ans, bachelière, pratiquant le petit commerce (du poisson), vivant avec un époux séropositif, ayant un fils de 5 ans, quartier Tràn-Hung-Dao, Ha-Long)

Le VIH/sida est apparu au Viêt Nam depuis une vingtaine d'années. Il est présent actuellement dans toutes les provinces, villes et régions du pays. La propagation ou le contrôle de l'épidémie sont fortement influencés par les connaissances et la prise de conscience de la population sur ce sujet. Les changements d'attitude et de comportement sont encouragés dans l'optique d'endiguer sa propagation grâce aux connaissances de base sur la transmission de ce virus et sa prévention (*GSO, NIHE, ORC Macro, 2006*). De nombreuses recherches ont été entreprises pour évaluer les connaissances de différents groupes de population.

Aujourd'hui, le droit des séropositifs à une intégration au sein de leur famille et leur communauté est reconnu. Les méthodes de traitement en vue d'endiguer le développement du virus et de prolonger la vie de ces personnes atteintes font toujours l'objet de recherches scientifiques. Comme pour d'autres problèmes concernant la santé, outre des institutions médicales, les soins aux séropositifs dépendent également des connaissances de ces personnes et de leurs proches sur ce sujet.

Dans cette thèse, je voudrais étudier le niveau de connaissance du VIH/sida des séropositifs enquêtés, des membres séronégatifs de leurs foyers, des membres des foyers non infectés par l'épidémie et de l'ensemble de la population de Ha-Long. Les connaissances globales du VIH/sida abordées dans cette thèse comprennent celles des répondants sur l'épidémie, les voies de transmission, la prévention dans la communauté et dans le foyer, sur les soins aux personnes vivant avec le VIH.

3.1. Niveau de connaissance du VIH/sida

Souvent, dans les enquêtes connaissances – attitude – pratique (CAP), pour mesurer les connaissances, on pose des questions évaluant ces connaissances et on calcule la fréquence des bonnes et des mauvaises réponses. Pour mesurer les connaissances du VIH/sida, dans cette étude, outre la mesure traditionnelle précitée, celle qui consiste à donner une note était également utilisée, les points étant donnés aux bonnes réponses. Le niveau de connaissance du VIH/sida des répondants est déterminé par la note totale obtenue accompagnée de sa moyenne, son écart-type, sa médiane, son maximum et son minimum.

Sur le plan méthodologique, l'analyse des fréquences des modalités de réponse utilisée dans les questionnaires aide à décrire le niveau de connaissances de la population enquêtée sur chaque élément de connaissance mesuré par chaque question. Les résultats permettent seulement de déterminer la proportion de répondants ayant ou n'ayant pas de connaissance sur le problème évoqué pour chaque réponse. En réalité, pour mesurer le niveau de connaissances sur un sujet, il faut utiliser plusieurs questions (plusieurs éléments de connaissance). Certaines questions sont indépendantes les unes des autres. D'autres sont en connexion avec une ou plusieurs autres questions. Certaines questions sont utilisées pour vérifier la réponse obtenue à une autre question. Dans ce contexte, les analyses de fréquence ne permettent pas de déduire le niveau de connaissances des répondants d'une manière systématique ni de tirer des conclusions sur le niveau de connaissance atteint par les répondants. De plus, il est très difficile d'effectuer des comparaisons de niveau de connaissance des différents groupes de répondants car l'analyse doit être basée sur une matrice de données (dont les dimensions correspondent au produit du nombre de questions par le nombre de modalités de réponse et le nombre de groupes de répondants).

La méthode qui consiste à donner des points permet de régler certaines limites de l'analyse de fréquence en mesurant le niveau de connaissances. Les points sont accordés aux bonnes questions correspondant aux situations évoquées dans chaque question. Le niveau de connaissances des répondants est évalué à l'aide de la note totale obtenue. Cette méthode est proposée sur la base de celle de l'évaluation du niveau de connaissances des élèves dans l'éducation. Pour évaluer le niveau de connaissance obtenu par les élèves, les enseignants leur demandent de faire des tests comportant de nombreuses questions. Ensuite, les enseignants évaluent les réponses aux questions en se basant sur un barème et concluent sur le niveau de connaissance des élèves. Dans cette

étude, l'application de cette méthode qui consiste à donner des points facilite également la comparaison des niveaux de connaissances des différents groupes de répondants.

Toutefois, dans cette étude, accorder des points pour mesurer le niveau de connaissances des répondants sur le VIH/sida comporte une limite. Chaque point est attribué à une bonne réponse tandis que l'importance relative des questions et des réponses n'est pas prise en compte.

Afin d'évaluer les connaissances sur le VIH/sida des répondants, les questions dans les questionnaires des enquêtes FAVIHVIET Ha-Long et VPAIS ont été conçues sous deux formes principales. La première vise à découvrir les connaissances des répondants, la deuxième à déterminer si ces connaissances sont correctes ou incorrectes. La première consiste en des questions dont les réponses sont spontanées, par exemple: "*Selon vous, comment le VIH/sida peut-il se transmettre?*". Les répondants citent donc les voies de transmission qu'ils connaissent, par exemple: "*le VIH peut se transmettre par les relations sexuelles, par une injection de drogue, par une piqûre de moustique, en s'embrassant, en se serrant la main...*". La deuxième forme consiste en une question dont les modalités de réponse sont suggérées. Les répondants n'ont qu'à affirmer, rejeter la proposition (oui/non) ou déclarer qu'ils ne connaissent pas la réponse. Les réponses proposées peuvent être correctes incorrectes. Voici un exemple de question à modalité correcte: "*Selon vous, peut-on limiter le risque d'être infecté par le VIH/sida en utilisant un préservatif à chaque relation sexuelle?*". Voici un exemple de question à modalité incorrecte: "*Selon vous, peut-on attraper le VIH/sida en partageant un repas, une boisson avec une personne atteinte ?*".

Dans les deux enquêtes FAVIHVIET Ha-Long et VPAIS, la mesure des connaissances n'est possible que si les répondants donnent une réponse affirmative à la question "*Avez-vous déjà entendu parler du VIH/sida?*". Viennent ensuite les questions évaluant les connaissances et perceptions des voies de transmission du VIH/sida, des méthodes de prévention et des soins aux séropositifs. Concernant la perception du VIH/sida et les connaissances des voies de transmission, dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, cinq questions sont utilisées, dont l'une sur les connaissances: "*Selon vous, comment le VIH/sida peut-il se transmettre?*" et quatre pour voir si les connaissances des répondants sont correctes ou incorrectes:

- (1) *Selon vous, une personne peut-elle attraper le VIH/sida par une piqûre de moustique?*

- (2) *Selon vous, peut-on attraper le VIH/sida en partageant un repas, une boisson avec une personne atteinte ?*
- (3) *Selon vous, peut-on attraper le VIH/sida en utilisant la seringue qu'une autre personne a utilisée ?*
- (4) *Selon vous, le VIH peut-il se transmettre de la mère à l'enfant : pendant la grossesse ? Pendant l'accouchement ? Pendant l'allaitement ?*

Parmi ces quatre questions, la première et la deuxième sont celles avec modalités incorrectes, les deux dernières sont celles avec modalités correctes. Contrairement à FAVIHVIET Ha-Long, VPAIS n'utilise pas la première question dont le but est de filtrer les personnes qui connaissent le VIH/sida. Elle n'utilise que les quatre dernières questions.

Dans cette thèse, pour évaluer les connaissances qu'ont les séropositifs et les membres séronégatifs de leurs familles de la prévention du VIH à partir de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, j'ai distingué deux types de questions : celles portant sur la prévention du VIH en général et celles portant sur la prévention dans le contexte familial. Pour le premier type, cinq questions ont été utilisées, dont l'une pour révéler les connaissances : "*Selon vous, existe-t-il une façon d'éviter ou de diminuer le risque d'une transmission du VIH/sida? Que peut-on faire ?*" et quatre pour voir si les connaissances des répondants sont bonnes ou mauvaises. Il s'agit de questions dont les modalités sont correctes :

- (1) *Selon vous, peut-on limiter le risque d'être infecté par le VIH/sida en n'ayant qu'un seul partenaire qui ne soit pas séropositif et n'ait pas d'autre partenaire ?*
- (2) *Selon vous, peut-on limiter le risque d'être infecté par le VIH/sida en évitant toute relation sexuelle ?*
- (3) *Selon vous, existe-t-il un médicament spécial que le médecin ou l'infirmier(ère) peut donner à une femme enceinte séropositive VIH/sida pour faire baisser le risque de transmission du VIH à son enfant ?*
- (4) *Selon vous, peut-on limiter le risque d'être infecté par le VIH/sida en utilisant un préservatif à chaque relation sexuelle ?*

Afin d'évaluer les connaissances sur la prévention du VIH dans le contexte familial, une seule question a été utilisée : *“Dans votre famille (si) il y avait une personne séropositive VIH/sida, quelles sont (seraient) les façons de prévenir une transmission du VIH/sida à la famille ?*

L'enquête VPAIS a aussi utilisé ces mêmes cinq questions pour évaluer les connaissances sur la prévention du VIH en général, mais elle n'avait aucune question sur ce sujet dans le contexte familial. Pour cette raison dans cette thèse, je ne peux pas mesurer le niveau de connaissances des répondants sur la prévention du VIH dans le contexte familial à partir de l'enquête VPAIS ni effectuer l'analyse ou la comparaison des résultats des deux enquêtes concernant cet indicateur.

L'enquête FAVIHVIET Ha-Long a posé six questions sur les soins aux séropositifs :

- (1) *Selon vous, si une personne veut savoir si elle est séropositive VIH ou non, comment doit-elle faire?*
- (2) *Connaissez-vous un endroit où l'on peut aller pour faire un test de dépistage du VIH/sida dans votre ville/arrondissement ? Quels sont ces lieux ?*
- (3) *Selon vous, existe-t-il un traitement ou une méthode pour aider les personnes séropositives VIH/sida? Selon vous, quelle est cette méthode ?*
- (4) *Parmi les méthodes que vous avez citées ci-dessus, existe-t-il une méthode pour guérir du sida ou VIH ?*
- (5) *Avez-vous déjà entendu parler des médicaments anti-rétroviraux ?*
- (6) *Savez-vous où peut-on acheter ou recevoir ces médicaments ? Où est-ce ?*

L'analyse des données obtenues grâce à ces questions permet d'évaluer le niveau de connaissances des répondants sur les soins aux séropositifs. Parmi ces questions, la troisième et la quatrième sont celles avec modalités de réponse suggérées. Les autres sont à réponse spontanée.

L'évaluation des connaissances du VIH/sida par l'analyse et le calcul des fréquences de réponses est effectuée pour les données des deux enquêtes. Toutefois, l'évaluation des connaissances du VIH/sida par la méthode qui consiste à donner une note n'est appliquée qu'à l'analyse des données de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long. Un barème a été élaboré pour chaque type de question. Pour les questions avec modalités de réponse spontanées,

la première chose à faire est de relever tous les types de réponses avancées par les répondants. Parmi les réponses obtenues, certaines sont correctes, d'autres incorrectes. Le répondant qui donne une réponse correcte reçoit un point. Celui qui ne la donne pas reçoit zéro. En revanche, celui qui donne une réponse incorrecte reçoit zéro tandis que celui qui ne la donne pas obtient un point. La note maximale qu'un répondant peut obtenir est la somme totale des modalités possibles.

Pour les questions vérifiant l'exactitude des connaissances (les questions avec modalités de réponse suggérées), si la modalité proposée est correcte, un point est accordé à la réponse affirmative, tandis que la réponse négative et celle « ne sait pas » ne reçoivent aucun point. Par contre, si la modalité proposée est incorrecte, un point est accordé à la réponse négative, tandis que la réponse affirmative et celle « ne sait pas » ne reçoivent aucun point.

Attribution des notes aux questions à réponse spontanée

Question: Q307 – Selon vous, comment le VIH/sida peut-il se transmettre?

Il existe 10 modalités de réponse = 10 points

- Modalités correctes :

- (1) Relation sexuelle
- (2) Injection de drogue
- (3) Transfusion sanguine
- (4) Contact avec une personne séropositive qui saigne
- (5) De la mère à l'enfant
- (6) Partage d'accessoires individuels (serviette, rasoir, brosse à dents)

- Modalités incorrectes :

- (7) Piqûre de moustique
- (8) En s'embrassant
- (9) En se serrant la main
- (10) Par la salive, la respiration

Notes attribuées aux questions à modalités de réponse suggérées**Question avec modalité de réponse correcte:**

Q406 – Selon vous, peut-on limiter le risque d'être infecté par le VIH/sida en utilisant un préservatif à chaque relation sexuelle ?

3 réponses possibles:

- | | |
|-----------------|------------|
| 1 – Oui | => 1 point |
| 2 – Non | => 0 point |
| 9 – Ne sais pas | => 0 point |

Question avec modalité de réponse incorrecte:

Q309 – Selon vous, peut-on attraper le VIH/sida en partageant un repas, une boisson avec une personne atteinte?

3 réponses possibles:

- | | |
|-----------------|------------|
| 1 – Oui | => 0 point |
| 2 – Non | => 1 point |
| 9 – Ne sait pas | => 0 point |

Avec un tel barème, la note maximale est de **16 pour la** connaissance des voies de transmission du VIH/sida, **38** pour les méthodes de prévention (dont **25** pour la connaissance de prévention du VIH dans l'ensemble, **13** pour la connaissance de la prévention du VIH dans le contexte familial) et **10** pour les connaissances des soins aux séropositifs. Ainsi, la note maximale pour les connaissances globales du VIH/sida est de **64** points. Après que les notes soient données, les sommes sont converties dans un barème de note sur dix.

Les résultats de l'analyse des données de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long montrent que le niveau de connaissances des répondants sur les voies de transmission du VIH est assez élevé, avec une note moyenne de 7,6/10. Ce niveau le plus élevé est chez les séropositifs, puis les proches séronégatifs puis enfin les membres des foyers-témoins, avec les notes

respectives de 7,9 – 7,6 – 7,5. Bien que les différences de niveau de connaissance chez ces trois groupes de répondants ne soient pas très grandes, elles sont significatives sur le plan statistique ($p=0,000$). La note la plus élevée obtenue par les répondants pour ces connaissances est de 15/16 (93 %), la plus basse étant de 5/16 (31 %) (tableau 3.1)

Tableau 3.1 – Notes des connaissances des voies de transmission du VIH/sida selon le statut VIH du répondant et celui de son foyer

Indicateurs	FAVIHVIET Ha-Long			
	PVVIH	MemF+	MemF-	Ensemble
Note totale	12,6	12,2	12,1	12,2
Ecart-type	1,4	1,6	1,6	1,5
Médiane	13	13	12	13
Minimum	7	7	5	5
Maximum	15	15	15	15
Note totale /note maximum (%)	79,0	76,1	75,6	76,5
Note sur 10	7,9	7,6	7,5	7,6
Effectif des répondants	179	219	416	814
p – Test ANOVA	<i>0,000</i>			

Contrairement au niveau de connaissance des voies de transmission, la connaissance de la prévention du VIH n'atteint qu'un niveau proche de la moyenne – 4,7 / 10. Ce résultat est plutôt étonnant : en dépit de tous les efforts d'information et de communication en vue de limiter la propagation du VIH/sida, le niveau de connaissance des séropositifs, des membres séronégatifs de leurs foyers et de la population de Ha-Long sur la prévention de l'épidémie reste faible. La note obtenue par les séropositifs est légèrement supérieure à celles des proches séronégatifs et des membres des foyers-témoins, respectivement 4,8 – 4,7 – 4,6. L'écart-type est assez élevé. Avec un total de 38 points, la note la plus élevée obtenue par les répondants n'est que de 28, c'est-à-dire que les meilleurs ne possèdent que 80 % des connaissances, tandis que la note la plus basse obtenue par les répondants est de 0, c'est-à-dire que ces derniers n'ont aucune connaissance correcte en la matière (tableau 3.2).

Tableau 3.2 – Notes des connaissances de la prévention du VIH/sida selon le statut VIH du répondant et celui de son foyer

Indicateurs	FAVIHVIET Ha-Long			
	<i>PVVIH</i>	<i>MemF+</i>	<i>MemF-</i>	<i>Ensemble</i>
Note totale	18,5	18,0	17,4	17,8
Ecart-type	3,4	3,5	3,9	3,7
Médiane	19	18	18	18
Minimum	0	3	0	0
Maximum	28	26	27	28
Note totale /note maximum (%)	48,6	47,4	45,9	46,9
Note sur 10	4,8	4,7	4,6	4,7
Effectif des répondants	179	219	416	814
p – Test ANOVA		0,005		

En séparant les notes de la connaissance de la prévention dans l'ensemble et celle de la prévention dans le contexte familial, on peut constater que la première est d'un niveau un peu plus bas que la moyenne et qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la note du groupe des séropositifs, celle des proches séronégatifs et celle des membres des foyers-témoins (les notes sont respectivement 4,5 – 4,4 – 4,3; $p = 0,070$) (tableau 3.3).

Tableau 3.3 – Note des connaissances de la prévention du VIH dans l'ensemble selon le statut VIH du répondant et celui de son foyer

Indicateurs	FAVIHVIET Ha-Long			
	<i>PVVIH</i>	<i>MemF+</i>	<i>MemF-</i>	<i>Ensemble</i>
Note totale	11,3	10,9	10,7	10,9
Ecart-type	2,5	2,8	2,8	2,8
Médiane	11	11	11	11
Minimum	0	1	0	0
Maximum	18	17	18	18
Note totale /note maximum (%)	45,1	43,7	42,8	43,5
Note sur 10	4,5	4,4	4,3	4,3
Effectif des répondants	179	219	416	814
p – Test ANOVA		0,070		

La connaissance de la prévention dans le contexte familial est un peu meilleure que la moyenne, la note moyenne obtenue étant de 5,3 / 10. La connaissance est légèrement plus élevée chez les séropositifs que chez les membres séronégatifs de leurs foyers et chez les membres des foyers-témoins (les notes respectives sont 5,5 – 5,4 – 5,3; $p=0,002$) (tableau 3.4)

Tableau 3.4 – Note de connaissance de la prévention du VIH dans le contexte familial selon le statut VIH du répondant et celui de son foyer

Indicateurs	FAVIHVIET Ha-Long			
	PVVIH	MemF+	MemF-	Ensemble
Note totale	7,2	7,1	6,7	6,9
Ecart-type	1,5	1,4	1,8	1,7
Médiane	7	7	7	7
Minimum	0	0	0	0
Maximum	11	10	10	11
Note totale /note maximum (%)	55,4	54,5	51,8	53,4
Note sur 10	5,5	5,4	5,2	5,3
Effectif des répondants	179	219	416	814
p – Test ANOVA	0,002			

Les soins aux séropositifs sont considérés comme un sujet nouveau qui était peu abordé dans les programmes d'information et de communication sur le VIH/sida au Viêt Nam auparavant. La plupart des informations fournies portaient sur les voies de transmission et les mesures de prévention (*Ban van hoa tu tuong trung uong, 2006*). Les résultats de l'analyse des données de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long montrent que les connaissances des répondants sur les soins aux séropositifs sont encore limitées. Le niveau de connaissance des séropositifs en la matière est moyen, la note moyenne obtenue étant de 5,6 / 10. Celui des membres séronégatifs de leur foyer est inférieur à la moyenne : 4,4 / 10. Celui des membres des foyers-témoins est faible : 3,5 / 10 (tableau 3.5).

La note de connaissance globale du VIH/sida est obtenue en faisant le cumul des notes pour les connaissances partielles présentées ci-dessus. Dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, la note de connaissance globale n'est que de 5,3 / 10 et il existe une différence en la matière entre le groupe des séropositifs, les membres séronégatifs de leur foyer et les membres des foyers-témoins. Les séropositifs obtiennent la note la plus élevée, 5,7 / 10,

suivis des membres séronégatifs des foyers-cas - 5,4 / 10, les membres des foyers-témoins ayant la note la plus basse, 5,2 / 10 (tableau 3.6). Ce résultat n'est pas du tout optimiste. Il montre que le niveau de connaissance globale du VIH/sida des membres des foyers à Ha-Long et même des séropositifs au moment de l'enquête est encore très bas.

Tableau 3.5 – Note des connaissances des soins aux séropositifs selon le statut VIH du répondant et celui de son foyer

Indicateurs	FAVIHVIET Ha-Long			
	PVVIH	MemF+	MemF-	Ensemble
Note totale	5,6	4,4	3,5	4,2
Ecart-type	1,7	2,2	1,9	2,1
Médiane	6	5	3	4
Minimum	2	0	0	0
Maximum	9	9	9	9
Note totale /note maximum (%)	56,1	44,2	35,4	42,3
Note sur 10	5,6	4,4	3,5	4,2
Effectif des répondants	179	219	416	814
p – Test ANOVA		0,000		

Tableau 3.6 – Note de connaissance globale du VIH/sida selon le statut VIH du répondant et celui de son foyer

Indicateurs	FAVIHVIET Ha-Long			
	PVVIH	MemF+	MemF-	Ensemble
Note totale	36,7	34,6	33,1	34,3
Ecart-type	5,0	5,9	5,7	5,8
Médiane	37	35	33	34,5
Minimum	9	15	12	9
Maximum	49	46	47	49
Note totale /note maximum (%)	57,4	54,1	51,7	53,6
Note sur 10	5,7	5,4	5,2	5,3
Effectif des répondants	179	219	416	814
p – Test ANOVA		0,000		

En résumé, on peut constater qu'après 15 ans de confrontation avec le VIH/sida, dans la ville de Ha-Long, les séropositifs, les proches séronégatifs et les membres des foyers non infectés par l'épidémie ont un niveau de connaissances moyen. Ce sont les séropositifs

qui ont le niveau de connaissances le plus élevé, suivis des proches séronégatifs. Les membres des foyers non infectés par le VIH/sida ont le plus bas niveau de connaissance.

Les parties suivantes sont consacrées aux analyses concrètes de la connaissance du VIH/sida en fonction de chaque question posée dans les questionnaires de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, en comparaison avec les résultats de l'enquête nationale VPAIS. Cela comprend à la fois les connaissances exactes et inexactes des répondants.

3.2. Connaissance de l'existence du VIH/sida et des voies de transmission

Près de 30 ans après sa découverte dans le monde et environ 20 ans après son apparition au Viêt Nam, le VIH/sida est devenu une épidémie qui sévit dans toutes les provinces et villes du pays (*voir chapitre 1*). Ce n'est évidemment plus un phénomène étranger pour la population dans son ensemble. Les résultats obtenus de récentes études montrent que la proportion des répondants connaissant l'existence du VIH/sida dépasse toujours 90 %. Dans l'enquête VPAIS, 92,5 % des femmes et 94,9 % des hommes interrogés déclarent qu'ils ont entendu parler du VIH/sida. Dans la province de Quang-Ninh, la proportion des répondants connaissant l'existence du VIH/sida est encore plus élevée que la proportion nationale : 96,7 % des femmes et 99,6 % des hommes interrogés. À Ha-Long, 99,8 % des répondants déclarent qu'ils connaissent l'existence du VIH/sida. Les résultats de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long montrent également que 99,3 % des répondants ont entendu parler du VIH/sida. Il est à noter que dans cette enquête, la question de la connaissance de l'existence du VIH/sida ne figure que dans le questionnaire réservé aux personnes se déclarant non séropositives. Les séropositifs (**PVVIH**) dans cette enquête étant les personnes se déclarant séropositives, cette question n'a pas de sens pour eux et par conséquent n'a pas été posée. Parmi les 641 personnes interrogées, seulement deux membres séronégatifs de foyers cas (**MemF+**) et 4 membres de foyers témoins (**MemF**) ont déclaré qu'ils n'ont jamais entendu parler du VIH/sida. Leur entretien par questionnaire s'est terminé après cette réponse en raison d'une hypothèse selon laquelle si les répondants ne sont pas au courant de l'existence du VIH/sida, ils ne pourront pas répondre aux autres questions concernant cette épidémie.

Dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, à la question : "*D'après vous, quelles sont les modes de transmission du VIH/sida?*", les répondants ont proposé dix modalités de réponse différentes. Le tableau 3.7 présente les résultats statistiques de ces réponses.

Tableau 3.7 – Répartition (%) des réponses sur les voies de transmission du VIH/sida selon le statut VIH du répondant et celui de son foyer

Modalités	FAVIHVIET Ha-Long			
	PVVIH	MemF+	MemF-	Ensemble
Relations sexuelles	96,6	93,2	94,2	94,5
Injection de drogue	81,6	83,6	82,5	82,6
Transfusion sanguine	70,9	76,3	75,7	74,8
Contact avec PVVIH qui saigne	11,2	11,0	13,0	12,0
Piqûre de moustique	0,0	0,9	0,0	0,2
En s'embrassant	0,0	0,0	0,0	0,0
En se serrant la main	0,0	0,0	0,0	0,0
De la mère à l'enfant	51,4	26,5	29,8	33,7***
Autres	1,7	2,7	0,5	1,4
Effectif des répondants	179	219	416	814

*** $p=0,000$; ** $p<0,005$; * $p<0,05$

La plupart des répondants connaissent les trois principales voies de transmission du VIH/sida que sont les relations sexuelles, le partage de seringues et la transfusion sanguine. La relation sexuelle constitue la voie de transmission la plus évoquée par les répondants (94,5 %), suivie de l'injection de drogue (82,6 %) et la transfusion sanguine (74,8 %). Quant à la transmission « par injection de drogue », les répondants font allusion au partage des seringues. À la question : *“Selon vous, peut-on attraper le VIH/sida en utilisant la seringue qu'une autre personne a utilisée?”*, 98 % des répondants répondent par l'affirmative (tableau 3.8). Les résultats des analyses montrent qu'il n'y a pas de différence chez les séropositifs, les membres séronégatifs de leurs foyers et les membres des foyers-témoins en ce qui concerne la connaissance de ces trois voies de transmission. D'ailleurs, 12 % des répondants indiquent qu'on pourrait attraper le VIH en entrant en contact avec une PVVIH ayant des égratignures. En réalité, cette possibilité existe, mais est très rare dans la société, c'est sans doute pour cette raison que peu de répondants l'ont indiquée. Or, il ne faut pas oublier qu'elle peut survenir dans le contexte familial. D'autres voies de transmission du VIH/sida sont très peu abordées par les répondants : couper les ongles (d'une PVVIH); partager une brosse à dents, un rasoir, une serviette, une seringue, des outils sanitaires non stérilisés (5 MemF+ ; 2 MemF-).

Tableau 3.8 – Répartition (%) des réponses aux questions à modalités suggérées sur les voies de transmission du VIH dans les enquêtes FAVIHVET et VPAIS selon la source de données, le statut VIH du répondant et celui de son foyer (pour FAVIHVIET)

Questions	FAVIHVIET Ha-Long				VPAIS	
	PVVIH	MemF+	MemF-	Ensem.	Ha-Long	Ensem.
<i>Une personne peut-elle attraper le VIH/sida par une piqûre de moustique?</i>						
Oui	4,5	9,1	11,5	9,3*	7,4	24,8***
Ne sais pas	1,1	3,2	4,3	3,3	1,2	8,3
<i>Peut-on attraper le VIH/sida en partageant un repas, une boisson avec une personne atteinte?</i>						
Oui	2,8	2,3	5,3	3,9	3,9	9,4***
Ne sais pas	0,6	1,4	2,6	1,8	0,5	6,3
<i>Peut-on attraper le VIH/sida en utilisant la seringue qu'une autre personne a utilisée?</i>						
Oui	98,3	97,3	98,3	98,0	100,0	98,1*
<i>Le VIH peut-il se transmettre de la mère à l'enfant pendant la grossesse ?</i>						
Oui	88,3	88,6	89,4	88,9	98,8	96,3*
<i>Le VIH peut-il se transmettre de la mère à l'enfant pendant l'accouchement?</i>						
Oui	86,0	77,2	76,0	78,5	96,1	81,0***
<i>Le VIH peut-il se transmettre de la mère à l'enfant pendant l'allaitement?</i>						
Oui	87,7	80,8	74,8	79,2**	39,2	43,0***
Effectif	179	219	416	814	434	13077

*** $p=0,000$; ** $p<0,005$; * $p<0,05$

À la question à modalité de réponse spontanée, seulement un tiers des répondants disent que le VIH/sida peut être transmis de la mère à l'enfant. Même dans le groupe des séropositifs, seulement la moitié des répondants indiquent cette voie de transmission. Chez les membres séronégatifs des foyers-cas et les membres des foyers-témoins, la proportion des répondants ayant indiqué cette voie de transmission est encore plus faible (respectivement 26,5 % et 29,8 %, $p=0,000$). Toutefois, à la question "*Selon vous, le VIH peut-il se transmettre de la mère à l'enfant : pendant la grossesse ? Pendant l'accouchement ? Pendant l'allaitement ?*", 88,3 % des PVVIH, 88,6 % des MemF+, et 89,4 % des MemF- affirment que le VIH peut se transmettre de la mère à l'enfant pendant la grossesse; 86,0 % des PVVIH, 77,2 % MemF+, 76,0 % des MemF- affirment que le VIH peut se transmettre de la mère à l'enfant pendant l'accouchement et 87,7 % des PVVIH, 80,8 % des MemF+, 74,8 % des MemF- affirment que le VIH peut se transmettre de la mère à l'enfant pendant l'allaitement (tableau 3.8).

En ce qui concerne les connaissances des voies de transmission considérées comme incorrectes, aucun répondant n'indique que le VIH/sida peut se transmettre quand on s'embrasse, se serre la main ou partage un repas ou une boisson avec une personne atteinte. Deux MemF+ disent que le VIH/sida se transmet par piqûre de moustique, trois répondants (1 PVVIH ; 1 MemF+; 1 MemF-) indiquent que le VIH/sida se transmet par la respiration et la salive. Toutefois, les questions de contrôle posées ensuite révèlent qu'une partie non négligeable des répondants ont des connaissances incorrectes ou ne savent pas si ces réponses sont correctes ou non. 5,6 % des PVVIH, 12,3 % des MemF+ et 15,8 % des MemF- estiment que le VIH/sida se transmet par piqûre de moustique ou ne savent pas si le virus se transmet par cette voie (tableau 3.8). 3,4 % des PVVIH, 3,7 % des MemF+ et 7,9 % des MemF- estiment qu'on peut attraper le VIH/sida en partageant un repas, une boisson avec une personne atteinte ou ne savent pas si c'est le cas (tableau 3.8). Au total, 15,6 % des répondants ont indiqué au moins une fausse voie de transmission du VIH. Ce taux est de 7,8 % chez les PVVIH, 13,7 % chez les MemF+ et jusqu'à 20,0 % chez les MemF- (tableau 3.9).

Les résultats de l'enquête VPAIS montrent que 100 % des répondants à Ha-Long affirment que l'utilisation d'une seringue déjà utilisée par une autre personne peut entraîner la transmission du VIH. L'enquête FAVIHVIET Ha-Long donne les mêmes résultats. La proportion des répondants qui estiment que le VIH se transmet de la mère à l'enfant pendant la grossesse et pendant l'accouchement est plus élevée à Ha-Long lors de l'enquête VPAIS que dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, respectivement 98,8 % contre 88,9 % et 96,1 % contre 78,5 %. Toutefois, tandis que 79,2 % des répondants de FAVIHVIET Ha-Long estiment que le VIH se transmet de la mère à l'enfant pendant l'allaitement, seulement 39,2 % des répondants à Ha-Long lors de l'enquête VPAIS donnent cette réponse. La proportion des répondants dans la population générale ayant cette connaissance est également moins élevée : 43 % (tableau 3.8). Seulement 9,9 % des répondants à Ha-Long lors de l'enquête VPAIS ont une connaissance incorrecte des voies de transmission. Précisément, 8,6 % des répondants affirment que le VIH se transmet par les piqûres de moustique ou ne savent pas si c'est le cas. 4,4 % des répondants estiment que le VIH se transmet si l'on partage un repas ou une boisson avec une personne atteinte ou ne savent pas si c'est le cas. La proportion de répondants ayant une connaissance incorrecte des voies de transmissions est donc plus élevée dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long que dans l'enquête VPAIS à Ha-Long (15,6 % contre 9,9 %) et dans l'ensemble, la proportion de répondants ayant une connaissance incorrecte lors des deux enquêtes à Ha-Long est beaucoup moins élevée que dans l'échantillon de la population générale (26,5 %) (tableau 3.9).

Tableau 3.9 – Proportion des répondants ayant indiqué au moins une voie de transmission incorrecte du VIH selon leur statut VIH et celui de leur foyer

Indicateurs	FAVIHVIET Ha-Long				VPAIS	
	PVVIH	MemF+	MemF-	Ensem.	Ha-Long	Ensem.
Cite au moins une voie de transmission incorrecte	7,8	13,7	20,0	15,6	9,9	26,5
Ne cite aucune voie de transmission incorrecte	92,2	86,3	80,0	84,4	90,1	73,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des répondants	179	219	416	814	435	13996
<i>p</i>		0,001			0,000	

Ces analyses montrent que les connaissances des séropositifs, des membres séronégatifs des foyers-cas et des membres des foyers-témoins sur les voies de transmission du VIH/sida au moment où l'enquête FAVIHVIET Ha-Long 2006 a été menée sont assez bonnes. Les voies de transmission principales sont connues de la plupart des répondants, ce qui explique les notes assez élevées obtenues par les répondants pour la connaissance de la transmission du VIH/sida : 7,6/10 (*voir 3.1*). Toutefois, une partie non négligeable des répondants ont des connaissances incorrectes en la matière. Le niveau de connaissance des voies de transmission du VIH des répondants de FAVIHVIET Ha-Long 2006 semble être légèrement inférieur à celui de VPAIS 2005 à Ha-Long.

3.3. Connaissance de la prévention

Logiquement, la connaissance des voies de transmission du VIH entraîne celle sur les méthodes de prévention. L'analyse des données montre que presque tous les répondants de FAVIHVIET Ha-Long (95,6 %) et de VPAIS à Ha-Long (95,2 %) affirment qu'il existe une façon d'éviter ou de réduire les risques de transmission du VIH. À la question "*Selon vous, existe-t-il une façon de faire pour éviter ou réduire le risque d'une transmission du VIH/sida? Que peut-on faire ?*", les répondants de FAVIHVIET Ha-Long ont indiqué 19 mesures de prévention (tableau 3.10).

Tableau 3.10 – Répartition (%) des réponses relatives aux mesures de prévention du VIH selon le statut VIH du répondant et celui de son foyer

Modalités	FAVIHVIET Ha-Long				VPAIS	
	PVVIH	MemF+	MemF-	Ensem.	Ha-Long	Ensem.
Abstinence sexuelle	6,3	6,2	3,3	4,7	0,7	11,6***
Utilisation du préservatif	82,3	64,6	66,2	69,4**	80,7	60,9***
Éviter les rel. sex. avec les prostituées	29,1	32,5	35,8	33,4	54,9	53,3***
Rel. sex. avec un seul part./ Fidélité à un seul partenaire	21,7	23,0	32,0	27,3*	2,1	2,3***
Éviter les rel. sex. avec ceux qui s'injectent de la drogue	21,7	27,8	27,7	26,4	48,0	24,4***
Éviter les rel. sex. avec les gens qui ont beaucoup de part.	4,6	2,9	5,8	4,7	11,0	5,0***
Limiter le nb de partenaires	4,6	3,3	2,8	3,3	5,1	1,1***
Éviter les rel. homosexuelles	0,6	1,0	0,5	0,6	10,6	18,9***
Éviter le partage de seringues	65,1	57,9	58,2	59,7	4,8	9,5***
Éviter les injections de drogue	45,7	56,5	51,6	51,6	87,4	55,5***
Éviter le partage de rasoir ou de brosse à dents	34,3	32,1	25,9	29,4	36,1	18,6***
Éviter les transf. sanguines	13,1	12,4	11,8	12,3		
Analyse de sang avant le mariage, la transf. sanguine	1,1	0,5	0,2	0,5	0,0	0,1***
Éviter les piqûres de moustique	0,6	0,0	0,3	0,3	0,2	5,9***
Pas d'enfant ou pas d'allaitement, utilisation de médicament pour PTME	6,7	0,5	1,0	2,1**	0,0	0,0***
Prudence si on saigne	6,1	10,5	3,8	6,1*	-	-
Utilisation de gants dans la prise en charge des séropositifs	0,6	2,3	1,4	1,5	-	-
Isolement de PVVIH	1,7	0,5	1,4	1,2	-	-
Intervent. avec les fléaux sociaux afin de réduire le risque d'infection	5,0	2,7	2,9	3,3	-	-
Effectif des répondants	175	209	397	781	434	13077

*** $p=0,000$; ** $p<0,005$; * $p<0,05$

En regroupant les mesures de prévention selon les risques de transmission, on constate que la mesure de prévention indiquée par le plus grand nombre de répondants (69,4 %) est l'utilisation du préservatif pour éviter la transmission du VIH par les relations sexuelles. La proportion des séropositifs citant cette mesure est nettement supérieure à celles des proches séronégatifs et des membres des foyers-témoins, respectivement : 82,3 % des séropositifs; 64,6 % des MemF+; 66,2 % des MemF-. Cette différence est statistiquement significative ($p=0,000$). Ensuite, à une question à modalité suggérée, presque tous les répondants (97,9 %) affirment que l'utilisation du préservatif réduit le risque de transmission du VIH (tableau 3.11).

Tableau 3.11– Proportion des répondants ayant donné une réponse affirmative aux questions à modalités suggérées sur la prévention du VIH selon leur statut VIH et celui de leur foyer

Questions	FAVIHVIET Ha-Long				VPAIS	
	PVVIH	MemF+	MemF-	Ensem.	Ha-Long	Ensem.
<i>On peut limiter le risque d'être infecté par le VIH/sida en évitant toute relation sexuelle</i>	59,8	70,8	64,7	65,2*	91,2	68,6***
<i>On peut limiter le risque d'être infecté par le VIH/sida en ayant un seul partenaire qui ne soit pas séropositif et n'ait pas d'autre partenaire</i>	92,1	92,2	88,7	90,4	99,1	93,3***
<i>On peut limiter le risque d'être infecté par le VIH/sida en utilisant un préservatif à chaque relation sexuelle</i>	98,9	97,3	97,8	97,9	98,8	92,1***
<i>Il existe un médicament spécial que le médecin ou l'infirmier(ère) peut donner à une femme enceinte séropositive VIH/sida pour faire baisser le risque de transmission du VIH à son enfant</i>	58,1	37,9	33,7	40,2*	44,0	24,1***
Effectif des répondants	179	219	416	814	434	13077

*** $p=0,000$; ** $p<0,005$; * $p<0,05$

Seulement 4,7 % des répondants évoquent l'abstinence sexuelle comme une mesure de prévention du VIH. Par contre, 65,2 % des répondants donnent une réponse affirmative à la question à modalité suggérée : "*Selon vous, peut-on limiter le risque d'être infecté par le VIH/sida en évitant toute relation sexuelle?*". La proportion des répondants ayant donné une réponse affirmative à cette question est la plus élevée chez les MemF+ (70,8 %), puis chez les MemF- (64,7 %) et enfin, chez les séropositifs (59,8 %) ($p=0,000$) (tableau 3.11).

Environ un tiers des répondants indique une mesure de prévention efficace : éviter les relations sexuelles avec les prostituées. Plus d'un quart des répondants indique les relations sexuelles avec un seul partenaire comme mesure de prévention. La proportion de MemF- citant cette mesure est nettement supérieure à celle des MemF+ et des séropositifs, respectivement : 32,0 %; 23,0 % et 21,7 %. Toutefois, à une question à modalité suggérée, 90,4 % des répondants affirment qu'on peut limiter le risque d'attraper le VIH/sida en ayant un seul partenaire qui ne soit pas séropositif et qui n'ait pas d'autres partenaires. Il n'y a pas de différence significative entre les proportions de séropositifs, de MemF+ et de MemF- ayant donné une réponse affirmative à cette question (respectivement 92,1 %; 92,2 % et 88,7 %) (tableau 3.11).

Au total, 26,4 % des répondants citent la mesure consistant à "éviter les relations sexuelles avec les personnes qui s'injectent de la drogue". Un petit nombre de répondants évoquent certaines autres mesures comme "éviter les relations sexuelles avec les personnes qui ont plusieurs partenaires" (4,7 %), "limiter le nombre des partenaires" (3,3 %) ou "éviter les relations homosexuelles" (0,6 %) (tableau 3.10).

Quant au risque de transmission par l'injection de drogue, 59,7 % des répondants (65,1 % des séropositifs; 57,9 % des MemF+ et 58,2 % des MemF-) citent la mesure « éviter le partage de seringues » et 51,6 % des répondants (45,7 % des séropositifs; 56,5 % des MemF+ et des MemF-) indique la mesure "éviter l'injection de drogue". 3,3 % des répondants indiquent qu'il faut intervenir au niveau des fléaux sociaux

¹⁸ afin de réduire le risque de transmission du VIH. Toutefois, cette mesure n'est pas considérée comme celle qu'une personne peut appliquer pour éviter l'infection. D'autres intervenants sociaux effectueront cette intervention (tableau 3.10).

Quant au risque lié au partage des affaires personnelles, seulement 29,4 % des répondants (34,3 % des séropositifs, 32,1 % des membres séronégatifs des foyers-cas et 25,9 % des membres des foyers-témoins) citent la mesure « éviter de partager les rasoirs et les brosses à dents ». Il est à noter que 12,3 % des répondants estiment qu'il faut éviter les transfusions sanguines qui représentent un risque de transmission du VIH. Or, ce n'est pas une réponse correcte car la transfusion sanguine est utile, notamment dans les opérations chirurgicales ou dans le traitement des maladies. L'essentiel est de bien vérifier la qualité du sang avant la transfusion. Toutefois, seulement 0,5 % des répondants

¹⁸ Au Viêt Nam, les fléaux sociaux sont les savantes : prostitution, utilisation de drogue, jeux d'argent (voir chapitre 1).

évoquent l'« le dépistage VIH avant le mariage ou la transfusion sanguine ». Bien que très peu de répondants citent cette mesure, celle-ci a une double utilité. L'analyse de sang avant le mariage permet de détecter la séropositivité et de prendre des mesures nécessaires pour prévenir la transmission (tableau 3.10).

Pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant, certains répondants indiquent que les femmes séropositives ne doivent pas donner naissance à des enfants ou ne doivent pas les allaiter et doivent prendre des médicaments pour prévenir la transmission. Cette mesure est tout à fait pertinente, mais elle n'est abordée que par 6,7 % des séropositifs, voire seulement 0,5 % des MemF+ et 1,0 % des MemF-. Toutefois, 40,2 % des répondants affirment qu'il existe un médicament spécial que les médecins ou le personnel sanitaire peuvent fournir aux femmes séropositives pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant. Si 58,1 % des séropositifs connaissent cette information, cette proportion est inférieure chez les membres séronégatifs des familles affectées et les membres des foyers-témoins (37,9 % et 33,7 % - $p=0,000$) (tableau 3.11).

En ce qui concerne les risques de transmission par contact avec les séropositifs, 6,1 % des répondants estiment qu'il faut être prudent si ces séropositifs saignent ou ont des égratignures, éviter d'être en contact avec leur sang ou leur sueur. Cette mesure est citée par 6,1 % des séropositifs, et notamment par 10,5 % des membres séronégatifs de leur famille, mais seulement par 3,8 % des membres des foyers-témoins. Cette différence est statistiquement significative. 1,5 % des répondants indiquent qu'il faut porter des gants lorsque l'on soigne un séropositif malade. « Éviter ou isoler les séropositifs » est aussi une mesure de prévention indiquée par les répondants, bien que dans une très petite proportion (1,2 %). Cette mesure est tout à fait négative, c'est la manifestation d'une discrimination envers les séropositifs (tableau 3.10).

L'analyse des données de l'enquête VPAIS montre que les mesures de prévention importantes comme utiliser le préservatif durant les relations sexuelles, éviter les relations sexuelles avec plusieurs partenaires ou avec les prostituées, éviter l'injection de drogue sont abordées par les répondants. La proportion des répondants citant les mesures liées aux relations sexuelles est plus élevée dans l'enquête VPAIS que dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long. 80,7 % des répondants de VPAIS à Ha-Long versus 69,4 % de FAVIHVIET Ha-Long évoquent l'utilisation du préservatif durant les relations sexuelles; 54,9 % versus 27,3 % disent qu'il faut avoir des relations sexuelles avec un seul partenaire ; 48,0 % versus 33,4 % indiquent qu'il faut éviter les relations sexuelles avec les prostituées.

Toutefois, les répondants de FAVIHVIET Ha-Long ont une connaissance du partage de seringues plus forte que les répondants de VPAIS à Ha-Long. Bien que 87,4 % des répondants de VPAIS à Ha-Long versus 51,6 % de FAVIHVIET Ha-Long indiquent qu'il faut éviter l'injection de drogue, 59,7 % de FAVIHVIET Ha-Long versus 4,8 % de VPAIS à Ha-Long indiquent qu'il faut éviter le partage de seringues (tableau 3.10).

Dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, la mesure de prévention abordée par le plus grand nombre de répondants est l'utilisation du préservatif durant les relations sexuelles (69,4 %), suivie par celles qui consistent à éviter l'injection de drogue (51,6 %), à éviter les relations sexuelles avec les prostituées (33,4 %) ou à avoir un seul partenaire (27,3 %). Dans l'enquête VPAIS, éviter l'injection de drogue est la mesure de prévention abordée par le plus grand nombre de répondants (87,4 %), suivie de l'utilisation du préservatif dans les relations sexuelles (80,7 %), des relations sexuelles avec un seul partenaire (54,9 %) ou le fait d'éviter les relations sexuelles avec les prostituées (48,0 %). Il est à noter également que la proportion de répondants de l'enquête FAVIHVIET qui indiquent qu'il faut éviter les relations sexuelles avec une personne s'injectant de la drogue et éviter les transfusions sanguines est supérieure à celle de l'enquête VPAIS (respectivement, 26,4 % contre 10,6 % et 12,3 % contre 4,8 %). La différence selon les enquêtes dans les résultats concernant la prévention a une autre signification : la population comprend qu'il y a un changement concernant les voies principales de transmission du VIH. Auparavant, à Ha-Long, le VIH était transmis principalement par l'injection de la drogue, mais aujourd'hui il l'est plutôt par les relations sexuelles non protégées ou liées à la consommation de drogue.

À travers trois questions contrôlant l'exactitude des connaissances sur la prévention du VIH via les relations sexuelles, les répondants à VPAIS semblent posséder le même niveau de connaissance que ceux de FAVIHVIET Ha-Long. En effet, 99,1 % des répondants à VPAIS contre 90,4 % pour FAVIHVIET Ha-Long affirment qu'on peut réduire le risque d'attraper le VIH en ayant un seul partenaire non séropositif qui n'a pas d'autres partenaires. Respectivement, 91,2 % contre 65,2 % affirment qu'on peut réduire le risque grâce à l'abstinence sexuelle ; et 98,8 % contre 97,9 % affirment qu'on peut réduire le risque en utilisant le préservatif à chaque relation sexuelle (tableau 3.11). Néanmoins, les répondants à VPAIS semblent avoir peu de connaissances concernant les médicaments permettant de réduire le risque de transmettre le VIH de la mère à l'enfant. Les proportions de répondants qui affirment l'existence de ce médicament sont presque les mêmes dans les deux enquêtes. Plus de la moitié des répondants de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long et un cinquième des répondants de VPAIS ne savent pas si un tel médicament existe. Un tiers

des répondants de l'enquête VPAIS rejette l'existence de ce médicament tandis que cette proportion n'est que de 2,7 % des répondants dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long. La connaissance de ce médicament pourrait être liée aux évolutions des interventions en cours dans la localité. Avant 2005, les traitements ARV et la réduction des risques de transmission du VIH de la mère à l'enfant n'existaient pas encore à Ha-Long. Ces interventions ont commencé seulement à la fin de l'année 2005, alors que l'enquête VPAIS a été réalisée en septembre 2005 et l'enquête FAVIHVIET Ha-Long en novembre 2006.

Les mesures de prévention précitées sont abordées par les répondants dans le contexte général. Comme l'objectif de cette étude est liée au VIH/sida dans le contexte familial, pour mieux connaître les connaissances des répondants sur la prévention dans le contexte familial, comme nous l'avons indiqué, dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, une question à modalité spontanée sur la connaissance de la prévention dans le contexte familial a été posée : "*Dans votre foyer (si) il y avait une personne séropositive VIH/sida, quelles sont (seraient) les façons de prévenir une transmission du VIH/sida au foyer?*". Les répondants ont cité 13 mesures dont certaines ont été abordées précédemment dans cette thèse, mais aussi d'autres très concrètes, liées aux activités quotidiennes de la vie familiale (tableau 3.12).

Utiliser le préservatif lors des relations sexuelles, ne pas donner naissance à des enfants ou ne pas les allaiter sont les mesures de prévention du VIH dans la famille indiquées par 25,1 % et 6,4 % de répondants. Ces mesures sont citées dès la réponse à la première question.

Dans le contexte familial, la mesure la plus abordée par les séropositifs, les membres séronégatifs de leur famille et ceux des foyers-témoins est "la prudence en cas de saignement ou d'égratignure" (respectivement 81,0 %, 84,9 % et 81,5 %). Cela montre que les gens semblent accorder beaucoup d'importance au risque de transmission du VIH quand les séropositifs saignent ou ont des égratignures. Toutefois, seulement 5,6 % des répondants abordent l'utilisation de gants lors de soins aux séropositifs quand ces derniers sont malades. Même chez les foyers des personnes se déclarant séropositives, seulement 4,5 % des séropositifs et 7,7 % des membres séronégatifs abordent cette mesure. Est-ce parce qu'ils ne comprennent pas que le risque de transmission du VIH est aussi très élevé dans les soins aux séropositifs malades? En effet, ces derniers sont souvent touchés par des maladies opportunistes, beaucoup ayant des plaies en raison d'infections ou de la tuberculose. C'est pour cette raison que les services médicaux préconisent le port de gants

et de masques dans les soins aux séropositifs malades. Prévenir les infections opportunistes chez les séropositifs est aussi une mesure de prévention du VIH indiquée par les répondants, bien que dans des proportions plutôt faibles : 9,5 % des séropositifs ; 10,0 % des MemF+ et 5,5 % des MemF-.

Tableau 3.12 – Répartition (%) des réponses relatives aux mesures de prévention du VIH dans le contexte familial selon le statut VIH du répondant et celui de son foyer

Modalités	FAVIHVIET Ha-Long			
	PVVIH	MemF+	MemF-	Ensem.
Préservatif lors de relation sexuelle	21,8	20,1	29,1	25,1*
Pas d'allaitement d'enfant/ pas d'enfant	6,1	6,8	6,3	6,4
Pas de partage de brosse à dents, rasoir	75,4	67,6	52,9	61,8**
Pas de partage de serv. de toile. pour visage	44,1	30,6	26,9	31,7**
Pas de partage de coupe-ongles et de maquillage	33,5	29,2	25,5	28,3
Prudence si on saigne	81,0	84,9	81,5	82,3
Utilisation de gants dans la prise en charge des sérop.	4,5	7,7	5,0	5,6
Eviter les infections opportunistes	9,5	10,0	5,5	7,6
<u>Dormir séparé</u>	19,6	21,9	20,0	20,4
<u>Repas séparé</u>	3,9	4,6	5,8	5,0
<u>Lessive séparée</u>	24,6	16,4	14,7	17,3*
<u>Pas de partage des toilettes</u>	2,2	0,5	0,0	0,6*
<u>Veiller à l'hygiène</u> (aliments cuits, eau bouillie, se laver les mains au savon...)	2,2	0,0	0,5	0,7*
Ne sait pas	0,6	0,9	3,6	2,2
Effectif des répondants	179	219	416	814

*** $p=0,000$; ** $p<0,005$; * $p<0,05$

Dans les foyers, la proportion de répondants préconisant comme mesure de prévention du VIH le fait d'éviter le partage des affaires personnelles est très élevée. 61,8 % des répondants disent qu'il ne faut pas partager le rasoir et la brosse à dents mais seulement environ la moitié d'entre eux insistent sur le fait qu'il faut éviter de partager la serviette de toilette du visage, le coupe-ongles et le maquillage. La proportion des séropositifs citant ces mesures est nettement supérieure à celles des membres séronégatifs des foyers-cas et des membres des foyers-témoins, précisément 75,4 % des séropositifs versus 67,6 % des MemF+ et 52,9 % des MemF- mentionnent la première mesure ; 44,1 % des séropositifs

versus 30,6 % des MemF+ et 26,9 % des MemF- abordent la deuxième ; 33,9 % des séropositifs versus 29,2 % des MemF+ et 25,5 % des MemF- citent la troisième.

Les répondants citent également les mesures de prévention dans les activités quotidiennes. Précisément, 20 % des répondants proposent de « dormir séparément » (19,6 % des séropositifs ; 21,9 % des MemF+; 20,0 % des MemF-), 5,0 % des répondants citent le repas séparé (3,9 % des séropositifs; 4,6 % des MemF+; 5,8 % des MemF-), 17,3 % des répondants préconisent la lessive séparée (24,6 % des séropositifs; 16,4 % des MemF+; 14,7 % des MemF-) et une proportion très faible de répondants indique qu'il ne faut pas partager les toilettes (2,2 %) et qu'il faut veiller à l'hygiène (aliments cuits, eau bouillie, mains lavées au savon : 2,2 %). En réalité, il s'agit de connaissances incorrectes car le VIH ne se transmet pas par le partage du lit, du repas ou de toilettes avec un séropositif. Les personnes vivant avec le VIH ayant ces connaissances erronées pourraient avoir des attitudes et comportements autodiscriminatoires, tandis que les membres séronégatifs de l'ensemble des foyers pourraient adopter des attitudes et comportements discriminatoires.

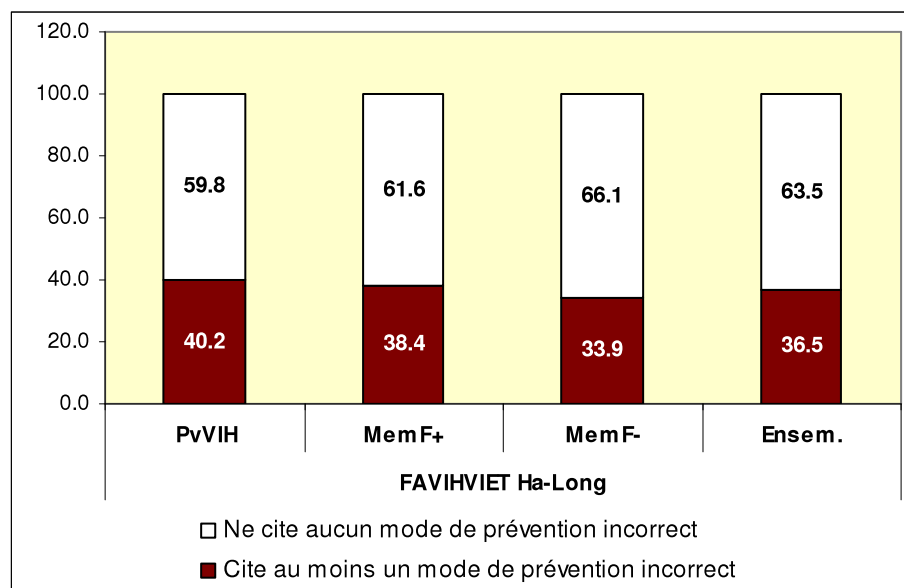


Figure 3.1 – Proportion de répondants indiquant au moins une méthode de prévention du VIH erronée selon leur statut VIH et celui de leur foyer

Les connaissances erronées de la prévention du VIH indiquées par les répondants consistent à éviter les piqûres de moustique, éviter les séropositifs ou les isoler. Dans le contexte familial, ces connaissances erronées concernent les préconisations de dormir, manger, faire la lessive séparément, veiller à l'hygiène et ne pas partager les toilettes.

L'analyse des données montre que jusqu'à 36,5 % des répondants mentionnent au moins une mesure de prévention erronée, que ce soit une mesure générale ou dans le contexte familial. Ce taux est de 40,3 % chez les séropositifs, 38,4 % chez les membres séronégatifs de leurs foyers et 33,9 % chez les membres des foyers-témoins (figure 3.1)

L'analyse des connaissances erronées des voies de transmission et des mesures de prévention montre que près de la moitié des répondants (46,4 %) évoquent eux-mêmes au moins une voie de transmission ou une mesure de prévention incorrecte. On ne constate pas de différence concernant cet indicateur entre les trois groupes de répondants. Les proportions sont respectivement 43,6 % des séropositifs, 47,5 % des MemF+ et 47,1 % des MemF- (figure 3.2).

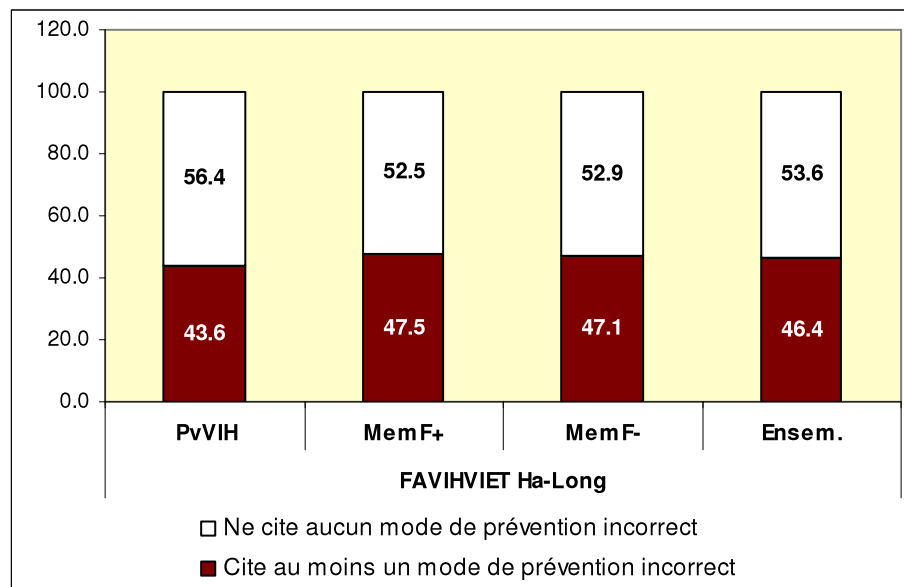


Figure 3.2. – Proportion de répondants indiquant au moins une voie de transmission ou une méthode de prévention incorrecte selon leur statut VIH et celui de leur foyer

Les données qualitatives permettent de documenter les connaissances des séropositifs ou des membres des foyers sur les modes de prévention dans la famille. Les proches des séropositifs ont une bonne connaissance du VIH. Ils savent, par exemple, que ce virus ne se transmet pas quand on s'enlace, se serre la main, qu'il faille porter les gants en soignant les séropositifs malades ou encore que les séropositifs doivent utiliser leur propre nécessaire de toilette. Ils ont toutefois des connaissances incorrectes, telles que les vêtements des séropositifs doivent être lavés séparément, dans des cuvettes qui leur sont réservées.

« J'ai participé à des réunions et écouté de nombreux conseils. Si mon enfant va bien, il n'y a aucun problème. S'il a des furoncles ou des infections quelque part, il faut utiliser des gants et une cuvette séparée. Il faut avoir une cuvette réservée à la lessive de ses vêtements et à sa toilette. En ce qui concerne les repas, il n'y a aucun problème. Il faut quand même utiliser les gants, par mesure de précaution ».

(Mère 4, 56 ans, groupe de discussion avec des mères de séropositifs, Cao-Xanh, Ha-Long)

« Je sais que mon enfant est séropositif depuis une dizaine d'années. Il reste chez nous. Honnêtement, nous entendons parler du VIH seulement par la radio et la presse. On dit que le VIH se transmet par les voies sexuelle et sanguine. Toute autre activité telle que manger, se serrer la main, dormir dans un même lit ou s'enlacer, n'est pas à risque. Dans la famille, le séropositif doit utiliser la brosse à dent qui lui est réservée, de même que sa serviette pour se laver le visage, car il arrive qu'il ait des boutons sur le visage. Il faut aussi laver ses vêtements séparément, dans une cuvette à part. S'il va bien, il lave ses vêtements lui-même. S'il est malade, les membres de la famille les lavent, mais ils doivent porter des gants. On n'est jamais trop prudent ».

(Père 3, 50 ans, groupe de discussion avec des pères de séropositifs, Cao-Xanh, Ha-Long)

En résumé, l'évaluation de la connaissance de la prévention du VIH telle que nous venons de l'analyser est caractérisée par des notes faibles, nettement inférieures à celles relatives à la connaissance des voies de transmission. En effet, les répondants n'ont que 4,3 / 10 points pour la connaissance de la prévention dans son ensemble et 5,3 / 10 points pour la connaissance de la prévention dans le contexte familial. On n'observe pas de différence importante entre les groupes des séropositifs, des membres séronégatifs des foyers-cas et des membres des foyers-témoins (*voir 3.1*). Le niveau de connaissance de la prévention du VIH est dans l'ensemble légèrement inférieur pour l'enquête FAVIHVIET Ha-Long que pour VPAIS à Ha-Long.

3.4. Connaissance de la prise en charge aux séropositifs

La connaissance des soins aux séropositifs mesurée dans cette étude ne concerne que les éléments de connaissance de base. Elle concerne notamment les tests sérologiques, les traitements d'appui et les médicaments antirétroviraux à destination des séropositifs. Ce sont des connaissances générales que tout le monde doit avoir.

L'analyse qualitative montre que les membres des familles des séropositifs manquent gravement d'informations sur les soins à ces personnes. Ils ne savent pas ce que sont les infections opportunistes ni les antirétroviraux.

« Q : Savez-vous ce que sont les infections opportunistes ?

3 : Mon enfant a parlé des infections opportunistes. Après des consultations médicales, il a parlé des maladies concernant l'estomac, les poumons et le foie. Il a très peu ces maladies.

5 : Je ne sais pas ce que sont les infections opportunistes.

2 : Maladies ? Maladies de l'estomac, du poumon.

Q : Êtes-vous au courant des antirétroviraux ?

Certains : Non, pas encore. S'il s'agit d'un médicament, non, on n'en connaît pas.

Q : Ils sont aussi appelés ARV ?

5 : Non, je ne le sais pas ».

(Discussion de groupe avec des mères de séropositifs, quartier Cao-Xanh, Ha-Long)

« 1 : Avez-vous entendu parler des antirétroviraux ?

2 : Non, jamais. Ma soeur n'en a pas parlé.

1 : Savez-vous qu'il y a un type de médicament permettant aux séropositifs comme votre soeur Mai, d'avoir une meilleure santé ?

2 : Non, je n'en sais rien ».

(301 - frère d'une séropositive, 36 ans, ayant terminé le collège, Cao-Xanh, Ha-Long)

Dans les analyses quantitatives, en ce qui concerne l'identification et l'affirmation de la séropositivité, à la question : *“Selon vous, si une personne veut savoir si elle est séropositive VIH ou non, comment doit-elle faire?”*, presque tous les répondants (95,9 %) savent qu'il faut faire un test sanguin. Il est à noter que cette question n'est posée qu'aux membres séronégatifs des foyers-cas et aux membres des foyers-témoins et non pas aux séropositifs. L'hypothèse est que ces derniers possèdent tous ces connaissances car ils ont vécu l'identification de leur séropositivité. La proportion des personnes qui savent qu'il faut faire un dépistage est presque identique chez les membres séronégatifs des foyers-cas et les membres des foyers-témoins (respectivement 95,4 % et 96,2 %) (tableau 3.13)

Tableau 3.13 – Proportion de répondants ayant cité les mesures nécessaires à l'identification d'une séropositivité VIH selon leur statut VIH et celui de leur foyer

Indicateurs	FAVIHVIET Ha-Long		
	<i>MemF+</i>	<i>MemF-</i>	<i>Ensemble</i>
Consulter le médecin	9,1	9,1	9,1
Faire un dépistage	95,4	96,2	95,9
S'auto-observer	0,9	1,2	1,1
Demander l'avis d'un ami/proche	0,0	0,2	0,2
Faire une analyse d'urine	0,0	0,2	0,2
Ne sait pas	2,3	0,5	1,1
Effectif des répondants	219	416	635

*** $p=0,000$; ** $p<0,005$; * $p<0,05$

Les résultats de l'analyse montrent également qu'environ 9 % des répondants citent la mesure « aller consulter le médecin ». Cette réponse constitue en quelque sorte un indicateur de l'exactitude des connaissances des répondants en la matière. La raison est que pour la population, l'expression « aller consulter le médecin » traduit la recherche des soins de santé. En se rendant chez le médecin ou dans des établissements sanitaires, on peut être guidé par le personnel médical pour l'identification de son statut sérologique. Certaines personnes non séropositives évoquent des mesures incorrectes telles que l'autoobservation (2 MemF+, 5 MemF-), la consultation d'avis d'un ami (1 MemF-) ou encore l'analyse d'urine (1 MemF-).

Autre résultat, 91,9 % des répondants déclarent qu'ils connaissent une adresse fournissant un service de dépistage du VIH dans la ville de Ha-Long. Un seul répondant du groupe des séropositifs indique qu'il n'en est pas au courant, sans doute parce qu'il a fait son dépistage ailleurs. Cela est tout à fait compréhensible. Certaines personnes se rendent dans un établissement fournissant un service de dépistage du VIH dans une localité située très loin de la leur, souvent dans d'autres villes ou provinces, pour conserver la confidentialité et éviter la stigmatisation (MARDC, 2008). Environ 10 % des membres séronégatifs des foyers-cas et des membres des foyers-témoins disent qu'ils ne savent pas quels sont les établissements qui fournissent ce type de service dans leur localité. Ce résultat est similaire à celui de l'enquête VPAIS. Effectivement, 10,3 % des répondants à l'enquête VPAIS à Ha-Long ne savent pas où se trouve le service de dépistage du VIH. La proportion de répondants de l'échantillon de population générale de VPAIS connaissant un établissement effectuant le dépistage du VIH est de 65,2 %.

À propos des noms des établissements fournissant ce type de service, parmi les répondants déclarant connaître ces endroits, 94,3 % (93,8 % des séropositifs ; 95,9 % des MemF+ et 93,6 % des MemF-) évoquent l'hôpital polyclinique provincial situé dans la ville de Ha-Long ; 36,6 % mentionnent les centres de consultation et de dépistage volontaire. Les séropositifs sont les plus nombreux à connaître ces centres, par rapport aux proches séronégatifs et aux membres des foyers-témoins, les proportions étant respectivement 53,9 %; 34,2 % et 29,7 %. En effet, l'hôpital polyclinique de la province de Quang-Ninh, situé au centre-ville de Ha-Long, fournit tous les services de dépistage et de traitement aux séropositifs. La ville de Ha-Long compte en outre trois centres de consultation et de dépistage volontaire dont le fonctionnement est financé par des projets étrangers (*voir chapitre 2 – localités d'étude*). Toutefois, dans l'enquête VPAIS, seulement 13 % des répondants à Ha-Long connaissent ces centres. Au moment de l'enquête, le centre de santé préventive de la ville disposait déjà d'un service de dépistage du VIH (depuis le milieu de l'année 2006), mais cette adresse n'était connue que de quelques répondants (0,9 %). En outre, les centres de planification familiale et les centres de santé du quartier, de même que certaines salles de consultation privées commençaient elles aussi à fournir un service partiel, c'est-à-dire qu'ils prenaient les échantillons de sang et les envoyaient au laboratoire du centre de santé préventive de la ville. Cette activité s'inscrit dans le cadre des contrats passés entre ces organisations. 6,7 % des séropositifs; 6,1 % des MemF+ et 6,1 % des MemF- évoquent une salle de consultation privée et une très faible proportion des répondants mentionnent les centres de santé du quartier et les centres de planification familiale (tableau 3.14).

Tableau 3.14 – Proportion de répondants indiquant un établissement fournissant un service de dépistage du VIH selon leur statut VIH et celui de leur foyer

Modalités	FAVIHVIET Ha-Long			
	PVVIH	MemF+	MemF-	Ensemble
Hôpital de la province ou de la ville de Ha-Long	93,8	95,9	93,6	94,3
Centre de santé préventive de la province/ville	1,1	0,5	1,1	0,9
Centre de consultation et de dépistage volontaire	53,9	34,2	29,7	36,6***
Centre de planification familiale	3,4	0,0	1,9	1,7*
Centre de santé du quartier	0,0	1,0	1,3	0,9
Hôp./ salle de consultation privée	6,7	6,1	6,1	6,3
Centre de consul. et de dépistage volontaire privé	1,7	5,6	1,3	2,5**
Laboratoire privé	0,0	0,0	0,3	0,1
Autre	0,6	0,0	0,0	0,1
Effectif des répondants	178	196	374	748

*** $p=0,000$; ** $p<0,005$; * $p<0,05$

Au moment où se déroulait l'enquête, dans la ville de Ha-Long, aucun centre de dépistage volontaire privé et aucun laboratoire privé ne fournissaient ce type de dépistage. Or, 2,6 % des répondants évoquaient néanmoins ces établissements. Soit ces répondants n'ont pas de connaissance en la matière, soit ils font une confusion, car ces établissements sont des salles de consultation privées. Dans l'ensemble, 100 % des répondants citent au moins une bonne adresse fournissant un service de dépistage du VIH à Ha-Long.

Pour évaluer les connaissances des traitements d'appui, il faut tout d'abord déterminer la notion de « traitement d'appui ». Dans cette étude, le traitement d'appui est compris dans son sens large qui englobe toutes les mesures permettant aux séropositifs d'avoir une meilleure santé, réduisant leurs douleurs, pour qu'ils soient plus optimistes. Cela peut être un traitement antirétroviral, un traitement contre les infections opportunistes ; un traitement par la médecine traditionnelle ; la prise de vitamines et de compléments alimentaires pour une meilleure santé ; de l'acupuncture pour réduire la douleur ; et des mesures d'appui psychologique. La connaissance des traitements d'appui aux séropositifs est évaluée au moyen de deux indices : (1) l'affirmation de l'existence de mesures de traitement d'appui aux séropositifs et la citation correcte du nom de ces mesures ; (2) la connaissance des médicaments antirétroviraux et de leurs sources d'approvisionnement.

L'analyse des données montre que de nombreux répondants (43,6 %) ne connaissent aucune mesure de traitement d'appui aux séropositifs ou estiment qu'il n'en existe pas. Même au sein des personnes se déclarant séropositives, 8,9 % ne savent pas s'il existe des mesures de traitement d'appui, tandis que 7,8 % nient l'existence de ces méthodes. Parmi les MemF+ enquêtés, 27,9 % ne connaissent pas de mesure de traitement d'appui et 11,9 % nient l'existence de ces mesures. Dans le groupe des MemF- enquêtés, les proportions de répondants qui ne connaissent pas ou nient l'existence de ces mesures sont encore plus élevées, atteignant 35,3 % et 21,4 %. La différence entre les groupes de répondants est statistiquement significative ($p=0,000$).

Autre résultat, les répondants qui affirment l'existence de traitements d'appui aux séropositifs citent le nom de ceux qu'ils connaissent. Les deux traitements importants connus par le plus grand nombre de répondants sont les antirétroviraux (cités par 73,5 % des répondants) et les médicaments de prévention des infections opportunistes (36,2 %). Les séropositifs connaissent mieux ces deux traitements que ne les connaissent les membres séronégatifs de leurs familles et les membres des foyers-témoins. Précisément, 79,9 % des séropositifs versus 73,5 % des MemF+ et 68,3 % des MemF- citent les antirétroviraux ; 49,0 % des séropositifs versus 40,2 % des MemF+ et 22,8 % des MemF-

mentionnent les médicaments de prévention des infections opportunistes. La prise de vitamines pour consolider son état de santé et augmenter ses anticorps n'est évoquée que par 12,6 % des répondants (10,1 % des séropositifs ; 17,4 % des MemF+ et 11,1 % des MemF-) parmi les traitements d'appui (tableau 3.15).

Tableau 3.15 – Proportion des répondants ayant mentionné un traitement d'appui aux séropositifs selon leur statut VIH et celui de leur foyer

Modalités	FAVIHVIET Ha-Long			
	PVVIH	MemF+	MemF-	Ensemble
Médicament antirétroviral	79,9	73,5	68,3	73,5
Médec. de prév. des infect. opport	49,0	40,2	22,8	36,2***
Médicaments traditionnels	1,3	4,5	2,8	2,8
Acupuncture	0,0	0,0	1,1	0,4
Vitamines	10,1	17,4	11,1	12,6
Compléments alimentaires	1,3	0,8	1,1	1,1
Soutien moral	1,3	0,8	0,6	0,9
Ne connaît pas le nom de la méthode	8,1	13,6	18,9	13,9**
Effectif des répondants	149	132	180	461

*** $p=0,000$; ** $p<0,005$; * $p<0,05$

Le recours aux médicaments traditionnels, les compléments alimentaires ou l'acupuncture sont mentionnés par quelques répondants. Il est à noter que le soutien moral aux séropositifs, appelé par les professionnels appui psychologique n'est pas considéré par les séropositifs eux-mêmes, ni par les MemF+ et les MemF- comme un traitement d'appui aux séropositifs. Seuls 4 répondants (2 séropositifs, 1 MemF+ et 1 MemF-) citent cette mesure. Parmi les répondants qui affirment qu'il existe des traitements d'appui aux séropositifs, 13,9 % n'en connaissent pas ou sont incapables d'en mentionner. Cette proportion est de 8,1 % chez les séropositifs; 13,6 % chez les MemF+ et 18,9 % chez les MemF- (tableau 3.15). Presque tous les répondants (95,0 %) qui reconnaissent l'existence de traitements d'appui aux séropositifs affirment qu'aucun traitement ne guérit le sida ou la séropositivité. C'est une connaissance tout à fait correcte.

62,9 % des répondants de l'ensemble de l'échantillon ont entendu parler des antirétroviraux. Toutefois, 13,4 % des séropositifs n'en ont jamais entendu parler. Ce taux s'élève à 34,2 % chez les membres séronégatifs de leurs foyers et 48,8 % chez les membres des foyers-cas. Cela montre que la connaissance de ces médicaments n'est pas

très répandue dans la population. Il est regrettable que l'enquête VPAIS n'ait pas inclus cette question dans son questionnaire. La comparaison et la vérification des résultats des deux enquêtes sur ce point est donc impossible. Parmi les répondants de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long qui ont entendu parler des antirétroviraux, 87,1 % des séropositifs connaissent les endroits où l'on peut en acheter ou en recevoir, versus 68,8 % des MemF+ et 52,1 % des MemF- (tableau 3.16)

Tableau 3.16 – Proportion des répondants ayant entendu parler d'ARVet connaissant une source d'approvisionnement selon leur statut VIH et celui de leur foyer

Indicateurs	FAVIHVIET Ha-Long			
	PVVIH	MemF+	MemF-	Ensemble
A déjà entendu parler des antirétroviraux	86,6	65,8	51,2	62,9***
Effectif des répondants	179	219	416	814
Sait où on peut acheter ou recevoir des ARV	87,1	68,8	52,1	67,4***
Effectif des répondants	155	144	213	512

*** $p=0,000$; ** $p<0,005$; * $p<0,05$

Les sources d'approvisionnement en antirétroviraux cités par les répondants sont les hôpitaux centraux à Hanoi, l'hôpital policlinique de la province de Quang-Ninh, le centre médical de la ville de Ha-Long, les centres de santé de quartier, les pharmacies privées, les salles de consultation privées, le personnel de santé, les clubs et associations d'aide aux séropositifs (tableau 3.17).

Tableau 3.17 – Proportion des répondants ayant cité un endroit où l'on peut acheter ou recevoir des antirétroviraux selon leur statut VIH et celui de leur foyer

Modalités	FAVIHVIET Ha-Long			
	PVVIH	MemF+	MemF-	Ensemble
Hôpital central	2,2	4,0	1,8	2,6
Hôpital provincial	88,2	92,0	87,6	89,1
Centre de santé du quartier	5,9	8,0	7,1	6,9
Pharmacie privée	11,0	4,0	6,2	7,4
Salle de consultation privée	0,7	0,0	0,9	0,6
Personnel de santé	2,2	2,0	1,8	2,0
Association d'aide aux séropositifs	3,7	3,0	2,7	3,2
Effectif des répondants	135	99	111	345

*** $p=0,000$; ** $p<0,005$; * $p<0,05$

La source d'approvisionnement en médicaments antirétroviraux connue par le plus grand nombre de répondants est l'hôpital polyclinique provincial (89,1 %). Selon nos informations qualitatives, l'hôpital polyclinique de la province de Quang-Ninh mène actuellement un programme de traitement antirétroviral gratuit avec le financement de l'organisation américaine CDC et du programme national de prévention du VIH/sida du Viêt Nam. Certains hôpitaux centraux comme Bach-Mai, l'hôpital national des maladies contagieuses situé à Hanoi ou l'hôpital Viêtname suédois situé dans le district d'Uông-Bi, dans la province de Quang-Ninh, mènent également leur programme de traitement gratuit par ARV. Certains centres de santé de quartier dans la ville de Ha-Long commencent à fournir gratuitement des médicaments antirétroviraux aux patients ayant vécu un processus de traitement stable dans les hôpitaux ou dans les centres de santé préventive de la ville, et qui ont obtenu la permission d'être traités dans les établissements sanitaires de leurs lieux de résidence. Toutefois, les proportions des répondants citant ces lieux ne sont pas très élevées (6,9 % et 2,6 %).

Jusqu'à 11 % des séropositifs, 4,0 % des proches séronégatifs et 6,2 % des membres des foyers-témoins mentionnent les pharmacies privées et certains citent les salles de consultation privées ou le personnel de santé comme source d'approvisionnement en antirétroviraux. Or, selon le règlement en vigueur du Ministère de la Santé, ces médicaments sont complètement contrôlés et distribués par les services de santé de l'État. Les pharmacies privées, les salles de consultation privées ou le personnel de santé ne sont pas autorisés à les vendre. Au cours de cette étude, je n'ai pas pu trouver d'information me permettant de vérifier l'exactitude de la connaissance que les répondants ont de ces sources. Toutefois, puisque 7,4 % des répondants, et notamment 11,0 % des séropositifs indiquent que les pharmacies privées vendent des antirétroviraux, il est possible que ces pharmacies violent le règlement du Ministère de la Santé et vendent illégalement ces médicaments. Cette situation a été rapportée dans certaines études menées ultérieurement dans la province de Quang-Ninh ([MARDC, 2008](#)).

Les clubs/associations/groupes d'aide aux séropositifs n'ont pas pour fonction de fournir des antirétroviraux et ne sont pas autorisés à le faire. Ils peuvent seulement aider les séropositifs à prendre leur traitement antirétroviral, en leur donnant des conseils. Ils peuvent par exemple introduire des séropositifs auprès de programmes gratuits de traitement antirétroviral, leur donner plus d'information sur ces traitements, superviser le traitement ou rappeler aux séropositifs qu'il faut respecter les prescriptions du traitement. En raison sans doute de ce rôle des clubs/associations/groupes d'aide aux séropositifs auprès des programmes de traitement antirétroviral, de nombreux répondants, qu'ils soient

séropositifs, membres séronégatifs des foyers-cas et membres des foyers-témoins considèrent ces groupes comme une source d'approvisionnement en antirétroviraux.

En raison du manque d'information sur les soins aux séropositifs, le besoin des proches des séropositifs et des membres de leurs foyers de recevoir des informations complémentaires est énorme. L'analyse qualitative a relevé des témoignages à ce propos :

« 1 : Pensez-vous que vous ayez besoin de plus d'informations qui vous serviront plus tard ?

2 : Bien sûr. Je me renseignerai.

1 : Dites-moi alors, quel type d'information souhaiteriez-vous recevoir ?

2 : Je voudrais recevoir des informations sur la façon de soigner les malades, et aussi sur les médicaments. Voilà ce que je souhaiterais avoir comme information... »

(301 - frère d'une séropositive, 36 ans, ayant terminé le collège, Cao-Xanh, Ha-Long)

« 1 : Quelles informations souhaiteriez-vous recevoir ?

2 : Je voudrais recevoir les informations, par exemple, sur les modes de soin, les traitements, les médicaments...

1 : C'est-à-dire tu souhaites connaître la façon de prendre soin des séropositifs ?

2 : La façon de prendre soin des séropositifs. Oui, c'est ça ».

(401- sœur d'un séropositif, 24 ans, célibataire, vivant avec ses parents et son frère séropositif, Cao-Xanh, Ha-Long)

En résumé, la note des répondants concernant leur connaissance des soins aux séropositifs est la plus basse des trois sujets concernant les connaissances. Les séropositifs obtiennent 5,6 points / 10 ; les membres séronégatifs des foyers-cas : 4,4 points ; les membres des foyers-témoins : à peine 3,5 points / 10 (voir 3.1). Malgré la connaissance du dépistage comme moyen d'identifier une séropositivité, ceci renvoie au manque de connaissance sur les traitements d'appui aux séropositifs, notamment les antirétroviraux, le traitement des infections opportunistes et l'appui psychologique aux séropositifs. Le besoin des proches des séropositifs et des membres de leurs foyers en informations complémentaires est énorme.

3.5. Perception du VIH/sida et propagation de l'épidémie

Au vu des statistiques du secteur sanitaire relatives à la proportion de séropositifs, Quang-Ninh figure toujours parmi les 5 provinces et villes vietnamiennes où le VIH/sida atteint le plus haut niveau (*voir chapitre 1 - VIH/sida au Vietnam*). La ville de Ha-Long est aussi la localité qui compte le plus de séropositifs dans la province de Quang-Ninh (*voir chapitre 2 – sites d'étude*). Les habitants locaux perçoivent-ils la gravité de l'épidémie ? Comment évaluent-ils la propagation de l'épidémie et leur risque d'être contaminé ? Telles sont deux questions de recherche qui ont été posées. L'hypothèse est que si les habitants perçoivent la gravité de l'épidémie, ils auront besoin de recevoir des informations sur le VIH/sida et seront plus consciencieux dans la prévention pour eux-mêmes.

Pour évaluer la perception des répondants, deux questions indirectes ont été posées dans le questionnaire de l'enquête FAVIHIET Ha-Long : "*Selon vous à Ha-Long actuellement, quels sont les problèmes de société les plus sérieux?*" et "*D'après vous, à Ha-Long actuellement, quels sont les problèmes de santé sérieux?*". D'après la liste des problèmes cités par les répondants, on peut constater que dans leur perception, l'épidémie du VIH/sida est très grave.

L'analyse des données montre que seulement 3,6 % des répondants estiment qu'aucun problème social important n'existe à Ha-Long et 1,4 % des répondants ne s'y intéressent pas. 95 % des répondants citent au moins un problème social important. Les répondants mentionnent jusqu'à 13 problèmes sociaux considérés comme importants : la prostitution ; la toxicomanie/le trafic de drogue ; la proportion élevée de séropositifs ; la corruption ; la pollution de l'environnement ; les vols ; les accidents de la route ; les jeux ; la traite des enfants et des femmes ; la violence ; les problèmes liés à la terre, l'eau, l'électricité, la croissance démographique, la pauvreté ; le style de vie des jeunes ; le chômage et les accidents professionnels (tableau 3.18). Les cinq problèmes abordés par le plus grand nombre de répondants parmi les problèmes précités sont : 1- la toxicomanie/ le trafic de drogue (88,6 %) ; 2- la prostitution (51,1 %) ; 3- la proportion élevée de séropositifs (30,8 %) ; 4- la pollution de l'environnement (16,0 %) et 5- les vols (10,7 %).

Tableau 3.18 – Répartition (%) des réponses données à la question des problèmes sociaux importants à Ha-Long selon le statut VIH du répondant et celui de son foyer

No	Modalités	FAVIHVIET Ha-Long			
		PVVIH	MemF+	MemF-	Ensem.
1.	<u>Drogue, toxicomanie</u>	86,0	89,0	89,4	88,6
2.	<u>Prostitution</u>	57,5	46,1	51,0	51,1
3.	<u>Beaucoup de séropositifs VIH/sida</u>	34,1	37,9	25,7	30,8**
4.	Pollution de l'environnement	8,4	14,2	20,2	16,0**
5.	Les vols	8,4	7,3	13,5	10,7*
6.	Les jeux	8,9	7,3	7,7	7,9
7.	Les accidents de la circulation	2,2	5,9	7,5	5,9
8.	La corruption	1,7	1,4	3,1	2,3
9.	La violence, les combats	2,2	1,8	1,7	1,8
10.	Chômage et accidents professionnels	1,7	0,9	1,7	1,5
11.	Style de vie de la jeunesse	1,1	0,9	1,4	1,2
12.	La traite des enfants, des femmes	0,6	0,0	0,5	0,4
13.	Terre, eau et électricité, la croissance démographique, la pauvreté	0,6	0,5	0,5	0,5
14.	Pas de problème	3,9	1,8	4,3	3,6
15.	Pas intéressé	2,2	2,3	0,5	1,4
	Effectif des répondants	179	219	416	814

*** $p=0,000$; ** $p<0,005$; * $p<0,05$

Ainsi, on peut constater que la toxicomanie, la prostitution, et le VIH/sida sont perçus par les répondants comme les problèmes sociaux les plus graves à Ha-Long actuellement. Le VIH/sida ne vient qu'en troisième position et n'est évoqué que par environ un tiers des répondants mais la toxicomanie et la prostitution constituent elles-mêmes des risques de transmission du VIH. Cela est également confirmé par l'analyse des réponses à la question « Qui sont les personnes à haut risque d'attraper le VIH à Ha-Long actuellement ? » Les personnes qui s'injectent de la drogue sont mentionnées par le plus grand nombre de répondants (94 %), suivies des prostituées (71,7 %) et des personnes ayant des relations sexuelles avec les prostituées (36,3 %). Les infidèles et les conjoints des toxicomanes sont aussi cités par plus de 11 % des répondants. D'autres sujets tels que les personnes qui voyagent beaucoup, le personnel médical, la police, les parents et les proches qui prennent soin des personnes séropositives, les jeunes au chômage, les personnes snobs ; les homosexuels sont évoqués par quelques répondants (tableau 3.19).

Tableau 3.19 – Proportion des réponses à la question relative aux personnes à haut risque d’attraper le VIH à Ha-Long selon le statut VIH du répondant et celui de son foyer

No	Modalités	FAVIHVIET Ha-Long			
		PVVIH	MemF+	MemF-	Ensem.
1.	Ceux qui s'injectent de la drogue	95,0	93,6	93,7	94,0
2.	Les prostituées	75,4	67,6	72,3	71,7
3.	Les partenaires des prostituées	43,0	34,7	34,2	36,3
4.	Les conjoints des pers. Toxico. ou séro.	17,3	11,4	9,6	11,8*
5.	Les infidèles	10,1	8,2	13,3	11,2
6.	Ceux qui voyagent beaucoup	1,7	3,7	3,1	3,0
7.	Jeunes au chômage, snobs	1,1	0,9	2,2	1,6
8.	Le personnel médical et la police	3,9	0,5	1,0	1,5**
9.	Les parents et les proches qui prennent en charge des personnes séropositives	0,6	1,4	0,2	0,6
10.	Les homosexuels	0,6	0,0	0,5	0,4
11.	Tous sont à risque similaire	1,1	1,4	1,2	1,2
12.	Ne sait pas	0,6	3,7	1,9	2,1
	Effectif des répondants	179	219	415	813

*** $p=0,000$; ** $p<0,005$; * $p<0,05$

La quantité importante de séropositifs est citée comme constituant un problème sérieux par les séropositifs et les membres séronégatifs de leurs familles beaucoup plus que par les membres des foyers-témoins (respectivement 34,1 %; 37,9 % et 25,7 %). En revanche, les membres des foyers-témoins citent davantage la pollution de l’environnement et les vols que ne le font les séropositifs et les membres séronégatifs de leurs familles. 20,2 % des MemF- évoquent la pollution de l’environnement versus 8,4 % des séropositifs et 14,2 % des MemF+. 13,5 % des MemF- citent les vols, versus 8,4 % des séropositifs et 7,4 % des MemF+. En effet, l’exploitation du charbon dans plusieurs mines à Ha-Long menace l’environnement de la ville. La pollution de plus en plus grave influence la vie des habitants et le paysage de la baie inscrite au patrimoine naturel mondial (*Dô Huu Luc, 2005*). Il est donc tout à fait compréhensible que les habitants de Ha-Long s’intéressent à la pollution de l’environnement.

Concernant les problèmes de la santé, 8,7 % des répondants estiment qu’il n’existe aucun problème de santé sérieux à Ha-Long. Ce taux est plus important chez les membres des foyers-témoins que chez les membres séronégatifs des foyers-cas et les séropositifs

(respectivement 11,0 %, 6,8 % et 5,6 %). 2 % des répondants ne savent pas s'il existe un problème de santé sérieux. 90 % des répondants mentionnent les problèmes de santé considérés comme sérieux dans leur lieu d'habitation. Au total, 14 sujets sont évoqués : la grippe aviaire, la fièvre pétéchiale, le cancer, la tuberculose, la maladie pulmonaire, le VIH/sida et d'autres infections sexuellement transmissibles (les IST), l'hépatite B, les maladies des personnes âgées, les maladies gastro-intestinales, les maladies respiratoires, la malnutrition des enfants, ... (tableau 3.20).

Tableau 3.20 – Proportions des réponses aux problèmes de santé sérieux à Ha-Long selon le statut VIH du répondant et celui de son foyer

No	Modalités	FAVIHVIET Ha-Long			
		PVVIH	MemF+	MemF-	Ensem.
1.	<u>VIH/sida</u>	84,4	83,7	71,2	77,4***
2.	<u>Tuberculose, malad. pulmonaire</u>	33,5	37,1	46,0	40,9**
3.	<u>Cancer</u>	3,9	12,7	11,2	10,0**
4.	Hépatite B	6,1	6,3	7,1	6,7
5.	Grippe aviaire	1,7	4,5	4,0	3,7
6.	Maladies des personnes âgées	0,0	2,3	2,1	1,7
7.	IST (autres que le VIH/sida)	3,9	0,5	0,7	1,3**
8.	Fièvre pétéchiale	0,6	2,3	0,7	1,1
9.	Maladie gastro-intestinale	1,7	0,5	0,7	0,9
10.	Yeux irrités	0,0	0,5	1,0	0,6
11.	Malnutrition des enfants	0,6	0,0	0,5	0,4
12.	Santé de la mère, avortements des jeunes	1,1	0,0	0,2	0,4
13.	Maladie respiratoire	0,0	0,0	0,5	0,2
14.	Drogue, toxicomanie	0,0	0,5	0,2	0,2
15.	Pas de problème de santé sérieux	5,6	6,8	11,0	8,7
16.	Ne sait pas	3,4	2,7	1,0	2,0
	Effectif des répondants	179	219	416	814

*** $p=0,000$; ** $p<0,005$; * $p<0,05$

Parmi les problèmes de santé sérieux mentionnés, le VIH/sida est cité par le plus grand nombre de répondants (77,4 %). La proportion de personnes évoquant le VIH/sida est plus élevée parmi les séropositifs et les membres séronégatifs de leurs familles que parmi les membres des foyers-témoins (respectivement 84,4 %; 83,7 % versus 71,2 %). Vient ensuite « la tuberculose et les maladies pulmonaires » citées par 40,9 % des répondants. Elles sont

mentionnées plus par les MemF- que par les MemF+ et des séropositifs. Si le problème de la tuberculose et des maladies pulmonaires est mentionné par un très grand nombre de répondants, c'est à cause de la pollution de l'environnement due à l'exploitation du charbon, mais aussi à l'impact du VIH/sida. En effet, les séropositifs attrapent facilement la tuberculose et résistent aux médicaments antituberculeux, ce qui augmente le risque de propagation de cette maladie dans la communauté.

Les analyses ci-dessus montrent que le VIH/sida est perçu par les répondants comme un problème très sérieux. Au moment où s'est déroulée l'enquête, il était considéré comme l'un des trois problèmes sociaux les plus sérieux et le premier problème de santé à Ha-Long.

La propagation du VIH/sida à Ha-Long est également illustrée par le résultat d'une autre analyse sur le contact des répondants avec les séropositifs (tableau 3.21). 52,4 % des membres des foyers-témoins déclarent qu'ils connaissent au moins un séropositif et 87,6 % des répondants ont eu des contacts avec un séropositif. Dans les relations proches, les séropositifs les plus cités par les MemF- sont leurs voisins (87,2 %). 13,8 % des MemF- indiquent que les séropositifs qu'ils connaissent sont aussi leurs amis ou leurs collègues, 11 % disent qu'il s'agit de leurs proches ou de leur parenté qui ne vivent pas sous le même toit qu'eux.

Tableau 3.21 – Répartition (%) des répondants qui connaissent une (autre) personne séropositive selon le statut VIH du répondant et celui de son foyer

Indicateurs	FAVIHVIET Ha-Long			
	PVVIH	MemF+	MemF-	Ensem.
Avoir connu quelqu'un qui serait PVVIH	84,9	80,4	52,4	67,1***
Effectif des répondants	179	219	416	814
Relations avec PVVIH connue :				
Pers. proche qui vit avec dans le foyer	22,4	80,1	1,8	32,8***
Pers. proche qui ne vit pas dans le foyer	7,9	3,4	11,0	7,7*
Amis, collègue	59,9	10,8	13,8	25,6***
Voisin	63,8	47,7	87,2	67,9***
Pas de relation	9,2	4,5	11,5	8,6*
Effectif des répondants	152	176	217	545
A déjà eu des contacts avec PVVIH	98,0	98,3	87,6	93,9***
Effectif des répondants	152	176	217	545

*** $p=0,000$; ** $p<0,005$; * $p<0,05$

Dans les groupes des membres séronégatifs des foyers-cas, 80,4 % des répondants déclarent qu'ils connaissent une personne séropositive et qu'ils ont eu des contacts avec elle. Parmi ces répondants, 80,1 % indiquent qu'il s'agit d'une personne proche vivant dans son foyer, 47,7 % disent que c'est un voisin ; 10,8 % déclarent que c'est un ami/ collègue. Théoriquement, il est évident que les MemF+ connaissent une personne séropositive, car au moins un membre de leur foyer se déclare séropositif. Toutefois, 19,6 % des MemF+ déclarent ne pas connaître un séropositif, 19,9 % ne mentionnent pas la présence d'une personne séropositive parmi les membres de leur foyer. Il est possible que ces personnes ne connaissent pas du tout la séropositivité de leur proche vivant dans leur foyer, mais il se peut également qu'ils souhaitent éviter d'en parler. L'enquête FAVIHVIET Ha-Long n'a pas d'information étayant cela mais les données de VPAIS montrent qu'environ un tiers des répondants à Ha-Long souhaiteraient garder la confidentialité de cette information si leur foyer comptait un séropositif.

Quant au groupe des séropositifs enquêtés, 84,9 % d'entre eux déclarent qu'ils connaissent une autre personne séropositive et qu'ils ont eu des contacts avec celle-ci. Cet autre séropositif est principalement un voisin (63,8 %) ou un ami / collègue (59,9 %). 22,4 % des séropositifs affirment qu'il s'agit d'une personne proche vivant dans le même foyer qu'eux. Cette information est tout à fait exacte car dans certains foyers-cas, il y a plus d'une personne se déclarant séropositive.

Les résultats de l'enquête VPAIS sont similaires à ceux de FAVIHVIET Ha-Long. Si 67,1 % des répondants à FAVIHVIET Ha-Long connaissent une autre personne séropositive, c'est le cas de 61,5 % chez les répondants à VPAIS. La question qui permet d'identifier le séropositif connu et le contact avec ce dernier n'ayant pas été utilisée dans VPAIS, il est impossible de comparer les résultats des deux enquêtes sur ce sujet.

Dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, les répondants évaluent eux-mêmes le risque de transmission du VIH dans leur quartier d'habitation. En outre, les membres séronégatifs des foyers-cas et les membres des foyers-témoins évaluent également leur risque personnel d'attraper le VIH. Le VIH/sida étant perçu comme un problème social et de santé sérieux dans la localité où l'épidémie est assez répandue (grand nombre de séropositifs, répondants connaissant et ayant eu des contacts avec des séropositifs), l'évaluation du risque de transmission du VIH dans le quartier d'habitation suit la même logique. Précisément, 71,9 % des répondants estiment que le risque de transmission du VIH dans

leur quartier d'habitation existe et est même élevé. 58,1 % des séropositifs, 58,1 % des MemF+ et 48,3 % des MemF- estiment que le VIH peut se transmettre dans leur quartier d'habitation. 30 % des séropositifs, 19,6 % des MemF+ et 13,5 % des MemF- affirment que le risque de transmission du VIH dans leur quartier d'habitation est élevé. Toutefois, 29,1 % des MemF- estiment que le VIH ne peut pas se transmettre dans leur quartier et 9,1 % ne savent pas si c'est le cas ou non. Les proportions de personnes qui pensent que le VIH ne peut pas se transmettre dans leur quartier ou ne savent pas si c'est le cas sont moins élevées chez les MemF+ et les séropositifs que chez les MemF-, respectivement 15,5 % et 6,8 % chez les MemF+ ; 8,9 % et 2,8 % chez les séropositifs (tableau 3.22).

Tableau 3.22 – Répartition (%) des répondants selon leur évaluation du risque de transmission du VIH dans leur quartier d'habitation, leur statut VIH et celui de leur foyer

Modalités	FAVIHVIET Ha-Long			
	PVVIH	MemF+	MemF-	Ensem.
Pas de risque	8,9	15,5	29,1	21,0
Risque de trans. moyen	58,1	58,0	48,3	53,1
Risque de trans. élevé	30,2	19,6	13,5	18,8
Ne sait pas	2,8	6,8	9,1	7,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des répondants	179	219	416	814
<i>p</i>		0,000		

Il est à noter qu'il y a une contradiction dans l'évaluation par les membres séronégatifs des foyers-cas et les membres des foyers-témoins du risque de transmission du VIH dans leur quartier et de leur propre risque. Tandis que 77,6 % des MemF+ estiment que le risque de transmission du VIH dans leur quartier existe et est même très élevé, que leur foyer comprend au moins un membre se déclarant séropositif, la plupart des répondants (53,9 %) pensent qu'ils ne peuvent pas attraper le virus, 30,4 % estiment que ce risque est faible, voire très faible, 9,7 % ne savent pas, seulement 6,0 % pensent que leur risque d'attraper le VIH est élevé. Quant au groupe des membres des foyers-témoins, si 61,8 % d'entre eux estiment que le risque de transmission du VIH dans leur quartier existe et est même très élevé, ils sont jusqu'à 73,1 % à indiquer qu'ils n'ont aucun risque d'être séropositifs, 13 % estiment que le risque est faible, voire très faible, 11,5 % ne savent pas, seule une toute petite proportion (2,4 %) estime qu'ils ont un risque élevé d'être séropositifs (tableau 3.23).

Tableau 3.23 – Répartition (%) des répondants selon leur évaluation de leur risque d’être séropositif, leur statut VIH et celui de leur foyer

Modalités	FAVIHVIET Ha-Long		
	MemF+	MemF-	Ensem.
Aucun risque	53,9	73,1	66,5
Risque très faible	24,9	10,6	15,5
Risque faible	5,5	2,4	3,5
Risque élevé	6,0	2,4	3,6
Ne sait pas	9,7	11,5	10,9
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif des répondants	217	416	633
<i>p</i>		0,000	

En résumé, on peut constater qu’en réalité, le risque du VIH/sida est très élevé à Ha-Long, mais la perception qu’a la population de la propagation de l’épidémie et de son propre risque d’être séropositif est bien en-deça de ce niveau. Presque tous les répondants (84,3 % des membres séronégatifs des foyers-cas et 86,1 % des membres des foyers-témoins) pensent qu’ils n’ont aucun risque d’être séropositifs ou que ce risque est très faible. Ce résultat pourrait s’expliquer par le fait qu’avec une bonne connaissance et un savoir-faire dans la prévention de l’épidémie, les répondants ne craignent pas d’être touchés par l’épidémie. Toutefois, cette hypothèse n’est pas valide, car le niveau de connaissance des répondants sur la prévention du VIH n’est pas très élevé, comme les analyses dans cette étude l’ont montré. La vraie raison réside sans doute dans une connaissance limitée des répondants qui entraîne une perception limitée sur les risques de transmission.

3.6. Influence des facteurs de la connaissance du VIH/sida

Les recherches sociologiques menées dans de nombreux pays montrent que les niveaux de connaissance du VIH/sida ne sont pas parvenus à un même niveau partout. Au contraire, elles sont filtrées par un « kaléidoscope » : le niveau d’instruction, la position socio-économique, le genre, l’ethnie et l’âge... L’éducation, les revenus, la distance entre le lieu d’habitation et les agglomérations urbaines influent considérablement sur la connaissance du VIH/sida. Les personnes ayant une position sociale et un niveau d’instruction élevés ont accès aux informations fournies par les livres, les journaux, la radio

et la télévision. Les personnes ayant une position sociale et un niveau d'instruction bas n'utilisent que les moyens audiovisuels. Enfin, la proximité avec les séropositifs influe aussi sur les connaissances sur le VIH/sida (*Le Blance, 2000*)

Selon les hypothèses posées dans cette étude (*voir chapitre 2 – Cadre théorique*), le niveau de connaissance des répondants sur le VIH/sida peut être influencé par certains facteurs tels que la diversité des sources d'informations reçues par les répondants, leurs discussions sur le VIH/sida avec d'autres membres de leur famille et dans la société, les caractéristiques individuelles des répondants (âge, genre, niveau d'instruction), leur possession de certains biens liés à la réception d'information (radio, télévision, téléphone, vélo, moto)... Dans la partie suivante nous chercherons à comprendre l'influence de ces facteurs sur le niveau de connaissance globale des répondants sur le VIH/sida par le biais des analyses univariées. Les analyses multivariées utilisant le modèle de régression linéaire identifieront les facteurs qui jouent un rôle décisif dans le niveau de connaissance globale des répondants sur le VIH/sida.

Le choix du modèle de régression linéaire pour les analyses multivariées est fondé sur la variable indépendante constituée par « la note attribuée au niveau de connaissance globale des répondants sur le VIH/sida ». Il s'agit d'une variable continue répartie selon une fonction linéaire. Les variables indépendantes sont toutes binaires, appelées aussi variables contrastes prenant les valeurs oui – 1 et non – 0. Le variable de référence a une valeur moins importante. Le modèle statistique est établi en faisant entrer les variables dans un modèle ANOVA dont la fiabilité statistique atteint 95 %. Les résultats sont significatifs quand $p < 0,05$.

3.6.1. Diversification des sources d'informations reçues par les répondants sur le VIH/sida

L'analyse qualitative montre que de nombreux séropositifs et membres de leur famille ont reçu des informations sur le VIH par le biais de la télévision, des livres, des journaux, mais aussi par les activités dans les clubs, groupes/association d'aide aux séropositifs et à leur famille, par les syndicats ou encore par l'Union des femmes. La télévision est la source d'information mentionnée par le plus grand nombre de répondants qui estiment par ailleurs que les informations sur le VIH à la télévision sont assez répandues ces derniers temps. En plus, de nombreuses familles ont un téléviseur, ce qui facilite l'accès à l'information diffusée par les émissions télévisées.

« Je pense qu'aujourd'hui, les informations sur le VIH sont assez répandues, contrairement à avant. On en parle beaucoup dans les mass média, notamment à la télévision. Autrefois, en raison des conditions difficiles du pays, peu de familles possédaient un téléviseur. Aujourd'hui, presque 100 % des familles en ont. Les conditions d'accès sont plus faciles ».

(502 - femme non séropositive, 33 ans, mariée, ayant 2 enfants, Cao-Xanh, Ha-Long)

« Je regarde la télévision. Je comprends ce sujet d'une part grâce à ce qu'on dit à la télévision, d'autre part grâce aux réunions de l'Union des femmes. On y évoque les sujets tels que le VIH/sida ou la planification familiale. Les associations de mon quartier et de mon entreprise mènent toutes les deux des communications à ces sujets ».

(324 - femme non séropositive, 49 ans, mariée, ayant 4 enfants, Cao-Thang, Ha-Long)

« 1 : Quelqu'un vous donne-t-il des conseils sur le soin des séropositifs à domicile ?

2 : J'ai beaucoup de documents à ce sujet. Celui-ci est le document du projet VIE 011, celui-là est fourni par le club Đồng Tâm (Compassion). On me les a donnés. Je n'ai qu'à les lire.

1 : Participez-vous aux ateliers de formation ou demandez-vous tout simplement des documents ?

2 : Non, je ne demande que des documents.

1 : Outre ces documents, où cherchez-vous des informations ?

2 : Dans les journaux, à la télévision. Je regarde quotidiennement les journaux télévisés et l'émission Rencontre avec ceux qui ont su surmonter leur destin. J'aime ces types d'émission ».

(323 - père de séropositifs, 67 ans, ayant 3 fils dont 2 séropositifs, Cao-Thang, Ha-Long)

« Q : Avez-vous entendu parler des antirétroviraux ?

3 : Oui, j'en ai entendu parler.

Q : Qui en a parlé ?

3 : On en parle lors des réunions.

6 : Le club Đồng Tâm (Compassion) les évoque régulièrement.

3 : À l'Union [des femmes], on en parle aussi. On nous a également donné des documents à ce sujet.

2 : J'en ai entendu parlé lors des réunions. Le personnel du club Đồng Tâm (Compassion) en parle en détail. Les médecins en parlent aussi. Puis à la télévision. Très clairement ».

(Discussion avec un groupe des mères de séropositifs, quartier Cao-Thang, Ha-Long)

Dans le volet quantitatif, à la question : “*Où avez-vous entendu parler du VIH/sida?*”, les répondants mentionnent leurs sources d’informations sur le VIH/sida (tableau 3.24). L’analyse des données montre que les répondants reçoivent des informations sur le VIH/sida de différentes sources. Cela reflète la diversité des sources d’information sur le VIH/sida auxquelles la population peut accéder.

Tableau 3.24 – Répartition (%) des répondants ayant entendu parler du VIH/sida selon la source d’information, le statut VIH du répondant et celui de son foyer

Source d’information sur le VIH/sida	FAVIHVIET Ha-Long			
	PVVIH	MemF+	MemF-	Ensem.
Télévision	91,1	96,3	97,1	95,6**
Journaux, magazines	57,5	57,1	67,5	62,5*
Radio	52,0	56,6	59,1	56,9
Réunions communautaires	35,8	34,7	35,6	35,4
Etablissement/personnel sanitaire	58,1	31,1	24,8	33,8***
Association d’aide aux séropositifs	44,7	16,0	2,4	15,4***
Lieu de travail	10,1	20,1	27,9	21,9***
Ecole	5,0	12,3	18,8	14,0***
Autres	5,0	5,9	7,0	6,3
Effectif des répondants	179	219	416	814

*** $p=0,000$; ** $p<0,005$; * $p<0,05$

Dans l’ensemble, les répondants entendent parler du VIH/sida la plupart du temps par les mass média tels que la télévision (95,6 %), les livres, les journaux, les magazines (62,5 %) ou la radio (56,9 %). Les membres des foyers-témoins entendent parler du VIH/sida par ces sources plus que les membres séronégatifs des foyers-cas et les séropositifs (respectivement 97,1 % versus 96,3 % et 91,1 % pour la télévision ; 67,5 % versus 57,1 % et 57,5 % pour les livres, les journaux, les magazines ; 59,1 % versus 56,6 % et 52 % pour la radio). En outre, une petite proportion de répondants (6,3 %) indique qu’ils entendent parler du VIH/sida par d’autres sources : les panneaux, les affiches, les dépliants, Internet... Les mass média constituent la plus importante source d’informations sur le VIH/sida, ce qui est également relevé dans d’autres recherches effectuées dans la province de Quang-Ninh durant la même période (*Lê Minh Hai et al., 2005; Nguyễn N.T. et al., 2005*). L’enquête VPAIS ne fournit pas de données sur les sources d’information sur le VIH/sida des répondants, mais elle donne une information sur la fréquence d’accès à la télévision, à la radio, aux livres, aux journaux et aux magazines. Presque tous les

répondants (98,2 %) à Ha-Long regardent la télévision quotidiennement, 35,9 % écoutent la radio quotidiennement, et 39,3 % lisent les journaux et les magazines tous les jours.

Les autres sources d'information sur le VIH/sida citées par de nombreux répondants sont les réunions communautaires (34,5 %) ; les établissements / le personnel sanitaire (33,8 %) ; le lieu de travail (21,9 %) ; l'école (14 %) ; et les associations d'aide aux séropositifs (15,4 %). La proportion de personnes qui ont entendu parler du VIH/sida par les établissements sanitaires et le personnel médical est beaucoup plus élevée chez les séropositifs que chez les membres séronégatifs de leurs foyers et chez les membres des foyers-témoins : 58,1 % des séropositifs versus 31,1 % des MemF+ et 24,8 % des MemF-. 44,7 % des séropositifs, mais seulement 16 % des MemF+ ont entendu parler du VIH/sida par les associations d'aide. Cette proportion est très faible dans le groupe des membres des foyers-témoins (2,4 %). En revanche, les membres séronégatifs des foyers-cas ont davantage entendu parler du VIH/sida sur leur lieu de travail ou à l'école que les séropositifs. Les membres des foyers-témoins ont davantage entendu parler du VIH/sida sur leur lieu de travail et à l'école que les membres séronégatifs des foyers-cas. Respectivement 27,9 % et 18,8 % des MemF- ont entendu parler du VIH/sida sur ces lieux, versus 20,1 % et 12,3 % des MemF+ ; 10,1 % et 5,0 % des séropositifs. Cela est tout à fait compréhensible, car en raison de leur séropositivité, les séropositifs prennent contact avec les établissements/le personnel sanitaire et deviennent membres des associations d'aide, tandis que beaucoup d'entre eux ne vont pas à l'école et ne travaillent pas (*voir caractéristiques démographiques et sociales des répondants – chapitre 2*). Il est possible que les séropositifs reçoivent des informations sur le VIH/sida de ces sources avec une fréquence plus importante et bénéficient d'un contenu plus profond que ne le font les membres séronégatifs des foyers.

Lorsque l'on étudie le lien entre les sources d'information citées sur le VIH/sida et la connaissance globale du VIH/sida par le calcul de la différence entre la moyenne des notes obtenues par les répondants qui ont accès aux sources d'information et ceux qui n'y ont pas accès, on constate que l'accès à toutes les sources d'information à l'exception de l'école, crée une différence positive significative de connaissances globales du VIH/sida (tableau 3.25). L'information sur le VIH/sida via la télévision et les établissements /personnel sanitaires crée une différence de connaissance dans les trois groupes de répondants. Le fait de citer les autres sources ne crée de différence significative de connaissance.

Tableau 3.25 – Note moyenne pour la connaissance globale obtenue par les répondants en fonction de leur accès aux sources d'information, leur statut VIH et celui de leur foyer

Source d'information sur VIH/sida		PVVIH		MemF+		MemF-	
		Note	ET	Note	ET	Note	ET
Radio	<i>Oui</i>	37,7	4,3	35,1	6,0	33,4	5,1
	<i>Non</i>	35,6	5,5	34,0	5,8	32,6	6,5
	<i>Différence</i>	2,1	**	-		-	
Télévision	<i>Oui</i>	37,2	4,5	34,8	5,9	33,2	5,6
	<i>Non</i>	31,6	7,2	29,3	5,1	28,1	7,6
	<i>Différence</i>	5,7	**	5,6	*	5,1	**
Journaux, magazines	<i>Oui</i>	37,9	4,0	35,6	5,6	33,9	5,0
	<i>Non</i>	35,1	5,8	33,2	6,1	31,3	6,7
	<i>Différence</i>	2,8	***	2,4	**	2,6	***
Réunions communau.	<i>Oui</i>	38,5	4,4	34,9	5,9	33,9	5,4
	<i>Non</i>	35,7	5,1	34,5	5,9	32,6	5,8
	<i>Différence</i>	2,8	***	-		-	
Ecole	<i>Oui</i>	37,0	3,5	34,6	6,3	32,2	5,7
	<i>Non</i>	36,7	5,1	34,6	5,9	33,3	5,7
	<i>Différence</i>	-		-		-	
Lieu de travail	<i>Oui</i>	37,9	4,2	37,1	4,7	34,8	5,7
	<i>Non</i>	36,6	5,1	34,0	6,0	32,4	5,6
	<i>Différence</i>	-		3,2	**	2,3	***
Hôpital, pers. sanitaire	<i>Oui</i>	37,7	4,1	36,2	6,1	34,7	5,7
	<i>Non</i>	35,3	5,8	33,9	5,7	32,6	5,6
	<i>Différence</i>	2,4	**	2,3	*	2,1	**
Ass.d'aide aux sérop.	<i>Oui</i>	38,3	4,0	36,0	5,8	36,8	4,2
	<i>Non</i>	35,4	5,4	34,3	5,9	33,0	5,7
	<i>Différence</i>	2,9	***	-		-	

*** $p=0,000$; ** $p<0,005$; * $p<0,05$

La diffusion d'informations sur le VIH/sida à la télévision augmente l'évaluation de la connaissance globale du VIH/sida de 5,7 points chez les séropositifs, de 5,6 points chez les proches séronégatifs et de 5,1 points chez les membres des foyers-témoins. Les séropositifs citant les livres, les journaux, les magazines ont 2,8 points de plus pour la connaissance globale. La différence est de 2,4 points et 2,6 points chez les MemF+ et les MemF-. La diffusion d'informations sur le VIH/sida à la radio ne crée une différence de note

significative que chez les séropositifs (2,1 points). Elle n'en crée pas chez les MemF+ ni chez les MemF-. La diffusion d'informations sur le VIH/sida via les réunions communautaires crée une différence de 2,8 points chez les séropositifs, mais seulement de 1,3 point chez les MemF- et ne crée aucune différence significative chez les MemF+.

La diffusion d'informations sur le VIH/sida via les établissements/le personnel sanitaire aide les trois groupes à avoir une note plus élevée pour la connaissance globale (2,4 points chez les séropositifs, 2,3 points chez les membres séronégatifs de leurs foyers et 2,1 points chez les membres des foyers-témoins). La diffusion d'informations sur le VIH/sida via les associations d'aide aux séropositifs ne crée de différence de note que chez les séropositifs (2,8 points). Bien que très peu de membres séronégatifs des foyers-cas aient entendu parler du VIH/sida par les associations d'aide au séropositifs, ceux qui le connaissent grâce à cette source ont une note plus élevée de 3,8 points. La diffusion d'informations sur le VIH/sida via le lieu de travail ne crée de différence significative de note pour la connaissance globale que chez les membres séronégatifs des foyers-cas (3,2 points) et les membres des foyers-témoins (2,3 points).

Ainsi, sur la base des résultats d'analyse univariée ci-dessus, on peut constater que la diffusion d'informations sur le VIH/sida par les mass média, les réunions communautaires, les établissements/personnel sanitaire, les associations d'aide aux séropositifs permet d'améliorer la note de connaissance globale des séropositifs sur le VIH/sida. Quant aux membres séronégatifs des foyers-cas et membres des foyers-témoins, leur note s'améliore grâce à la diffusion d'informations sur le VIH/sida via la télévision, les livres, les journaux, les magazines, le lieu de travail, les établissements/personnel sanitaires. Pour les membres des foyers-témoins, un autre élément intervient : la diffusion d'informations sur le VIH/sida via les réunions communautaires.

Afin de contrôler l'impact conjugué des facteurs sur la variable dépendante, autrement dit pour mesurer l'influence pure de la diffusion d'information sur le VIH/sida par chaque source d'information sur la note mesurant la connaissance globale, une analyse multivariée utilisant un modèle de régression linéaire a été effectuée. Les résultats présentés dans le tableau 3.26 montrent que seuls deux facteurs restent significatifs : la diffusion d'informations sur le VIH/sida par la télévision et par les associations d'aide aux séropositifs.

Tableau 3.26 – Influence de la diffusion d’informations relatives au VIH/sida par différentes sources sur le niveau de connaissance globale de l’épidémie selon le statut VIH du répondant et celui de son foyer : régression logistique

Sources d’information	PVVIH		MemF+		MemF-	
	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Radio	-	(1)	-	(1)	-	(1)
Télévision	3,51	0,001	-	(1)	1,97	0,049
Journaux, magazines	-	(1)	-	(1)	3,18	0,002
Réunions communautaires	-	(1)	-	(1)	-	(1)
Ecole	-	(1)	-	(1)	-	(1)
Lieu de travail	-	(1)	2,29	0,023	2,39	0,017
Hôpital, infras. sanitaire	-	(1)	-	(1)	2,21	0,028
Ass.d’aide aux séros	2,32	0,021	-	(1)	-	(1)

(1) Variable non significative

La diffusion d’informations sur le VIH/sida par la télévision augmente la note de 3,51 points, tandis que celle par les associations d’aide aux séropositifs permet aux séropositifs d’obtenir 2,29 points de plus. Un seul facteur : la diffusion d’informations sur le VIH/sida par le lieu de travail, exerce un impact significatif sur la note de connaissance globale des membres séronégatifs des foyers-cas. La note des répondants ayant reçu des informations sur le VIH/sida par cette source augmente de 2,29 points. La télévision aide également les membres séronégatifs des foyers-cas à améliorer un peu leur note. Les facteurs exerçant une influence significative sur la note de connaissance globale sur le VIH/sida des membres des foyers-témoins peuvent être rangés dans l’ordre suivant : diffusion d’informations sur le VIH/sida par les livres, les journaux, les magazines (3,18 points de plus); le lieu de travail (2,39 points de plus); les établissements/ le personnel sanitaire (2,21 points de plus); la télévision (1,97 point de plus).

En résumé, les sources d’information principales sur le VIH/sida sont toujours les mass média tels que la radio, la télévision, les livres, les journaux, les magazines et les programmes de communication destinés à la communauté par le biais des réunions communautaires. Toutefois, seule la réception d’information par la télévision contribue à augmenter la note mesurant les connaissances des trois groupes de répondants : séropositifs, proches séronégatifs et membres des foyers-témoins. Les livres, les journaux et les magazines sont les sources permettant aux familles des séropositifs d’améliorer significativement leur connaissance globale du VIH/sida.

Par rapport aux proches séronégatifs et aux membres des foyers-témoins, les séropositifs ont deux sources d'information en plus : les établissements et le personnel sanitaire et les associations d'aide qui leur sont destinées. La réception d'informations de la part de ces associations les aide à améliorer leur connaissance globale du VIH/sida. Pour les membres séronégatifs des foyers-cas et les membres des foyers-témoins, le lieu de travail et l'école constituent davantage une source d'information que pour les séropositifs. L'information sur le VIH/sida reçue sur le lieu de travail aide à améliorer significativement la note de connaissance globale chez tous les séronégatifs.

3.6.2. Discussions sur le VIH/sida

Un aperçu général de nombreuses recherches montre que la discussion régulière sur le VIH/sida avec d'autres personnes aide à améliorer significativement la connaissance du VIH/sida (*Nguyen Thi Thieng et al., 2004, 2006, 2008; Nguyen Thanh Công, 2005; Loenzien M., Nguyen T.T., Luu B.N., 2005*). Dans ma thèse, j'analyse également les données obtenues grâce à la question : "*Avec qui avez-vous discuté du VIH/sida durant ces six derniers mois?*" de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long afin d'identifier l'impact des discussions ayant trait au VIH/sida sur le niveau de connaissance globale. Le résultat est que 79,5 % des répondants ont discuté du VIH/sida avec au moins une autre personne dans les six mois qui précèdent l'enquête. La proportion de personnes qui discutent du VIH/sida avec d'autres personnes est beaucoup plus élevée chez les séropositifs que chez les membres séronégatifs de leur famille et chez les membres des foyers-témoins, respectivement 92,7 %; 82,2 %; 72,4 %.

Les répondants, notamment les séropositifs, discutent du VIH/sida avec différentes personnes. Ces dernières sont réparties en trois groupes principaux : (1) les proches dans le foyer (parents, époux(se)/petit(e) ami(e), frères, sœurs, enfants); (2) les spécialistes (personnel sanitaire, éducateurs de pair, conseillers, enseignants); (3) l'entourage (parenté, amis/collègues, voisins). Les séropositifs discutent surtout avec les proches de leur foyer (79,9 %), puis avec des spécialistes (64,2 %) et avec leur entourage (58,7 %). Les membres séronégatifs des foyers ont tendance à discuter davantage avec leurs proches et leur entourage qu'avec des spécialistes. Les MemF+ discutent davantage du VIH/sida avec leurs proches que les MemF- (73,1 % versus 55,3 %). En revanche, les MemF- en discutent plus avec leur entourage que les MemF+ (57,5 % versus 47 %) (Figure 3.3).

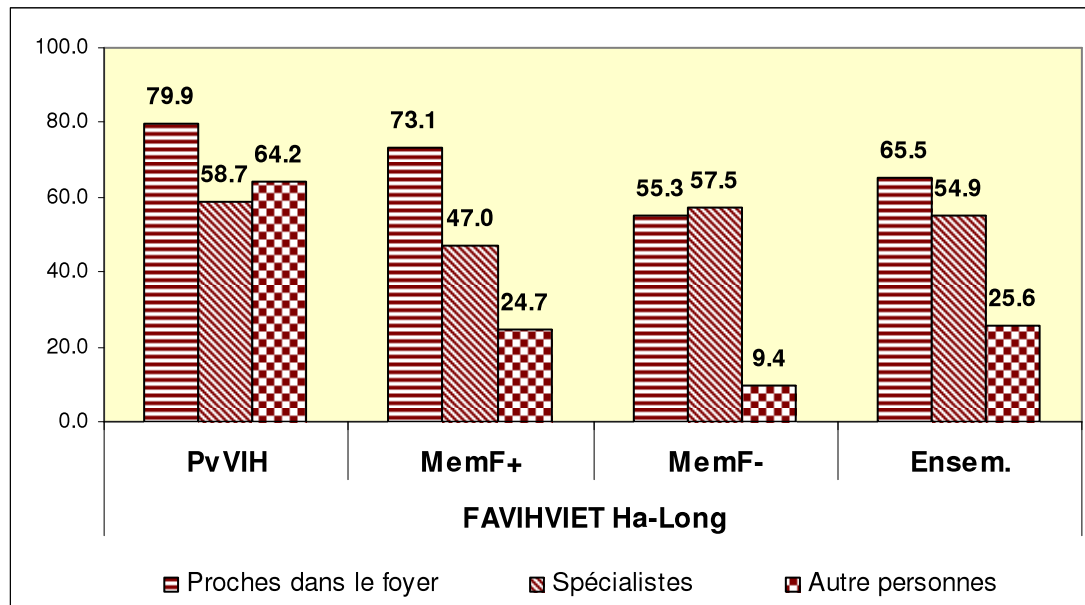


Figure 3.3 – Répartition (%) des répondants selon le groupe de personnes avec qui ils ont discuté sur le VIH/sida dans les six mois précédant l'enquête, leur statut VIH et celui de leur foyer

Une analyse plus détaillée montre que les membres des foyers-témoins discutent surtout avec leurs amis/collègues (49,8 %), puis avec leurs époux(se)/petit(e) ami(e)/partenaire (43,8 %). De leur côté, les membres séronégatifs des foyers-cas discutent surtout avec leurs conjoints/petits amis/partenaires (45,2 %) ou avec leurs frères et soeurs (42,5 %). Les séropositifs, eux, en discutent surtout avec leurs parents (60,9 %), le personnel sanitaire (57 %), les amis, les collègues (53,1 %), leurs frères et sœurs (52,5 %). Si les membres des foyers, notamment les membres des foyers-témoins discutent très peu du VIH/sida avec les pairs éducateurs ou les conseillers, les séropositifs, eux, en discutent beaucoup avec ces personnes (37,4 % et 29,1 % des séropositifs versus 4,1 % et 5,0 % des MemF+; 1,4 % et 0,5 % des MemF-). Les séropositifs discutent davantage du VIH/sida avec les membres de leur parenté et leur voisinage que ne le font les membres séronégatifs des foyers (26,8 % et 24,0 % des séropositifs versus 16,0 % et 17,4 % des MemF+; 23,8 % et 13,2 % des MemF-). Les membres séronégatifs des foyers-cas discutent davantage du VIH/sida avec leurs enfants que ne le font les membres des foyers-témoins (17,4 % versus 8,2 %) (tableau 3.27).

Tableau 3.27 – Répartition (%) des répondants selon les personnes avec lesquelles ils ont discuté du VIH/sida durant les six mois précédant l'enquête, leur statut VIH et celui de leur foyer

Personnes discutant sur le VIH/sida	FAVIHVIET Ha-Long			
	PVVIH	MemF+	MemF-	Ensem.
Père, mère	60,9	23,7	12,5	26,2***
Frère, sœur	52,5	42,5	27,4	37,0***
Epoux(se) / petit(e) ami(e)	34,6	45,2	43,8	42,1
Fils, fille	1,7	17,4	8,2	9,2***
Personnel de santé	57,0	23,3	7,2	22,5***
Pair éducateur	37,4	4,1	1,4	10,1***
Conseiller(ère)	29,1	5,0	0,5	8,0***
Enseignant(e)	2,8	1,8	1,9	2,1
Ami(e) ou collègue	53,1	34,7	49,8	46,4***
Voisin(e)	26,8	16,0	23,8	22,4*
Cousin(e), autre apparenté	24,0	17,4	13,2	16,7***
Effectif des répondants	179	219	416	814

*** $p=0,000$; ** $p<0,005$; * $p<0,05$

Il est à noter qu'on aurait dû diviser la variable « époux(se)/petit(e) ami(e)/partenaire » en deux variables : « époux(se) » et « petit(e) ami(e)/partenaire ». Toutefois, cette distinction n'est pas possible, époux(se), petit(e) ami(e), partenaire étant regroupés dans un même code dans le questionnaire. Il s'agit d'une limite des données de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long. L'analyse croisée de la variable « Discussion sur le VIH/sida avec son époux(se)/petit(e) ami(e)/partenaire » et la variable « Situation matrimoniale » des répondants montre que très peu de répondants célibataires (4,1 % des 243 répondants) discutent du VIH/sida avec les personnes de ce groupe. Il s'agit sans doute de leur petit(e) ami(e). Par contre, en ce qui concerne des personnes séparées, divorcées et veuves, il est impossible de déterminer avec qui ces répondants ont discuté, en raison du manque d'information sur leur famille. D'ailleurs, le nombre des répondants séparés, divorcés et veufs ayant discuté avec les personnes de ce groupe n'est pas très important (11,4 % de 114 répondants). Ainsi, peut-on constater que le groupe de personnes ayant discuté du VIH/sida avec les répondants constitue principalement des époux et épouses de ces derniers.

Le lien entre la connaissance globale sur le VIH/sida et les discussions sur ce sujet avec différents groupes de personnes, indique que les discussions avec les proches dans

le foyer, les spécialistes ou l'entourage provoquent une augmentation de la connaissance globale du VIH/sida (tableau 3.28). Les séropositifs obtiennent l'augmentation de connaissance la plus importante lorsqu'ils discutent avec les spécialistes (3,9 points). Les séropositifs qui discutent avec les proches de leur foyer ont 3,6 points de plus par rapport à ceux qui ne le font pas. Quant aux membres séronégatifs des foyers-cas et membres des foyers-témoins, la différence de note de connaissance la plus élevée est obtenue quand ils discutent avec les proches de leur foyer (respectivement 6,3 points et 3,3 points) et avec des spécialistes (3,3 points et 2,8 points). La discussion avec l'entourage provoque une augmentation de la connaissance moindre dans ce dernier groupe que dans les deux autres (2,0 points pour les séropositifs, 1,7 point pour les MemF+ et 2,3 points pour les MemF-).

Tableau 3.28 – Note moyenne de connaissance globale obtenue par les répondants selon le type de personnes (après regroupement) avec lesquelles ils ont discuté du VIH/sida durant les six mois précédant l'enquête, leur statut VIH et celui de leur foyer

Personnes discutant sur le VIH/sida		PVVIH		MemF+		MemF-	
		Note	ET	Note	ET	Note	ET
Famille proche	<i>Oui</i>	37,4	4,2	36,3	5,0	34,6	5,0
	<i>Non</i>	33,9	6,8	30,0	5,8	31,2	5,9
	<i>Différence</i>	3,6	***	6,3	***	3,3	***
Spécialistes	<i>Oui</i>	38,1	4,2	37,1	5,3	35,6	5,6
	<i>Non</i>	34,2	5,5	33,8	5,9	32,8	5,7
	<i>Différence</i>	3,9	***	3,3	***	2,8	**
Autres personnes	<i>Oui</i>	37,6	4,4	35,5	5,2	34,1	5,0
	<i>Non</i>	35,5	5,6	33,8	6,4	31,7	6,3
	<i>Différence</i>	2,0	*	1,7	*	2,3	***

*** $p=0,000$; ** $p<0,005$; * $p<0,05$

Les résultats du tableau 3.29 montre une différence de connaissance associée aux discussions avec chaque groupe mentionné :

Pour les séropositifs, les discussions avec les spécialistes provoquent la plus forte hausse du niveau de connaissance, mais pour être précis, ceci est dû aux discussions avec le personnel sanitaire, les pairs-éducateurs et les conseillers et non pas avec les enseignants. Les discussions avec le personnel sanitaire provoquent une augmentation de connaissance plus importante que les discussions avec les pairs éducateurs et les conseillers (respectivement 3,9 points contre 2,6 points et 2,6 points). L'amélioration de la

connaissance liée aux discussions avec les proches du foyer est due principalement aux discussions avec les parents (2,3 points) et les frères et soeurs (1,6 point).

Tableau 3.29 – Note moyenne de connaissance globale obtenue par les répondants selon le type de personnes avec lesquelles ils ont discuté du VIH/sida durant les six mois précédant l'enquête, leur statut VIH et celui de leur foyer

Personnes discutant sur le VIH/sida		PVVIH		MemF+		MemF-	
		Note	ET	Note	ET	Note	ET
Père, mère	<i>Oui</i>	37,6	4,2	37,6	4,8	33,8	4,3
	<i>Non</i>	35,3	5,8	33,7	5,9	33,0	5,9
	<i>Différence</i>	2,3	**	4,0	***	-	
Epoux(se) / petit(e) ami(e)	<i>Oui</i>	37,3	4,1	36,5	5,3	34,9	5,0
	<i>Non</i>	36,4	5,4	33,1	6,0	31,6	5,8
	<i>Différence</i>	-		3,4	***	3,3	***
Frère, soeur	<i>Oui</i>	37,5	4,2	36,7	4,8	34,4	5,1
	<i>Non</i>	35,9	5,7	33,0	6,2	32,6	5,8
	<i>Différence</i>	1,6	*	3,7	***	1,8	**
Personnel de santé	<i>Oui</i>	38,4	4,0	37,3	5,3	36,2	5,9
	<i>Non</i>	34,5	5,5	33,8	5,9	32,8	5,6
	<i>Différence</i>	3,9	***	3,5	***	3,4	**
Pair éducateur	<i>Oui</i>	38,4	4,4	35,4	3,8	38,7	5,6
	<i>Non</i>	35,7	5,1	34,6	6,0	33,0	5,7
	<i>Différence</i>	2,6	**	-		5,7	**
Conseiller(ère)	<i>Oui</i>	38,6	3,1	39,9	4,6	45,5	2,1
	<i>Non</i>	36,0	5,5	34,3	5,9	33,0	5,7
	<i>Différence</i>	2,6	**	5,6	**	12,5	**
Enseignant(e)	<i>Oui</i>	39,2	1,6	34,5	5,2	35,4	5,7
	<i>Non</i>	36,6	5,1	34,6	5,9	33,0	5,7
	<i>Différence</i>	-		-		-	
Cousin(e), autre apparenté	<i>Oui</i>	37,9	4,0	36,6	5,2	33,6	4,8
	<i>Non</i>	36,4	5,3	34,2	6,0	33,0	5,8
	<i>Différence</i>	-		2,5	*	-	
Ami(e) ou collègue	<i>Oui</i>	37,4	4,5	35,1	5,1	33,9	5,0
	<i>Non</i>	35,9	5,5	34,4	6,3	32,2	6,2
	<i>Différence</i>	-		-		1,7	**
Voisin(e)	<i>Oui</i>	37,9	4,3	34,6	4,8	33,8	5,2
	<i>Non</i>	36,3	5,2	34,6	6,1	32,9	5,9
	<i>Différence</i>	-		-		-	

*** $p=0,000$; ** $p<0,005$; * $p<0,05$

Pour les membres séronégatifs des foyers-cas, l'augmentation de la connaissance la plus forte est provoquée par les discussions avec les proches du foyer, notamment les parents (4,0 points), les frères et sœurs (3,7 points), les époux(se)/petit(es) ami(es) (3,4 points). Les discussions avec les spécialistes qui provoquent la plus forte augmentation de connaissance concernent les conseillers (5,6 points) et le personnel sanitaire (3,5 points). Les discussions avec les conseillers provoquent une augmentation de note élevée, mais seulement 5,0 % des MemF+ ont discuté avec eux durant les 6 mois précédant l'enquête. Les discussions avec les pairs éducateurs et les enseignants ne créent pas de différence de connaissance pour les MemF+.

Pour les membres des foyers-témoins, l'amélioration de connaissance la plus forte est provoquée par les discussions avec le groupe des personnes proches, notamment les époux(se)/petit(es) ami(es) (3,3 points) et les frères et soeurs (1,8 point). Les spécialistes qui provoquent une amélioration de la connaissance par leurs discussions avec les membres des foyers-témoins sont le personnel sanitaire (3,4 points), les pairs éducateurs (5,7 points) et les conseillers (12,5 points). Bien que les pairs éducateurs et les conseillers provoquent une amélioration de connaissance très élevée, la proportion des membres des foyers-témoins ayant contacté ces personnes est très faible (respectivement 1,4 % et 0,5 %). Quant à l'entourage, l'amélioration de connaissance provoquée par les discussions avec les amis et les collègues existe, mais reste faible (1,7 point).

L'analyse multivariée utilisant le modèle régression linéaire aide à identifier les facteurs jouant un rôle important et à réajuster la différence de connaissance (tableau 3.30). Le résultat est que les discussions avec les proches sont très significatives dans l'amélioration de la connaissance globale du VIH/sida, la connaissance des membres séronégatifs des foyers-cas augmentant de 4,06 points, tandis que celle des membres des foyers-témoins augmente de 2,99 points. Les proches séronégatifs sont les parents (3,0 points), les frères et sœurs (3,31 points), les époux(se)/petit(es) ami(es) (3,0 points) et les enfants (4,16 points). Quant aux membres des foyers-témoins, les proches ne comprennent que les époux(se)/petit(es) ami(es) (5,0 points).

Tableau 3.30 – Impact sur le niveau de connaissance globale du VIH/sida des discussions sur le VIH/sida avec différentes personnes selon le statut VIH du répondant et celui de son foyer : régression logistique

discussion avec :	PVVIH		MemF+		MemF-	
	t	p	t	p	t	p
Famille proche	-	(1)	4,06	0,000	2,99	0,003
Spécialistes	3,65	0,000	2,55	0,011	-	(1)
Autres personnes	-	(1)	-	(1)	-	(1)
<i>Dont:</i>						
Père, mère	-	(1)	3,00	0,003	-	(1)
Frère, soeur	-	(1)	3,31	0,001	-	(1)
Epoux(se) / petit(e) ami(e)	-	(1)	3,00	0,003	5,00	0,000
Fils, fille	-	(1)	4,16	0,000	-	(1)
Personnel de santé	3,24	0,001	2,42	0,017	-	(1)
Pair éducateur	-	(1)	-	(1)	-	(1)
Conseiller(ère)	-	(1)	2,43	0,016	-	(1)
Enseignant(e)	-	(1)	-	(1)	-	(1)
Ami(e) ou collègue	-	(1)	-	(1)	-	(1)
Voisin(e)	-	(1)	-	(1)	-	(1)
Cousin(e), autre apparenté	-	(1)	-	(1)	-	(1)

(1) Variable non significative

Pour les séropositifs, les discussions avec les spécialistes jouent le rôle le plus important. En effet, elles améliorent la connaissance de manière significative : 3,65 points. Toutefois, ces spécialistes ne sont constitués que du personnel sanitaire (3,24 points). La discussion avec les spécialistes est assez importante pour l'amélioration des connaissances des membres séronégatifs des foyers-cas, avec 2,55 points de plus. Pour eux, ces spécialistes sont le personnel sanitaire (2,42 points) et les conseillers (2,43 points)

En résumé, les séropositifs discutent davantage du VIH/sida avec une autre personne que ne le font les séronégatifs. C'est une des raisons qui explique qu'ils possèdent une meilleure connaissance globale. Dans la famille, les parents, frères, sœurs, époux, épouses sont les interlocuteurs importants dans la discussion sur le VIH/sida avec les séropositifs, notamment les parents. Dans la communauté, le personnel sanitaire, les pairs éducateurs, les conseillers, les amis et les collègues sont les personnes auxquelles les séropositifs

s'adressent pour discuter du VIH/sida. Toutefois, les connaissances globales sur le VIH/sida sont améliorées surtout grâce aux discussions avec le personnel sanitaire.

Les membres séronégatifs des foyers-cas discutent du VIH/sida avec leurs proches, notamment avec leurs époux(es)/ petit (es) ami(es), frères et soeurs, parents. Dans la communauté, ils cherchent souvent à discuter de ce sujet avec leurs amis et collègues. Certains membres séronégatifs des foyers-cas en ont discuté avec le personnel sanitaire, mais très peu ont fait de même avec un conseiller ou un pair éducateur. Le niveau de connaissance globale sur le VIH/sida des membres séronégatifs des foyers-cas bénéficie surtout des discussions avec les proches dans leur foyer, et en deuxième lieu avec le personnel sanitaire.

Les membres des foyers-témoins, eux, discutent souvent du VIH/sida avec leurs amis, leurs collègues, ou leur époux (se)/petit(e) ami(e). Dans la famille, les frères et sœurs et les parents sont ceux qui en discutent le plus avec les membres des foyers-témoins. Très peu de membres des foyers-témoins en ont discuté avec les spécialistes, y compris le personnel sanitaire. Le niveau de connaissance des membres des foyers-témoins sur le VIH/sida bénéficie surtout des discussions avec leurs époux(se)/petit(e) ami(e).

Ainsi, on peut conclure que la famille joue un rôle très important dans les discussions et le partage d'informations sur le VIH/sida. Les répondants en discutent avec leurs proches, les membres de leur foyer beaucoup plus qu'avec les autres personnes dans la communauté. En particulier, dans les foyers touchés par le VIH/sida, les discussions sur ce sujet entre les membres du foyer, avec les parents, les frères, sœurs, les époux, épouses, les enfants aident à améliorer considérablement le niveau de connaissance globale de l'épidémie. Dans ces foyers, les parents jouent le rôle le plus important en termes de discussions avec les séropositifs, viennent ensuite les frères et sœurs. Quant aux autres membres, les personnes importantes en termes de discussion sur le VIH/sida sont les époux(se), les frères et sœurs. Dans les foyers non touchés par le VIH/sida, les époux(se) sont les plus importants. En outre, dans la communauté, les amis, les collègues sont plus importants que la parenté et le voisinage pour les discussions sur le VIH/sida. Dans le groupe des spécialistes, le personnel sanitaire joue le rôle le plus important dans l'amélioration de la connaissance globale du VIH/sida. Les séropositifs discutent davantage du VIH/sida avec le personnel sanitaire qu'avec les conseillers ou les pairs éducateurs, mais peu de séronégatifs ont discuté avec ces personnes.

3.6.3. Facteurs concernant la capacité personnelle et les opportunités de contacts sociaux

Selon nos hypothèses, le niveau de connaissance globale du VIH/sida pourrait être influencé par des facteurs concernant leur capacité personnelle et leurs opportunités de contacts sociaux. Il s'agit du sexe, de l'âge, du niveau d'instruction, de la situation matrimoniale, du statut professionnel et de la participation des répondants aux organisations sociales. Le facteur sexe englobe deux catégories : masculin et féminin. Les répondants sont répartis en trois groupes d'âge : (1) de 15 à 29 ans (2) de 30 à 49 ans et (3) de 50 à 60 ans. En fonction du niveau d'instruction, les répondants sont classés en cinq groupes : (1) ceux qui n'ont pas terminé l'école primaire (2) ceux qui ont fini l'école primaire (3) ceux qui ont fini le collège (4) ceux qui ont terminé le lycée (5) ceux qui ont terminé les écoles supérieures/universités ou plus. En ce qui concerne le statut professionnel, 3 catégories sont identifiées : (1) a un travail (2) n'a pas de travail (3) retraité. La situation matrimoniale comprend 5 catégories : (1) célibataire (2) marié(e) vivant avec le conjoint (3) séparé(e) (4) divorcé(e) (5) veuf(ve). La participation aux organisations sociales comprend la participation à l'union des femmes, l'union de la jeunesse communiste, les syndicats, les associations/groupes d'aide aux séropositifs.

Selon les résultats du tableau 3.31, la différence de connaissance globale du VIH/sida selon les catégories indiquées ci-dessus montre que, dans l'ensemble, le sexe et le groupe d'âge ne provoquent pas d'amélioration significative des connaissances. La différence de note entre les hommes et les femmes est un peu plus nette uniquement chez le groupe des séropositifs. Les femmes séropositives ont une connaissance globale du VIH/sida meilleure que les hommes séropositifs (environ 1,4 point). Le niveau d'instruction améliore de façon significative la connaissance. Plus les répondants sont instruits, plus leur connaissance globale du VIH/sida est élevée. Cela est vrai pour les trois groupes des séropositifs, des proches séronégatifs et des membres des foyers témoins. Par exemple, la note de connaissance globale du VIH/sida des séropositifs ayant terminé l'école primaire atteint 35,1 points, celle de ceux qui ont terminé le collège est de 37,5 points, celle de ceux qui ont terminé le lycée : 38,5 points ; et celle de ceux qui ont terminé les écoles supérieures ou les universités : 42,5 points. D'autres recherches font le même constat (*Lê Minh Hai et al., 2005; Nguyễn N.T. et al., 2005*).

Tableau 3.31 – Note moyenne de connaissance globale des répondants selon leurs capacités personnelles et leurs opportunités de contacts sociaux, selon leur statut VIH et celui de leur foyer

Caractéristiques démographiques - social	PVVIH		MemF+		MemF-	
	Note	ET	Note	ET	Note	ET
Sexe						
Homme	36,2	4,7	34,0	5,8	33,1	5,6
Femme	37,6	5,5	35,0	6,0	33,0	5,8
Groupe d'âge						
15-29	37,2	4,8	34,4	6,0	33,2	5,7
30-49	36,2	5,3	34,9	6,2	33,5	5,4
50-60	40,0	-	34,6	5,8	32,1	6,2
Niveau d'instruction						
Primaire inachevé	33,3	4,2	31,2	5,9	27,1	6,4
Primaire achevé	35,1	5,0	32,1	6,2	29,7	5,7
Collège achevé	37,5	4,3	35,0	5,6	33,0	5,4
Lycée achevé	38,1	3,9	36,2	5,2	34,4	5,0
Ecole sup. tech/univ. et plus	42,5	4,9	39,3	3,9	35,4	6,5
		**		***		***
Statut de travail						
À un travail	37,1	5,6	35,3	5,9	33,7	5,7
Pas de travail	36,2	3,9	32,7	6,1	31,5	5,3
Retraite	33,5	3,5	33,6	5,2	32,7	6,3
				*		**
Situation matrimoniale						
Célibataire	36,8	3,7	33,4	6,3	32,1	5,6
Marié(e), vit avec son conjoint	36,2	5,1	35,0	5,9	33,7	5,6
Séparé(e)	32,8	3,0	41,5	2,6	30,4	8,3
Divorcé(e)	38,2	3,5	34,7	4,5	34,1	4,5
Veuf(ve)	37,5	6,6	34,5	4,7	30,8	6,9
Participation aux org. sociales						
Participe au moins à une org. sociale	38,2	4,4	34,4	6,2	33,9	5,9
Ne participe pas	35,4	5,2	34,8	5,6	32,0	5,3
	2,8	***			1,9	**
Participe à l'union des femmes	38,1	5,1	34,7	6,0	33,6	6,5
Ne participe pas	36,6	5,0	34,6	5,9	32,9	5,5

Participe à la Féd. de la Jeunesse	42,1	3,7	34,0	6,4	33,7	5,5
Ne participe pas	36,5	5,0	34,7	5,9	33,0	5,7
	5,6	**				
Participe à un syndicat	40,6	1,1	36,3	5,6	34,9	5,7
Ne participe pas	36,6	5,1	34,4	5,9	32,6	5,6
					2,3	**
Participe à l'Ass. d'aide aux séros	38,8	4,1	35,5	5,0	37,6	5,5
Ne participe pas	35,2	5,1	34,5	6,0	33,0	5,7
	3,6	***				

*** $p=0,000$; ** $p<0,005$; * $p<0,05$

Pour les séropositifs, le statut professionnel n'améliore pas la connaissance sur le VIH/sida. Toutefois, chez les membres séronégatifs des foyers-cas et les membres des foyers-témoins, ceux qui travaillent ont un niveau de connaissance plus élevé que ceux qui ne travaillent pas (la différence est de 2,5 points chez les MemF+ et 2,3 points chez les MemF-) et que les retraités (la différence est de 1,7 point chez les MemF+ et 1,0 point chez les MemF-). La situation matrimoniale n'améliore pas non plus la connaissance globale chez les séropositifs et les membres séronégatifs de leurs foyers, mais chez les membres des foyers-témoins, ceux qui sont mariés et qui vivent avec leur conjoint ont une connaissance légèrement meilleure (1,6 point) que les célibataires. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'ils ont discuté du VIH/sida avec leur conjoint, facteur qui aide à améliorer significativement le niveau de connaissances chez les membres des foyers-témoins comme nous l'avons vu auparavant.

Il est étonnant que la participation à au moins une association ne crée pas de différence de connaissance globale chez les membres séronégatifs des foyers-cas. Cela n'est vrai que pour les séropositifs et les membres des foyers-témoins (2,8 points et 1,9 point). De plus, bien qu'actuellement l'Union des femmes soit considérée comme l'une des organisations sociales les plus engagées dans la prévention du VIH/sida¹⁹, et qu'environ un cinquième des répondants participe à cette association, cette participation ne crée pas de différence de connaissance globale du VIH/sida. Les séropositifs participant à l'Union de la jeunesse communiste et aux associations/groupes d'aide aux séropositifs ont une connaissance plus élevée que ceux qui n'y participent pas (respectivement 5,6 points et 3,6

¹⁹ À Ha-Long, l'union des femmes mène le projet *Renforcer la participation des séropositifs (GIPA)* appuyé par des organes onusiens. Voir : <http://www.gipa.com.vn>

points). En réalité, seuls les séropositifs et les membres séronégatifs de leurs familles peuvent participer aux associations/groupes d'aides aux séropositifs. La plupart des jeunes (moins de 29 ans) dans les deux types de foyers sont membres de l'Union de la jeunesse communiste. Les membres des foyers-témoins participant à un syndicat ont une connaissance plus élevée. Toutefois, la participation à un syndicat ne crée aucune différence de connaissance chez les membres séronégatifs des foyers-cas et les séropositifs.

Afin de contrôler l'impact des facteurs concernant la capacité personnelle et les opportunités de contacts sociaux sur le niveau de connaissance globale du VIH/sida, une analyse multivariée est réalisée selon le modèle de régression linéaire. Dans la réalisation de cette analyse, les variables « sexe » et « participation aux organisations sociales » étant déjà de type binaire sont conservées telles quelles. Les autres étant de type catégoriel à plus de deux modalités, doivent être recodées pour devenir binaires. Le variable « âge » est divisée en deux catégories : (1) moins de 29 ans et (2) plus de 30 ans. Cette division s'explique par le fait que la moitié des répondants est âgée de moins de 29 ans, l'autre, plus de 30 ans ; dans les foyers, plus d'un tiers des membres sont âgés de moins de 29 ans (*voir caractéristique de l'échantillon – chapitre 2*). La variable « niveau d'instruction » est divisée en deux catégories : (1) personne ayant terminé le lycée ou plus et (2) personne n'ayant pas terminé le lycée, autrement dit, ayant terminé le collège ou moins. Cette division s'explique par le fait que deux tiers des répondants n'ont pas terminé le lycée et leur nombre moyen d'années passées à l'école est d'environ 9 ans, l'équivalent du niveau d'une personne ayant terminé le collège (*voir caractéristique de l'échantillon – chapitre 2*). Une autre étude ([Lê Minh Hai et al., 2005](#)) a montré que la connaissance du VIH/sida atteint son plus haut niveau chez les personnes ayant terminé le lycée. Le variable « Statut professionnel » est divisée en deux catégories : (1) celles qui ont un travail et (2) celles qui n'en ont pas. La variable « Situation matrimoniale » est divisée en (1) personnes en union et (2) personnes hors union.

Selon les résultats du tableau 3.32, le niveau de connaissance globale des hommes séropositifs est inférieur à celui des femmes séropositives (2,12 points). Il n'y a pas de différence de connaissance entre les deux sexes chez les membres séronégatifs des foyers-cas et les membres des foyers-témoins. Le fait d'être âgé moins de 29 ans influence un peu le niveau de connaissance des membres des foyers-témoins (3,25 points) mais cela n'a aucun impact sur le niveau de connaissance des séropositifs et sur celui des membres séronégatifs des foyers-cas. Un niveau d'instruction équivalent au lycée ou plus améliore la connaissance du VIH/sida chez les membres séronégatifs (2,05 points chez les MemF+ et

2,47 points chez les MemF-), mais ce n'est pas le cas pour les séropositifs. Le fait de vivre en union augmente de 2,42 points la note de connaissance des membres des foyers-témoins. La participation aux organisations sociales n'influence pas du tout la connaissance globale des membres séronégatifs des foyers-cas et des membres des foyers-témoins. Par contre, le fait d'être membre de l'Union de la jeunesse communiste ou d'une association/un groupe d'aide aux séropositifs améliore de façon significative la connaissance du VIH/sida chez les séropositifs. La participation à une association/un groupe d'aide aux séropositifs est plus importante que la participation à l'Union de la jeunesse communiste pour l'amélioration de la connaissance (4,56 points versus 3,40 points).

Tableau 3.32 – Impact des facteurs concernant la capacité personnelle et les opportunités de contacts sociaux sur le niveau de connaissance globale du VIH/sida selon le statut VIH du répondant et celui de son foyer : régression logistique

Variables	PVVIH		MemF+		MemF-	
	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Sexe (homme vs femme)	-2,12	0,037	-	(1)	-	(1)
Age (15-29 vs plus 30)	-	(1)	-	(1)	3,25	0,001
Niveau d'instruction (lycée achevé vs non)	-	(1)	2,05	0,043	2,74	0,007
Statut professionnel (travail vs pas)	-	(1)	-	(1)	-	(1)
Mariage (en union vs hors union)	-	(1)	-	(1)	2,42	0,016
Part. à l'union des femmes (oui vs non)	-	(1)	-	(1)	-	(1)
Part. Féd. de la Jeunesse (oui vs non)	3,40	0,001	-	(1)	-	(1)
Part. à un syndicat (oui vs non)	-	(1)	-	(1)	-	(1)
Part. à l'Ass. d'aide PVVIH. (oui vs non)	4,56	0,000	-	(1)	-	(1)

(1) Variable non significative

En résumé, on n'observe pas de différence de connaissance globale du VIH/sida selon le sexe chez les membres séronégatifs des foyers-cas et les membres des foyers-témoins, mais la connaissance des hommes séropositifs est meilleure que celle des femmes séropositives. Les jeunes de moins de 29 ans, dans l'ensemble, ont tendance à avoir une meilleure connaissance du VIH/sida que les personnes âgées de plus de 30 ans, mais cette différence de niveau de connaissances selon le groupe d'âge n'existe pas chez les séropositifs. Vivre en union induit une différence de connaissance chez les membres des foyers qui ne sont pas touchés par le VIH, mais cela n'a aucun impact pour les séropositifs

et les membres séronégatifs de leurs foyers. Le statut d'emploi et la participation à un syndicat ou à l'Union des femmes n'ont aucun impact sur le niveau de connaissance. Par contre, la participation à d'autres organisations sociales telles que l'Union de la jeunesse communiste ou les associations/groupes d'aide aux séropositifs aide à améliorer considérablement les connaissances. Parmi ces organisations, les associations/groupes d'aide aux séropositifs jouent le rôle le plus important.

3.6.4. Conditions matérielles dans le foyer

Certaines conditions matérielles sont supposées avoir une influence sur le niveau de connaissance globale des répondants, notamment la possession d'objets de réception d'informations et d'équipements de transport. Il s'agit de la radio, la télévision, le téléphone, le vélo, la moto. Selon les résultats de l'analyse sur la similitude entre foyers-cas et foyers-témoins dans le chapitre 2, la proportion des foyers qui possèdent un poste de radio, une télévision et un téléphone est la même dans ces deux catégories. Les foyers-cas ont moins de vélos et de motos que les foyers-témoins. Par contre, la connaissance globale des séropositifs et des membres séronégatifs des foyers-cas est meilleure que celle des membres des foyers-témoins. Ces vérifications aident à mesurer l'impact des facteurs sur le niveau de connaissance globale.

Le tableau 3.33 présente les notes de connaissance selon la possession d'objets et d'équipements du foyer. La possession d'un poste de radio dans le foyer améliore la connaissance. Actuellement, 51,6 % des répondants vivent dans un foyer possédant un poste radio. La note de connaissance des séropositifs vivant dans un foyer possédant un poste radio est de 2,5 points supérieure à celle des séropositifs vivant dans un foyer n'en possédant pas. La différence s'élève à 3,9 points pour les membres séronégatifs des foyers-cas et 2,8 points pour les membres des foyers-témoins. La possession d'un poste de télévision crée également une différence significative chez les séropositifs et chez les membres séronégatifs des foyers-cas (respectivement, 4,3 points et 4,6 points) mais ce n'est pas le cas chez les membres des foyers-témoins. Presque tous les répondants (95,7 %) vivent dans un foyer possédant un poste de télévision. 71,5 % des séropositifs, 83,7 % des membres séronégatifs de leurs foyers et 87,6 % des membres des foyers-témoins vivent dans un foyer possédant un téléphone. Toutefois, la possession d'un téléphone par le foyer ne crée de différence de connaissance que chez les séropositifs, et cette différence n'est pas très importante (1,9 point). Il n'y a aucune différence de connaissance entre les séropositifs vivant dans les foyers possédant un vélo, une moto et ceux vivant dans les foyers ne possédant pas de tels moyens. Toutefois, les membres

séronégatifs des foyers-cas vivant dans un foyer possédant une moto et les membres des foyers-témoins vivant dans un foyer possédant un vélo ont une connaissance globale meilleure que celle des personnes vivant dans un foyer ne possédant pas de tels moyens (respectivement, 3,4 points et 3,3 points). Actuellement, 71,5 % des séropositifs, 83,7 % des membres séronégatifs des foyers-cas et 87,6 % des membres des foyers-témoins vivent dans un foyer possédant un vélo. 56,4 % des séropositifs, 67,9 % des membres séronégatifs des foyers-cas et 77,6 % des membres des foyers-témoins vivent dans un foyer possédant une moto.

Tableau 3.33 – Note moyenne pour la connaissance globale selon la possession de certains objets et équipements importants dans le foyer, le statut VIH du répondant et celui de son foyer

Objets		PVVIH		MemF+		MemF-	
		Note	ET	Note	ET	Note	ET
Radio	<i>Oui</i>	38,0	4,3	36,3	5,3	34,4	4,9
	<i>Non</i>	35,6	5,4	32,5	6,0	31,6	6,1
	<i>Différence</i>	2,5	**	3,9	***	2,8	***
Télévision	<i>Oui</i>	37,0	5,0	34,9	5,8	33,0	5,7
	<i>Non</i>	32,7	3,3	30,3	5,9	36,0	3,3
	<i>Différence</i>	4,3	**	4,6	*	-	
Téléphone	<i>Oui</i>	37,2	5,2	34,9	6,0	33,3	5,6
	<i>Non</i>	35,3	4,3	33,0	5,5	31,9	6,0
	<i>Différence</i>	1,9	*	-		-	
Vélos	<i>Oui</i>	36,6	5,2	34,8	5,8	33,5	5,5
	<i>Non</i>	37,0	4,7	33,7	6,7	30,2	6,3
	<i>Différence</i>	-		-		3,3	***
Motos	<i>Oui</i>	37,0	5,5	35,7	5,7	33,3	5,9
	<i>Non</i>	36,3	4,4	32,3	5,7	32,5	4,8
	<i>Différence</i>	-		3,4	***	-	

*** $p=0,000$; ** $p<0,005$; * $p<0,05$

L'analyse multivariée utilisant le modèle régression linéaire montre que la possession d'un poste radio est un facteur permettant d'améliorer la connaissance globale chez les trois groupes de répondants. En effet, les personnes vivant dans un foyer possédant un poste radio, ont une note plus élevée de 3,08 points chez les séropositifs, de 4,58 points chez membres séronégatifs de leurs foyers, de 4,65 points chez membres des foyers-témoins. La possession d'un poste de télévision augmente la note de connaissance de 2,58

points chez les séropositifs, mais elle n'augmente pas cette note chez les membres séronégatifs des foyers-cas ni chez membres des foyers-témoins. La possession d'un téléphone n'a aucun lien avec la connaissance globale. La possession d'un vélo augmente la note de connaissance chez les membres des foyers-témoins de 3,1 points, tandis que la possession d'une moto augmente la note des membres séronégatifs des foyers-cas de 3,25 points (tableau 3.34).

Tableau 3.34 – Impact de la possession de certains biens matériels sur le niveau de connaissance globale du VIH/sida selon le statut VIH du répondant et celui de son foyer : régression logistique

équipement possédé	PVVIH		MemF+		MemF-	
	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Radio	3,08	0,002	4,58	0,000	4,65	0,000
Télévision	2,58	0,011	-	(1)	-	(1)
Téléphone	-	(1)	-	(1)	-	(1)
Vélo	-	(1)	-	(1)	3,10	0,002
Moto	-	(1)	3,25	0,001	-	(1)

(1) Variable non significative

En résumé, la possession d'un poste radio joue un rôle assez important dans l'amélioration de la connaissance globale du VIH/sida. Toutefois, elle n'est pas aussi répandue que celle d'un poste de télévision. La possession d'un poste de télévision améliore la connaissance des séropositifs. Par contre, la possession d'un vélo ou d'une moto n'a aucun lien avec l'amélioration du niveau de connaissance de ces personnes. Néanmoins, elle augmente le niveau de connaissance globale du VIH/sida chez les séronégatifs. Le niveau de mobilité géographique des séropositifs n'étant pas très élevé, c'est-à-dire qu'ils se déplacent, vont au travail ou participent aux organisations sociales moins que les autres, la télévision et la radio sont des moyens efficaces pour recevoir des informations sur le VIH/sida. En revanche, les séronégatifs ayant un niveau de mobilité géographique plus élevé, ayant plus de contacts sociaux, le vélo et la moto sont des moyens plus influents que la radio ou la télévision.

CHAPITRE 4 : ATTITUDES DE STIGMATISATION LIEES AU VIH/SIDA

La stigmatisation des PVVIH dans la société est encore forte. Elle favorise une autostigmatisation des PVVIH et des membres de leurs foyers ainsi qu'une stigmatisation des PVVIH par les membres des foyers.

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 1 de cette thèse, la stigmatisation est une notion qualitative dont les éléments structurels sont complexes. La stigmatisation liée au VIH/sida a existé dès l'apparition de l'épidémie (*Chapitre 1: Notion de stigmatisation*). Les études qualitatives sont les premières à avoir été effectuées dans la recherche sur la stigmatisation liée au VIH/sida. Ces études se sont multipliées. Elles ont surtout permis de découvrir les manifestations concrètes et variées de la stigmatisation liée au VIH/sida ainsi que de porter un jugement sur le degré de stigmatisation plutôt que de véritablement le mesurer. La quantification a posteriori a été un complément nécessaire, premièrement pour confirmer l'authenticité des informations collectées grâce aux analyses qualitatives sur la stigmatisation, deuxièmement pour enrichir les informations et les connaissances sur la stigmatisation dans un but d'aider à la planification des interventions (*UNAIDS, 2006*).

Pour les besoins de la quantification, des indicateurs de stigmatisation ont été proposés. Depuis 2002, l'ONUSIDA a réuni un groupe d'experts pour développer un ensemble d'indicateurs sur la stigmatisation et la discrimination (Set of Indicators on Stigma and Discrimination). En 2004, le premier ensemble d'indicateurs détaillés et mesurables a été formé et testé dans une étude en Tanzanie. Il permettait de mesurer la stigmatisation à partir de quatre composants principaux : (1) La peur d'attraper le VIH/sida par les contacts quotidiens et le refus d'être en contact avec des séropositifs ; (2) Les attitudes liées aux valeurs et à la morale comme le fait d'accuser, de juger, d'avoir honte ; (3) La stigmatisation en actes ; et (4) La déclaration de la séropositivité. Fin 2005, les experts ont discuté de la standardisation des indicateurs de stigmatisation que l'on pourrait utiliser dans différents contextes et différentes régions géographiques. En 2006 a été publié un document sur le nouvel ensemble d'indicateurs. De même, auparavant en 2004, un symposium a été

organisé par le Royal Tropical Institute, le Swiss Tropical Institute, la London School of Hygiene & Tropical Medicine pour discuter des modes de mesure de la stigmatisation liée à la santé dont le VIH/sida. En 2005 et 2006, l'ONUSIDA et l'Association internationale de la planification familiale ont également développé des indicateurs d' « Indice des droits des séropositifs VIH » pour évaluer la stigmatisation vécue par ces derniers... (*UNAIDS, 2006*).

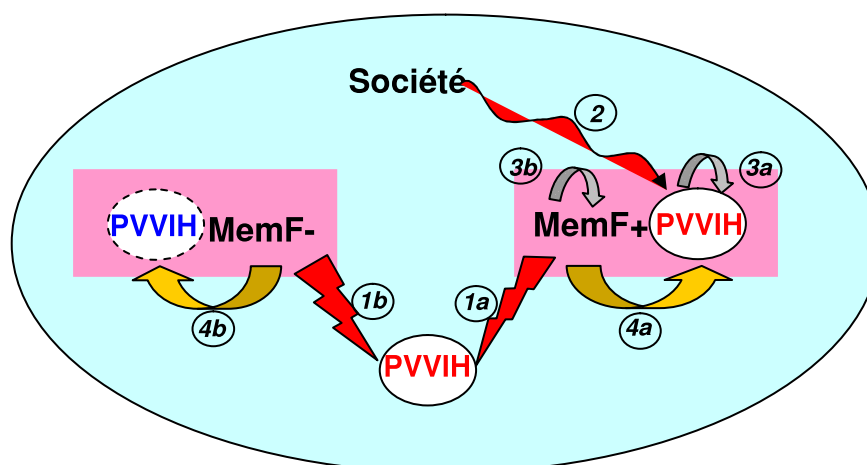
En 2005 lorsque j'ai commencé à élaborer mon plan de recherche, je n'avais pas eu accès à de nombreux documents sur les méthodes de mesure de la stigmatisation et sur les indicateurs de stigmatisation. De plus, ces documents n'avaient pas encore été publiés. Ainsi, le cadre théorique d'analyse et les mesures de la stigmatisation étaient limités. Aussi, les analyses et la mesure de la stigmatisation dans ma thèse se heurtent encore à de nombreuses limites. Les questions utilisées dans l'enquête FAVIHVIET ont été développées en se fondant sur l'exploration des outils de quelques études et enquêtes menées auparavant, dont l'enquête VPAIS 2005. Jusqu'à aujourd'hui, dans toutes les études sur la stigmatisation, les outils d'enquête et les questions mesurant la stigmatisation ont beaucoup progressé. Le sens des questions a été clairement expliqué, les modalités de réponse et les barèmes sont devenus beaucoup plus concrets (*Michael King et al., 2007; PCSA Viêt Nam, UNDP, 2009*).

Dans ce chapitre, je voudrais présenter les résultats de l'analyse des données de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long sur la stigmatisation dont certains seront comparés à ceux de l'enquête VPAIS. La recherche sur la stigmatisation dans ma thèse porte principalement sur la mesure des attitudes de stigmatisation liées (1) au refus d'être en contact avec les séropositifs (2) au fait d'accuser, de juger et d'avoir honte (3) à la discrimination. Ces attitudes de stigmatisation s'adressent aux séropositifs dans la société en général et aux séropositifs dans leurs foyers en particulier. Elles existent chez les séropositifs eux-mêmes, chez les membres des foyers comportant des séropositifs et chez les membres des foyers témoins. La recherche est limitée à quatre dimensions : la discrimination (1) en général (refus de contact, honte, accusation...) (2) dans les activités sociales (3) dans les situations quotidiennes (4) dans l'accès aux soins de santé. En outre, d'autres manifestations de la stigmatisation sont identifiées par le biais d'analyses qualitatives.

Le traitement des données de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long met en évidence 4 types de stigmatisation. La première est la stigmatisation des séropositifs dans la société par les membres du foyer. La deuxième est la perception qu'ont les séropositifs enquêtés de leur

stigmatisation par la société appelée aussi « stigmatisation ressentie ». La troisième est l'autostigmatisation des séropositifs enquêtés et de leurs proches. La quatrième est la stigmatisation des séropositifs par leur famille. Il est indéniable que pour les foyers-témoins, c'est une attitude qui peut se produire lorsqu'au moins un séropositif vit dans le foyer. Ces attitudes de stigmatisation sont mesurées au niveau des individus qui ont ces attitudes. En outre, elles sont mesurées au niveau des foyers. La quantité de membres d'un foyer ayant une même attitude de stigmatisation traduit l'intensité de la stigmatisation par ce foyer. Le schéma 4.1 ci-dessous illustre les types d'attitudes de stigmatisation apparus dans l'analyse des données de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long.

Schéma 4.1- Types de stigmatisation liée au VIH/sida dans l'analyse des données de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long

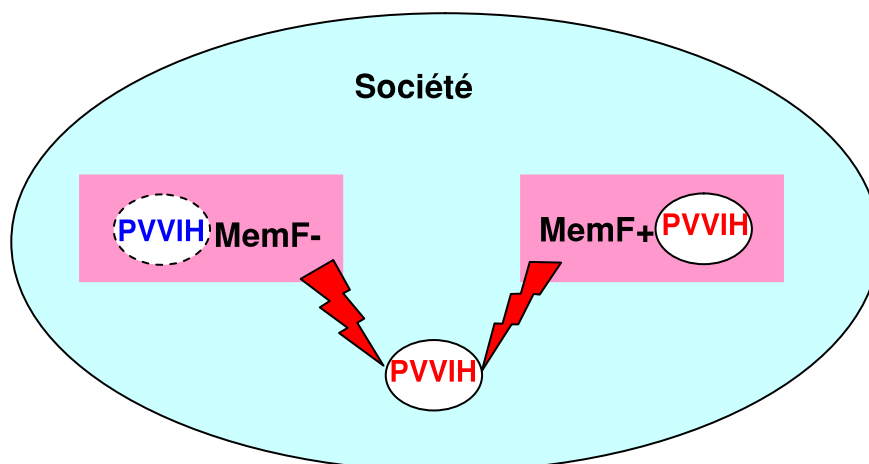


(**PVVIH** : Personne vivant VIH/ le séropositif ; **MemF+** : Membre séronégatif de foyer-cas ;
MemF- : Membre de foyer-témoin)

- ❶ Stigmatisation par les membres des foyers comportant une personne séropositive (1a) des membres des foyers témoins (1b) des PVVIH dans la société.
- ❷ Perception qu'ont les PVVIH de leur stigmatisation par la société.
- ❸ Auto stigmatisation des personnes se déclarant séropositives (3a) et des membres de leurs foyers (3b).
- ❹ Stigmatisation par les membres des foyers comportant une personne séropositive (4a) et les membres des foyers témoins (4b) de PVVIH dans leurs foyers.

4.1. Stigmatisation des PVVIH dans la société

Schéma 4.2 - Stigmatisation des PVVIH dans la société par les membres séronégatifs des foyers-cas et les membres des foyers-témoins



(**PVVIH** : Personne vivant VIH/ le séropositif ; **MemF+** : Membre séronégatif de foyer-cas ;
MemF- : Membre de foyer-témoin)

Dans les études sur le VIH/sida, au Viêt-nam comme dans d'autres pays, la stigmatisation des séropositifs dans la société a été évaluée par le refus d'être en contact avec ces derniers, par exemple le fait de ne pas être prêt à acheter des légumes/de la nourriture vendus par un séropositif, de ne pas permettre à un enseignant séropositif de donner cours, d'accuser les séropositifs d'avoir introduit la maladie dans la communauté ou de considérer qu'ils doivent avoir honte d'eux-mêmes. L'enquête VPAIS 2005 a repris cette façon de quantifier. Etant donnée la méthodologie de recherche ci-dessus et pour pouvoir faire des analyses comparatives, l'enquête FAVIHAVIET Ha-Long a utilisé 4 questions utilisées dans l'enquête VPAIS 2005 et dans d'autres études pour évaluer la stigmatisation par les membres des foyers des séropositifs dans la société. Il s'agit des questions suivantes :

- (1) *Achèteriez-vous des légumes frais auprès d'un commerçant ou une commerçante si vous saviez que cette personne est séropositive VIH/sida?*
- (2) *Selon vous, un enseignant atteint de VIH/sida mais non malade doit-il être autorisé à continuer à enseigner dans une école?*
- (3) *Etes-vous d'accord avec l'opinion selon laquelle une personne séropositive VIH/sida devrait avoir honte d'elle-même?*

(4) *Etes-vous d'accord avec l'opinion selon laquelle une personne séropositive VIH/sida est en faute car elle introduit la maladie dans la communauté?*

La quantification de l'attitude de stigmatisation par ces questions admet certaines limites. Premièrement les répondants doivent proposer des réponses en se fondant sur un contexte hypothétique. Ils peuvent donc donner une réponse acceptable sur le plan social plutôt qu'exacte. Deuxièmement ces questions ont un sens assez large, les répondants peuvent les comprendre de différentes manières. Or, les réponses sont données en se fondant sur un raisonnement opéré par les répondants. Par exemple, de la première question, les répondants pourraient déduire que : (1) les vendeurs sont séropositifs, en entrant en contact avec eux (par un comportement d'achat-vente) on peut devenir séropositif ou (2) les séropositifs VIH ne sont pas des personnes bien car ils sont liés à la drogue, à la prostitution... Il ne faut donc pas être en contact avec eux. Il en est de même de la deuxième question. Les répondants pourraient en déduire que : (1) l'enseignant étant séropositif, s'il continue de donner cours, le contact avec les élèves pourrait entraîner une transmission VIH, ou encore (2) le VIH étant souvent lié à la drogue et à la prostitution, si l'enseignant est séropositif, il n'a pas les qualités morales nécessaires pour être enseignant. Les premières déductions tirées de chacune des deux questions précitées pourraient conduire à une stigmatisation des séropositifs consistant à les éviter ou à refuser tout contact avec eux. Les deuxièmes déductions tirées de chacune des deux questions pourraient conduire à une stigmatisation des séropositifs consistant à les juger ou les dévaloriser. Lorsqu'il existe de nombreuses déductions différentes, les répondants pourraient adopter une attitude neutre vis-à-vis de la question posée, par exemple répondre « N'est pas sûr(e)/ ne sait pas ». Avec la troisième et la quatrième question, les répondants pourraient, dans leur raisonnement, lier le VIH/sida à des comportements déplacés ou des faits considérés comme des « fléaux sociaux ». Dans ce cas, les répondants penseraient que les séropositifs devraient « avoir honte » ou « se sentir en faute ». Par contre, lorsque les répondants déduisent qu'une personne est séropositive pour d'autres raisons (par exemple : le mari transmet le virus à sa femme, un médecin attrape le virus durant le traitement des patients...) cette personne n'a pas à « avoir honte » ou à « se sentir en faute ». C'est pourquoi, les répondants peuvent répondre : « Ça dépend ». Une autre limite dans cette étude est que les raisons expliquant ce type de réponse n'ont pas été notées dans le questionnaire de l'enquête quantitative. La mesure de la stigmatisation comporte donc des biais.

Comme nous l'avons abordé dans le chapitre 1, au Viêt-nam le VIH/sida est étroitement lié à des actes considérés comme des « fléaux sociaux » tels que la toxicomanie ou la

prostitution. Des études menées, notamment celle de Khuât Thu Hông et al (2005) montrent que dans les représentations de la population, le VIH/sida va de pair avec la toxicomanie et la prostitution. La stigmatisation des séropositifs est « double ». Il s'agit d'une stigmatisation de la maladie et de la consommation de drogue ainsi que de la prostitution. La recherche qualitative de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long fait également apparaître cette « double » stigmatisation des séropositifs.

« Voyant qu'il y a un enfant comme ça [séropositif] dans notre famille, les voisins font de la stigmatisation. Ils n'aiment pas notre famille. Ils disent souvent que nous avons un enfant « toxicomane », un « sidéen ». Dans la société, c'est pareil, je trouve. Rien qu'avec la toxicomanie, mon enfant est déjà un élément « pas bien », on ne l'aime pas à cause de cela. Puis, quand on sait qu'il est séropositif, on se montre encore plus stigmatisant ».

(Mère 2, 54 ans, discussion de groupe avec des mères de séropositifs, Cao-Xanh, Ha-Long)

D'après ce que dit cette femme : « Le toxicomane n'est pas bien ». Au Viêt-nam, souvent, les toxicomanes volent les biens des autres pour avoir de l'argent destiné à l'achat de drogue. Ils entraînent également d'autres personnes dans la consommation de drogue. De nombreuses personnes adoptent une attitude de stigmatisation envers ces toxicomanes, car elles considèrent la consommation de drogue, souvent accompagnée de vol, comme un acte immoral. D'ailleurs, l'injection de drogue est l'une des principales raisons de la contamination VIH. Le lien entre la toxicomanie, le vol et la séropositivité est donc clair dans la conception des habitants. La stigmatisation des séropositifs comprend celle des toxicomanes et vice versa, bien que ces deux attitudes puissent être attribuées à différentes raisons. La stigmatisation des toxicomanes est due à la crainte d'être volé ou entraîné dans la consommation de drogue, tandis que la stigmatisation des séropositifs est due à la crainte d'être contaminé.

«1 : On pense souvent que si tu es toxicomane, tu es certainement séropositif ou que si tu es séropositif, tu es toxicomane.

2 : A votre avis, est-ce qu'on adopte la stigmatisation envers les toxicomanes ?

1 : C'est ça. Quand tu es toxicomane, tu ne peux rien faire, tu voleras. On en a peur, on est très vigilant envers les toxicomanes, même plus qu'envers les séropositifs.

2 : Cela veut dire que la stigmatisation des séropositifs est différente de celle des toxicomanes et des voleurs ?

1 : Oui, c'est différent, complètement différent. La différence réside dans le fait que la stigmatisation des séropositifs est due au fait qu'on pense que tu as une maladie dangereuse, qu'il faut t'éviter pour ne pas être contaminé. On a donc peur d'une maladie contagieuse. La

stigmatisation des toxicomanes ou des voleurs est due à la vigilance. On doit être vigilant pour ne pas être volé. C'est une crainte pour l'ordre social.

2 : Quelle est la stigmatisation la plus grave ?

1 : La stigmatisation envers le vol et la toxicomanie est plus grave que celle envers le VIH. Parfois, on bat les toxicomanes, mais on ne le fait pas avec les séropositifs, car on sait que ces derniers vont mourir, tôt ou tard ».

(Entretien approfondi avec le responsable du Club Đồng Tâm [Compassion], Cao-Thang, Ha-Long)

Aux yeux de nombreuses personnes, les séropositifs sont considérés comme les « mauvaises personnes » et ils sont certainement séropositifs par injection de drogue ou en raison de relations sexuelles infidèles. Il s'agit d'actes « déplacés » selon les normes morales de la société. Cette étude montre que les membres des foyers comportant des séropositifs ont la même conception :

« Honnêtement, je pense que les séropositifs sont de très mauvaises personnes. Soit ils sont séropositifs parce qu'ils sont toxicomanes et s'injectent de la drogue, soit ils ne sont pas fidèles. Ces deux voies ont été détectées de manière objective. Ce n'est pas par hasard qu'on est séropositif. Il est très difficile d'attraper le VIH. Seules les personnes qui ne sont pas sérieuses ou qui ne sont pas bien sont séropositives, c'est mon point de vue. Tu vois, la plupart des séropositifs sont toxicomanes. Un grand nombre de personnes sont contaminés par voie sexuelle, c'est un vice, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas bons, n'est-ce pas ? ».

(Frère 6, 36 ans, discussion de groupe avec des frères et sœurs de séropositifs, Cao-Xanh, Ha-Long)

Dans l'étude quantitative, les analyses des données montrent que, pour la première question, 75,6% des répondants font savoir qu'ils achèteront des légumes chez un vendeur même s'ils savent que ce dernier est séropositif. 9,3% indiquent qu'ils n'en achèteront pas et 15,1% ne sont pas sûr d'en acheter. La proportion des répondants disant qu'ils achèteront de légumes chez un vendeur séropositif est plus élevée chez les membres non séropositifs des foyers-cas que chez les membres des foyers-témoins (respectivement 80,8% versus 72,8%). Lorsque l'on compare les deux enquêtes, on constate que la proportion des répondants qui acceptent d'acheter des légumes chez un vendeur séropositif est nettement inférieure dans l'enquête FAVIHVIET par rapport à l'enquête VPAIS à Ha-Long (75,6% versus 86,4%), mais cette proportion est plus forte à Ha-Long que dans l'échantillon de la population générale (59,1%).

Dans cette situation supposée, les répondants qui disent qu'ils ne vont « pas acheter » ou qu'ils ne sont « pas sûr(e)s » d'acheter des légumes chez le vendeur séropositif sont considérés comme ayant une attitude de stigmatisation des séropositifs. Ainsi, 19,2% des membres non séropositifs des foyers-cas et 27,2% des membres des foyers-témoins ont une attitude de stigmatisation : pas d'achat de légumes chez un vendeur séropositif. La proportion des répondants ayant adopté cette attitude est plus forte dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long que dans l'échantillon de l'enquête VPAIS à Ha-Long (respectivement 24,4% versus 13,6%). Dans la population générale, 40,9% des répondants de l'enquête VPAIS adoptent cette attitude (tableau 4.1).

Tableau 4.1 - Répartition (%) des répondants non séropositifs selon leur attitude d'achat de légumes frais auprès du propriétaire d'un magasin ou d'un vendeur séropositif VIH, le statut VIH de leur foyer (pour l'enquête FAVIHVIET) et l'enquête menée

Modalités	FAVIHVIET Ha-Long			VPAIS	
	MemF+	MemF-	Ensem.	Ha-Long	Ensem.
Achète	80,8	72,8	75,6	86,4	59,1
N'achète pas	4,1	12,0	9,3	12,9	36,9
N'est pas sûr(e)	15,1	15,1	15,1	0,7	4,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Effectif des répondants</i>	<i>219</i>	<i>416</i>	<i>635</i>	<i>434</i>	<i>13075</i>
A au moins une att. de stig.	19,2	27,2	24,4	13,6	40,9
<i>p</i>		<i>0,004</i>		<i>0,000</i>	

Pour la deuxième question, 71,9 % des répondants de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long estiment qu'un enseignant séropositif doit pouvoir continuer à donner des cours. Cette proportion est moins forte que dans l'échantillon de l'enquête VPAIS à Ha-Long (84,6 %) mais plus forte que dans l'échantillon de la population générale (62,8 %). Si l'on compare les deux types de foyers, la proportion des personnes d'accord pour qu'un enseignant séropositif continue à donner des cours est légèrement plus forte chez les membres séronégatifs des foyers-cas que chez les membres des foyers-témoins (respectivement 76,3 % et 69,6 %). Ainsi, 12,3 % des répondants à l'enquête FAVIHVIET Ha-Long n'autoriseraient pas un enseignant séropositif à donner des cours. Cette proportion est similaire à celles de l'enquête VPAIS (12,3 % et 12,4 %). 15,8 % des répondants de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long adoptent une réponse neutre : "N'est pas sûr(e)". Cela veut dire qu'ils ne savent pas s'il faut ou non autoriser un enseignant séropositif à continuer de

donner des cours. Cette proportion est de 3,0 % dans la population à Ha-Long pour l'enquête VPAIS et 9,2 % de l'échantillon de la population générale (tableau 4.2).

Dans cette situation supposée, les répondants qui disent “non” ou “ n’est pas sûr(e)” d'autoriser un enseignant séropositif à continuer à donner des cours sont considérés comme ayant une attitude de stigmatisation des séropositifs. Dans l'enquête VPAIS, 37,2 % des répondants adoptent cette attitude, tandis que dans l'échantillon de la population à Ha-Long, cette proportion est de 15,4 %. Dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, la proportion des répondants ayant adopté cette attitude est de 28,1 %, soit le double par rapport à celle de l'échantillon à Ha-Long de VPAIS. 30,4 % des membres des foyers-témoins versus 23,7 % des membres séronégatifs des foyers-cas adoptent cette attitude de stigmatisation.

Tableau 4.2 - Répartition (%) des répondants séronégatifs selon leur attitude à l'égard de l'enseignement par un enseignant séropositif, le statut VIH de leur foyer (pour l'enquête FAVIHVIET) et l'enquête menée

Modalité	FAVIHVIET Ha-Long			VPAIS	
	<i>MemF+</i>	<i>MemF-</i>	<i>Ensem.</i>	<i>Ha-Long</i>	<i>Ensem.</i>
Peut enseigner	76,3	69,6	71,9	84,6	62,8
Ne peut pas enseigner	7,3	15,0	12,3	12,4	28,0
N'est pas sûr	16,4	15,5	15,8	3,0	9,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des répondants	219	416	635	434	13077
A au moins une att. de stig.	23,7	30,4	28,1	15,4	37,2
<i>p</i>		0,020		0,000	

Environ la moitié des répondants de FAVIHVIET Ha-Long (51,7 %) n'est pas d'accord avec la position selon laquelle “les séropositifs doivent avoir honte d'eux-mêmes”. La proportion des personnes qui ne sont pas d'accord avec ce point de vue est plus forte chez les membres séronégatifs des foyers-cas que chez les membres des foyers-témoins (63 % versus 45,7 %). La proportion des répondants qui ne sont pas d'accord avec ce point de vue est moins forte dans l'échantillon VPAIS à Ha-Long ou dans la population générale que dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long (respectivement 40,8 % et 37,4 % versus 51,7 %). Ceux qui ne sont pas d'accord avec ce point de vue sont considérés comme n'ayant pas une attitude de stigmatisation des séropositifs. En revanche, ceux qui sont d'accord avec ce point de vue ou répondent “ça dépend”, ou “n’est pas sûr(e)” sont considérés comme ayant une attitude de stigmatisation des séropositifs (tableau 4.3).

Dans les données de l'enquête VPAIS, seulement trois modalités sont notées : "d'accord", " pas d'accord" et " pas sûr(e)". Dans les données de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, une autre modalité est notée : "Ça dépend". Comme nous l'avons évoqué auparavant, une telle réponse est due au fait que les répondants peuvent comprendre cette question de différentes façons. Ils peuvent estimer qu'une personne atteinte de VIH pour des raisons liées à la drogue ou à la prostitution doit « avoir honte d'elle-même », tandis que si elle est atteinte par le VIH pour d'autres raisons, elle « n'a pas à avoir honte d'elle-même ». La modalité « ça dépend » n'existe pas dans les données de l'enquête VPAIS. A mon avis, il est possible que cette modalité existe bel et bien, mais qu'elle ait été fusionnée avec « d'accord ».

Tableau 4.3 - Répartition (%) des répondants séronégatifs selon le point de vue les « séropositifs devraient avoir honte », le statut VIH de leur foyer (pour l'enquête FAVIHVIET) et l'enquête menée

Modalités	FAVIHVIET Ha-Long			VPAIS	
	MemF+	MemF-	Ensem.	Ha-Long	Ensem.
D'accord	16,4	28,1	24,1	55,1	51,6
Pas d'accord	63,0	45,7	51,7	40,8	37,4
Ça dépend	19,2	23,6	22,0	-	-
N'est pas sûr(e)	1,4	2,6	2,2	4,1	10,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des répondants	219	416	635	434	13074
A au moins une att. de stig.	37,0	54,3	48,3	59,2	62,6
<i>p</i>		0,000		0,000	

Le tableau 4.3 montre que dans l'enquête VPAIS, 55,1 % des répondants à Ha-Long et 51,6 % de l'échantillon de la population générale ne sont pas d'accord avec le point de vue selon lequel « les séropositifs doivent avoir honte d'eux-mêmes ». Dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, seulement 24,1 % des répondants sont d'accord avec ce point de vue, mais 22,0 % disent « ça dépend ». En comparant les deux types de foyers dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, on constate que la proportion des répondants d'accord avec ce point de vue ou qui disent « ça dépend » est plus forte chez les membres des foyers-témoins que chez les membres séronégatifs des foyers-cas (28,1 % des MemF- qui disent « d'accord » versus 16,4 % des MemF+; 23,6 % des MemF- disant « ça dépend » versus 19,2 % des MemF+). La proportion des répondants disant « ne pas être sûr(e) » est très faible : 2,2 % pour FAVIHVIET Ha-Long et 4,1 % pour VPAIS à Ha-Long. Dans

l'échantillon de la population générale, cette proportion est de 10,9 %. Ainsi, dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, 48,3 % des répondants adoptent une attitude de stigmatisation des séropositifs sous forme de jugement de valeur moral en estimant que ces derniers doivent avoir honte d'eux-mêmes. Cette attitude de stigmatisation existe plus souvent chez les membres des foyers-témoins que chez les membres séronégatifs des foyers-cas (54,3 % versus 37,0 %). Toutefois, il est à noter qu'elle existe chez plus d'un tiers des membres des foyers-cas. Elle est encore plus répandue dans l'échantillon de la population à Ha-Long et dans l'échantillon de la population générale de l'enquête VPAIS (59,2 % et 62,6 %).

A propos du point de vue selon lequel « les séropositifs sont coupables d'introduire la maladie dans la communauté », les résultats des réponses sont similaires à celles de l'opinion selon laquelle « les séropositifs devraient avoir honte ». Le tableau 4.4 montre que la moitié des répondants de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long ne sont pas d'accord avec ce point de vue, c'est-à-dire ils n'ont pas une attitude de stigmatisation des séropositifs. Le point de vue selon lequel « les séropositifs sont coupables d'introduire la maladie dans la communauté » traduit une attitude de stigmatisation sous forme d'accusation des séropositifs. La proportion des répondants qui ne sont pas d'accord avec ce point de vue est plus forte dans le groupe des membres séronégatifs des foyers-cas que dans le groupe des membres des foyers-témoins (59,8 % versus 45,0 %).

Tableau 4.4 - Répartition (%) des répondants séronégatifs selon leur point de vue sur « la faute attribuée aux séropositifs », le statut VIH de leur foyer (pour l'enquête FAVIHVIET) et l'enquête menée

Modalités	FAVIHVIET Ha-Long			VPAIS	
	MemF+	MemF-	Ensem.	Ha-Long	Ensem.
D'accord	19,6	26,4	24,1	55,8	57,2
Pas d'accord	59,8	45,0	50,1	41,7	29,4
Ça dépend	19,6	25,0	23,1	-	-
N'est pas sûre	0,9	3,6	2,7	2,5	13,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des répondants	219	416	635	434	13076
A au moins une att. de stig.	40,2	55,0	49,9	58,3	70,6
<i>p</i>		0,002		0,000	

En revanche, les personnes ayant une attitude de stigmatisation sous forme d'accusation des séropositifs sont plus nombreuses chez les membres des foyers-témoins (55,0 %) que chez les membres séronégatifs des foyers-cas (40,2 %) bien disent « ça dépend », « n'est pas sûr(e) ». Dans l'enquête VPAIS, la proportion de répondants ayant cette attitude de stigmatisation est aussi élevée à Ha-Long (55,8 % des répondants) que dans l'échantillon de la population générale (57,2 % des répondants). Ils sont d'accord avec le point de vue selon lequel « les séropositifs sont coupables d'introduire la maladie dans la communauté » tandis que 2,5 % des répondants à Ha-Long et 13,3 % de l'échantillon de la population générale ne sont pas sûrs. Au total, dans l'enquête VPAIS, la proportion de répondants à Ha-Long ayant une attitude de stigmatisation sous forme d'accusation est de 58,3 % et celle de l'échantillon de la population générale de 70,6 %.

Pour l'analyse des résultats des 4 questions précitées, une personne ayant une des 4 attitudes de stigmatisation indiquées ci-dessus est considérée comme quelqu'un qui stigmatise les séropositifs dans la société. La figure 4.1 montre que le degré de stigmatisation est similaire dans l'échantillon de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long et celui de VPAIS à Ha-Long : 61,7 % des répondants de FAVIHVIET Ha-Long et 64,7 % des répondants de VPAIS à Ha-Long ont au moins une attitude de stigmatisation des séropositifs dans la société. En fait, les répondants de l'enquête VPAIS à Ha-Long sont plus nombreux que ceux de FAVIHVIET Ha-Long à refuser d'être en contact avec un séropositif. En revanche, les répondants de FAVIHVIET Ha-Long sont plus nombreux que ceux de VPAIS à juger et à accuser les séropositifs. Toutefois, le degré de stigmatisation des séropositifs à Ha-Long semble moins élevé que dans d'autres localités du pays. En effet, 84,0 % des répondants de l'échantillon de la population générale de l'enquête VPAIS ont au moins une attitude de stigmatisation des séropositifs dans la société. Cela pourrait être expliqué par le fait que Ha-Long en particulier et la province de Quang-Ninh plus généralement est une région qui a été touchée très tôt par le VIH/sida par rapport à d'autres localités du pays. Avec le temps, l'épidémie est mieux connue de la population. L'attitude de stigmatisation liée au VIH/sida a tendance à baisser grâce aux interventions en matière de prévention de l'épidémie.

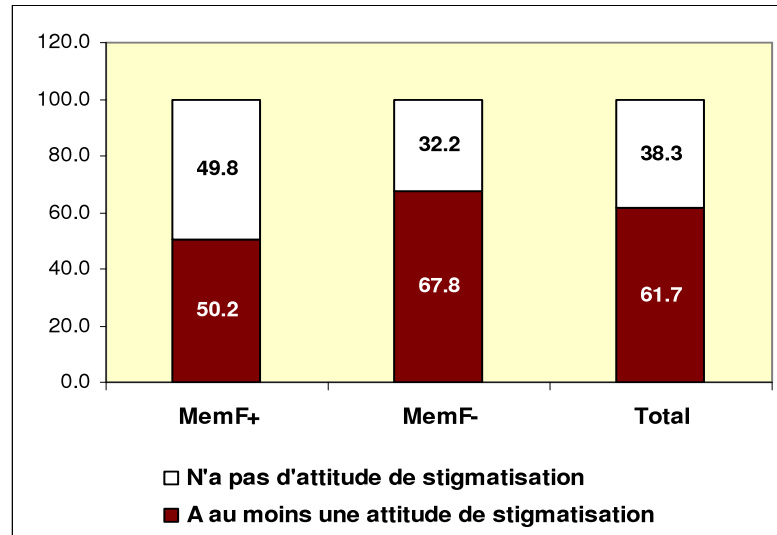


Figure 4.1 - Proportion des répondants séronégatifs de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long qui ont au moins une attitude de stigmatisation des PVIH dans la société selon le statut VIH de leur foyer

La comparaison des deux types de foyers (foyers-cas et foyers-témoins) fait apparaître une différence assez nette dans le degré de stigmatisation des séropositifs par les membres des foyers. Le degré de stigmatisation des séropositifs dans la société est plus élevé chez les membres des foyers-témoins que chez les membres séronégatifs des foyers-cas. En effet, 67,8 % des membres des foyers-témoins versus 50,2 % des membres séronégatifs des foyers-cas ont au moins une attitude de stigmatisation des séropositifs dans la société. Le refus d'être en contact avec les séropositifs, le jugement et l'accusation de ces derniers sont plus forts chez les membres des foyers-témoins que chez les membres séronégatifs des foyers-cas. L'attitude de juger et d'accuser les séropositifs est particulièrement marquée chez les membres des foyers-témoins (*tableau 4.1 - 4.4*).

Au niveau des foyers, la stigmatisation des séropositifs dans la société par chaque membre du foyer contribue au niveau de stigmatisation par le foyer des séropositifs dans la société. Dans l'analyse, la variable du niveau de stigmatisation des séropositifs dans la société par le foyer est calculée au moyen de deux variables indépendantes : (1) la stigmatisation par chaque membre du foyer et (2) le nombre des membres du foyer enquêté. Le résultat montre que 35,3 % des foyers dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long n'ont aucune attitude de stigmatisation des séropositifs dans la société. C'est le cas de 57,1 % des foyers-cas et seulement 13,5 % des foyers-témoins.

Plus le nombre de membres manifestant une stigmatisation des séropositifs est important, plus le niveau de stigmatisation par le foyer est élevé. On peut distinguer trois niveaux d'intensité de la stigmatisation par le foyer. Niveau 1: la stigmatisation existe chez au moins un membre et au maximum un tiers des membres enquêtés du foyer ; Niveau 2: la stigmatisation existe chez environ la moitié des membres (de plus d'un tiers à moins des deux tiers des membres) ; Niveau 3: la stigmatisation existe chez deux tiers ou plus des membres enquêtés du foyer.

Le tableau 4.5 montre que 43,9 % des foyers-cas et 86,5 % des foyers-témoins ont au moins un membre stigmatisant les séropositifs dans la société. La répartition des foyers-cas selon les différents niveaux de stigmatisation des séropositifs dans la société est assez équilibrée : 14,1 % des foyers ont une stigmatisation au niveau 1, 16,6 % de niveau 2 et 12,3 % de niveau 3. En revanche, beaucoup de foyers-témoins ont une stigmatisation au niveau 3 (61,3 %), tandis que 17 % ont une attitude de niveau 2, 8,0 % de niveau 1. Cette différence est statistiquement significative ($p=0,000$).

Tableau 4.5 - Répartition (%) des foyers selon leur niveau de stigmatisation des séropositifs dans la société et leur statut VIH

<i>Niveau de stigmatisation du foyer</i>	FAVIHVIET Ha-Long		
	<i>Foyer-cas</i>	<i>Foyer-témoïn</i>	<i>Ensemble</i>
Pas de stigmatisation	57,1	13,5	35,3
Stigmatisation de niveau 1	14,1	8,0	11,0
Stigmatisation de niveau 2	16,6	17,2	16,9
Stigmatisation de niveau 3	12,3	61,3	36,8
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif des répondants	163	163	326
<i>p</i>		<i>0,000</i>	

Les analyses qualitatives donnent des résultats similaires à ceux des analyses quantitatives sur la stigmatisation des séropositifs dans la société. Les analyses quantitatives abordées ci-dessus sont les témoignages de personnes stigmatisantes. Quant aux stigmatisés, dans la recherche qualitative, des séropositifs interviewés indiquent que des clients refusent de recevoir leurs services en tant que vendeurs ou refusent de les servir quand ils sont acheteurs.

« Autrefois, j'avais beaucoup de clients, mais depuis que ma séropositivité est révélée, je n'en ai plus. On a peur de se faire laver ou couper les cheveux dans mon salon. Maintenant, il est très difficile de faire quoi que ce soit ».

(101 - femme séropositive, 28 ans, coiffeuse, divorcée, ayant une fille de 5 ans, Cao-Xanh, Ha- Long)

« Je me suis rendu dans une échoppe de thé pour acheter une boisson, on ne me l'a pas vendu. On m'a dit aussi que si je restais, je ferais perdre des clients à l'échoppe (personne d'autre n'oserait entrer dans l'échoppe)... Bon, il faut l'accepter. Depuis, je ne rends plus dans les échoppes de thé ».

(639 - homme séropositif, 44 ans, marié, 2 enfants, quartier Ha-Lâm, Ha-Long)

Dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, la recherche qualitative ne note aucun témoignage sur la stigmatisation des enseignants séropositifs. Toutefois, concernant la stigmatisation liée au VIH/sida dans le contexte de l'école, les répondants mentionnent beaucoup la stigmatisation des élèves séropositifs ou enfants des séropositifs. Cette attitude prend sa source principalement dans la crainte de la contamination.

« Mon petit-fils a deux ans et demi. Je l'ai emmené à la crèche, mais on ne l'a pas accepté. Or, il n'est pas séropositif. Les autres parents disent que puisque les parents de mon petit-fils sont séropositifs, lui l'est aussi. Si la crèche accepte mon petit-fils, les autres parents n'y confient plus leurs enfants. La crèche devait donc refuser mon petit-fils ».

(Mère 4, 57 ans, discussion de groupe avec des mères de séropositifs, Cao-Xanh, Ha- Long)

« La mère du chef de classe de mon petit-fils est morte il y a deux mois à cause du VIH. Son père toxicomane est en prison. Les parents des autres élèves de la classe se plaignent que puisque sa mère était séropositive... il est dangereux que leurs enfants mangent ensemble en classe ... »

(Mère 2, 54 ans, discussion de groupe avec des mères de séropositifs, Cao-Xanh, Ha- Long)

Outre le jugement des membres des foyers selon lequel, « les séropositifs ont commis la faute d'introduire la maladie dans la communauté », les résultats des recherches qualitatives montrent également que dans certains cas, les membres des foyers de séropositifs jugent que ces derniers ont commis la faute de ne pas écouter les recommandations de la famille. Ils les « détestent » donc.

« Depuis qu'ils savaient qu'il [mon époux] était séropositif, presque tous les membres de sa famille le détestaient car il n'a pas écouté leur conseil. Il avait à époque 34 ou 35 ans. Toute la famille lui conseillé de ne plus se laisser aller « à la débauche », mais il ne l'a pas écoutée. C'est pourquoi, quand il est devenu séropositif, tout le monde le détestait ».

(627 - femme séropositive, veuve, 35 ans, vivant avec 2 enfants, Cao-Thang, Ha-Long)

Outre les manifestations de la stigmatisation des séropositifs abordées ci-dessus, une autre forme de la stigmatisation des séropositifs dans la société a été détectée par les analyses qualitatives. Les séropositifs pourraient être stigmatisés par « la parole ». On l'appelle cela « les critiques » ou « ce qu'on dit derrière nos dos » (non dit directement au séropositif) ou encore des « opinions ».

« 1 : Actuellement, supposons que les voisins soient au courant de la séropositivité de votre couple, comment se comporteraient-ils ?

2 : Je suis sûre qu'on nous critiquerait.

1: Quelles critiques ?

2: S'ils en sont au courant, ils nous critiqueront. Ils diront : « Cette nana s'est sans doute livrée à la débauche ou c'est son mari qui l'a fait. C'est pourquoi ils sont séropositifs ». Ils se rendront moins régulièrement chez nous. Ils n'autoriseront plus leurs enfants à venir jouer chez nous ».

(443 – femme séropositive, 26 ans, au chômage, vivant avec son mari séropositif et son fils de 5 ans, Trân-Hung-Dao, Ha-Long)

« Dans l'ensemble, il est possible qu'on ne s'éloigne pas tout de suite de nous, mais puisque nos enfants sont tombés dans le piège de la société, on les critiquera. On dira qu'ils dépendent trop de la drogue, qu'ils sont séropositifs, bla bla. On parle souvent d'eux... »

(Mère 6, 55 ans, discussion de groupe avec des mères de séropositifs, Cao-Thang, Ha-Long)

Les analyses qualitatives ci-dessus montrent que le degré de stigmatisation des séropositifs dans la société au moment où se déroulait l'enquête était encore élevé, mais n'indique pas si cette attitude a tendance à augmenter ou à diminuer par rapport à la période précédente. Selon notre étude qualitative, la stigmatisation des séropositifs à Ha-Long au moment où se déroulait l'enquête est considérée comme faible par rapport à ce qu'elle était au cours des années précédentes.

« La société actuelle n'est pas celle d'il y a quatre ou cinq ans. Je sens que depuis trois ans, elle est complètement différente par rapport à il y a quatre ou cinq ans. Auparavant, honnêtement, si

une famille avait quelqu'un comme ça [séropositif], elle serait très stigmatisée et mise à l'écart. À présent, puisque les médias en parlent beaucoup, on comprend mieux le problème et c'est moins stigmatisant ».

(625 – épouse d'un séropositif, 34 ans, vivant avec son mari séropositif et leur fille, Cao-Thang, Ha-Long)

« Ces dernières années, la stigmatisation des séropositifs a nettement diminué mais elle reste encore importante. Auparavant, on les regardait comme des inconnus ou avec pitié, tout en s'éloignant d'eux. À présent, on se montre plus amical avec eux. Toutefois, de nombreuses personnes [séropositives], coiffeuses ou couturières perdent leurs clients si elles déclarent leur séropositivité ».

(Femme, 53 ans, président du club Hoa Xương Rồng [Fleur de cactus], Ha-Long)

En résumé, l'attitude de stigmatisation des séropositifs dans la société par les membres des foyers à Ha-Long reste encore importante, notamment sous forme d'accusation ou de jugement de valeur moral. La stigmatisation des séropositifs porte toujours un « double » caractère : stigmatisation de la maladie et stigmatisation des actes considérés comme des « fléaux sociaux ». Certaines manifestations de la stigmatisation sont manifestes dans les témoignages qualitatifs. Plus de 60 % des répondants ont au moins une attitude de stigmatisation des séropositifs dans la société. Pour à peu près un quart des répondants, l'attitude de stigmatisation se manifeste par le refus d'acheter des légumes chez un vendeur séropositif ou d'autoriser un enseignant séropositif à donner des cours. L'attitude de stigmatisation sous forme d'accusation ou de jugement de valeur moral existe chez environ la moitié des répondants. Cette tendance est identique dans l'enquête nationale. Le degré de stigmatisation des séropositifs dans la société est similaire chez les répondants à Ha-Long de FAVIHVIET et de VPAIS, mais le refus d'être en contact est moins important chez ceux de VPAIS, tandis que le jugement de valeur et l'accusation sont plus présents chez les répondants de FAVIHVIET. Toutefois, le degré de stigmatisation des séropositifs dans la société à Ha-Long est moins important que dans d'autres localités du pays. La stigmatisation des séropositifs est considérée comme faible par rapport à ce qu'elle était au cours des années précédentes.

La stigmatisation des séropositifs dans la société par les membres des foyers-cas est moins forte que la même attitude par les membres des foyers-témoins. Ces derniers ont une attitude de jugement de valeur moral ou d'accusation des séropositifs beaucoup plus

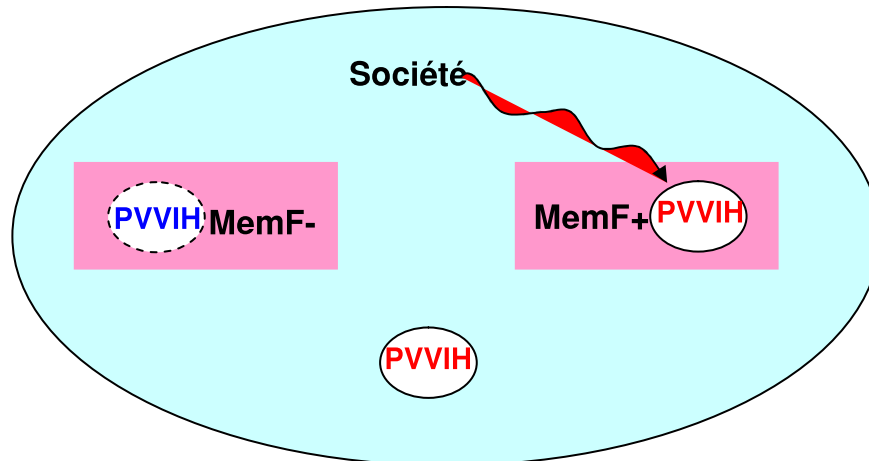
forte que les membres des foyers-cas. La raison en est évidemment la présence d'une personne séropositive dans le foyer. Faisant face directement au VIH/sida, les membres des foyers cas peuvent être plus tolérants avec les séropositifs que ceux qui ne vivent pas cette situation.

Au niveau des foyers, plus de la moitié des foyers-cas et environ un sixième des foyers-témoins n'exercent aucune stigmatisation des séropositifs dans la société. Les foyers-cas où la stigmatisation existe sont répartis de manière égale selon les niveaux de stigmatisation. Par ailleurs, la stigmatisation de niveau 3 concerne une très grande proportion de foyers-témoins. Cela montre que la stigmatisation des séropositifs dans la société est beaucoup plus forte dans les foyers-témoins que dans les foyers-cas.

4.2. Stigmatisation ressentie par les personnes séropositives

Étudiant la stigmatisation vue par les séropositifs, certains auteurs distinguent une « stigmatisation ressentie » et une « stigmatisation réelle » (*Jacoby, 1994; Scrambler, 1998; Brown L., Trujillo L., Macintyre, 2001*). La stigmatisation « ressentie » porte sur la crainte réelle ou supposée de la part des séropositifs d'attitudes et de comportements de discrimination vis-à-vis d'eux. La stigmatisation « réelle » porte sur l'expérience de la discrimination vécue par les séropositifs. Par exemple, la révélation d'une séropositivité VIH peut entraîner une discrimination du séropositif par des personnes de son entourage. Le séropositif peut être privé du droit de participer à des activités sociales, obligé de quitter son travail, ne plus avoir accès au bien-être social (soins sanitaires, éducation), être mis à l'écart par ses amis et proches... Autrement dit, il est « exclu ». La stigmatisation « ressentie » peut amener le séropositif à réduire ses contacts sociaux, rejeter sa séropositivité ou refuser d'accéder aux formes d'assistance et aux services de base... La raison en est que le séropositif craint des réactions négatives de la part de sa famille, ses amis, sa communauté. La stigmatisation « ressentie » peut être considérée comme une stratégie de survie pour empêcher le risque de stigmatisation « réelle ». Par exemple, on ne révèle pas sa séropositivité ou on ment à ce sujet pour éviter d'être évité, exclu (*PCSA Viêt-Nam, UNDP, 2009*). En France, de nombreuses études montrent que les séropositifs souhaitent garder secret leur état de santé car ils ont peur d'être stigmatisés, discriminés dans leur famille et leur communauté (*Mellini L., Godelzi A., De Puy J., 2004*).

Schéma 4.3 - Perception qu'ont les séropositifs de leur mise à l'écart par la société



(**PVVIH** : Personne vivant VIH/ le séropositif ; **MemF+** : Membre séronégatif de foyer-cas ;
MemF- : Membre de foyer-témoin)

Dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, la stigmatisation ressentie par les séropositifs est identifiée et mesurée. Il s'agit de la perception qu'ont les séropositifs d'une mise à l'écart par la société après la révélation de leur séropositivité. Une question visant à mesurer ce type de stigmatisation est utilisée dans le questionnaire individuel réservé aux personnes se déclarant séropositives : « *Après avoir appris votre séropositivité, les gens de votre entourage ont-ils été plus distants avec vous? Quelles sont ces personnes?* » Deux situations sont possibles dans ce contexte. La première est qu'après la révélation de sa séropositivité, le séropositif soit réellement mis à l'écart par son entourage. La deuxième est qu'après avoir appris sa séropositivité, le séropositif « imagine » que son entourage le met à l'écart car à ce moment il est souvent très « sensible ».

Outre l'influence de ce que ressent le séropositif, cette attitude de stigmatisation subit encore l'influence de facteurs concernant le moment et l'espace social de la révélation de la séropositivité. Cette forme de stigmatisation peut avoir lieu à ce moment là à l'encontre des personnes dont la séropositivité vient d'être dépistée ou dans le passé à l'encontre des personnes dont la séropositivité a été identifiée depuis de nombreuses années. Cette attitude de stigmatisation dépend pour beaucoup du moment de la révélation de la séropositivité. Autrefois, quand la stigmatisation des séropositifs dans la société était encore très forte, leur mise à l'écart était beaucoup plus importante. Avec l'évolution de l'épidémie, la stigmatisation des séropositifs dans la société a tendance à baisser, leur mise à l'écart aussi. Il est dommage que dans cette étude, les données ne permettent pas de clarifier l'impact de ces éléments sur cette forme de stigmatisation.

L'analyse des données montre que la stigmatisation ressentie existe chez près de la moitié des séropositifs sondés. En effet, 47 % des séropositifs se sentent mis à l'écart par leur entourage après avoir appris leur séropositivité. 49 % des séropositifs disent qu'ils ne se sentent pas mis à l'écart par leur entourage et 4 % ne savent pas si c'est le cas ou non (figure 4.2).

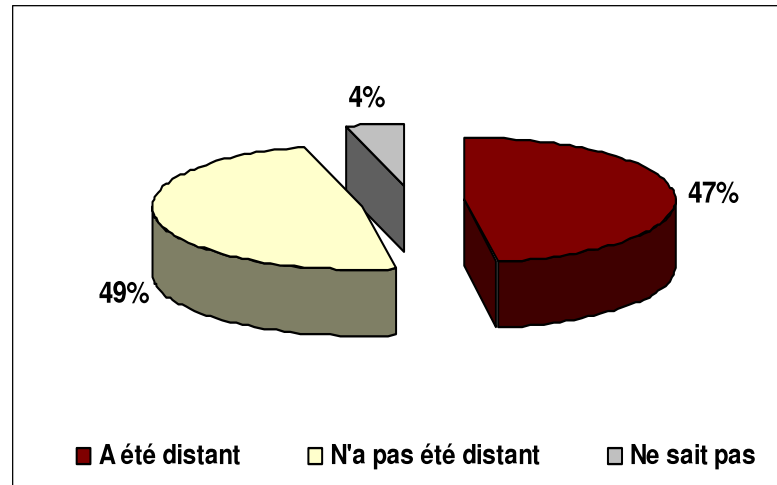


Figure 4.2 - Répartition des séropositifs de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long selon leur déclaration relative à leur sentiment d'une mise à l'écart par la communauté après la révélation de leur séropositivité

Après avoir appris leur séropositivité, les séropositifs se sentent mis à l'écart surtout par leurs voisins, parents et amis. 41,3 % des séropositifs sondés disent qu'ils sont mis à l'écart par leurs voisins. 14 % des séropositifs se sentent mis à l'écart par leurs parents et 13,4 % par leurs amis. En outre, certains séropositifs se sentent mis à l'écart par leurs collègues (4,5 %), des dirigeants de la communauté (2,2 %), le personnel sanitaire (1,7 %) ou d'autres personnes (2,2 %) (figure 4.3). Ces autres personnes sont des chefs d'entreprises ou des clients... 5,0 % des séropositifs interrogés se sentent mis à l'écart par les membres de leur famille. En raison des limites des données, il est impossible d'identifier qui sont les membres de la famille mentionnés par les séropositifs et s'ils vivent dans le même foyer que ces séropositifs.

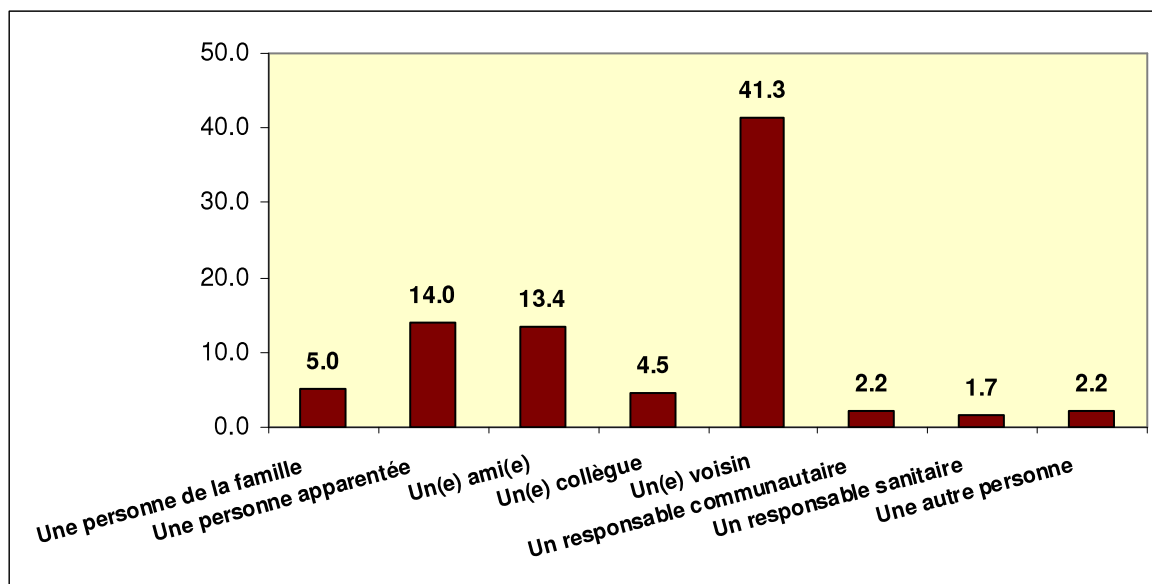


Figure 4.3 - Proportion de séropositifs de l'enquête FAVIHIET Ha-Long estimant que d'autres personnes se mettent à l'écart d'eux selon le type de personne citée

Les résultats de la recherche qualitative montrent aussi que les séropositifs sont mis à l'écart par leur entourage, y compris voisins, amis et membres de leur parenté, depuis la révélation de leur séropositivité.

« Avant la révélation de ma séropositivité, on était très amical avec moi. Maintenant qu'on le sait, certains m'ignorent [ne se montrent plus amicaux], d'autres m'évitent soigneusement, certains interdisent même leurs enfants de jouer avec ma fille. Je ne sais pas par quelle source ils sont au courant de ma séropositivité, je constate seulement que les gens m'évitent... »

(101 - femme séropositive, 28 ans, divorcée, ayant une fille de 5 ans, Cao-Xanh, Ha-Long)

« Me voyant dans cet état [séropositif], les membres de ma parenté m'évitent. Certains n'osent pas entrer chez moi quand ils viennent. Ils prennent une chaise et s'installent à la porte... »

(639 - homme séropositif, 44 ans, marié, 2 enfants, Ha-Lâm, Ha-Long)

Il n'y a pas que les séropositifs qui ressentent l'éloignement de leur entourage, les membres de leur famille vivent eux aussi cette situation quand la séropositivité est révélée.

« On [personnes aux alentours] sait que mon enfant est séropositif, on s'éloigne de nous, on ne vient plus nous voir. Les voisins disent : cette famille a un enfant séropositif, vous [leurs enfants] ne devez pas vous approcher d'eux ».

(Mère 3, 56 ans, discussion de groupe avec des mères de séropositifs, Cao-Xanh, Ha-Long)

« Autrefois, les amis venaient nous voir et manger chez nous. Depuis qu'ils savent que notre enfant est comme ça [séropositif], ils viennent toujours nous voir, mais ils ne restent pas longtemps et ne mangent plus avec nous ».

(Mère 4, 56 ans, discussion de groupe avec des mères de séropositifs, Cao-Xanh, Ha-Long)

« L'écart existe réellement. Les voisins notamment ne veulent plus se rendre chez nous. Quand ils viennent, ils n'osent pas boire l'eau que nous leur offrons. Depuis que mon enfant est rentré de prison et est séropositif, lors des anniversaires de mort, j'invite le père de sa femme, mais il ne vient pas ».

(Père 4, 68 ans, discussion de groupe avec des pères de séropositifs, Cao-Thang, Ha-Long)

« Les membres de ma parenté s'éloignent de moi. Mes neveux se rendaient régulièrement chez moi quand ils ne savaient pas que mon enfant était séropositif. Depuis qu'ils le savent, ils se rendent rarement chez nous. De temps en temps, ils envoient un quelqu'un pour demander des nouvelles de ma santé ».

(Père 6, 65 ans, discussion de groupe avec des pères de séropositifs, Cao-Thang, Ha-Long)

Comme nous l'avons indiqué, le sentiment d'être stigmatisé ou la perception de cette attitude pourrait empêcher les séropositifs de révéler leur séropositivité. Même les personnes vivant dans un foyer comportant au moins un membre séropositif souhaitent garder secrète la séropositivité.

« 1 : Parfois, ils [séropositifs] veulent tout simplement causer avec les autres, mais ceux-ci leur réservent un regard stigmatisant. Ils constatent que les autres filent à l'anglaise au fur et à mesure de la foule qui est là. Cela les fait réfléchir et les rend tristes. Ils veulent donc cacher leur séropositivité.

2 : Vous aussi, vous cachez votre séropositivité ?

1: Oui, je n'en parle à personne. Si quelqu'un en est au courant, je lui chuchote : « Ne le dis à personne. Je ne fais rien à personne. Laissez-moi tranquille ! ». La meilleure façon est de garder une attitude normale ».

(527 – homme séropositif, 29 ans, chômeur, séparé, deux enfants, Cao-Thang, Ha-Long)

« Les séropositifs, quand ils sont au courant de leur séropositivité, rien que l'annoncer à leur époux ou épouse, c'est déjà difficile. La plupart d'entre eux évitent de l'évoquer. Ils souhaitent cacher leur séropositivité. C'est pareil pour mes deux fils. Ils la cachent tous les deux. Ils craignent que les autres n'entrent plus en contact avec eux ».

(Père 4, 60 ans, discussion de groupe des pères de séropositifs, Cao-Xanh, Ha-Long)

« Ils cachent soigneusement leur séropositivité... On peut accepter malgré soi un toxicomane, mais si ce dernier est séropositif, il serait certainement mis à l'écart. Les séropositifs ont peur d'être mis à l'écart, abandonnés. Voilà leur plus grande crainte ».

(Médecin, 50 ans, directeur du centre de santé de Ha-Long)

Il est regrettable que l'enquête FAVIHIET Ha-Long ne collecte pas de données quantitatives permettant de vérifier cela. Dans l'enquête VPAIS, une question liée à la révélation de la séropositivité a été utilisée : *« Si un membre de votre famille était séropositif, souhaiteriez-vous garder cette information confidentielle ? »* (Q433-VPAIS). Le résultat est que 31,1 % des répondants de l'échantillon à Ha-Long estiment qu'il faut garder cette information confidentielle. Dans l'échantillon de la population générale, la proportion des répondants souhaitant garder l'information confidentielle s'élève à 43,5 %. Toutefois, la situation supposée est que le séropositif est un membre du foyer du répondant et non le répondant lui-même. A mon avis, une autre question aurait dû être posée : *« Si vous étiez séropositif, souhaiteriez-vous garder cette information confidentielle ou seriez-vous prêts à révéler votre séropositivité ? »*

Dans cette étude nous avons détecté la stigmatisation sentie aboutissant au refus de services de soin de santé. Dans certains entretiens approfondis, les séropositifs disent qu'ils ne veulent pas se rendre dans un établissement sanitaire pour se soigner, de peur d'être stigmatisés. Selon le personnel médical, par crainte d'être stigmatisés et souhaitant cacher leur séropositivité, de nombreux séropositifs ont tendance à choisir les petits établissements privés s'ils peuvent payer leurs services. Seuls ceux qui sont en difficulté économique et n'ont pas la capacité de payer les services médicaux acceptent de déclarer leur séropositivité et reçoivent les services fournis par des programmes gratuits dans les établissements médicaux étatiques.

« 1 : Cela fait longtemps que je suis au courant de ma maladie, mais je ne vais jamais à l'hôpital ou dans les centres médicaux. J'achète les médicaments moi-même.

2 : Pourquoi vous ne vous faites pas soigner ?

1 : Car il y a quelques années, je cachais encore ma séropositivité par crainte.

2 : Que craignez-vous? Qu'on ne vous traite pas bien ? Ou qu'on ne réponde pas à vos besoins?

1 : Je crains qu'on me stigmatise et qu'on s'éloigne de moi ».

(101 – femme séropositive, 28 ans, ayant une fille de 5 ans, divorcée, Cao-Xanh, Ha-Long)

« Les séropositifs et les sidéens doivent se rendre dans les établissements médicaux pour se faire soigner. Mais souvent, ils craignent d'être identifiés dans les établissements médicaux

étatiques. Ils vont donc dans les cabinets privés. Ils ont quand même peur, bien qu'ils sachent que ces établissements fournissent les services dont ils ont besoin. Toutefois, il s'agit de personnes qui ont un métier et peuvent payer ces services. Les toxicomanes pauvres, eux, n'ont rien à payer. Ils doivent donc apparaître en public pour recevoir des services gratuits de nos programmes ».

(Médecin, 50 ans, directeur du centre de santé de Ha-Long)

En résumé, la stigmatisation ressentie existe chez près de la moitié des personnes enquêtées se déclarant séropositives. Elle a été identifiée par la perception qu'ont les séropositifs de leur mise à l'écart par leur entourage après que celui-ci ait appris leur séropositivité. Les séropositifs se sentent mis à l'écart le plus souvent par leurs voisins, leurs parents et amis. Les proches des séropositifs perçoivent eux aussi l'éloignement de l'entourage à l'égard de leur famille. La crainte d'être stigmatisé ou mis à l'écart rend plus difficile la révélation de la séropositivité par les séropositifs eux-mêmes et par les membres de leurs foyers. La stigmatisation ressentie aboutit également au refus des services de soins de la part des établissements étatiques, y compris des programmes de traitement réservés aux séropositifs.

4.3. Autostigmatisation de la personne se déclarant séropositive et des membres séronégatifs de son foyer

L'autostigmatisation est une réaction des individus stigmatisés vis-à-vis d'eux-mêmes (*Michael King et al., 2007*). Dans le contexte d'une société atteinte par le VIH, la stigmatisation des séropositifs, de leurs proches ou des membres de leurs foyers fait naître une autostigmatisation. La réaction d'un séropositif qui perçoit de la stigmatisation à son endroit est par exemple la suivante :

« Quand je suis venue chez eux, j'ai vu qu'elle emmenait la petite dehors. Elle voulait m'éviter, elle ne voulait pas que je prenne la petite dans mes bras. Depuis, je ne leur rends plus visite... »

(101 - femme séropositive, 28 ans, divorcée, ayant une fille de 5 ans, Cao-Xanh, Ha-Long)

Les manifestations répandues d'autostigmatisation sont un complexe d'infériorité, l'ennui, la crainte d'être en contact avec les autres, le souhait de se mettre à l'écart dans les activités quotidiennes...

« 1 : Quand vous avez su que votre frère était séropositif, comment avez-vous trouvé son attitude ?

2 : Dans l'ensemble, c'était un éloignement. Il nous évitait, nous ses frères et sœurs. Quand il est malade, nous venons l'encourager, mais il nous évite. Sans doute par complexe... »

(324 – femme non séropositive, 49 ans, ayant un frère séropositif, Cao-Thang, Ha-Long)

« Dans une famille comportant un séropositif, tout le monde est triste. Les parents sont les plus tristes, viennent ensuite les frères et sœurs. Le malade s'éloigne de ses frères et sœurs et de ses parents, par complexe, puis également de la communauté. Il voit la société autrement. Celle-ci le voit autrement, elle aussi ».

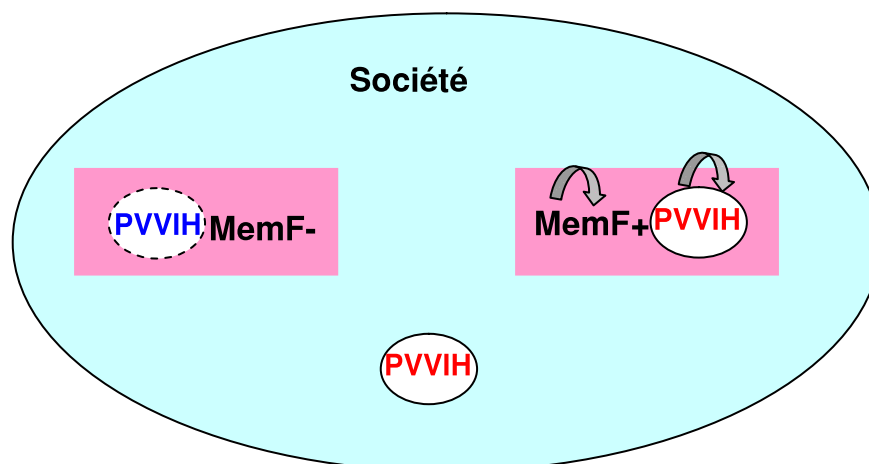
(Soeur 4, 43 ans, discussion de groupe avec des frères et sœurs de séropositifs, Cao-Xanh, Ha-Long)

« Il est séropositif, il perd beaucoup de poids, il mange mal, il n'est pas à l'aise psychologiquement. Avant, il pouvait sortir joyeusement avec des amis. Maintenant, même s'il sort, il est hanté par l'idée qu'il est séropositif. Puis il tombe dans la dépression et les complexes. Il devient difficile et se fâche facilement ».

(Mère 4, 56 ans, discussion de groupe avec des mères des séropositifs, Cao-Xanh, Ha-Long)

Les données quantitatives de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long montrent que les séropositifs et leurs proches adoptent une attitude d'autostigmatisation liée au VIH dans les activités communautaires et dans les soins de santé. En raison du manque des données sur cette forme de stigmatisation dans l'enquête VPAIS, il est impossible de comparer son existence dans différents groupes de population.

Schéma 4.4 - autostigmatisation de la personne se déclarant séropositive et des membres séronégatifs de son foyer



(**PVVIH** : Personne vivant VIH/ le séropositif ; **MemF+** : Membre séronégatif de foyer-cas ;
MemF- : Membre de foyer-témoin)

4.3.1. Autostigmatisation de la personne se déclarant séropositive et des membres de son foyer dans la participation aux activités communautaires

Les activités communautaires abordées ici comprennent des activités de communication comme la visite chez des amis ou des parents, la participation à des anniversaires, funérailles, mariages ou activités publiques comme des réunions communautaires, à des festivités villageoises ou religieuses. L'autostigmatisation des séropositifs et des membres de leurs familles dans leur participation aux activités communautaires est mesurée dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long en analysant les réponses aux deux questions suivantes : (1) *“Au cours des 12 derniers mois, avez-vous participé aux activités suivantes : Rendre visite à des amis/Rendre visite à de la famille/Participer à une fête, un anniversaire de décès /Aller à un enterrement, des funérailles /Aller à un mariage/ une réunion communautaire/la fête du village, la pagode ?”* et (2) *“Si vous n'avez participé à aucune activité citée ci-dessus, pourriez-vous me donner la raison ?”*. La présence d'une autostigmatisation chez une personne est déterminée par les raisons pour lesquelles elle n'a pas participé à au moins une des activités communautaires abordées.

L'analyse des données montre que 61,4 % des répondants de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long n'ont participé à aucune activité communautaire au cours des 12 mois précédant l'enquête. Cette proportion est la plus élevée chez les séropositifs (73,5 %), puis chez les membres séronégatifs des foyers-cas (63,0 %) et est la moins élevée chez les membres des foyers-témoins (55,3 %). Ces derniers ont indiqué les raisons pour lesquelles ils n'avaient participé à aucune des activités communautaires abordées. Les raisons les plus citées sont « n'a pas eu l'opportunité » (45,0 %), « manque de temps » (38,8 %), ou encore « n'a jamais aimé participer à ces activités » (23,6 %). Viennent ensuite les raisons comme « pas les moyens économiques » (15,8 %), « problèmes de santé » (10,2 %), ou encore « famille en deuil » (0,2 %) (tableau 4.6).

Trois raisons citées par de nombreux séropositifs et membres de leur famille ne sont pas évoquées par les membres des foyers-témoins : « ne voulait pas rencontrer les gens », « triste, ne voulait pas participer » et « complexé(e) en raison du VIH ». Précisément, 23,5 % des séropositifs et 8,7 % des membres séronégatifs des foyers-cas indiquent qu'ils n'ont pas participé à au moins une activité communautaire car ils ne voulaient pas rencontrer les gens (seulement 1,3 % des membres des foyers-témoins avancent cette raison); 4,5 % des séropositifs et 5,8 % des membres séronégatifs des foyers-cas disent qu'ils ne voulaient pas y participer en raison de la tristesse (seulement 0,9 % des membres

des foyers-témoins citent cette raison); 9,8 % des séropositifs font savoir qu'ils éprouvent un complexe d'infériorité en raison de leur séropositivité. On peut constater que les raisons telles que « ne voulait pas rencontrer les gens », « triste, ne voulait pas participer », « complexé(e) en raison du VIH » traduisent l'autostigmatisation de personnes se déclarant séropositives et de leurs proches dans la participation aux activités communautaires. Lorsqu'une personne se déclarant séropositive ou un membre de son foyer mentionne au moins une de ces trois raisons, cela veut dire qu'il adopte une attitude d'autostigmatisation dans sa participation aux activités communautaires.

Tableau 4.6 - Répartition (%) des répondants ayant donné une raison de non-participation aux activités communautaires selon la raison donnée, le statut VIH personnel et le statut VIH du foyer

<i>Raisons</i>	FAVIHVIET Ha-Long			
	<i>PvVIH</i>	<i>MemF+</i>	<i>MemF-</i>	<i>Ensem.</i>
Ne voulait pas ces rencontres	23,5	8,7	1,3	9,2***
Triste, ne voulait pas participer	4,5	5,8	0,9	3,2*
Complexé(e) en raison du VIH	9,8	0,0	0,0	2,6
Pas l'opportunité	41,7	43,5	47,8	45,0
Pas le temps de participer	25,8	38,4	46,5	38,8***
N'a jamais aimé	24,2	23,2	23,5	23,6
Pas les moyens économiques	20,5	16,7	12,6	15,8
Problème de santé	25,0	8,7	2,6	10,2***
Famille en deuil	0,8	0,0	0,0	0,2
Effectif des répondants	132	138	230	500

*** p=0,000; ** p<0,005; * p<0,05

L'analyse des données montre que l'autostigmatisation dans la participation aux activités communautaires existe chez près de 23 % des séropositifs et 7,8 % des membres des foyers enquêtés (figure 4.4). En réalité, un petit nombre (1,2 %) de membres des foyers-témoins ne participent pas aux activités communautaires parce qu'ils ne veulent pas rencontrer les autres ou parce qu'ils sont tristes et ne veulent pas y participer. C'est aussi une attitude d'autostigmatisation chez les membres des foyers-témoins mais elle n'a rien à voir avec le VIH/sida. L'étude de la différence de degré d'autostigmatisation dans la participation aux activités communautaires entre les séropositifs, les membres séronégatifs de leurs foyers et les membres des foyers-témoins montre que l'autostigmatisation est 3,5 fois plus élevée chez les séropositifs que chez les membres de leurs foyers (OR = 3,5 [1,9

– 6,4], $p = 0,000$) et 24,4 fois plus élevée que celle des membres des foyers-témoins (OR = 24,4 [9,4 – 63,0], $p = 0,000$). L'autostigmatisation des membres séronégatifs des foyers-cas est 6,9 fois plus élevée que celle des membres des foyers-témoins (OR = 6,9 [2,5 – 19,0], $p = 0,000$).

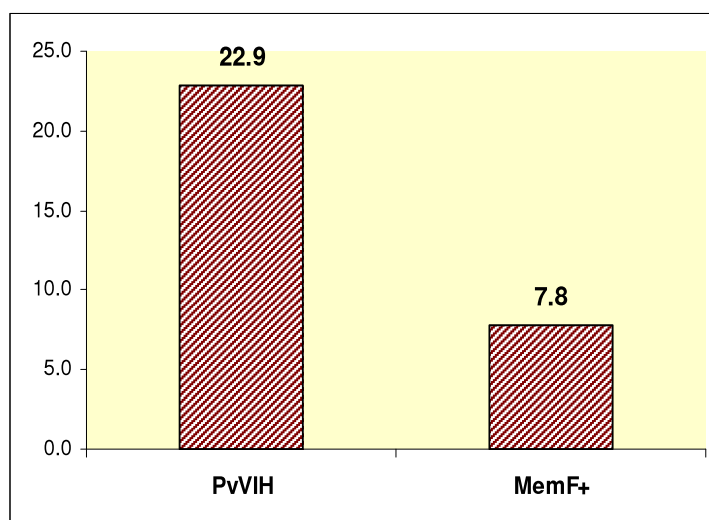


Figure 4.4 - Proportion des PVVIH et des MemF+ de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long adoptant une attitude d'autostigmatisation dans sa participation aux activités communautaires

En outre, la proportion de personnes ayant évoqué un « problèmes de santé » ou l'absence de moyens économiques est nettement plus forte chez séropositifs et leurs proches que chez les membres des foyers-témoins. Cela montre l'influence du VIH/sida sur la santé et les conditions économiques de leurs foyers. 25,0 % des séropositifs et 8,7 % des membres de leurs foyers évoquent un « problèmes de santé » versus 2,6 % des membres des foyers-témoins. Les proportions de répondants évoquant l'absence de moyens économiques sont respectivement de 20,5 %, 16,7 % et 12,6 % (tableau 4.6).

4.3.2. Autostigmatisation de personnes se déclarant séropositives dans le choix du lieu de soins de santé

L'analyse des données de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long révèle une autostigmatisation de personnes se déclarant séropositives dans le choix du lieu de soins de santé. Dans cette enquête, la question « *Selon vous, où les personnes séropositives VIH/sida devraient-elles être soignées quand elles ont des problèmes de santé?* » est utilisée aussi bien dans le

questionnaire individuel réservé aux personnes se déclarant séropositives que dans celui réservé aux membres ne se déclarant pas séropositifs. De nombreuses modalités ont été indiquées par les répondants : dans la famille, les hôpitaux étatiques, les centres de santé de la commune ou du quartier, les cliniques ou salles de consultation privées, les lieux réservés aux séropositifs. Un répondant peut choisir de nombreux lieux. Les réponses des séropositifs traduisent leur attitude vis-à-vis d'eux-mêmes. Celles des membres séronégatifs manifestent leur attitude envers les séropositifs.

L'analyse des données du groupe des séropositifs enquêtés montre que 88,3 % des répondants estiment que les séropositifs doivent être soignés dans leur famille s'ils ont des problèmes de santé, 39,7 % proposent un hôpital étatique, 6,1 % des répondants évoquent un centre de santé de la commune ou du quartier et 0,6 % proposent une clinique ou salle de consultation privée. Il est à noter que 18,4 % des répondants estiment que les séropositifs doivent être soignés dans des lieux qui leur sont réservés et 11,7 % ne mentionne pas la famille comme lieu de soins de santé (figure 4.5).

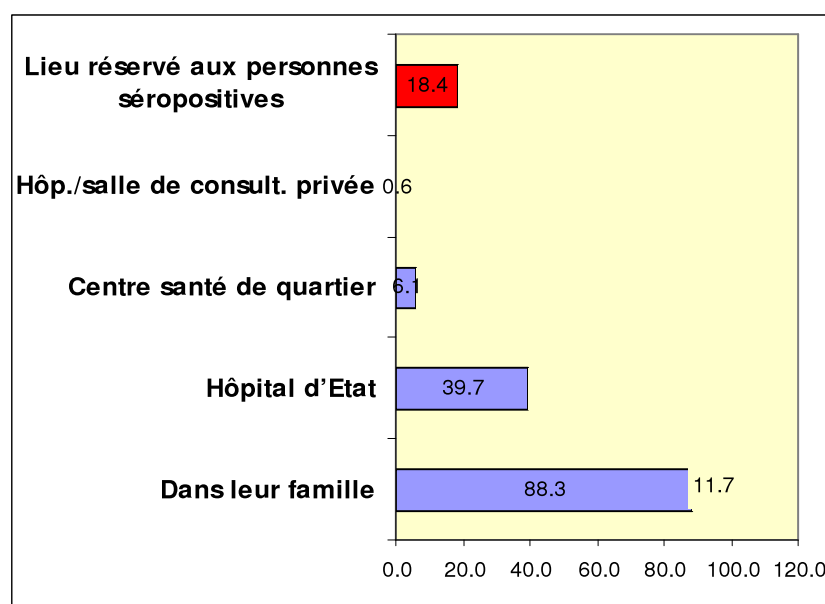


Figure 4.5 - Répartition des séropositifs de l'enquête FAVIHVIET Ha- Long selon leurs réponses quant aux lieux où les séropositifs doivent être soignés

Les études effectuées dans le monde montrent que dans les pays où il manque un système de bien-être social, la famille est la seule source d'appui aux besoins de base des individus, dont celui d'être soigné en cas de problèmes de santé (*Rotheram-Borus M.J.*,

Flannery D., Rice E., Lester P., 2005). Dans un pays en voie de développement comme le Viêt Nam, les relations familiales sont une institution importante pour la protection sociale, une source d'aide pour chacun dans la vie (*Dang Nguyễn Anh, 1998; World Bank, 2007, Lê Bach Duong et al., 2008*). Dans le contexte du VIH/sida, la famille joue toujours un rôle protecteur pour les individus séropositifs, fournit une aide matérielle, contrôle l'utilisation illégale de stupéfiants ainsi que d'autres actes négatifs, tout en aidant à soigner et à traiter les patients séropositifs. Toutes les législations en vigueur appellent la responsabilité de la famille envers les séropositifs (*France Lert et al., 2008*).

Dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, les témoignages qualitatifs donnent des conclusions similaires à celles des études indiquées ci-dessus. Les séropositifs sont soignés par leur famille et leurs proches.

« 1 : *Si tu es malade, qui prend soin de toi ?*

2 : *Mon père et ma mère. Parfois mes frères et soeurs m'aident aussi.*

1 : *Comment ton père te soigne ? Comment ta mère te soigne ?*

2 : *Ils me soignent dans toutes les activités. Quand je suis gravement malade, ils m'aident à me déplacer, ils font mon lit, ils m'aident même à aller aux toilettes (rire). Ce sont des choses difficiles à dire. Je ne voulais pas en parler.*

1 : *Qui t'aide dans ta prise de médicaments ?*

2 : *Mon père et ma mère. Par exemple, ils me rappellent qu'il est presque huit heures, il est temps de prendre les médicaments. Mon père m'accompagne aux séances de consultation ».*

(601 – homme séropositif, 21 ans, au chômage, sous traitement ARV, Cao-Xanh, Ha-Long)

Les proches des séropositifs tout comme les membres des familles n'ayant pas de séropositifs estiment que ces derniers doivent être soignés à domicile. Cela présente un intérêt psychologique et affectif pour les séropositifs (être soigné et encouragé par ses proches) et permet d'économiser les ressources familiales tant sur le plan financier que sur le plan des forces humaines (la personne est soignée).

« *Quand il est malade, la famille prend soin de lui. Les soins à domicile consolent bien les patients. Bien sûr, sur le plan médical, on ne peut pas faire autant qu'à l'hôpital, mais on peut acheter des médicaments selon l'ordonnance du médecin. Si la maladie est trop grave, même si l'on l'emmène à l'hôpital, les médecins n'y pourront rien. Si le malade se trouve dans un état très*

grave et qu'il n'y a plus d'espoir, il vaut mieux qu'il reste à la maison entouré de ses parents et de ses frères et soeurs ».

(324 – femme non séropositive, 49 ans, mère de 4 enfants, quartier Cao-Thang, Ha-Long)

« 1 : Ces derniers temps, D était à la fois soigné à l'hôpital et à domicile. A votre avis, où doit être soigné un séropositif ?

2 : A mon avis, ce serait mieux s'il soit soigné à la maison. Il se rend à l'hôpital si cela est vraiment nécessaire. C'est plus pratique de le soigner à la maison. A l'hôpital, il y a des médicaments et un suivi du traitement, mais il faut toujours que quelqu'un de la famille soit là. Les déplacements sont pénibles. C'est coûteux les soins à l'hôpital. Ce serait mieux si l'on peut être soigné à la maison ».

(515 – mère d'un séropositif, 50 ans, ayant deux enfants, Cao-Thang, Ha-Long)

Parmi les personnes se déclarant séropositives enquêtées à Ha-Long, certains souhaitent être soignés dans un lieu à part ou ne citent pas la famille comme lieu de soins pour eux en cas de problèmes de santé. Cela prouve que les séropositifs adoptent une attitude d'autostigmatisation dans le choix du lieu de soins de santé. L'analyse des données montre que cette forme d'autostigmatisation existe chez 27 % des répondants (figure 4.6).

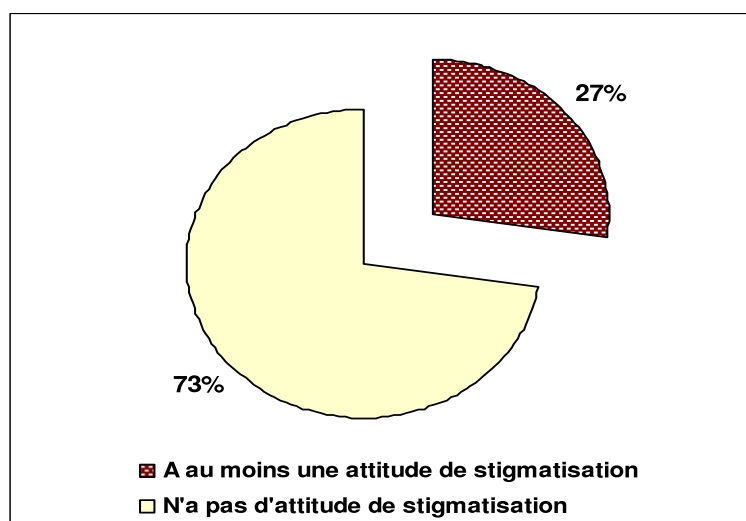


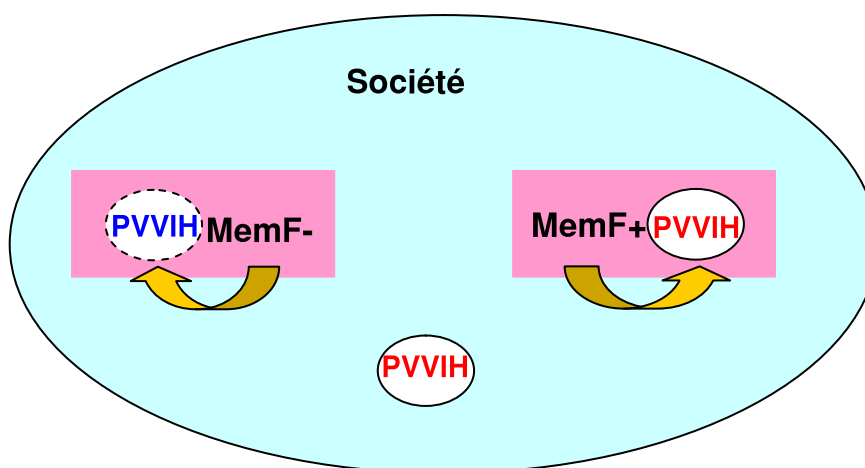
Figure 4.6 - Répartition des séropositifs de l'enquête FAVIHVIET Ha- Long selon leur adoption d'une attitude d'autostigmatisation dans le choix du lieu de soins de santé

En résumé, l'autostigmatisation est une réaction des individus vis-à-vis d'eux-mêmes. Les séropositifs et leurs proches subissent une stigmatisation liée au VIH/sida de la part de

la société. Ils peuvent la sentir et adopter eux aussi une attitude d'autostigmatisation en raison de leur séropositivité. L'autostigmatisation dans la participation aux activités communautaires et dans le choix du lieu de soins de santé existe également chez les séropositifs et chez leurs proches comme l'indique l'enquête FAVIHVIET Ha-Long. Environ 23 % des séropositifs et 8 % des membres séronégatifs des foyers-cas adoptent une attitude d'autostigmatisation dans leur participation aux activités communautaires. 27 % des séropositifs adoptent une telle attitude dans le choix du lieu de soins de santé.

4.4. Stigmatisation des PVVIH au sein du foyer par les membres séronégatifs des foyers-cas et les membres des foyers-témoins

Schéma 4.5 - Stigmatisation des PVVIH dans le foyer par les membres séronégatifs des foyers-cas et les membres des foyers-témoins



(**PVVIH** : Personne vivant VIH/ le séropositif ; **MemF+** : Membre séronégatif de foyer-cas ;
MemF- : Membre de foyer-témoin)

La stigmatisation des séropositifs par les membres du foyer pose une question très délicate. Un dicton vietnamien dit notamment « le linge sale se lave en famille » (*không ai vạch áo cho người xem lưng*). Cela veut dire que personne ne veut pas raconter aux autres ses malheurs ou ceux de ses proches, de sa famille. L'analyse des données qualitatives de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long montre que la stigmatisation du séropositif sous la forme d'un jugement ou d'une accusation peut dans certains cas apparaître chez certains membres du foyer d'un séropositif après la révélation de la séropositivité lorsque les

membres du foyer estiment que le séropositif n'a pas écouté « les recommandations » de ses parents, ses frères et soeurs, qu'il a eu des actes déplacés qui ont entraîné sa séropositivité, ou encore qu'il « déshonore » la famille et ses membres. Il peut arriver que par la suite la générosité de ses parents, ses frères et soeurs prenne le dessus, repoussant ainsi la stigmatisation car ils pensent que le séropositif est de toute façon « de leur sang » et qu'ils doivent l'aider.

«A mon avis, les séropositifs sont très mauvais... Quand on est au courant de sa séropositivité, les parents sont ceux qui en souffrent le plus. Moi, puisqu'il est mon frère, je l'aime et je l'ai conseillé, mais il ne m'a pas écouté. Honnêtement, sur le plan économique, il est rare que les toxicomanes possèdent des biens. Ils volent même les biens de leurs proches. Mon frère est maintenant fauché et malade. Il est très découragé. Il ne m'écoute pas. Il dit : « Tant pis pour moi ». Mais puisqu'il est mon frère, je dois l'encourager en lui disant qu'avec le développement des sciences qui sait, on trouvera peut-être un remède pour guérir sa maladie».

(Frère 6, 43 ans, discussion de groupe avec des frères et sœurs des séropositifs, Cao-Xanh, Ha-Long)

Ce résultat montre qu'il peut exister une solidarité entre les membres dans certaines familles quand ils doivent faire face au VIH/sida. Il est similaire aux résultats d'une autre recherche menée par [Khuât Thu Hồng, Nguyễn Thi Vân Anh et Jessica Ogden \(2004\)](#) et citée par [Lert F. et al. \(2008\)](#) dans une étude sur le VIH/sida au Viêt Nam : « Après un temps d'interruption, la famille poursuit son rôle en tant que facteur principal formant la solidarité qui est d'ailleurs manifestée de façon plus nette dans le contexte du VIH/sida » ([Lert F. et al., 2008](#)).

Toutefois, dans le contexte de la vie familiale, les contacts entre les membres étant réguliers et inévitables, peuvent-ils abolir totalement la stigmatisation des séropositifs ? En premier lieu, c'est une stigmatisation sous forme de discrimination dans les activités quotidiennes ou dans les soins de santé. En raison d'inattention ou d'un manque de connaissances sur la prévention du VIH, les membres ne savent pas qu'ils adoptent une attitude de stigmatisation du(des) séropositif(s) de leur famille. Les résultats de l'analyse des données chapitre 3 montrent que de nombreux membres de foyers dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long mentionnent les mesures suivantes de prévention du VIH dans la famille : « dormir séparément », « manger séparément », « laver les vêtements à part » voire « ne pas partager les toilettes » (*voir chapitre 3 - point 3.3. Connaissances sur la prévention*). Selon la perception des séropositifs, le degré de stigmatisation et de discrimination par les proches de la famille n'est pas très élevé. 5 % des séropositifs indiquent qu'ils se sentent mis à l'écart par les membres de leurs familles après la

révélation de leur séropositivité (voir 4.2. *Stigmatisation sentie par les personnes séropositives*). L'analyse des données quantitatives de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long permet de mesurer la stigmatisation du séropositif par les membres du foyer dans deux sphères : les situations quotidiennes et les soins de santé.

4.4.1. Stigmatisation des PVVIH par les membres des foyers dans les situations quotidiennes

Les données qualitatives de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long révèlent l'existence d'une stigmatisation des séropositifs par des membres des foyers dans les situations quotidiennes. Une femme qui a reçu la nouvelle de la séropositivité de son mari raconte :

« Après la révélation de la séropositivité de mon mari, sa famille avait des attitudes pas très bien. Auparavant [avant la révélation de la séropositivité de mon mari], les situations quotidiennes se déroulaient normalement. Depuis qu'ils sont au courant de sa séropositivité, ils nous ont obligé à acheter des cuvettes pour faire la lessive séparée des vêtements, à utiliser des bols et des baguettes qui nous sont réservés, à manger avant ou après le repas de famille... »

(Femme séropositive, 27 ans, veuve, ayant une fille, vivant actuellement avec sa soeur, quartier Trâm Hung Dao, Ha-Long)

Un membre d'un foyer n'ayant pas de séropositif estime que s'il y avait un séropositif dans sa famille, cela entraînerait un changement des situations quotidiennes de la famille. Le séropositif doit vivre dans une chambre à part et utiliser des objets qui lui sont réservés.

« Quand la famille comporte un séropositif, il faut avoir un régime spécifique pour lui. C'est-à-dire qu'il doit être séparé des autres dans les situations quotidiennes. Il doit avoir une chambre à part. Dans cette chambre, tous les objets personnels sont réservés au séropositif. Dans les repas, il doit utiliser un bol et une paire de baguettes qui lui sont réservés, d'une autre couleur. Ce bol et ces baguettes peuvent être lavés et rangés ensemble avec ceux des autres membres de la famille, mais au repas il doit utiliser ceux qui lui sont réservés ».

(640 – homme séronégatif, 30 ans, ayant un diplôme universitaire, employé d'une entreprise, marié, ayant un fils, Ha-Lâm, Ha-Long)

Les données quantitatives permettent de mesurer cette stigmatisation des séropositifs par les membres du foyer dans les situations quotidiennes. Trois questions du

questionnaire de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long réservé aux membres des foyers ne se déclarant pas séropositifs ont été analysées. Ce sont les suivantes :

- (1) *Dans votre famille, une personne séropositive VIH/sida pourrait-elle manger avec les autres et partager un plateau avec toute la famille ?*
- (2) *Dans votre famille, une personne séropositive VIH/sida pourrait-elle dormir sur le même lit que le vôtre ?*
- (3) *Dans votre famille, une personne séropositive VIH/sida pourrait-elle avoir ses habits lavés en commun avec ceux des autres membres de la famille ?*

Pour les membres des foyers-témoins, les situations évoquées dans ces questions sont totalement hypothétiques car aucune personne se déclarant séropositive ne vit dans leur foyer. Dans les foyers-cas, ces situations sont hypothétiques pour les membres qui ne sont pas informés de la présence d'une personne séropositive dans leur foyer et réelles pour ceux qui la connaissent. Comme nous l'avons indiqué auparavant, il est impossible d'éviter l'erreur de collecte des données liée aux questions hypothétiques. Il faut également tenir compte du fait que les répondants pourraient vouloir masquer leur attitude réelle, car cela concerne leurs proches.

Pour les trois questions déjà citées, trois modalités peuvent être évoquées par les répondants : (1) possible (2) impossible ou (3) n'est pas sûr(e). Les modalités « impossible » ou « n'est pas sûr(e) » traduisent une attitude de discrimination des séropositifs par les répondants de leurs foyers.

Le tableau 4.7 montre qu'avec la première question, la plupart des répondants (95,9 % des MemF+ et 88,0 % des MemF-) font savoir que si un membre du foyer est séropositif, il peut toujours partager un plateau avec les autres membres du foyer durant le repas. Toutefois, 4,1 % des membres séronégatifs des foyers-cas et 12 % des membres des foyers-témoins estiment que les séropositifs ne peuvent pas le faire. Avec la deuxième question, 60,2 % des membres séronégatifs des foyers-cas et 53,1 % des membres des foyers-témoins disent qu'ils peuvent partager un lit avec le séropositif du foyer. 39,8 % des membres séronégatifs des foyers-cas et 46,9 % des membres des foyers-témoins ne peuvent pas ou ne sont pas sûrs de pouvoir le faire. Avec la troisième question, 63,9 % des membres séronégatifs des foyers-cas estiment que les vêtements des séropositifs peuvent être lavés avec ceux des autres membres du foyer. La proportion de membres des foyers-témoins qui l'acceptent est nettement plus forte : 49,8 %. En revanche, 36,1 % des

membres séronégatifs des foyers-cas ne sont pas d'accord pour que les vêtements des séropositifs soient lavés avec ceux des autres membres du foyer. La proportion de membres des foyers-témoins refusant la lessive des vêtements des séropositifs avec ceux des autres membres du foyer s'élève à 50,2 %.

Tableau 4.7 - Répartition (%) des répondants se déclarant séronégatifs selon leur attitude de stigmatisation des séropositifs dans les situations quotidiennes et le statut VIH de leur foyer

Questions	FAVIHVIET Ha-Long		
	MemF+	MemF-	Ensem.
<i>Dans votre famille, une personne séropositive VIH/sida pourrait-elle manger avec les autres et partager un plateau avec toute la famille ?</i>			
Possible	95,9	88,0	90,7**
Impossible	3,2	9,4	7,2**
N'est pas sûr(e)	0,9	2,6	2,0**
<i>Dans votre famille, une personne séropositive VIH/sida pourrait-elle dormir sur le même lit que le vôtre ?</i>			
Possible	60,2	53,1	55,6
Impossible	35,2	39,7	38,1
N'est pas sûr(e)	4,6	7,2	6,3
<i>Dans votre famille, une personne séropositive VIH/sida pourrait-elle avoir ses habits lavés en commun avec ceux des autres membres de la famille ?</i>			
Possible	63,9	49,8	54,6***
Impossible	31,5	35,6	34,2***
N'est pas sûr(e)	4,6	14,7	11,2***
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif des répondants	219	416	635

*** $p=0,000$; ** $p<0,005$; * $p<0,05$

Dans l'ensemble, la proportion de séronégatifs ayant une attitude de stigmatisation et de discrimination envers les séropositifs est assez élevée. Selon la figure 4.7, 53,0 % des membres séronégatifs des foyers-cas et 61,1 % des membres des foyers-témoins adoptent au moins une attitude de stigmatisation et de discrimination des séropositifs dans les activités quotidiennes. La proportion de membres des foyers-témoins adoptant cette attitude est légèrement supérieure à celle des membres séronégatifs des foyers-cas. Cela montre que les attitudes de stigmatisation et de discrimination des séropositifs dans les activités quotidiennes sont assez fortes même dans les foyers où vivent les personnes

séropositives. En moyenne, plus de la moitié des membres des foyers-cas adoptent une attitude de stigmatisation des séropositifs dans les activités quotidiennes. Ces attitudes mènent-elles à une discrimination dans les faits ? Cela sera examiné dans les chapitres suivants.

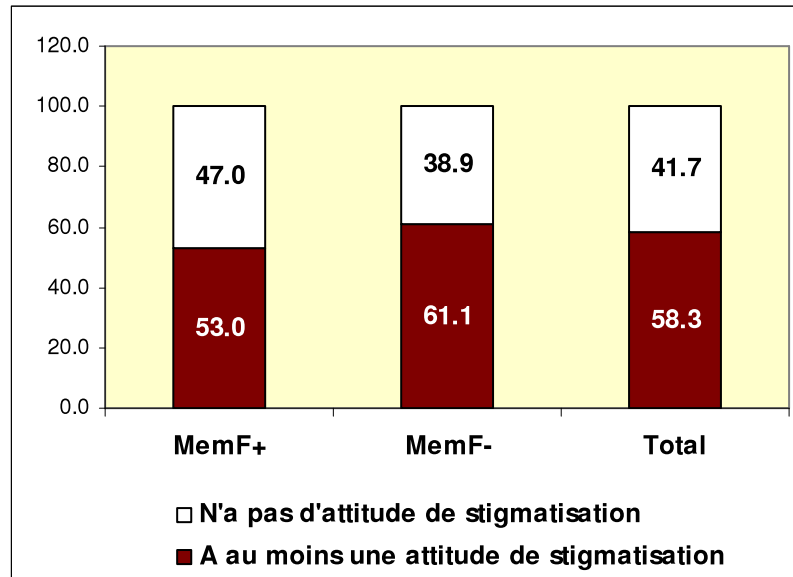


Figure 4.7 - Répartition des MemF+ et des MemF- de l'enquête FAVIHVIET Ha- Long selon leur adoption d'une attitude de stigmatisation des séropositifs dans les situations quotidiennes

Ainsi, selon les séropositifs, il est possible qu'ils ne soient pas mis à l'écart par leurs proches mais dans les activités quotidiennes, ils subissent une attitude de stigmatisation et de discrimination assez forte de la part des membres de leurs foyers. Il n'existe quasiment aucune différence de degré de stigmatisation entre les membres séronégatifs des foyers-cas et les membres des foyers-témoins. Une hypothèse possible est que les séropositifs et les membres de leurs foyers ne considèrent pas le fait de manger séparément, dormir séparément et laver les vêtements séparément comme la manifestation d'une stigmatisation des séropositifs mais comme des mesures nécessaires pour prévenir la transmission du VIH dans le foyer.

Au niveau des foyers, la stigmatisation des séropositifs dans les situations quotidiennes est calculée de manière similaire que la stigmatisation dans la société. Le niveau de stigmatisation dans les situations quotidiennes est également calculé à partir de deux variables indépendantes : (1) la stigmatisation de chaque membre du foyer et (2) le nombre des membres enquêtés du foyer.

L'analyse au niveau des foyers montre que la stigmatisation des séropositifs dans les situations quotidiennes est nettement plus élevée dans les foyers-témoins que dans les foyers-cas. 60,7 % des foyers de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long comptent au moins un membre stigmatisant les séropositifs dans une situation quotidienne. Cette proportion est de 44,2 % dans les foyers-cas et 77,3 % dans les foyers-témoins. Le tableau 4.8 montre également que 52,1 % des foyers-témoins versus 12,9 % des foyers-cas exercent une stigmatisation des séropositifs de niveau 3 dans au moins une situation quotidienne (au moins deux tiers des membres enquêtés du foyer).

Tableau 4.8 - Répartition (%) des foyers selon le niveau de stigmatisation des séropositifs dans différentes situations quotidiennes et le statut VIH du foyer

<i>Situations quotidiennes / foyer</i>	<i>Niveau de stigmatisation des séropositifs dans les situations quotidiennes</i>				
	Non	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
<i>Partage du même plateau repas</i>					
Foyers-cas	94,5	3,7	1,8	-	100,0***
Foyers-témoins	76,1	6,7	11,0	6,1	100,0***
Ensemble	85,3	5,2	6,4	3,1	100,0***
<i>Partage du lit</i>					
Foyers-cas	66,3	9,8	14,7	9,2	100,0***
Foyers-témoins	39,9	8,6	13,5	38,0	100,0***
Ensemble	53,1	9,2	14,1	23,6	100,0***
<i>Lessive commune</i>					
Foyers-cas	66,3	12,9	14,7	6,1	100,0***
Foyers-témoins	30,1	12,3	19,0	38,7	100,0***
Ensemble	48,2	12,6	16,9	22,4	100,0***
<i>Au moins une situation</i>					
Foyers-cas	55,8	13,5	17,8	12,9	100,0***
Foyers-témoins	22,7	8,0	17,2	52,1	100,0***
Ensemble	39,3	10,7	17,5	32,5	100,0***

*** $p=0,000$; ** $p<0,005$; * $p<0,05$

Concernant la stigmatisation des séropositifs dans le partage du plateau-repas, 94,5 % des foyers-cas et 76,1 % des foyers-témoins n'exercent aucune stigmatisation des séropositifs dans cette activité. Ainsi, la proportion de foyers stigmatisant les séropositifs dans le partage du plateau n'est pas très élevée (5,5 % des foyers-cas et 23,9 % des foyers-témoins). Dans le groupe des foyers-cas, 3,7 % exercent une stigmatisation de

niveau 1 et 1,8 % de niveau 2. Dans le groupe des foyers-témoins, 6,7 % exercent une stigmatisation de niveau 1, 11,0 % de niveau 2 et 6,1 % de niveau 3.

Concernant la stigmatisation des séropositifs dans le partage du lit, 66,3 % des foyers-cas et 39,9 % des foyers-témoins n'ont pas du tout cette attitude. On peut constater que la stigmatisation des séropositifs dans le partage du lit est plus forte dans les foyers-témoins que dans les foyers-cas. 38,0 % des foyers-cas versus 9,2 % des foyers-témoins exercent cette attitude de niveau 3. Concernant la stigmatisation de niveau 1 et 2, les proportions de foyers-témoins est presque égale à celles des foyers-cas. Précisément, 9,8 % des foyers-cas et 8,6 % des foyers-témoins exercent une stigmatisation des séropositifs dans le partage du lit de niveau 1, 14,7 % des foyers-cas et 13,5 % des foyers-témoins exercent cette attitude de niveau 2.

L'intensité de la stigmatisation par les foyers enquêtés des séropositifs dans la lessive commune est aussi presque égale à celle dans le partage du lit. 33,0 % des foyers-cas et 69,9 % des foyers-témoins ont au moins un membre enquêté stigmatisant les séropositifs dans le partage du lit. Cette stigmatisation est plus élevée chez les foyers-témoins que chez les foyers-cas. 12,9 % des foyers-cas et 12,3 % des foyers-témoins exercent cette attitude de niveau 1, 14,7 % des foyers-cas et 19,0 % des foyers-témoins exercent cette attitude de niveau 2. La proportion des foyers exerçant cette attitude de niveau 3 est nettement plus élevée chez les foyers-témoins que chez les foyers-cas (38,7 % versus 6,1 %).

4.4.2. Stigmatisation par les membres de foyers des PVVIH dans les soins de santé

Comme nous l'avons mentionné auparavant, dans le contexte du VIH/sida au Viêt Nam, la famille joue un rôle important dans les soins de santé aux séropositifs (*France Lert et al., 2008*). En analysant les données de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, *Loenzien et Luu (2009)* ont montré que la famille, notamment les parents, les frères et sœurs jouent un rôle important dans les soins de santé des séropositifs. Étudier la stigmatisation par les membres du foyer des séropositifs dans les soins de santé permet d'affirmer le rôle de la famille dans cette tâche et d'indiquer les barrières empêchant la famille d'assumer ce rôle. Dans cette étude, la mesure de la stigmatisation par les membres de la famille des séropositifs dans les soins de santé se fonde sur la disponibilité des membres pour la prise en charge des séropositifs en cas de problèmes de santé et le lieu des soins de santé pour ces personnes.

A propos de la disponibilité accordée à la prise en charge des séropositifs quand ces derniers ont des problèmes de santé, dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, la question utilisée dans le questionnaire réservé aux membres de foyer est la suivante : « *Si dans votre famille il y avait par malchance une personne séropositive, seriez-vous prêt(e) à lui prodiguer des soins en cas de problèmes de santé ?* » Dans l'enquête VPAIS, cette question est également utilisée et 94,7 % des répondants disent qu'ils seraient prêts à prendre soin de leur proche si ce dernier était séropositif et avait des problèmes de santé. La proportion des répondants prêts à prodiguer des soins à leur proche s'élève à 99,8 % dans l'échantillon de l'enquête VPAIS à Ha-Long. Dans les foyers de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, la plupart des membres séronégatifs des foyers-cas et des membres des foyers-témoins indiquent qu'ils seraient prêts à soigner leur proche si ce dernier était séropositif et avait des problèmes de santé (respectivement 98,6 % et 97,1 %) (Tableau 4.9). Ainsi, les résultats de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long sont similaires à ceux récoltés lors de l'enquête VPAIS à Ha-Long.

Tableau 4.9 – Répartition (%) des répondants séronégatifs selon leur attitude vis-à-vis des soins accordés à leur proche séropositif et le statut VIH de leur foyer

Modalités	FAVIHVIET Ha-Long			VPAIS	
	MemF+	MemF-	Ensem.	Ha-Long	Ensem.
Est prêt(e)	98,6	97,1	97,6	99,8	94,7
N'est pas prêt(e)	0,9	0,0	0,3	0,2	2,9
N'est pas sûr(e)	0,5	2,9	2,0	0,0	2,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des répondants	219	416	635	434	13077
<i>p</i>		<i>0,019</i>		<i>0,000</i>	

L'opinion des membres des foyers sur les lieux de soins aux séropositifs en cas de problèmes de santé est déterminée par la question de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long: « *Selon vous, où les personnes séropositives VIH/sida devraient-elles être soignées quand elles ont des problèmes de santé ?* ». Cette question est également posée aux séropositifs pour évaluer leur autostigmatisation dans le choix du lieu des soins de santé. L'analyse des données montre que 27 % des séropositifs adoptent cette autostigmatisation (*partie 4.3.2*). Quant aux membres séronégatifs des foyers-cas et membres des foyers-témoins, le lieu de soins aux séropositifs en cas de problèmes de santé le plus cité est « en famille ». 86,8 % des membres séronégatifs des foyers-cas estiment que les séropositifs doivent être soignés en famille. Par contre, seulement 69,7 % des membres des foyers-témoins partagent ce

point de vue. Cela veut dire que 13,2 % des membres séronégatifs des foyers-cas et 30,3 % des membres des foyers-témoins ne considèrent pas « la famille » comme un lieu de soins pour les séropositifs en cas de problèmes de santé. 30,2 % des membres séronégatifs des foyers-cas et 43,8 % des membres des foyers-témoins proposent que les séropositifs soient soignés « dans des établissements qui leur sont réservés ». 31,5 % des membres séronégatifs des foyers-cas estiment que les séropositifs doivent être soignés dans les hôpitaux. La proportion de membres des foyers-témoins partageant ce point de vue est de 24,8 %. En outre, un tout petit nombre de membres séronégatifs des foyers-cas et de membres des foyers-témoins proposent de soigner les séropositifs en cas de problèmes de santé dans les centres de santé du quartier, de la commune ou dans les cliniques ou salles de consultation privées. Ainsi, les points de vue selon lesquels les séropositifs doivent être soignés dans la famille ou dans les lieux qui leur sont réservés sont les plus présents (figure 4.8). Toutefois, la proportion des répondants qui ne proposent pas la famille comme un lieu de soins est assez élevée, notamment chez les membres des foyers-témoins (30,3 %).

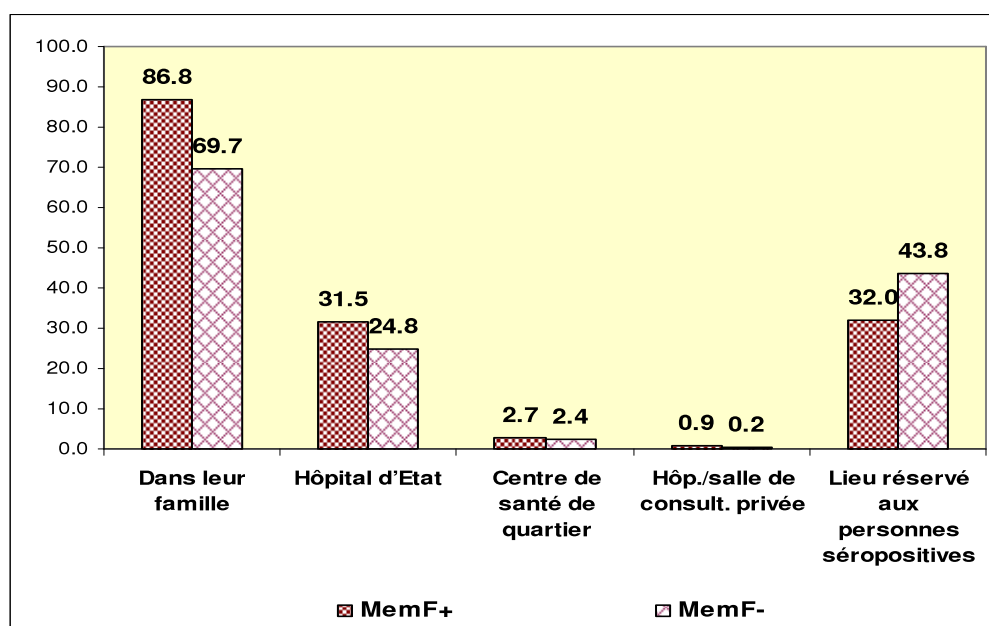


Figure 4.8 - Répartition des MemF+ et MemF- de l'enquête FAVIHVIET Ha- Long selon le lieu de soins indiqué pour les séropositifs en cas de problèmes de santé

L'analyse qualitative montre que la conception selon laquelle les séropositifs doivent être soignés dans les lieux qui leur sont réservés tire son origine de la peur de la propagation du VIH dans la communauté. Les séronégatifs tout comme les proches des séropositifs estiment qu'il s'agit d'une mesure de prévention de la propagation du VIH.

« 1 : Je pense qu'il faut construire un hôpital ou une zone à part réservée aux séropositifs.

2 : Pourquoi faut-il construire une telle zone ?

1 : Parce que c'est pratique pour les médecins et pour les séropositifs. Puisque c'est une maladie contagieuse, ils [séropositifs] ne peuvent pas être soignés dans les départements réservés aux autres patients. Tout le monde saura que c'est un lieu réservé à de telles personnes [séropositifs]. Parfois, les médecins eux aussi attrapent cette maladie dans le travail, à cause de l'inattention ».

(502 – femme non séropositive, 30 ans, mariée, ayant deux enfants, Cao-Xanh, Ha-Long)

« Les séropositifs vont mourir, tôt ou tard. L'Etat doit donc mettre ces personnes dans un centre pour mieux gérer. Leur famille peut payer leur nourriture, par exemple. Bien sûr que les séropositifs doivent vivre loin de leur famille, mais cela évite la propagation de la maladie dans la société. Mais notre Etat ne peut pas encore le faire ».

(Père 3, 50 ans, discussion de groupe avec des pères de séropositifs, Cao Xanh, Ha-Long)

Parmi les points de vue sur les lieux de soins aux séropositifs en cas de problèmes de santé indiqués ci-dessus, celui selon lequel les séropositifs doivent être soignés dans des endroits qui leur sont réservés ou ailleurs que dans la famille traduit une attitude de stigmatisation et de discrimination des séropositifs dans le choix du lieu de soins de santé. La proportion des membres séronégatifs des foyers-cas adoptant cette attitude de stigmatisation s'élève à 40,2 %. Elle est encore plus importante chez les membres des foyers-témoins : 55,5 %. Il est regrettable que les informations sur les points de vue de la population à Ha-Long dans l'ensemble sur les lieux de soins aux séropositifs en cas de problèmes de santé n'aient pas été collectées lors de l'enquête VPAIS. Il est donc impossible de comparer les résultats de FAVIHVIET Ha-Long avec ceux de VPAIS dans ce domaine.

Les membres de foyers qui ne sont pas prêts à prendre soin des séropositifs en cas de problèmes de santé ou qui n'indiquent pas la famille comme lieu de soins ou encore qui proposent un lieu réservé exclusivement aux séropositifs sont considérés comme adoptant une attitude de stigmatisation des séropositifs dans les soins de santé. L'analyse des données montre que 40,6 % des membres séronégatifs des foyers-cas et 55,8 % des membres des foyers-témoins adoptent au moins une attitude de stigmatisation ou de discrimination des séropositifs dans les soins de santé (figure 4.9). Cette attitude est plus

marquée chez les membres des foyers-témoins que chez les membres séronégatifs des foyers-cas ($p=0,000$). Ainsi, bien que presque tous les membres séronégatifs des foyers-cas et les membres des foyers-témoins indiquent qu'ils sont prêts à prendre soin d'un proche séropositif en cas de problèmes de santé, l'attitude de stigmatisation et de discrimination des séropositifs dans les soins de santé existe chez 40 % des membres séronégatifs des foyers-cas et plus de la moitié des membres des foyers-témoins.

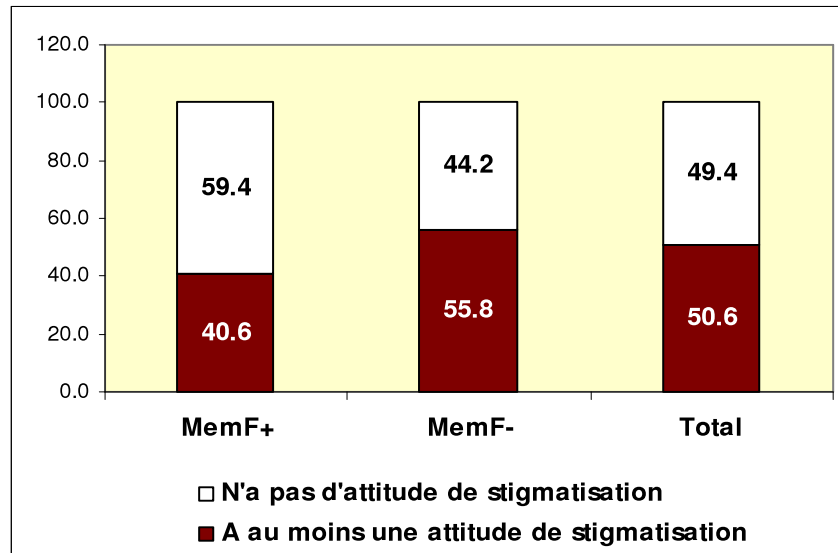


Figure 4.9 - Répartition des MemF+ et des MemF- de l'enquête FAVIHVIET Ha- Long selon leur attitude de stigmatisation des séropositifs dans les soins de santé

Tout comme pour la stigmatisation des séropositifs dans la société et dans les activités quotidiennes, celle dans les soins de santé est également analysée au niveau du foyer. Les résultats présentés dans le tableau 4.10 montrent que 64,4 % des foyers-cas et 24,5 % des foyers-témoins n'exercent aucune stigmatisation des séropositifs dans les soins de santé. D'ailleurs, cette forme de stigmatisation est plus forte chez les foyers-témoins que chez les foyers-cas. En effet, 43,6 % des foyers-témoins versus 8,0 % des foyers-cas exercent cette stigmatisation de niveau 3. 20,2 % des foyers-témoins versus 14,1 % des foyers-cas ont cette attitude de niveau 2 et enfin, 11,7 % des foyers-témoins et 13,5 % des foyers-cas ont cette attitude de niveau 1.

Tableau 4.10 - Répartition (%) des foyers selon le niveau de stigmatisation des séropositifs dans les soins de santé et leur statut VIH

<i>Niveau de stigmatisation par le foyer</i>	FAVIHVIET Ha-Long		
	<i>MemF+</i>	<i>MemF-</i>	<i>Tous</i>
Pas de stigmatisation	64,4	24,5	44,5
Stigmatisation de niveau 1	13,5	11,7	12,6
Stigmatisation de niveau 2	14,1	20,2	17,2
Stigmatisation de niveau 3	8,0	43,6	25,8
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif des répondants	163	163	326
<i>p</i>		0,000	

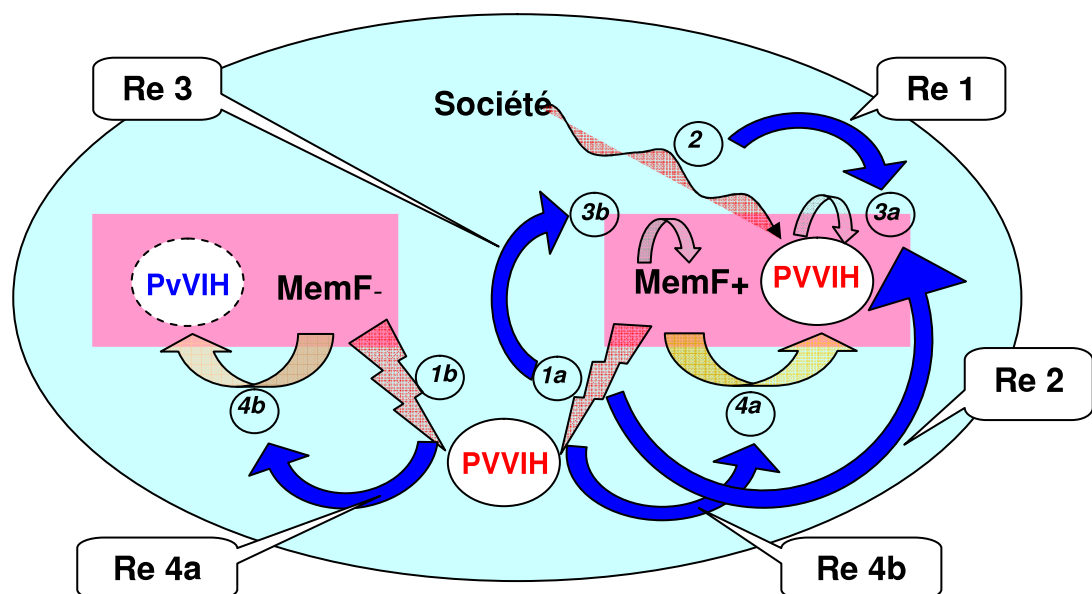
En résumé, dans le contexte de la vie familiale, l'attitude de stigmatisation et de discrimination par les proches des séropositifs dans les situations quotidiennes et dans les soins de santé reste très importante. Elle est plus marquée chez les membres des foyers-témoins que chez les membres séronégatifs des foyers-cas. Certains membres de foyer n'acceptent pas que les séropositifs partagent le plateau-repas avec les autres dans le foyer. D'autres ne veulent pas dormir dans le même lit qu'un séropositif ou n'acceptent pas que les vêtements de ces derniers soient lavés avec ceux des autres membres du foyer. Les membres des foyers doivent lutter contre une contradiction dans leurs attitudes : ils veulent se montrer prêts à prendre soin de leur proche séropositif, mais ne considèrent pas la famille comme un lieu de soins ou souhaitent qu'en cas de problèmes de santé les séropositifs soient soignés dans des établissements qui leur sont réservés.

4.5. Relations entre les différents types de stigmatisation

Les analyses ci-dessus mettent en évidence quatre types de stigmatisation liés au VIH/sida chez les répondants dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long. La première est la stigmatisation par les membres des foyers des séropositifs dans la société. La deuxième est la perception qu'ont les séropositifs de l'attitude distanciée de leur entourage (stigmatisation ressentie). La troisième est l'autostigmatisation des séropositifs et des proches séronégatifs dans leur participation aux activités communautaires et dans leur choix du lieu de soins de santé. La quatrième est la stigmatisation des séropositifs par les membres de leurs foyers.

Une question que l'on peut se poser est : quelles sont les relations entre ces types de stigmatisation ? Certains psychologues ont identifié les relations entre différents types de stigmatisation des malades mentaux en analysant l'évolution du processus de stigmatisation (*Jacoby A., 1994; Crocker J., Wolfe C.T., 2001; Corrigan P. et al., 2003; Ritsher J.B. et al., 2003; Rusch N., 2005*). Théoriquement, la stigmatisation liée au VIH/sida dans la société peut influencer sur la stigmatisation ressentie par les séropositifs. La perception de la stigmatisation influencera ensuite l'autostigmatisation des séropositifs. En fait, certaines études qualitatives montrent l'existence de relations entre la stigmatisation liée au VIH/sida dans la société et l'autostigmatisation des séropositifs, ou encore entre la stigmatisation liée au VIH/sida dans la société et la stigmatisation ressentie (la crainte d'être stigmatisé) par les séropositifs et les membres de leurs familles. La conséquence dans ce cas peut être que certains séropositifs et leurs proches ne souhaitent pas reconnaître ou révéler leur séropositivité (*Khuât Thu Hông et al., 2004; Rotheram-Borus M.J. et al., 2005; Lê Minh Hai et al., 2005*).

Schéma 4.6 - Relations entre les différents types de stigmatisation



(**PVVIH** : Personne vivant VIH/ le séropositif ; **MemF+** : Membre séronégatif de foyer-cas ;
MemF- : Membre de foyer-témoin)

- **Re 1**: Perception qu'ont les séropositifs de leur mise à l'écart par la société et autostigmatisation des séropositifs.
- **Re 2**: Stigmatisation par les membres séronégatifs des foyers-cas des PVVIH et autostigmatisation des séropositifs.
- **Re 3**: Stigmatisation par les membres séronégatifs des foyers-cas des PVVIH dans la société et autostigmatisation des séropositifs.
- **Re 4a** et **Re 4 b**: Stigmatisation par les membres séronégatifs des foyers-cas et par les membres des foyers-témoins des PVVIH dans la société et dans le foyer.

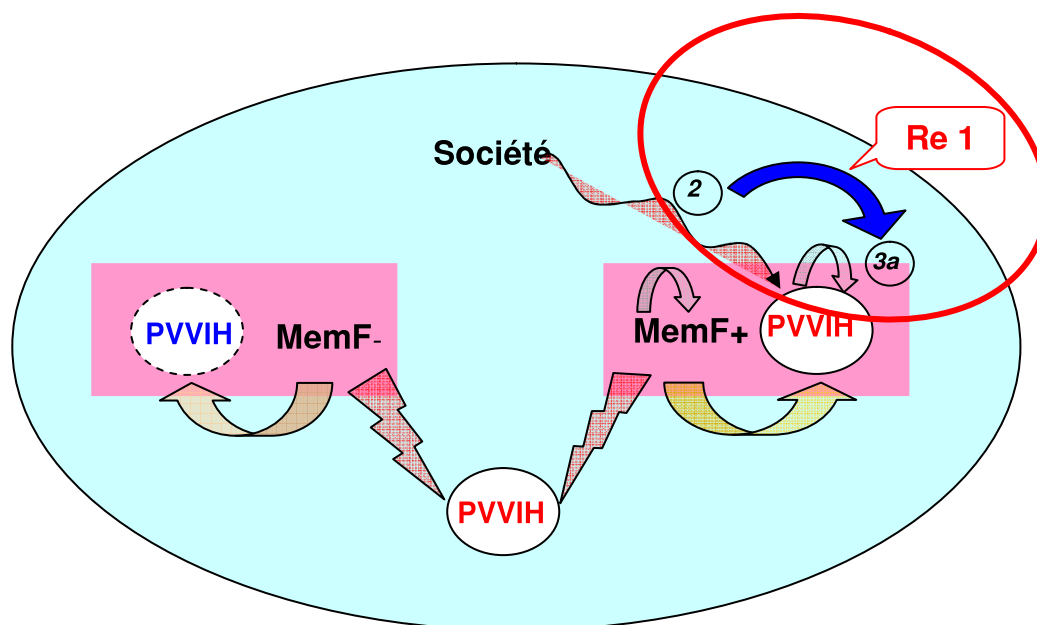
Dans cette thèse, en mesurant les attitudes de stigmatisation, j'ai posé certaines questions exploratoires sur les relations entre différents types de stigmatisation, par exemple : (1) Quelle est la relation entre d'une part la perception par les séropositifs de l'attitude distanciée de la société envers eux et d'autre part leur attitude d'autostigmatisation dans la participation aux activités communautaires et dans leur choix du lieu de soins de santé? ou (2) Quelle est la relation entre la stigmatisation des séropositifs dans la société et dans les soins de santé par les membres séronégatifs des foyer-cas et l'autostigmatisation des séropositifs dans les activités communautaires et dans les soins de santé ? ou (3) Quelle est la relation entre la stigmatisation par les membres séronégatifs des foyers-cas des PVVIH dans la société et l'autostigmatisation des membres séronégatifs des foyers-cas dans leur participation aux activités communautaires ? ou (4) La stigmatisation par les membres des foyers (membres séronégatifs des foyers-cas et membres des foyers-témoins) des séropositifs dans la société a-t-elle un lien avec la stigmatisation et la discrimination des séropositifs dans les activités quotidiennes ou dans les soins de santé à la famille ? (schéma 4.6). Ces questions doivent être étudiées en utilisant les résultats des analyses des tableaux croisés, des rapports de cotes (Odds Ratio) et de leurs intervalles de confiance en tenant compte du seuil de signification statistique.

4.5.1. Perception qu'ont les séropositifs de leur mise à l'écart par la société et autostigmatisation des séropositifs

Comme nous l'avons indiqué auparavant, la stigmatisation ressentie par le séropositif porte sur la crainte réelle ou imaginaire d'attitudes de la société et de discrimination envers lui. Une perception est par définition quelque chose de subjectif. Dans les contacts sociaux,

il est possible que l'entourage ne se montre pas distancié. Mais à cause d'un complexe dû à la séropositivité ou d'« expériences » qu'il a entendues sur la stigmatisation, le séropositif « imagine » qu'il est mis à l'écart. En revanche, il est possible que le séropositif soit mis à l'écart par son entourage par des actes tellement subtils qu'il ne les sent pas encore. Ainsi le niveau d'attitude distanciée de la société et le niveau de cette attitude perçue par le séropositif peuvent être différents. Toutefois, après la perception de sa mise à l'écart, d'autres réactions psychologiques peuvent apparaître chez le séropositif. Quand ce dernier perçoit qu'il est mis à l'écart, autrement dit lorsqu'il ressent une réaction de la société envers lui, il peut être triste, hésiter à entrer en contact avec les autres, développer un complexe d'infériorité... Il s'agit justement de manifestations d'une autostigmatisation du séropositif.

Schéma 4.7 - Lien entre la perception qu'ont les PVVIH de leur mise à l'écart par la société et l'autostigmatisation des PVVIH



(**PVVIH** : Personne vivant VIH/ le séropositif ; **MemF+** : Membre séronégatif de foyer-cas ;
MemF- : Membre de foyer-témoin)

L'analyse des données quantitatives de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long montre que parmi les séropositifs ayant constaté une attitude distanciée de leur entourage envers eux, 34,1 % adoptent une autostigmatisation, ne participant pas aux activités communautaires, 65,9 % n'ont pas cette attitude. Parmi les séropositifs qui ne constatent pas d'attitude distanciée de la part de leur entourage, 87,2 % n'adoptent pas d'autostigmatisation dans

leur participation aux activités communautaires, seuls 12,8 % ont cette attitude. Ainsi, la perception de la mise à l'écart par la société favorise l'autostigmatisation des séropositifs dans leur participation aux activités communautaires d'un facteur de 3,5 (OR = 3,5 [1,6 – 7,5], $p = 0,001$) (tableau 4.11).

La relation entre la perception qu'ont les séropositifs de leur mise à l'écart par la société et leur autostigmatisation dans le choix du lieu de soins de santé est confirmée. La perception qu'ont les séropositifs de leur mise à l'écart par la société favorise leur autostigmatisation dans leur choix du lieu de soins de santé. Parmi les séropositifs qui ont perçu une attitude distanciée de la part de leur entourage, 35,3 % ont une attitude d'autostigmatisation dans leur choix du lieu de soins de santé, 64,7 % n'en ont pas. Parmi les séropositifs qui ne constatent pas cette attitude distanciée de la part de leur entourage, 79,8 % n'adoptent pas d'attitude d'autostigmatisation dans leur choix du lieu de soins de santé, 20,2 % adoptent une telle attitude. Ainsi, l'autostigmatisation est 2,1 fois plus forte chez les séropositifs ayant constaté leur mise à l'écart par la société que chez les séropositifs qui ne l'ont pas constatée (OR = 2,1 [1,1 – 4,2], $p = 0,024$) (tableau 4.12).

Tableau 4.11 – Répartition (%) des séropositifs selon leur perception de leur mise à l'écart par la société et leur autostigmatisation dans leur participation aux activités communautaires

<i>Autostigmatisation dans la participation aux act. comm.</i>	<i>Perception qu'ont les PVVIH de leur mise à l'écart par la société</i>			
	Oui	Non	Ensem.	
Oui	34,1	12,8	22,9	OR = 3,5 CI [1,6 - 7,5] p=0,001
Non	65,9	87,2	77,1	
Total	100,0	100,0	100,0	
<i>Effectif des répondants</i>	85	94	179	

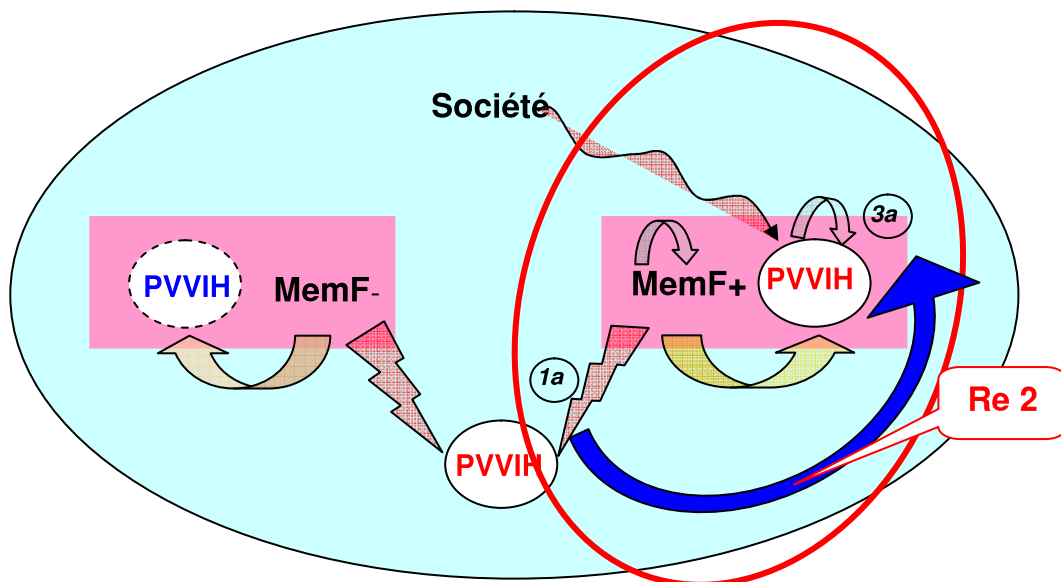
Tableau 4.12 – Répartition (%) des séropositifs selon la perception qu'ils ont de leur mise à l'écart par la société et leur autostigmatisation dans leur choix du lieu des soins de santé

<i>Autostigmatisation dans le choix du lieu des soins de santé</i>	<i>Perception qu'on les PVVIH de leur mise à l'écart par la société</i>			
	Oui	Non	Ensem.	
Oui	35,3	20,2	27,4	OR = 2,1 CI [1,1 – 4,2] p=0,024
Non	64,7	79,8	72,6	
Total	100,0	100,0	100,0	
<i>Effectif des répondants</i>	85	94	179	

4.5.2. Stigmatisation des PVVIH par les membres séronégatifs des foyers-cas et autostigmatisation des séropositifs

Outre l'influence de la perception qu'ont les séropositifs de leur mise à l'écart par la société dans leur participation aux activités communautaires et dans les soins de santé, la stigmatisation des séropositifs par les membres séronégatifs dans les foyers-cas influence-t-elle l'autostigmatisation de ces derniers ? (Schéma 4.8). L'influence de la perception qu'ont les séropositifs de leur autostigmatisation est directe. L'influence de la stigmatisation des séropositifs par les membres séronégatifs vivant dans le même foyer sur l'autostigmatisation des séropositifs est indirecte. Les séropositifs sentent cette stigmatisation de la part des membres séronégatifs de leur foyer, puis ils développent une autostigmatisation (ennui, complexe d'infériorité, crainte). Dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, pour mesurer cette corrélation, la stigmatisation des séropositifs est mesurée au niveau du foyer. Comment le fait de vivre dans un foyer ayant au moins un membre stigmatisant les séropositifs ou dans un foyer à différents niveaux de stigmatisation influence-t-il l'autostigmatisation des séropositifs ?

Schéma 4.8 - Lien entre la stigmatisation des PVVIH par les membres séronégatifs des foyers-cas et l'autostigmatisation des séropositifs



(PVVIH : Personne vivant VIH/ le séropositif ; MemF+ : Membre séronégatif de foyer-cas ;
MemF- : Membre de foyer-témoin)

Les données collectées permettent d'analyser deux corrélations possibles concernant la stigmatisation par les membres séronégatifs vivant dans les foyers-cas et l'autostigmatisation des séropositifs. Il s'agit des corrélations (1) entre l'autostigmatisation des séropositifs dans la participation aux activités communautaires et le fait de vivre dans un foyer où existe une stigmatisation des séropositifs dans la société et (2) entre l'autostigmatisation des séropositifs dans les soins de santé et le fait de vivre dans un où existe une stigmatisation des séropositifs dans les soins de santé.

Concernant la première corrélation, les résultats montrent que parmi les séropositifs vivant dans un foyer ayant au moins un membre manifestant une stigmatisation des séropositifs dans la société, 30,7 % adoptent une autostigmatisation dans leur participation aux activités communautaires, 69,3 % n'ont pas une telle attitude. Parmi les séropositifs vivant dans un foyer n'exerçant aucune stigmatisation des séropositifs dans la société, 17,3 % adoptent quand même une autostigmatisation dans leur participation aux activités communautaires, 82,7 % n'ont pas une telle attitude (tableau 4.13). Il existe une corrélation positive entre l'autostigmatisation des séropositifs et la stigmatisation des séropositifs par les membres séronégatifs de leur foyer dans la société. La probabilité d'autostigmatisation dans la participation aux activités communautaires est deux fois plus grande pour les séropositifs vivant dans un foyer ayant au moins un membre stigmatisant les séropositifs dans la société que pour les séropositifs vivant dans un foyer où cette attitude n'existe pas (OR = 2,11[1,04-4,28], p=0,036).

Tableau 4.13 – Répartition (%) des séropositifs selon leur autostigmatisation dans leur participation aux activités communautaires et la stigmatisation par leur foyer des séropositifs dans la société

<i>Autostigmatisation dans la participation aux act.comm.</i>	<i>Stigmatisation par les foyers-cas des séropositifs dans la société</i>			
	Oui	Non	Total	
Oui	30,7	17,3	22,9	OR = 2,11
Non	69,3	82,7	77,1	ET [1,04 – 4,28]
Total	100,0	100,0	100,0	p=0,036
<i>Effectif des répondants</i>	75	104	179	

Les analyses plus approfondies de cette corrélation selon les niveaux de stigmatisation montrent que plus le niveau de stigmatisation par les foyers est élevé, plus l'autostigmatisation des séropositifs dans la participation aux activités communautaires est élevée. Toutefois, la probabilité d'autostigmatisation des séropositifs n'est forte et significative que quand ces derniers vivent dans un foyer ayant au moins la moitié des membres séronégatifs enquêtés stigmatisant les séropositifs dans la société.

Parmi les séropositifs vivant dans un foyer exerçant une stigmatisation de niveau 2, 42,9 % font de l'autostigmatisation. Parmi les séropositifs vivant dans un foyer exerçant une stigmatisation de niveau 3, 50 % font de l'autostigmatisation. La probabilité d'autostigmatisation des séropositifs vivant dans un foyer exerçant une stigmatisation de niveau 2 est plus de 3,5 fois plus forte que celle des séropositifs vivant dans un foyer où cette attitude n'existe pas (OR = 3,58 [1,45 – 8,85], $p=0,004$). La probabilité d'autostigmatisation des séropositifs vivant dans un foyer exerçant une stigmatisation de niveau 3 est 4,7 fois plus forte que celle des séropositifs vivant dans un foyer où cette attitude n'existe pas (OR = 4,77 [1,73 – 13,15], $p=0,001$) (tableau 4.14).

Tableau 4.14 – Répartition (%) des séropositifs selon leur autostigmatisation dans leur participation aux activités communautaires et le niveau de stigmatisation par leur foyer des séropositifs dans la société

<i>Autostigmatisation dans la participation aux act.comm.</i>	<i>Niveau de stigmatisation par les foyer-cas des séropositifs dans la société</i>				
	Niveau 3	Niveau 2	Niveau 1	Non	Ensem.
Oui	50,0	42,9	3,7	17,3	22,9
Non	50,0	57,1	96,3	82,7	77,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectifs des répondants	20	28	27	104	179
<i>p</i>			0,000		
Rapport de cotes (OR)	4,77**	3,58**	-	<i>Référence</i>	-

*** $p=0,000$; ** $p<0,005$; * $p<0,05$

Quant à la deuxième corrélation, les résultats d'analyses sont présentés dans les tableaux 4.15 et 4.16. Le tableau 4.15 montre que parmi les séropositifs vivant dans un foyer ayant au moins un membre séronégatif stigmatisant les séropositifs dans les soins de

santé, 43,3 % adoptent une autostigmatisation dans les soins de santé, 56,7 % n'ont pas une telle attitude. Parmi les séropositifs vivant dans un foyer où la stigmatisation des séropositifs dans les soins de santé n'existe pas, 19,3 % font de l'autostigmatisation, 80,7 % n'ont pas une telle attitude. Il existe une corrélation assez forte entre l'autostigmatisation des séropositifs et le fait de vivre dans un foyer où il existe une stigmatisation des séropositifs dans les soins de santé. La probabilité d'autostigmatisation dans les soins de santé des séropositifs vivant dans un foyer où il existe une stigmatisation des séropositifs dans les soins de santé est trois fois plus élevée que celle des séropositifs vivant dans un foyer où cette attitude n'existe pas (OR = 3,19 [1,61 – 6,32], $p=0,001$).

Tableau 4.15 – Répartition (%) des séropositifs selon leur autostigmatisation dans les soins de santé et la stigmatisation par leur foyer des séropositifs dans les soins de santé

<i>Autostigmatisation liée au choix du lieu des soins de santé</i>	<i>Stigmatisation par les foyers-cas des séropositifs dans les soins de santé</i>			
	Oui	Non	Tous	
Oui	43,3	19,3	27,4	OR = 3,19
Non	56,7	80,7	72,6	CI [1,61 – 6,32]
Total	100,0	100,0	100,0	p=0,001
<i>Effectifs des épondants</i>	60	119	179	

Tableau 4.16 – Répartition (%) des séropositifs selon leur autostigmatisation dans les soins de santé et le niveau de stigmatisation des séropositifs par les foyers dans les soins de santé

<i>Autostigmatisation liée au choix du lieu des soins de santé</i>	<i>Niveau de stigmatisation par les foyers-cas des séropositifs dans les soins de santé</i>				
	Niveau 3	Niveau 2	Niveau 1	Non	Ensem.
Oui	92,3	47,8	12,5	19,3	27,4
Non	7,7	52,2	87,5	80,7	72,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Effectifs des épondants</i>	13	23	24	119	179
<i>p</i>			0,000		
Rapport de cotes (OR)	-	3,82**	-	<i>Référence</i>	-

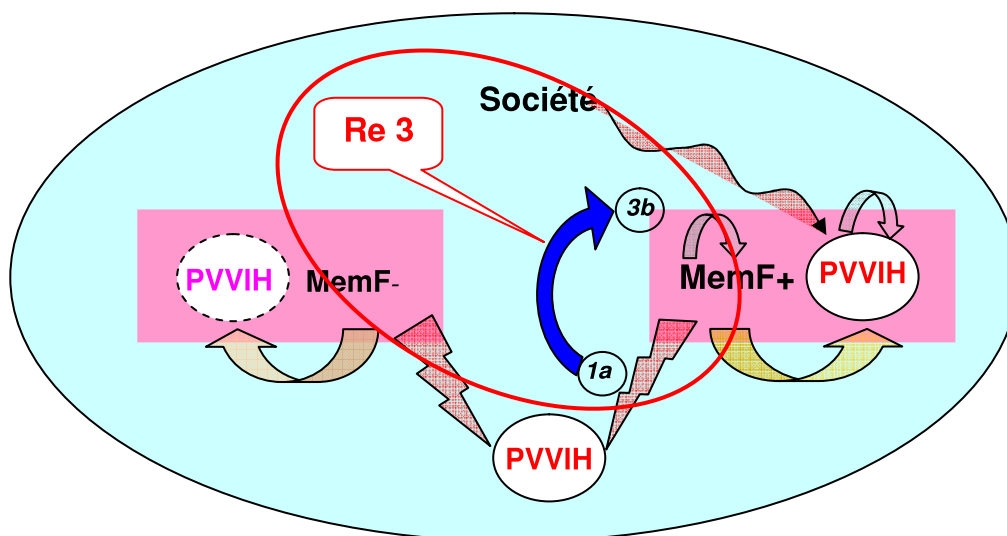
*** $p=0,000$; ** $p<0,005$; * $p<0,05$

L'analyse de la corrélation entre l'autostigmatisation des séropositifs dans les soins de santé et les différents niveaux de stigmatisation par les foyers montre que plus le niveau de stigmatisation par le foyer des séropositifs dans les soins de santé est élevé, plus la probabilité d'autostigmatisation des séropositifs est importante. Parmi les séropositifs vivant dans un foyer où la stigmatisation est de niveau 1, 12,5 % adoptent une autostigmatisation. Ce taux est de 47,8 % chez les séropositifs vivant dans un foyer où la stigmatisation est de niveau 2 et de 92,3 % chez les séropositifs vivant dans un foyer où la stigmatisation est de niveau 3. La probabilité d'autostigmatisation dans les soins de santé chez les séropositifs vivant dans un foyer où la stigmatisation est de niveau 2 est près de 4 fois plus élevée que celle des séropositifs vivant dans un foyer où cette attitude n'existe pas (OR = 3,82 [1,5 – 9,75], $p=0,003$) (tableau 4.16). Le nombre de répondants n'étant pas assez grand, il est impossible d'estimer la différence entre la probabilité d'autostigmatisation des séropositifs vivant dans un foyer exerçant une stigmatisation de niveaux 1 et 3 et celle des séropositifs vivant dans un foyer où cette attitude n'existe pas.

4.5.3. Stigmatisation par les membres séronégatifs des foyers-cas des PVVIH dans la société et autostigmatisation des PVVIH

L'enquête FAVIHVIET Ha-Long ne fournit pas d'information sur la stigmatisation ressentie par les membres des foyers comportant des personnes se déclarant séropositives. Or, certaines études montrent que les personnes vivant dans le même foyer qu'un séropositif peuvent également subir une stigmatisation (*Khuât Thu Hồng et al., 2004; Lê Minh Hai et al., 2005; Loenzien et al., 2006; PCSA Viêt-Nam, UNDP, 2009*). Les analyses ci-dessus montrent que les membres séronégatifs des foyers-cas adoptent une attitude d'autostigmatisation dans leur participation aux activités communautaires parce qu'ils sont tristes, ne souhaitent pas participer ou ne veulent pas rencontrer de gens. Cela signifie que les membres séronégatifs des foyers-cas constatent eux aussi une stigmatisation de la société envers eux. Les membres séronégatifs des foyers-cas dans cette enquête adoptent une attitude de stigmatisation des séropositifs dans la société et cette attitude est assez importante. L'attitude de la société envers les séropositifs influence-t-elle sur la perception qu'ont les membres séronégatifs des foyers-cas de la stigmatisation des PVVIH et sur leur autostigmatisation? (schéma 4.9).

Schéma 4.9 - Lien entre la stigmatisation par les MemF+ des PVVIH dans la société et leur autostigmatisation



(**PVVIH** : Personne vivant VIH/ le séropositif ; **MemF+** : Membre séronégatif de foyer-cas ; **MemF-** : Membre de foyer-témoin)

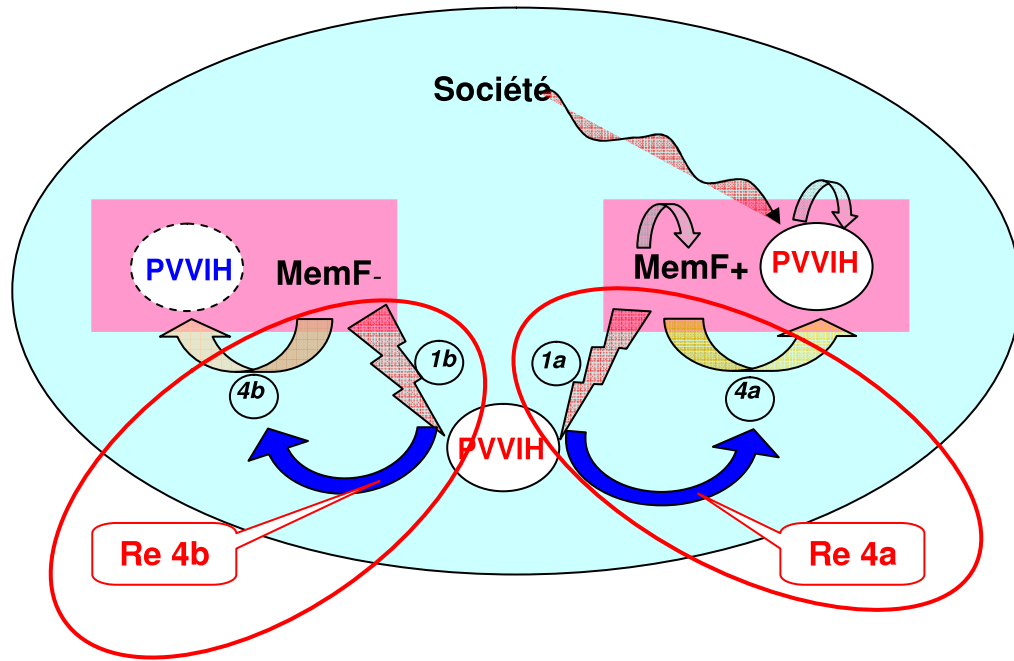
Parmi les membres séronégatifs des foyers-cas stigmatisant les séropositifs dans la société, 11,8 % adoptent une attitude d'autostigmatisation dans leur participation aux activités communautaires, 88,2 % ne le font pas. Parmi les membres séronégatifs des foyers-cas qui n'affichent pas d'attitude de stigmatisation des séropositifs dans la société, seulement 3,7 % adoptent une attitude d'autostigmatisation dans leur participation aux activités communautaires. Ainsi, les membres séronégatifs des foyers-cas stigmatisant les séropositifs dans la société adoptent une attitude d'autostigmatisation dans leur participation aux activités communautaires 3,5 fois supérieure à celle des personnes qui n'adoptent pas cette attitude (OR = 3,5 [1,1 – 11,2], p = 0,024) (tableau 4.17).

Tableau 4.17 – Répartition (%) des MemF+ selon leur stigmatisation des PVVIH dans la société et leur autostigmatisation dans leur participation aux activités communautaires

<i>Autostigmatisation dans la participation aux act.comm.</i>	<i>Stigmatisation des PVVIH dans la société</i>			
	Oui	Non	Ensem.	
Oui	11,8	3,7	7,8	OR = 3,5 CI [1,1 – 11,2] p=0,024
No	88,2	96,3	92,2	
Total	100,0	100,0	100,0	
<i>Effectif des répondants</i>	110	109	219	

4.5.4. Stigmatisation par les membres séronégatifs des foyers-cas et les membres des foyers-témoins des PVVIH dans la société et dans le foyer

Schéma 4.10 - Lien entre la stigmatisation par les MemF+ et les MemF- des PVVIH dans la société et dans le foyer



(**PVVIH** : Personne vivant VIH/ le séropositif ; **MemF+** : Membre séronégatif de foyer-cas ; **MemF-** : Membre de foyer-témoin)

Les analyses ci-dessus montrent que les membres séronégatifs des foyers-cas et les membres des foyers-témoins dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long adoptent une attitude de stigmatisation des séropositifs dans la société et dans leur foyer. La stigmatisation des séropositifs dans la société se traduit par le refus d'être en contact avec un vendeur ou un enseignant séropositif, par un jugement de valeur ou une accusation des séropositifs. La stigmatisation des séropositifs dans le foyer se traduit par une attitude de discrimination dans les activités quotidiennes (repas, sommeil, lessive) ou dans les soins de santé aux séropositifs. Quel est le lien entre ces deux types d'attitudes ? Est-ce que le facteur « relation familiale » avec notamment l'affection entre parents et enfants, entre époux et épouse, entre frères et sœurs incite les membres des foyers à adopter une attitude envers les séropositifs différente au sein du foyer de ce qu'elle est dans la société ? La revue des études menées au Viêt Nam et dans d'autres pays n'indique pas d'existence d'analyses quantitatives sur cette relation. Sur le plan qualitatif, on peut supposer que les causes d'une stigmatisation des séropositifs dans la société sont également celles d'une stigmatisation

de ces personnes dans le foyer. Certaines études montrent que la peur d'être contaminé augmente quand la distance avec le séropositif est réduite (*Khuât Thu Hồng et al., 2004; Khuât T. Hai Oanh et al., 2006*) ou encore l'attitude de stigmatisation sous la forme de jugement et d'accusation est plus forte si les séropositifs sont liés à la drogue ou à la prostitution (*Khuât Thu Hồng et al., 2004*). Dans cette étude, la stigmatisation des séropositifs dans la société et dans le foyer est moins forte chez les proches séronégatifs que chez les membres des foyers-témoins (*voir 4.1 et 4.4*).

Les vérifications statistiques permettent de mesurer la force du lien entre les types de stigmatisation des séropositifs par les séronégatifs. Les données du tableau 4.18 montrent que, parmi les répondants stigmatisant les séropositifs dans la société, 67,3 % stigmatisent les séropositifs dans les situations quotidiennes au foyer, 32,7 % ne le font pas. Parmi les répondants ne stigmatisant pas les séropositifs dans la société, 61,5 % ne le font pas dans les situations quotidiennes au foyer, 38,5 % le font. Ainsi, les membres séronégatifs des foyers-cas qui stigmatisent les séropositifs dans la société le font aussi dans les situations quotidiennes au foyer. Cette attitude est 3,3 fois plus importante que chez les membres séronégatifs des foyers-cas non stigmatisants (OR = 3,3 [1,9 – 5,7], p = 0,000).

Tableau 4.18 – Répartition (%) des MemF+ selon leur stigmatisation des PVVIH dans la société et leur stigmatisation des PVVIH dans les situations quotidiennes

<i>Stig. des PVVIH dans les situations quotidiennes</i>	<i>Stigmatisation des PVVIH dans la société</i>			
	Oui	Non	Ensem.	
Oui	67,3	38,5	53,0	OR = 3,3
No	32,7	61,5	47,0	CI [1,9 – 5,7]
Total	100,0	100,0	100,0	p=0,000
Effectif des répondants	110	109	219	

Concernant les membres des foyers-témoins, parmi les répondants stigmatisant les séropositifs dans la société, 70,6 % le font dans les situations quotidiennes du foyer, 29,4 % ne le font pas. Parmi les répondants qui ne stigmatisent pas les séropositifs dans la société, 59,0 % ne les stigmatisent pas dans les situations quotidiennes du foyer, 41,0 % le font. Ainsi, les membres des foyers-témoins stigmatisant les séropositifs dans la société le font dans les situations quotidiennes du foyer et cette stigmatisation est 3,4 fois plus importante que celle des membres des foyers-témoins qui n'ont pas cette attitude (OR = 3,4 [2,2 – 5,3], p = 0,000) (tableau 4.19). L'influence de la stigmatisation des séropositifs dans la société

sur la stigmatisation des séropositifs dans les situations quotidiennes du foyer est similaire chez les membres séronégatifs des foyers-cas et chez les membres des foyers-témoins.

Tableau 4.19 – Répartition (%) des MemF- selon leur stigmatisation des PVVIH dans la société et leur stigmatisation des PVVIH dans les situations quotidiennes

<i>Stig. des PVVIH dans des situations quotidiennes</i>	<i>Stigmatisation des PVVIH dans la société</i>			
	Oui	Non	Ensem.	
Oui	70,6	41,0	61,1	OR = 3,4
Non	29,4	59,0	38,9	CI [2,2 – 5,3]
Total	100,0	100,0	100,0	p=0,000
Effectif des répondants	282	134	416	

Outre leur attitude de stigmatisation des séropositifs dans les situations quotidiennes au foyer, les séronégatifs affichent aussi cette attitude dans les soins de santé. Précisément, ils ne sont pas prêts à prendre soin des séropositifs en cas de problèmes de santé, ne proposent pas la famille comme lieu de soins de santé ou estiment que les séropositifs doivent être soignés dans des lieux qui leur sont réservés (*voir 4.4*). Cette attitude est-elle liée à leur attitude de stigmatisation des séropositifs dans la société ? Il est possible que les membres des foyers refusent d'être en contact avec les séropositifs dans la société de peur d'être contaminés. C'est peut-être pour cette raison qu'ils ne sont pas prêts à prendre soin des séropositifs, ou ne veulent pas que ces derniers soient soignés à domicile mais dans des lieux spécifiques. Le jugement de valeur et l'accusation pourraient également être des raisons pour lesquelles les membres des foyers ne souhaitent pas que les séropositifs soient soignés dans la famille.

Concernant les membres séronégatifs des foyers-cas, parmi les répondants stigmatisant les PVVIH dans la société, 55,5 % stigmatisent les séropositifs dans les soins de santé, 44,5 % ne le font pas. Parmi les répondants ne stigmatisant pas les séropositifs dans la société, 74,3 % ne le font pas non plus dans les soins de santé, 25,7 % le font. Ainsi, les membres séronégatifs des foyers-cas stigmatisant les séropositifs dans la société adoptent la même attitude dans les soins de santé avec une fréquence 3,6 fois plus élevée que ceux qui ne le font pas (OR = 3,6 [2,0 – 6,4], p = 0,000) (tableau 4.20).

Tableau 4.20 – Répartition (%) des MemF+ selon leur stigmatisation des PVVIH dans la société et leur stigmatisation des PVVIH dans les soins de santé

<i>Stig. des PVVIH dans les soins de santé</i>	<i>Stigmatisation des PVVIH dans la société</i>			
	Oui	Non	Ensem.	
Oui	55,5	25,7	40,6	OR = 3,6
No	44,5	74,3	59,4	CI [2,0 – 6,4]
Total	100,0	100,0	100,0	p=0,000
<i>Effectif des répondants</i>	110	109	219	

Concernant les membres des foyers-témoins, parmi les répondants stigmatisant les séropositifs dans la société, 61,7 % montrent une telle attitude dans les soins de santé, 38,3 % ne le font pas. Parmi les répondants ne stigmatisant pas les séropositifs dans la société, 56,7 % ne le font pas non plus dans les soins de santé, 43,3 % le font. Ainsi, les membres des foyers-témoins stigmatisant les séropositifs dans la société adoptent une telle attitude dans les soins de santé avec une fréquence 2,1 fois plus élevée que les membres des foyers-témoins qui ne le font pas (OR = 2,1 [1,4– 3,2], p = 0,000) (tableau 4.21).

Tableau 4.21 – Répartition (%) des MemF- selon leur stigmatisation des PVVIH dans la société et leur stigmatisation des PVVIH dans les soins de santé

<i>Stig. des PVVIH dans les soins de santé</i>	<i>Stigmatisation des PVVIH dans la société</i>			
	Oui	Non	Ensem.	
Oui	61,7	43,3	55,8	OR = 2,1
No	38,3	56,7	44,2	CI [1,4 – 3,2]
Total	100,0	100,0	100,0	p=0,000
<i>Effectif des répondants</i>	282	134	416	

On peut constater que la relation entre ces deux types de stigmatisation est beaucoup plus marquée chez les membres séronégatifs des foyers-cas que chez les membres des foyers-témoins. La seule raison expliquant ce phénomène est que les membres séronégatifs des foyers-cas sont beaucoup plus proches dans leurs contacts avec les séropositifs que ne le sont les membres des foyers-témoins. Certaines études affirment également que le risque d'être atteint par le VIH augmente quand le contact avec les

séropositifs est plus étroit. Les gens qui courent ce risque pourraient adopter une attitude de stigmatisation plus forte sous forme de refus d'être en contact avec les séropositifs (*Khuât Thu Hông et al., 2004; Khuât T. Hai Oanh et al., 2006*).

En résumé, les différents types de stigmatisation sont en interaction les uns avec les autres. Les résultats de l'analyse des données de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long montrent que la perception par les séropositifs de leur mise à l'écart par la société a un fort impact sur leur autostigmatisation dans leur participation aux activités communautaires. La stigmatisation liée au VIH/sida dans la société favorise l'autostigmatisation des séropositifs et des membres de leurs foyers dans leur participation aux activités communautaires et dans leur choix du lieu de soins de santé aux séropositifs. La stigmatisation des séropositifs dans la société renforce également la stigmatisation dans le cadre familial, notamment dans les situations quotidiennes ou dans les soins de santé aux séropositifs. Dans les foyers-cas cet impact est plus fort que dans des foyers-témoins.

4.6. Structure des foyers et stigmatisation liée au VIH/sida

La structure des foyers peut être étudiée sous deux angles : (1) la répartition des foyers selon leur taille et (2) la répartition des foyers selon leur forme : foyer noyau ou élargi, foyer à une, deux ou plusieurs générations. Des études sur la famille montrent que la forme du foyer influence la position, le rôle et la fonction de chaque membre (*Pham Van Bich, 1999; Bélanger D., 2000; John Knodel et al., 2000; John Knodel et al., 2005*). Dans les foyers de grande taille, plusieurs membres peuvent être en charge d'un même travail. En revanche, dans un foyer de petite taille, la responsabilité de la réalisation d'un travail tend à incomber à un seul membre. Dans le foyer noyau, l'égalité des genres est plus élevée, le rôle des femmes est rehaussée par rapport aux foyers traditionnels où trois ou quatre générations cohabitent (*John Knodel et al., 2005; Magali Barbieri, 2006*). L'analyse des données de l'enquête Ha-Long montre que lorsque le séropositif vit avec son époux/épouse, il peut recevoir des soins de ses parents, son époux/épouse et ses frères et soeurs en cas de problèmes de santé. Lorsqu'il ne vit pas avec son époux/épouse, il peut recevoir des soins de la part de ses parents, ses frères et soeurs. La séropositivité rend l'aide de la part de la famille plus importante si le séropositif vit avec ses parents. Elle rend l'aide des membres de la famille élargie plus importante si le séropositif ne vit pas avec ses parents (*Loenzien*

et Luu, 2009). La transmission des connaissances et attitudes est différente pour chaque forme de foyer. Dans le foyer noyau, la transmission a lieu entre parents et enfants tandis que dans le foyer élargi elle se fait davantage par le biais de relations plus larges, par exemple entre grands-parents et petits-enfants, entre parents et beau-fils ou belle-fille, entre cousins et cousines.... Le nombre de générations influence également cette transmission (*United Nations, 2007; Lê Quy Duc, Vu Thi Huê, 2007*).

Comme nous l'avons indiqué au chapitre 2 de cette thèse, une hypothèse s'impose : le fait de vivre dans un foyer avec une structure particulière pourrait influencer sur les attitudes de stigmatisation liées au VIH/sida du séropositif et des membres des foyers. L'analyse des données de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long permet de vérifier cette hypothèse dans le contexte des foyers enquêtés à Ha-Long.

4.6.1. Taille du foyer et stigmatisation liée au VIH/sida

Comme nous l'avons indiqué dans le chapitre 2, dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, 40,5 % des foyers enquêtés comportent de 1 à 3 membres (foyers de petite taille); 34,4 % comportent 4 membres (foyers de taille moyenne) et 25,2 % comportent 5 membres ou plus (foyers de grande taille). Les différences de taille en termes de répartition des trois types de foyers sont significatives entre foyers-cas et foyers-témoins. Chez le groupe des foyers-cas, ceux de petite taille ou de grande taille sont majoritaires par rapport à ceux de taille moyenne (respectivement 46,0 %; 30,7 % et 23,3 %). Dans le groupe des foyers-témoins, ceux de taille moyenne sont majoritaires par rapport à ceux de petite taille et de grande taille (respectivement 45,4 %, 35,0 % et 19,6 %).

Concernant les répondants se déclarant séropositifs, 44,1 % vivent dans un foyer d'un à trois membres, 32,4 % vivent dans un foyer de 5 membres ou plus. Seulement 23,5 % des séropositifs enquêtés vivent dans un foyer de 4 membres. Quant au groupe des membres séronégatifs des foyers-cas, la plupart des répondants vivent dans un foyer de 5 membres ou plus (52,5 %), 29,0 % vivent dans un foyer de 4 membres et 18,6 % vivent dans un foyer d'un à trois membres. Concernant le groupe des membres des foyers-témoins, la plupart des répondants vivent dans un foyer de 4 membres (45,7 %). 28,3 % vit dans un foyer de petite taille (d'un à trois membres), 26,0 % vit dans un foyer de grande taille (plus de 5 membres) (tableau 4.22).

Tableau 4.22 – Répartition (%) des répondants selon la taille de leur foyer, leur statut VIH et le statut VIH de leur foyer

Type de foyer	FAVIHVIET Ha-Long			
	<i>PvVIH</i>	<i>MemF+</i>	<i>MemF-</i>	<i>Ensem.</i>
Foyer de 1 à 3 personnes	44,1	18,6	28,3	29,1
Foyer de 4 personnes	23,5	29,0	45,7	36,3
Foyer de 5 personnes et plus	32,4	52,5	26,0	34,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des répondants	179	221	420	820
<i>p</i>		0,000		

Le tableau 4.23 montre qu'il n'existe pas de corrélation statistiquement significative entre le type de stigmatisation et la taille du foyer dans lequel on vit. Plus précisément, la stigmatisation des séropositifs dans la société comme nous l'avons évoqué, est plus fréquente chez les membres des foyers-témoins que chez les membres séronégatifs des foyers-cas. Respectivement 67,8 % des membres des foyers-témoins versus 50,2 % des membres séronégatifs des foyers-cas adoptent cette attitude. Dans le groupe des membres séronégatifs des foyers-cas, la proportion des répondants adoptant cette attitude ne varie pas avec la taille du foyer ($p=0,161$). Dans le groupe des membres des foyers-témoins, la proportion des répondants ayant cette attitude est la même chez les trois types de foyers, 67,8 % des répondants vivant dans un foyer d'un à trois membres, 67,9 % des répondants vivant dans un foyer de quatre membres, 67,6 % des répondants vivant dans un foyer de cinq membres ou plus.

A propos de l'autostigmatisation dans la participation aux activités communautaires, comme nous l'avons vu, 22,9 % des séropositifs et 7,8 % des membres séronégatifs de leurs foyers adoptent une telle attitude. La proportion de séropositifs ayant cette attitude est la même (différence statistiquement non significative) : 26,2 % des séropositifs vivant dans un foyer de quatre membres et 24,1 % des séropositifs vivant dans un foyer de cinq membres ou plus versus 20,3 % des séropositifs vivant dans un foyer d'un à trois membres ($p=0,733$). La proportion de membres séronégatifs des foyers-cas adoptant une autostigmatisation dans leur participation aux activités communautaires est la même quelle que soit la taille du foyer (respectivement 7,7 %, 7,8 %, 7,8 %).

Tableau 4.23 – Répartition (%) des répondants ayant une attitude de stigmatisation liée au VIH/sida selon la taille de leur foyer, leur statut VIH et le statut VIH de leur foyer

Type de foyer	FAVIHVIET Ha-Long				p
	Foyer de 1 à 3 pers.	Foyer de 4 pers.	Foyer de 5 per. et plus	Ensem.	
<i>A au moins une attitude de stigmatisation des PVVIH dans la société</i>					
MemF+	64,1	46,9	47,4	50,2	0,161
MemF-	67,8	67,9	67,6	67,8	0,999
<i>A au moins une attitude d'auto-stigmatisation liée à la participation à des activités commu.</i>					
PVVIH	20,3	26,2	24,1	22,9	0,733
MemF+	7,7	7,8	7,8	7,8	1,000
<i>A au moins une attitude d'auto-stigmatisation liée aux soins de santé</i>					
PVVIH	27,8	23,8	29,3	27,4	0,824
<i>A au moins une attitude de stigmatisation des PVVIH dans les activités quotidiennes du foyer</i>					
MemF+	66,7	45,3	52,6	53,0	0,108
MemF-	53,4	67,4	58,3	61,1	0,040
<i>A au moins une attitude de stigmatisation des PVVIH liée aux soins</i>					
MemF+	46,2	31,3	44,0	40,6	0,186
MemF-	54,2	56,8	55,6	55,8	0,904
Effectif des répondants					
PVVIH	79	42	58	179	
MemF+	39	64	116	219	
MemF-	118	190	108	416	

A propos de l'attitude d'autostigmatisation dans le choix du lieu de soins de santé, la taille du foyer n'a pas d'influence chez les séropositifs. 29,3 % des séropositifs vivant dans un foyer de cinq membres ou plus, 27,8 % des séropositifs vivant dans un foyer d'un à trois membres et 23,8 % des séropositifs vivant dans un foyer de quatre membres ont cette attitude. Cette différence n'est pas statistiquement significative ($p=0,824$).

Concernant l'attitude de stigmatisation des séropositifs dans les activités quotidiennes du foyer, comme nous l'avons indiqué, l'attitude de stigmatisation est plus marquée chez les membres des foyers-témoins que chez les membres séronégatifs des foyers-cas, précisément, 61,1 % des membres des foyers-témoins adoptent cette attitude versus 53,0 % des membres séronégatifs des foyers-cas. Dans le groupe des membres séronégatifs des foyers-cas, les proportions des répondants adoptant cette attitude dans les foyers d'un à trois membres, de cinq membres ou plus et de quatre membres

(respectivement 66,7 %, 52,6 % et 45,3 %) ne sont pas différentes de façon statistiquement significative ($p=0,108$). Dans le groupe des membres des foyers-témoins, la proportion des répondants adoptant cette attitude est plus élevée dans les foyers de quatre membres que dans les foyers de cinq membres ou plus et dans les foyers d'un à trois membres (respectivement 67,4 %, 58,3 % et 53,4 %). C'est la seule différence statistiquement significative ($p=0,040$). Est-ce parce que les relations entre les individus considérées comme plus étroites dans les foyers de petite taille et plus lâches dans les foyers de grande taille ont contribué à réduire la stigmatisation des séropositifs dans les activités quotidiennes ? Toutefois, ce résultat est obtenu chez le groupe des membres des foyers-témoins pour qui les questions permettant de mesurer la stigmatisation sont hypothétiques.

A propos de la stigmatisation des séropositifs dans les soins de santé, comme nous l'avons vu, 55,8 % des membres des foyers-témoins et 40,6 % des membres séronégatifs des foyers-cas adoptent une telle attitude. Dans le groupe des membres séronégatifs des foyers-cas, les proportions pour les personnes vivant dans un foyer d'un à trois membres, de 5 membres ou plus est plus et de quatre membres (respectivement 46,2 % et 44,0 % versus 31,3 %) ne sont pas différentes ($p=0,186$). Dans le groupe des membres des foyers-témoins, la proportion de répondants ayant adopté cette attitude est la même chez les trois types de foyers, respectivement 54,2 % des répondants vivant dans un foyer d'un à trois membres, 56,8 % dans les foyers de quatre membres et 55,6 % dans les foyers de cinq membres ou plus.

4.6.2. Modèle du foyer et stigmatisation liée au VIH/sida

+ Foyer noyau et foyer élargi

Le foyer noyau évoqué ci-dessous est basé sur la définition suivante : « Le foyer noyau est la forme de famille qui comprend le père, la mère et les enfants en bas âge, d'âge mineur ou qui ne sont pas mariés. Il s'agit d'une famille étroite, appelée souvent foyer élémentaire »

²⁰. Epoux-épouse et parents-enfants sont les seules relations dans ce modèle, qui peut être un foyer noyau à part entière avec parents et enfants, ou un foyer noyau partiel qui ne comprend qu'époux et épouse, père ou mère et enfants. Ainsi, seulement une ou deux

²⁰ Encyclopédie en vietnamien, consulté à l'adresse :

<http://dictionary.bachkhoatoanthu.gov.vn/default.aspx?param=15EDaWQ9MTA5MDUmZ3JvdXBpZD0ma2luZD1zdGFyYyZlZl3b3JkPWc=&page=3> ngày 24.2.2010

génération cohabitent dans le foyer noyau. Par contre, d'autres membres comme les grands-parents, belles-filles, beaux-fils, cousins, neveux, nièces peuvent cohabiter dans un foyer élargi. Le foyer élargi est celui dans lequel cohabitent plus de deux générations. Au Viêt Nam, le foyer élargi a souvent trois générations : le grand-père et/ ou la grand-mère, le père et/ ou la mère, les enfants et/ou petits enfants (*Dang Canh Khanh, Lê Thi Quy, 2007*).

Dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, 54,7 % des foyers enquêtés sont des foyers noyaux, 42,6 % sont des foyers élargis. Il n'y a pas de différence de répartition des foyers noyaux et élargis entre foyers-cas et foyers-témoins : 52,1 % des foyers-cas et 62,6 % des foyers-témoins sont des foyers noyaux, 47,9 % des foyers-cas et 37,4 % des foyers-témoins sont des foyers élargis ($p=0,057$). Les répondants séropositifs sont répartis de manière égale entre les deux types de foyers : 50,3 % dans les foyers noyaux et 49,7 % dans les foyers élargis. Chez les membres séronégatifs des foyers-cas la proportion de personnes vivant dans un foyer élargi est plus importante que celles vivant dans un foyer noyau (57,5 % versus 42,5 %). Par contre, chez les membres des foyers-témoins la proportion de personnes vivant dans un foyer noyau est plus élevée que celle vivant dans un foyer élargi (59,8 % versus 40,2 %) (Tableau 4.24).

Tableau 4.24 – Répartition (%) des répondants selon le modèle de leur foyer, leur statut VIH et le statut VIH de leur foyer

Type de foyer	FAVIHVIET Ha-Long			
	PVVIH	MemF+	MemF-	Ensem.
Foyer noyau	50,3	42,5	59,8	53,0
Foyer élargi	49,7	57,5	40,2	47,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des répondants	179	221	420	820
<i>p</i>		0,000		

L'analyse du lien entre le type de stigmatisation et le fait de vivre dans un foyer noyau ou élargi (tableau 4.25) montre qu'il n'y a aucune corrélation statistiquement significative entre ces deux éléments.

A propos de la stigmatisation des séropositifs dans la société, 52,2 % des membres séronégatifs des foyers-cas et 69,0 % des membres des foyers-témoins vivant dans un foyer noyau, 48,8 % des membres séronégatifs des foyers-cas et 66,1 % des membres séronégatifs des foyers-cas vivant dans un foyer élargi adoptent une telle attitude. La

différence entre les membres séronégatifs des foyers-cas et les membres des foyers-témoins est très marquée, mais celle entre les foyers noyaux et les foyers élargis n'est pas statistiquement significative ($p=0,624$ chez les MemF+ et $p=0,537$ chez les MemF-).

Tableau 4.25 – Répartition (%) des répondants adoptant une attitude de stigmatisation liée au VIH/sida selon le modèle de leur foyer, leur statut VIH et le statut VIH de leur foyer

Type de foyer	FAVIHVIET Ha-Long			p
	Foyer noyau	Foyer élargi	Ensem.	
<i>A au moins une attitude de stigmatisation des PVVIH dans la société</i>				
MemF+	52,2	48,8	50,2	0,624
MemF-	69,0	66,1	67,8	0,537
<i>A au moins une attitude d'auto-stigmatisation liée à la participation à des activités commu,</i>				
PVVIH	20,0	25,8	22,9	0,352
MemF+	6,5	8,7	7,8	0,559
<i>A au moins une attitude d'auto-stigmatisation liée aux soins de santé</i>				
PVVIH	27,8	27,0	27,4	0,903
<i>A au moins une attitude de stigmatisation des PVVIH dans les activités quotidiennes</i>				
MemF+	53,3	52,8	53,0	0,941
MemF-	59,3	63,7	61,1	0,365
<i>A au moins une attitude de stigmatisation des PVVIH liées aux soins de santé</i>				
MemF+	39,1	41,7	40,6	0,699
MemF-	58,9	51,2	55,8	0,122
Effectif des répondants				
PVVIH	90	89	179	
MemF+	92	127	219	
MemF-	248	168	416	

20,5 % des séropositifs vivant dans un foyer noyau et 25,8 % des séropositifs vivant dans un foyer élargi adoptent une attitude d'autostigmatisation dans leur participation aux activités communautaires. 6,5 % des membres séronégatifs des foyers-cas vivant dans un foyer noyau versus 8,7 % des membres séronégatifs des foyers-cas vivant dans un foyer élargi adoptent une telle attitude. Toutefois, ces différences ne sont pas statistiquement significatives ($p=0,352$ chez le groupe des séropositifs et $p=0,559$ chez le groupe des MemF+). La proportion de séropositifs vivant dans un foyer noyau adoptant une attitude d'autostigmatisation dans les soins de santé est similaire à celui des séropositifs vivant dans les foyers élargis ayant une telle attitude (27,8 % versus 27,0 %).

Le fait de vivre dans un foyer noyau ou élargi ne crée pas de différence de stigmatisation des séropositifs dans les activités quotidiennes ou dans les soins de santé dans la famille. 53,3 % des membres séronégatifs des foyers-cas vivant dans un foyer noyau adoptent une attitude de stigmatisation des séropositifs dans les activités quotidiennes. La proportion de membres séronégatifs des foyers-cas vivant dans un foyer élargi ayant cette attitude est de 52,8 %. 39,1 % des membres séronégatifs des foyers-cas vivant dans un foyer noyau et 41,7 % des membres séronégatifs des foyers-cas vivant dans un foyer élargi adoptent une attitude de stigmatisation des séropositifs dans les soins de santé. Parmi les membres des foyers-témoins, 59,3 % des répondants vivant dans un foyer noyau et 63,7 % des répondants vivant dans un foyer élargi adoptent une attitude de stigmatisation des séropositifs dans les activités quotidiennes et 58,9 % des répondants vivant dans un foyer noyau versus 51,2 % des répondants vivant dans un foyer élargi ont une attitude de stigmatisation des séropositifs dans les soins de santé dans la famille. Toutefois, ces deux différences ne sont pas statistiquement significatives ($p=0,365$ et $0,122$).

+ Foyer de 1-2 générations et foyer de 3-4 générations

Un foyer noyau selon la définition utilisée dans cette thèse n'abrite qu'une ou deux générations. Toutefois, tous les foyers ayant une ou deux générations ne sont pas des foyers noyaux. Par exemple, un foyer avec le père et/ou la mère, les fils et belles-filles est un foyer à deux générations et un foyer élargi. L'analyse de la structure du foyer selon le nombre de générations vivant ensemble sous un même toit complète l'information de l'analyse de la structure du foyer selon le modèle du foyer noyau ou élargi.

Dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, comme nous l'avons vu dans le chapitre 2 de cette thèse, 5,5 % des foyers enquêtés sont d'une seule génération. Il s'agit de foyers qui ne comptent que les époux ou que des frères et soeurs. 60,4 % des foyers enquêtés ont deux générations; 33,1 % ont trois générations. Les foyers ayant 4 générations ne représentent qu'environ 1 % des foyers. La répartition des types de foyers selon le nombre de générations est la même dans les foyers-cas et les foyers-témoins. Pour s'assurer que les analyses suivantes soient statistiquement significatives, les foyers à une ou deux générations sont rassemblés dans un même groupe, ceux à trois et quatre générations sont réunis dans un autre groupe. Ainsi, 61,4 % des foyers-cas et 70,6 % des foyers-témoins

sont d'une à deux générations; 38,6 % des foyers-cas et 29,4 % des foyers-témoins sont de trois à quatre générations.

A propos de la répartition des répondants, les foyers à une ou deux générations sont plus nombreux que ceux à trois ou quatre générations en termes de nombre de répondants pour les trois groupes. Précisément, concernant les foyers-cas, 59,8 % des séropositifs et 52,5 % des membres séronégatifs de leurs foyers vivent dans un foyer à une ou deux générations. Concernant les foyers-témoins, deux tiers des membres enquêtés vivent dans un foyer à une ou deux générations (tableau 4.26).

Tableau 4.26 – Répartition (%) des répondants selon le modèle de leur foyer en termes de nombre de générations, leur statut VIH et le statut VIH de leur foyer

Type de foyer	FAVIHVIET Ha-Long			
	<i>PVVIH</i>	<i>MemF+</i>	<i>MemF-</i>	<i>Ensem.</i>
Foyer de 1 à 2 générations	59,8	52,5	68,6	62,3
Foyer de 3 à 4 générations	40,2	47,5	31,4	37,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des répondants	179	221	420	820
<i>p</i>		0,000		

L'analyse des relations entre le type de stigmatisation et le fait de vivre dans un foyer à une ou deux générations ou à trois ou quatre générations (tableau 4.27) montre qu'il n'y a aucune corrélation statistiquement significative entre ces deux éléments.

Concernant la stigmatisation des séropositifs dans la société, 51,8 % des membres séronégatifs des foyers-cas vivant dans un foyer à une ou deux générations et 48,6 % des membres séronégatifs des foyers-cas vivant dans un foyer à trois ou quatre générations adoptent une telle attitude. Quant aux membres des foyers-témoins, 69,5 % vivant dans un foyer à une ou deux générations et 64,1 % vivant dans un foyer à trois ou quatre générations adoptent cette attitude. La différence entre les membres séronégatifs des foyers-cas et des foyers-témoins est très marquée mais celle entre les foyers à une ou deux générations et les foyers à trois ou quatre générations n'est pas statistiquement significative ($p=0,638$ pour les MemF+ et $p=0,278$ pour les MemF-).

Tableau 4.27 – Répartition (%) des répondants adoptant une attitude de stigmatisation liée au VIH/sida selon le modèle de leur foyer en termes de nombre de générations, leur statut VIH et le statut VIH de leur foyer

Type de foyer	FAVIHVIET Ha-Long			p
	Foyer de 1- 2 généra.	Foyer de 3- 4 généra.	Ensem.	
<i>A au moins une attitude de stigmatisation des PVVIH dans la société</i>				
MemF+	51,8	48,6	50,2	0,638
MemF-	69,5	64,1	67,8	0,278
<i>A au moins une attitude d'autostigmatisation liée à la participation aux activités commu.</i>				
PVVIH	20,6	26,4	22,9	0,363
MemF+	6,1	9,5	7,8	0,350
<i>A au moins une attitude d'autostigmatisation liée aux soins de santé</i>				
PVVIH	27,1	27,8	27,4	0,921
<i>A au moins une attitude de stigmatisation des PVVIH dans les activités quotidiennes</i>				
MemF+	50,9	55,2	53,0	0,518
MemF-	58,9	65,6	61,1	0,193
<i>A au moins une attitude de stigmatisation des PvVIH liée aux soins</i>				
MemF+	39,5	41,9	40,6	0,714
MemF-	58,2	50,4	55,8	0,134
Effectif des répondants				
PVVIH	107	72	179	
MemF+	114	105	219	
MemF-	285	131	416	

A propos de l'autostigmatisation dans la participation aux activités communautaires, 20,6 % des séropositifs vivant dans un foyer à une ou deux générations versus 26,4 % des séropositifs vivant dans un foyer de trois à quatre générations adoptent une telle attitude. 6,1 % des membres séronégatifs des foyers-cas vivant dans un foyer d'une à deux générations versus 9,5 % des membres séronégatifs des foyers-cas vivant un foyer à trois ou quatre générations adoptent cette attitude. Toutefois, ces différences ne sont pas statistiquement significatives ($p=0,363$ chez le groupe des séropositifs et $p=0,350$ chez le groupe des membres séronégatifs de leurs foyers). La proportion de séropositifs adoptant une attitude d'autostigmatisation dans les soins de santé est la même pour ceux vivant dans un foyer d'une à deux générations que pour ceux dans un foyer à trois ou quatre générations (27,1 % versus 27,8 %).

A propos de la stigmatisation des séropositifs dans les activités quotidiennes, chez les membres séronégatifs des foyers-cas, 50,9 % des répondants vivant dans un foyer à une ou deux générations et 55,2 % des répondants vivant dans un foyer à trois ou quatre générations adoptent cette attitude. Chez les membres des foyers-témoins, 58,9 % des répondants vivant dans un foyer à une ou deux générations et 65,6 % des répondants vivant dans un foyer à trois ou quatre générations adoptent une telle attitude. Toutefois, ces différences ne sont pas statistiquement significatives ($p=0,518$ chez les MemF + et $p=0,193$ chez les MemF -). De la même façon, 39,5 % des membres séronégatifs des foyers-cas vivant dans un foyer d'une à deux générations et 41,9 % des membres séronégatifs des foyers-cas vivant dans un foyer de trois à quatre générations ont une attitude de stigmatisation des séropositifs dans les soins de santé dans la famille. Ces proportions chez les membres de foyers sont respectivement de 58,2 % et 50,4 % mais la différence n'est pas statistiquement significative ($p=0,134$).

En résumé, l'analyse des foyers enquêtés selon leur taille montre que la plupart des foyers-cas sont de petite taille (1-3 personnes) ou de grande taille (5 personnes et plus) tandis que la plupart des foyers-témoins sont de petite ou moyenne taille (4 personnes). La répartition des foyers selon leur modèle noyau ou élargi, selon le nombre de générations est la même chez les foyers-cas et chez les foyers-témoins. Toutefois, le nombre des foyers noyaux est plus élevé que celui des foyers élargis, celui des foyers à une ou deux générations est aussi plus élevé que celui à trois ou quatre générations. La taille du foyer ou sa structure n'ont aucun lien avec les attitudes de stigmatisation et d'autostigmatisation liées au VIH/sida par les séropositifs enquêtés tout comme par les membres de leurs foyers et ceux des foyers-témoins.

CHAPITRE 5 : LIEN ENTRE CONNAISSANCES ET ATTITUDES DE STIGMATISATION

Le manque de connaissance est une cause d'augmentation de la stigmatisation des PVVIH mais une amélioration du niveau de connaissance fait apparaître un risque d'autostigmatisation

Les résultats présentés chapitre 3 montrent que les connaissances du VIH/sida sont influencées par certains facteurs comme le niveau d'instruction, le statut matrimonial, le statut professionnel, la participation aux associations, les discussions sur le VIH/sida durant les six mois précédant l'enquête. Selon les résultats des analyses chapitre 4, les attitudes de stigmatisation liées au VIH/sida dans la société influencent les attitudes de stigmatisation des séropositifs dans le foyer et l'auto-stigmatisation de ces personnes et des membres de leurs foyers. Toutefois, la structure du foyer n'a aucun lien direct avec ces attitudes. Une hypothèse sur les relations entre les connaissances du VIH/sida et les attitudes de stigmatisation liées à cette épidémie a été indiquée dans le cadre théorique d'analyse chapitre 2. Ces relations sont-elles vérifiées dans le contexte du VIH/sida et dans le contexte des foyers à Ha-Long, Quang-Ninh ? Quels types de connaissances et quels types d'attitude de stigmatisation ces relations concernent-elles ? Les corrélations sont-elles positives ou négatives ? L'analyse des données de FAVIHVIET Ha-Long permet de vérifier l'hypothèse d'une relation entre les connaissances du VIH/sida et les attitudes de stigmatisation liées à l'épidémie et de répondre aux questions de recherche posées ci-dessus.

Certaines études menées dans d'autres localités montrent que les connaissances du VIH/sida influencent les attitudes de stigmatisation. L'étude de [Burkholder G.J., Harlow L., Washkwich J.L. \(1999\)](#) a découvert une corrélation négative entre les connaissances du VIH/sida et la stigmatisation liée à cette épidémie. Une hausse du niveau de connaissances réduit la stigmatisation (OR = 0,48; $p < 0,001$) et l'existence d'une stigmatisation montre un faible niveau de connaissance. L'étude de [Chen J., Choe M.K., Chen S., Zang S. \(2005\)](#) en Chine conclut que la stigmatisation baisse fortement quand le niveau d'instruction augmente et connaît une baisse relative avec l'augmentation de l'accès aux médias; la stigmatisation est très élevée chez les personnes ayant des connaissances incorrectes.

Dans mon étude, j'ai réalisé des analyses multivariées selon le modèle de régression logistique binaire à l'aide du logiciel SPSS 13.0 pour chercher à comprendre les corrélations entre certains facteurs et les formes d'attitude de stigmatisation, avec un accent sur le niveau de connaissance du VIH/sida. Ces analyses permettent d'identifier l'effet net du niveau de connaissance du VIH/sida sur les attitudes de stigmatisation grâce au contrôle d'autres facteurs, par exemple les capacités personnelles, les relations familiales, l'accès aux sources d'information et la prévention du VIH/sida.

Dans les modèles de régression logistique binaire appliqués, la variable dépendante correspondant à chaque type de stigmatisation liée au VIH/sida a été identifiée et mesurée dans le chapitre 4 de cette thèse. Les variables indépendantes comprennent 9 groupes de variables présentés dans le tableau 5.1. Concernant les variables indépendantes, la régression logistique binaire dans SPSS 13.0 permet d'utiliser tous types de variables : continu, catégoriel ou binaire. Le caractère statistiquement significatif des modèles de régression logistique binaire est vérifié par le test de Hosmer et Lemeshow avec $p > 0,005$ et le test des coefficients ("Omnibus Tests of Model Coefficients") avec $p < 0,005$.

Tableau 5.1 - Variables indépendantes dans l'analyse de régression logistique binaire sur les types d'attitude de stigmatisation liée au VIH/sida

No	Variables	Caractère	Annotation
1.	<i>Age</i>	continu	
2.	<i>Sexe</i>	binaire	
	- féminin		référence
	- masculin		
3.	<i>Niveau d'instruction</i>	catégories	
	- primaire		référence
	- collègue		
	- lycée		
	- école supérieure et université		
	- primaire non achevé		
4.	<i>Etat matrimonial</i>	catégories	
	- non marié		référence
	- marié et cohabitation		
	- marié mais pas encore de vie commune		
5.	<i>Emploi</i>	binaire	
	- n'a pas d'emploi		référence
	- a un emploi		

6.	<i>Participation aux associations</i>	binaire	
	- association des femmes (oui/ non)		référence: non
	- association des jeunes (oui/ non)		référence: non
	- syndicat (oui/ non)		référence: non
	- association d'aide aux PVVIH (oui/ non)		référence: non
7.	<i>A reçu des informations sur le VIH via</i>	binaire	
	- la radio (oui/ non)		référence: non
	- la télévision (oui/ non)		référence: non
	- des livres/magazines/journaux (oui/ non)		référence: non
	- une réunion communautaire (oui/ non)		référence: non
	- l'école (oui/ non)		référence: non
	- le lieu de travail (oui/ non)		référence: non
	- une infrastruc. ou du personnel médical (oui/ non)		référence: non
	- une association d'aide aux PVVIH (oui/ non)		référence: non
8.	<i>A discuté du VIH au cours des 6 derniers mois avec</i>	binaire	
	- père, mère (oui/ non)		référence: non
	- époux(se)/ petit(e) ami(e) (oui/ non)		référence: non
	- frère, sœur (oui/ non)		référence: non
	- cousin(e), autre apparenté (oui/ non)		référence: non
	- ami(e) ou collègue (oui/ non)		référence: non
	- voisin(e) (oui/ non)		référence: non
	- personnel de santé (oui/ non)		référence: non
	- pair éducateur (oui/ non)		référence: non
	- conseiller(ère) (oui/ non)		référence: non
	- enseignant(e) (oui/ non)		référence: non
	- fils/fille (oui/ non)		référence: non
9.	<i>Connaissances du VIH</i>		
	- Note de connaissance globale du VIH	continu	
	- Note de connaissance des voies de transmission	continu	
	- Note de connaissance de la prévention	continu	
	- Note de connaissance de la prise en charge	continu	
	- A une connais. erronée de la trans. ou prévention	binaire	référence: non

Parmi les variables indépendantes, l'âge, le sexe, le niveau d'instruction et le statut professionnel sont des capacités personnelles. Le statut matrimonial est une variable concernant les relations familiales. La participation aux associations, le fait de connaître le VIH/sida grâce à différentes sources, les discussions sur le VIH/sida au cours des six mois précédant l'enquête sont des variables liées à l'accès aux sources d'information, aux interventions de prévention contre le VIH/sida. Il y a trois types de variables concernant les connaissances du VIH/sida : (1) une note de connaissance globale du VIH/sida (2) des notes de connaissance partielle du VIH/sida (note de connaissance des voies de transmission, note de connaissance de la prévention du VIH, note de connaissance de la prise en charge des séropositifs) (3) la connaissance incorrecte de la transmission et de la prévention du VIH.

Puisque ces trois variables concernant les connaissances ne sont pas tout à fait indépendantes les unes des autres (la note de connaissance globale du VIH/sida est la somme totale de celles pour chaque type de connaissances sur l'épidémie, il y a également des notes pour les connaissances incorrectes), l'identification du lien entre ces variables et les types d'attitude de stigmatisation doit être réalisée par des analyses séparées. Ainsi, trois analyses de régression logistique binaire sont réalisées pour chaque type d'attitude de stigmatisation. La première est réservée aux huit groupes de variables indépendantes déjà mentionnés et à la note de connaissance globale du VIH/sida. La deuxième est réservée aux huit groupes de variables indépendantes et aux notes des différents éléments de connaissances du VIH/sida (transmission, prévention, prise en charge des séropositifs). La troisième est réservée aux huit groupes de variables indépendantes et aux connaissances incorrectes de la transmission ou la prévention du VIH/sida. Les résultats de la première analyse montrent une corrélation entre le niveau de connaissance globale du VIH/sida et les attitudes de stigmatisation. Le niveau de chaque type de connaissances (sur la transmission, la prévention ou la prise en charge des séropositifs) pourrait être lié à différents types d'attitude de stigmatisation. Des découvertes ont été enregistrées dans les résultats de la deuxième analyse. Les résultats de la troisième analyse permettent d'identifier la relation entre les attitudes de stigmatisation et le fait d'avoir des connaissances incorrectes de la transmission ou la prévention du VIH.

Les corrélations entre les variables indépendantes et les variables dépendantes sont établies à condition que $p < 0,05$, et que l'intervalle de confiance statistiquement significatif à 95 % exclue la valeur 1. Les valeurs B portant le signe + traduisent des corrélations positives, tandis que les valeurs B portant le signe - traduisent des corrélations négatives. Exp (B) donne le rapport des risques (OR).

5.1. Connaissance du VIH/sida et stigmatisation des PVVIH dans la société

Comme nous l'avons évoqué chapitre 4, l'attitude de stigmatisation des PVVIH existe dans la société, chez les membres séronégatifs des foyers-cas et chez les membres des foyers-témoins. La première analyse montre que dans les foyers-cas, la note de connaissance globale du VIH/sida est corrélée négativement à la stigmatisation des PVVIH dans la société, mais chez les membres des foyers-témoins, il n'existe aucun lien entre ces deux facteurs (tableau 5.2 et 5.3). Chez les membres séronégatifs des foyers-cas, lorsque la note de connaissance globale du VIH/sida augmente d'un point, la probabilité de stigmatisation baisse de 9 % (OR = 0,91 [0,84 – 0,98]; p=0,016).

Bien que le niveau de signification statistique du modèle de régression pour les membres séronégatifs des foyers-cas ne soit pas très élevé (p du test de Hosmer et Lemeshow = 0,597; p des tests Omnibus = 0,009), on peut constater certaines corrélations entre la stigmatisation des PVVIH dans la société et d'autres facteurs (tableau 5.2).

Tableau 5.2 - Paramètres du modèle de régression logistique binaire sur la probabilité de stigmatisation des PVVIH dans la société par les MemF+ (1^{ère} analyse)

<i>Variable indépendante:</i> Attitude de stigma. des PVVIH dans la société (oui = 1)	<i>B</i>	<i>Sig</i>	<i>Exp (B)</i>	<i>CI 95 %</i>	
				<i>Bas</i>	<i>Haut</i>
<i>Variables dépendantes:</i>					
1. Age	-	(1)	-	-	-
2. Sexe	-	(1)	-	-	-
3. Niveau d'instruction	-	(1)	-	-	-
4. Etat matrimonial	-	(1)	-	-	-
5. Emploi	-	(1)	-	-	-
6. Participation aux associations	-	(1)	-	-	-
7. A entendu parler du VIH	-	(1)	-	-	-
8. A discuté sur le VIH au cours des 6 derniers mois avec :					
- père, mère (oui/ non)	1,68	0,003	5,38	1,76	16,44
- cousin(e), autre apparenté (oui/ non)	2,20	0,002	9,10	2,32	35,69
9. Note de connais. globale sur le VIH	-0,09	0,016	0,91	0,84	0,98
Constante	4,38	0,012	79,98		
Test de Hosmer et Lemeshow :	$\chi^2 = 6,450$	df = 8	Sig = 0,597		
Tests Omnibus des Coefficients du modèle:	$\chi^2 = 55,422$	df = 33	Sig = 0,009		

(1) Variable non significative

Les détails des variables et de leurs modalités figurent tableau 5.1

Les facteurs de capacités individuelles d'être informé sur le VIH/sida par différentes sources d'information n'ont aucun lien avec l'attitude de stigmatisation. La discussion avec les parents ou des membres de la parenté durant les six mois précédant l'enquête a tendance à favoriser la stigmatisation des PVVIH dans la société par les membres des foyers-cas. La discussion avec le personnel médical et ceux en charge de la consultation n'a aucun effet sur la stigmatisation. La situation est la même avec la participation aux associations. C'est un indicateur de la moindre efficacité du programme de prévention du VIH/sida mené dans les localités pour réduire la stigmatisation des PVVIH dans la société.

Tableau 5.3 - Paramètres du modèle de régression logistique binaire sur la probabilité de stigmatisation des PVVIH dans la société par les MemF- (1^{ère} analyse)

<i>Variable indépendante:</i> attitude de stigma. des PVVIH dans la société (<i>oui = 1</i>)	<i>B</i>	<i>Sig</i>	<i>Exp (B)</i>	<i>CI 95 %</i>	
				<i>Bas</i>	<i>Haut</i>
<i>Variabiles dépendantes:</i>					
1. <i>Age</i>	-	(1)	-	-	-
2. <i>Sexe</i>	-	(1)	-	-	-
3. <i>Niveau d'instruction</i>	-	(1)	-	-	-
- Ecole supér. et université vs primaire	-1,65	0,005	0,19	0,06	0,61
4. <i>Etat matrimonial</i>	-	(1)	-	-	-
5. <i>Emploi</i>	-	(1)	-	-	-
6. <i>Participation aux associations</i>	-	(1)	-	-	-
7. <i>A entendu parler du VIH</i>	-	(1)	-	-	-
- infratruc. et person. médical (<i>oui/ non</i>)	0,67	0,043	1,95	1,02	3,74
8. <i>A discuté sur le VIH au cours des 6 derniers mois avec :</i>					
- père, mère (<i>oui/ non</i>)	0,97	0,032	2,65	1,08	6,49
9. <i>Note de connais. globale sur le VIH</i>	-	(1)	-	-	-
<i>Constant</i>	0,04	0,969	1,04		
Test de Hosmer et Lemeshow :		$\chi^2 = 11,179$	df = 8	Sig = 0,192	
Tests Omnibus des Coefficients du modèle:		$\chi^2 = 62,677$	df = 33	Sig = 0,001	

(1) *Variable non significative*

Les détails des variables et de leurs modalités figurent tableau 5.1

Concernant les membres des foyers-témoins, le modèle de régression de la première analyse est statistiquement significatif (p du test de Hosmer et Lemeshow = 0,192 ; p du test Omnibus = 0,001), le niveau d'instruction réduit considérablement l'attitude de stigmatisation des PVVIH dans la société. En effet, la probabilité de cette attitude chez les

membres des foyers-témoins ayant terminé une école de niveau supérieur ou l'université n'est que de 19 % de celle de ceux qui ont terminé l'école primaire (OR = 0,19 [0,06 – 0,61]; p = 0,005). La discussion avec les parents sur le VIH durant les six mois précédant l'enquête favorise cette attitude. La probabilité de cette attitude par les membres des foyers-témoins qui ont discuté de ce sujet est de 2,6 fois plus forte que pour ceux qui n'en ont pas discuté (OR = 2,65 [1,08 – 6,49]; p = 0,032). En particulier, le fait d'avoir entendu parler du VIH/sida par les établissements médicaux ou le personnel sanitaire fait presque doubler la probabilité de cette attitude (OR = 1,95 [1,08 – 3,74]; p = 0,043) (tableau 5.3).

La deuxième analyse est statistiquement significative dans le modèle de régression pour les membres séronégatifs des foyers-cas (p du test de Hosmer et Lemeshow = 0,474 ; p du test Omnibus = 0,002) et pour les membres des foyers-témoins (p du test de Hosmer et Lemeshow = 0,768 ; p des tests Omnibus = 0,000) (tableau 5.4 et 5.5).

Tableau 5.4 - Paramètres du modèle de régression logistique binaire sur la probabilité de stigmatisation des PVVIH dans la société par les MemF+ (2^{ème} analyse)

<i>Variable indépendante:</i> stigmatisation des PVVIH dans la société (<i>oui = 1</i>)	<i>B</i>	<i>Sig</i>	<i>Exp (B)</i>	<i>CI 95 %</i>	
				<i>Bas</i>	<i>Haut</i>
<i>Variables dépendantes:</i>					
1. <i>Age</i>	-	(1)	-	-	-
2. <i>Sexe</i>	-	(1)	-	-	-
3. <i>Niveau d'instruction</i>	-	(1)	-	-	-
4. <i>Etat matrimonial</i>	-	(1)	-	-	-
5. <i>Emploi</i>	-	(1)	-	-	-
6. <i>Participation aux associations</i>	-	(1)	-	-	-
7. <i>A entendu parler du VIH</i>	-	(1)	-	-	-
8. <i>A discuté du VIH au cours des 6 derniers mois avec</i>					
- père, mère (oui/ non)	1,84	0,002	6,30	1,96	20,22
- cousin(e), autre apparenté (oui/ non)	2,28	0,001	9,78	2,46	38,79
91. <i>Note de connaissance de la transmission</i>	-0,39	0,004	0,67	0,51	0,88
92. <i>Note de connaissance de la prévention</i>	-	(1)	-	-	-
93. <i>Note de connais. de la prise en charge</i>	-	(1)	-	-	-
<i>Constante</i>	6,05	0,008	427,37		
Test de Hosmer et Lemeshow :	$\chi^2 = 7,593$	df = 8	Sig = 0,474		
Tests Omnibus des Coefficients du modèle:	$\chi^2 = 63,142$	df = 35	Sig = 0,002		

(1) Variable non significative

Les détails des variables et de leurs modalités figurent tableau 5.1

Comme nous l'avons indiqué, cette analyse permet d'identifier l'influence de chaque type de connaissance liée au VIH/sida sur la stigmatisation des séropositifs dans la société. Chez les membres séronégatifs des foyers-cas, l'influence de la connaissance des voies de transmission sur l'attitude de stigmatisation des PVVIH dans la société est très claire. Une augmentation de la note de connaissance des voies de transmission du VIH réduit fortement la stigmatisation des PVVIH dans la société. De manière similaire, chaque point de connaissance des voies de transmission du VIH réduit d'un tiers la probabilité de cette attitude (OR = 0,67 [0,51 – 0,88]; p = 0,004). Il n'y a pas de corrélation significative entre d'une part les connaissances de la prévention du VIH et la prise en charge des séropositifs et d'autre part l'attitude de stigmatisation (tableau 5.4).

Tableau 5.5 - Paramètres du modèle de régression logistique binaire sur la probabilité de stigmatisation des PVVIH dans la société par les MemF- (2^{ème} analyse)

Variable indépendante: stigmatisation des PVVIH dans la société (oui = 1)	B	Sig	Exp (B)	CI 95 %	
				<i>Bas</i>	<i>Haut</i>
Variables dépendantes:					
1. Age	-	(1)	-	-	-
2. Sexe	-	(1)	-	-	-
3. Niveau d'instruction					
- Ecole supér. et université vs primaire	-1,52	0,011	0,21	0,06	0,70
4. Etat matrimonial	-	(1)	-	-	-
5. Emploi	-	(1)	-	-	-
6. Participation aux associations	-	(1)	-	-	-
7. A entendu parler du VIH à					
- infratruc. et person. médical (oui/ non)	0,68	0,041	1,99	1,03	3,84
8. A discuté du VIH au cours des 6 derniers mois avec					
- père, mère (oui/ non)	1,03	0,024	2,81	1,14	6,92
91. Note de connaissance de la transmission	-	(1)	-	-	-
92. Note de connaissance de la prévention	0,10	0,003	1,11	1,03	1,18
93. Note de connais. de la prise en charge	-	(1)	-	-	-
Constante	0,66	0,619	1,94		
Test de Hosmer et Lemeshow :		$\chi^2 = 4,902$	df = 8	Sig = 0,768	
Tests Omnibus des Coefficients du modèle:		$\chi^2 = 69,670$	df = 35	Sig = 0,000	

(1) Variable non significative

Les détails des variables et de leurs modalités figurent tableau 5.1

Contrairement aux membres séronégatifs des foyers-cas, chez les membres des foyers-témoins, il n'y a pas de corrélation significative entre d'une part les connaissances des voies de transmission du VIH et la prise en charge aux séropositifs et d'autre part la stigmatisation des PVVIH dans la société. Par contre, l'amélioration de la connaissance des voies de transmission du VIH a tendance à légèrement favoriser l'attitude de stigmatisation. Précisément, chaque point de connaissance en matière de prévention du VIH correspond à une augmentation de 11 % de la probabilité de cette attitude (OR = 1,11 [1,03 – 1,18]; p = 0,003) (tableau 5.5).

Est-ce qu'une meilleure connaissance de la prévention du VIH signifie une compréhension du lien entre d'une part le VIH/sida et d'autre part la prostitution, les relations sexuelles avec plusieurs partenaires, les relations sexuelles prémaritales, l'injection de drogue, et induit par conséquent une stigmatisation plus forte des PVVIH dans la société ? Cette hypothèse est tirée du fait que les membres des foyers-témoins ont indiqué des mesures de prévention du VIH sur la base de leur point de vue à propos des relations précitées (*chapitre 3, connaissance de la prévention du VIH*). Elle montre que l'attitude de stigmatisation est un phénomène complexe. Outre les connaissances du VIH/sida, la stigmatisation des PVVIH dans la société est également liée aux conceptions en matières morale, culturelle et aux traditions des Vietnamiens.

Cette analyse montre que la discussion sur le VIH/sida avec les parents ou la parenté durant les six mois précédant l'enquête augmente l'attitude de stigmatisation par les proches des PVVIH dans la société. La probabilité de stigmatisation des PVVIH dans la société par les membres séronégatifs des foyers-cas qui ont discuté du VIH/sida avec leurs parents est six fois supérieure à celle de ceux qui n'en ont pas discuté (OR = 6,30 [1,96 – 20,22]; p = 0,002). Par ailleurs, la probabilité de stigmatisation des PVVIH dans la société par les proches qui ont discuté du VIH/sida avec leur(s) cousin(e) (s) et autre (s) apparenté (s) est 10 fois plus élevée que celle de ceux qui n'en ont pas discuté (OR = 9,78 [2,46 – 38,79]; p = 0,001) (tableau 5.4).

Concernant les membres des foyers-témoins, cette analyse donne des résultats similaires à la première analyse, mais la force des corrélations est plus grande. Précisément, le niveau d'instruction "écoles supérieures/universités" permet de réduire considérablement la stigmatisation des PVVIH dans la société par rapport au niveau primaire (OR = 0,21 [0,06 – 0,70]; p = 0,011). La discussion avec les parents sur le VIH au cours des six mois précédant l'enquête augmente cette attitude de stigmatisation (OR =

2,81 [1,14 – 6,92]; $p = 0,024$). Le fait de connaître le VIH/sida grâce aux établissements médicaux ou au personnel sanitaire augmente également cette attitude (OR = 1,99 [1,03 – 3,84]; $p = 0,041$) (tableau 5.5).

Ainsi, les discussions sur le VIH/sida entre les membres des foyers et leurs proches, notamment les parents, ont un double impact. De façon positive, ces discussions pourraient aider à partager des informations, à améliorer les connaissances des membres des foyers sur le VIH/sida (*chapitre 3, parties 3.6.1 et 3.6.2*), mais de façon négative ces discussions pourraient augmenter la stigmatisation des PVVIH dans la société. Connaître le VIH/sida grâce au personnel ou aux établissements sanitaires a une double influence. Cela est sans doute la conséquence des messages controversés de communication sur le VIH/sida utilisés autrefois par les organes sanitaires.

Dans la troisième analyse, les deux modèles de régression réservés aux membres séronégatifs des foyers-cas et membres des foyers-témoins sont statistiquement significatifs (pour les tests Omnibus, $p = 0,006$ dans le modèle de régression réservé aux membres séronégatifs des foyers-cas et $p = 0,000$ dans le modèle de régression réservé aux membres des foyers-témoins). Après avoir contrôlé les autres facteurs indépendants, on constate que la possession d'au moins une connaissance incorrecte sur la transmission ou la prévention du VIH est fortement corrélée à l'attitude de stigmatisation des PVVIH dans la société. Pour les membres séronégatifs des foyers-cas, la probabilité d'avoir une attitude de stigmatisation des PVVIH dans la société est 2,7 fois plus forte chez les répondants possédant au moins une connaissance erronée que chez ceux qui n'en ont aucune (OR = 2,70 [1,30 – 5,61]; $p = 0,008$). Pour les membres des foyers-témoins, la probabilité d'avoir une attitude de stigmatisation des PVVIH dans la société est 1,8 fois plus forte chez les répondants possédant au moins une connaissance erronée que chez ceux qui n'en ont aucune (OR = 1,84 [1,13 – 3,00]; $p = 0,013$). Si on fait une comparaison entre les deux types de foyers, l'impact d'une connaissance incorrecte sur la stigmatisation des PVVIH dans la société est plus forte chez les membres séronégatifs des foyers-cas que chez les membres des foyers-témoins (OR = 2,7 versus OR = 1,8). Cela montre que les interventions visant à réduire la stigmatisation des PVVIH des foyers ayant des membres séropositifs seraient plus rentables.

En résumé, il existe des corrélations négatives entre les connaissances du VIH/sida et la stigmatisation des PVVIH dans la société. L'amélioration de la note de connaissance globale aide à réduire la stigmatisation par les membres séronégatifs des foyers-cas.

Examinant le rôle de chaque type de connaissance, on constate que la stigmatisation par les membres séronégatifs des foyers-cas des PVVIH dans la société baisse quand la note de connaissance des voies de transmission du VIH augmente. Toutefois, chez les membres des foyers-témoins, cette stigmatisation ne baisse qu'avec l'amélioration de la note de connaissance de la prévention. La possession d'au moins une connaissance erronée sur la transmission ou la prévention du VIH est très fortement corrélée à la stigmatisation des PVVIH dans la société, notamment par les membres séronégatifs des foyers-cas.

En outre, concernant cette relation, on peut également constater que la stigmatisation est un phénomène complexe. Outre les connaissances sur le VIH/sida, la stigmatisation des PVVIH dans la société est également liée aux conceptions morales, à la culture et aux traditions dans cette société. La discussion sur le VIH/sida entre les membres du foyer et leurs proches, notamment leurs parents, et le fait de connaître le VIH/sida grâce au personnel et aux établissements sanitaires ont un double effet. De façon positive, cela améliore le niveau de connaissances du VIH/sida chez les membres des foyers. De façon négative cela peut favoriser la stigmatisation des PVVIH dans la société. L'intervention auprès des foyers ayant des membres séropositifs afin de réduire l'attitude de stigmatisation des séropositifs serait plus rentable.

5.2. Connaissances du VIH/sida et autostigmatisation des séropositifs et des membres de leurs foyers

5.2.1. Dans la participation aux activités communautaires

Selon les résultats des analyses du chapitre 4, l'autostigmatisation dans la participation aux activités communautaires existe chez environ 23 % des séropositifs et 8 % des membres des foyers-cas. Il existe une corrélation positive entre l'autostigmatisation des séropositifs et la perception qu'ont les séropositifs de leur mise à l'écart par la société. L'analyse suivante permet de tester l'existence d'une corrélation entre l'autostigmatisation des séropositifs et des membres séronégatifs des foyers-cas dans leur participation aux activités communautaires et leurs connaissances du VIH/sida. Par ailleurs, les analyses de régression permettent également de découvrir l'influences d'autres facteurs d'autostigmatisation des séropositifs et des membres séronégatifs des foyers-cas.

Tableau 5.6 - Paramètres de la régression logistique binaire de la probabilité d'auto-stigma. des séropositifs dans la participation aux activités communautaires (2^{ème} analyse)

<i>Variable indépendante:</i> attitude d'autostigmatisation des PVVIH dans la participation aux activités communautaires (<i>oui</i> = 1)	<i>B</i>	<i>Sig</i>	<i>Exp (B)</i>	<i>CI 95 %</i>	
				<i>Bas</i>	<i>Haut</i>
<i>Variabes dépendantes:</i>					
1. Age	-	(1)	-	-	-
2. Sexe	-	(1)	-	-	-
3. Niveau d'instruction	-	(1)	-	-	-
4. Etat matrimonial	-	(1)	-	-	-
5. Emploi	-	(1)	-	-	-
6. Participation aux associations	-	(1)	-	-	-
7. A entendu parler du VIH à	-	(1)	-	-	-
8. A discuté du VIH au cours des 6 derniers mois avec	-	(1)	-	-	-
91. Note de connaissance de la transmission	-	(1)	-	-	-
92. Note de connaissance sur la prévention	0,24	0,037	1,27	1,01	1,59
93. Note de connais. de la prise en charge	-	(1)	-	-	-
Constant	-2,59	0,466	0,07		
Test de Hosmer et Lemeshow :	$\chi^2 = 62,751$	df = 8	Sig = 0,000		
Tests Omnibus des Coefficients du modèle :	$\chi^2 = 70,540$	df = 35	Sig = 0,000		

(1) Variable non significative

Les détails des variables et de leurs modalités figurent tableau 5.1

Bien que les deux modèles de régression logistique binaire réservés aux séropositifs et aux membres séronégatifs des foyers-cas soient statistiquement significatifs (dans le modèle réservé aux séropositifs, p du test Hosmer et Lemeshow = 0,799; p du test Omnibus = 0,001; dans le modèle réservé aux membres séronégatifs des foyers-cas, p du test de Hosmer et Lemeshow = 0,100; p du test Omnibus = 0,000), la première analyse montre qu'il n'existe aucune corrélation statistiquement significative entre l'autostigmatisation des séropositifs et des membres de leurs familles dans la participation aux activités communautaires et les variables indépendantes introduites dans le modèle, y compris la note de connaissance globale du VIH/sida. Toutefois, la deuxième analyse apporte un résultat intéressant : une bonne connaissance en matière de prévention du VIH favorise l'autostigmatisation des séropositifs dans leur participation aux activités communautaires. La hausse d'un point du niveau de connaissance des séropositifs sur la prévention du VIH augmente de 27 % leur probabilité d'autostigmatisation dans leur

participation aux activités communautaires (OR = 1,27 [1,01 – 1,59]). Dans le modèle de régression réservé aux séropositifs, seule la corrélation entre la note de connaissance de la prévention par les séropositifs et leur autostigmatisation dans la participation aux activités communautaires est statistiquement significative ($p = 0,013$) (tableau 5.6). Cela montre que derrière les raisons indiquées par les séropositifs pour expliquer leur non participation aux activités communautaires telles que le fait de ne pas vouloir rencontrer les gens, d'être tristes, de ne pas vouloir participer ou d'être complexés à cause du VIH (*chapitre 4, partie 4.3.1*), leur autostigmatisation dans la participation aux activités communautaires est également due aux risques de transmission.

La deuxième analyse pour le modèle de régression réservé aux membres séronégatifs des foyers-cas montre qu'il n'existe aucune corrélation significative entre d'une part l'autostigmatisation des membres séronégatifs des foyers-cas dans la participation aux activités communautaires et d'autre part les notes des connaissances sur les voies de transmission du VIH, la prévention ou la prise en charge des séropositifs. La troisième analyse montre également qu'il n'existe aucune corrélation significative entre la connaissance incorrecte de la transmission ou la prévention du VIH par les séropositifs et leurs proches et leur autostigmatisation dans leur participation aux activités communautaires.

5.2.2. Dans les soins de santé

Les résultats des analyses du chapitre 4 montrent que 27 % des séropositifs adoptent une autostigmatisation dans le choix du lieu de soins de santé : ils n'ont pas indiqué la famille comme lieu où ils seraient soignés en cas de problèmes de santé ou n'ont choisi que des lieux réservés aux séropositifs. Dans les analyses du chapitre 4, je n'ai détecté aucune corrélation entre cette auto-stigmatisation chez les séropositifs et d'autres stigmatisations. Toutefois, les analyses de régression logistique binaire suivantes montrent certaines corrélations entre cette autostigmatisation et d'autres variables indépendantes.

Selon les résultats présentés tableau 5.7, la première analyse montre une corrélation positive entre la note de connaissance globale des séropositifs sur le VIH/sida et leur autostigmatisation dans le choix du lieu de soins de santé. L'augmentation d'un point de leur niveau de connaissance globale du VIH/sida augmente de 22 % la probabilité de leur autostigmatisation dans le choix du lieu de soins de santé (OR = 1,22 [1,06 – 1,41]; $p = 0,005$). La probabilité d'autostigmatisation chez les séropositifs qui travaillent actuellement est 5,8 fois supérieure à celle des séropositifs qui ne travaillent pas (OR = 5,80 [1,67 – 20,05]; $p = 0,005$). De façon similaire, la discussion sur le VIH/sida avec les parents durant

les six mois précédant l'enquête augmente également fortement la probabilité d'autostigmatisation des séropositifs. En effet, la probabilité d'autostigmatisation des séropositifs est 5,8 fois plus forte chez ceux qui ont discuté du VIH/sida avec leurs parents au cours des six mois précédant l'enquête que chez ceux qui n'en ont pas discuté (OR = 5,80 [1,70 – 19,84]; p = 0,005). La plupart des séropositifs dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long vivent avec leurs parents (Loenzien et Luu, 2009). Les résultats des analyses chapitre 4 (partie 4.4.2) montrent que la plupart des personnes ayant des membres de leur foyer se déclarant séropositifs disent qu'ils sont prêts à prendre soin de ces derniers en cas de problème de santé mais ils adoptent une attitude de stigmatisation des séropositifs dans les soins de santé. Cette attitude a sans doute influé sur la psychologie des séropositifs, augmentant leur niveau d'autostigmatisation dans le choix du lieu de soins de santé, notamment après les discussions sur le VIH/sida avec leurs parents.

Tableau 5.7 - Paramètres de la régression logistique binaire de la probabilité d'autostigmatisation des séropositifs dans le choix du lieu des soins de santé (1^{ère} analyse)

Variable indépendante: attitude d'auto-stigma. des séropositifs dans les soins de santé (oui = 1)	B	Sig	Exp (B)	CI 95 %	
				Bas	Haut
Variables dépendantes:					
1. Age	-	(1)	-	-	-
2. Sexe	-	(1)	-	-	-
3. Niveau d'instruction	-	(1)	-	-	-
4. Etat matrimonial	-	(1)	-	-	-
5. Emploi (a un emploi vs n'a pas d'emploi)	1,75	0,005	5,80	1,67	20,05
6. Participation aux associations	-	(1)	-	-	-
7. A entendu parler du VIH à					
- livre/magazine/journal (oui/ non)	-1,27	0,033	0,27	0,08	0,90
8. A discuté du VIH au cours des 6 derniers mois avec :					
- père, mère (oui/ non)	1,76	0,005	5,81	1,70	19,84
9. Note de connais. globale du VIH	0,20	0,005	1,22	1,06	1,41
Constante	-12,16	0,000	0,00		
Test de Hosmer et Lemeshow :	$\chi^2 = 9,120$	df = 8	Sig = 0,332		
Tests Omnibus des Coefficients du modèle:	$\chi^2 = 59,356$	df = 33	Sig = 0,003		

(1) Variable non significative

Les détails des variables et de leurs modalités figurent tableau 5.1

Cette analyse montre que le seul facteur permettant de réduire l'autostigmatisation des séropositifs dans le choix des lieux de soins de santé est le fait de connaître le VIH/sida par les livres/journaux/magazines. La probabilité d'autostigmatisation des séropositifs ayant connu le VIH/sida par les livres/journaux/magazines représente seulement un quart de celle des séropositifs qui n'ont pas connu le VIH/sida par ces sources (tableau 5.7).

La deuxième analyse montre qu'on ne constate pas de lien entre le niveau de connaissance des voies de transmission du VIH/sida par les séropositifs et leur autostigmatisation dans le choix du lieu des soins de santé (OR=0,72 [0,48 – 1,07], p=0,105) (tableau 5.8).

Tableau 5.8 - Paramètres de la régression logistique binaire de la probabilité d'auto-stigma. des séropositifs dans le choix du lieu des soins de santé (2^{ème} analyse)

<i>Variable indépendante:</i> attitude d'autostigmatisation des séropositifs dans les soins de santé (<i>oui</i> = 1)	<i>B</i>	<i>Sig</i>	<i>Exp (B)</i>	<i>CI 95 %</i>	
				<i>Bas</i>	<i>Haut</i>
<i>Variabiles dépendantes:</i>					
1. <i>Age</i>	-	(1)	-	-	-
2. <i>Sexe</i>	-	(1)	-	-	-
3. <i>Niveau d'instruction</i>	-	(1)	-	-	-
4. <i>Etat matrimonial</i>	-	(1)	-	-	-
5. <i>Emploi</i> (a un emploi vs n'a pas d'emploi)	1,67	0,012	5,33	1,44	19,67
6. <i>Participation aux associations</i>	-	(1)	-	-	-
7. <i>A entendu parler du VIH à</i>					
- livre/magazine/journal (<i>oui/ non</i>)	-1,18	0,058	0,30	0,09	1,03
8. <i>A discuté du VIH au cours des 6 derniers mois avec</i>					
- père, mère (<i>oui/ non</i>)	1,63	0,011	5,14	1,45	18,25
91. <i>Note de connaissance de la transmission</i>	-	(1)	-	-	-
92. <i>Note de connaissance sur la prévention</i>	0,24	0,016	1,27	1,04	1,55
93. <i>Note de connais. de la prise en charge</i>	0,50	0,023	1,65	1,07	2,56
<i>Constante</i>	-7,78	0,029	0,00		
Test de Hosmer et Lemeshow :		$\chi^2 = 6,616$	df = 8	Sig = 0,579	
Tests Omnibus des Coefficients du modèle :		$\chi^2 = 68,811$	df = 35	Sig = 0,001	

(1) *Variable non significative*

Les détails des variables et de leurs modalités figurent tableau 5.1

Il existe une corrélation entre d'une part la note de connaissances de la prévention du VIH et de la prise en charge des séropositifs et d'autre part leur autostigmatisation dans le choix du lieu des soins de santé. Il s'agit d'une corrélation positive, cela veut dire que si les notes de connaissance de la prévention du VIH ou de la prise en charge des séropositifs augmentent, l'autostigmatisation des séropositifs dans le choix du lieu des soins de santé augmente aussi. Cela est sans doute dû au fait que quand les séropositifs ont une meilleure connaissance de la prévention du VIH, ils souhaitent empêcher la transmission du virus à d'autres membres de leur famille, notamment quand ils ont des problèmes de santé, c'est-à-dire quand le risque de transmission est particulièrement élevé (les séropositifs sont souvent frappés par les infections opportunistes telles que des mycoses de la peau, une tuberculose, une diarrhée...). Ils veulent donc être soignés dans un endroit réservé aux séropositifs. Sans doute quand les séropositifs ont une meilleure connaissance des soins (précisément sur les méthodes d'appui au traitement, sur les ARV), ils souhaitent être soignés dans un établissement sanitaire en cas de problème de santé et n'ont pas indiqué la famille comme lieu de soin. Cette analyse montre également une influence plus forte sur l'autostigmatisation de la note de connaissance des soins des séropositifs que de la note de connaissance de la prévention (respectivement, OR = 1,65 [1,07 – 2,56]; p = 0,023 et OR = 1,27 [1,04 – 1,55]; p = 0,016) (tableau 5.8).

La troisième analyse montre que la possession par les séropositifs de connaissances incorrectes sur les voies de transmission et sur la prévention du VIH n'a aucun lien avec l'autostigmatisation dans le choix du lieu des soins de santé.

En résumé, l'auto-stigmatisation dans la participation des séropositifs aux activités communautaires est positivement corrélée à leur perception d'être mis à l'écart par la société et à leur niveau de connaissance de la prévention du VIH. L'amélioration de la note des séropositifs pour la connaissance de la prévention du VIH augmente leur autostigmatisation dans la participation aux activités communautaires. Pour leurs proches, les connaissances sur le VIH/sida n'ont aucun lien avec leur autostigmatisation dans la participation aux activités communautaires. L'amélioration des connaissances des séropositifs sur le VIH/sida, notamment sur la prévention et la prise en charge des séropositifs va de pair avec le risque d'augmentation de l'autostigmatisation dans le choix du lieu des soins de santé. L'influence de la connaissance des soins sur l'autostigmatisation relative au choix du lieu des soins de santé est plus forte que celle de la connaissance de la prévention. En dehors des influences des connaissances sur le VIH/sida, l'autostigmatisation des séropositifs augmente fortement quand ceux-ci travaillent ou ont des discussions sur le VIH/sida avec leurs parents durant les six mois précédant l'enquête.

Le seul facteur permettant de réduire l'autostigmatisation chez les séropositifs est constitué par le fait de recevoir des informations sur le VIH/sida par les livres/journaux/magazines.

5.3. Connaissance du VIH/sida et stigmatisation des PVVIH dans la famille

5.3.1. Dans les activités quotidiennes

Selon les résultats des analyses du chapitre 4, 53,0 % des membres séronégatifs des foyers-cas et 61,1 % des membres des foyers-témoins stigmatisent les séropositifs dans les situations quotidiennes de leur foyer. Ces personnes estiment que les PVVIH ne peuvent pas partager le même plateau de repas ou le même lit que les autres membres du foyer ou que leurs vêtements ne doivent pas être lavés ensemble. La stigmatisation des PVVIH dans les situations quotidiennes par les membres séronégatifs des foyers-cas et les membres des foyers-témoins est fortement influencée par leur stigmatisation des PVVIH dans la société. La stigmatisation des PVVIH dans les activités quotidiennes est plus forte chez les membres séronégatifs des foyers-cas et les membres des foyers-témoins ayant une attitude similaire envers les PVVIH dans la société que chez ceux qui n'adoptent pas une telle attitude dans la société. En outre, les analyses de régression logistique binaire montrent que cette attitude de stigmatisation chez les membres séronégatifs des foyers-cas tout comme chez les membres des foyers-témoins est influencée par d'autres facteurs, notamment leur niveau de connaissances du VIH/sida.

Dans le modèle de régression logistique binaire réservé aux membres séronégatifs des foyers-cas, la première analyse montre que la note de connaissance globale n'a aucune influence sur la stigmatisation des PVVIH dans les situations quotidiennes. Dans les foyers-cas, la stigmatisation des PVVIH dans les situations quotidiennes semble plus forte chez les hommes que chez les femmes. La probabilité de cette stigmatisation chez les membres séronégatifs des foyers-cas masculins est deux fois celle chez les membres séronégatifs des foyers-cas féminins (OR = 2,26 [1,01 – 5,06]; $p = 0,046$). Toutefois, ce modèle n'est pas statistiquement significatif (p du test de Hosmer et Lemeshow = 0,810; p du test Omnibus = 0,346).

Dans le modèle de régression logistique binaire réservé aux membres des foyers-témoins, le degré de signification statistique de la première analyse n'est pas élevé non plus (p du test de Hosmer et Lemeshow = 0,892; p des tests Omnibus = 0,082). La note de connaissance globale du VIH/sida n'a elle non plus aucune influence sur la stigmatisation des PVVIH dans les situations quotidiennes. Toutefois, certaines corrélations entre la

stigmatisation et d'autres variables indépendantes ont été identifiées. Par exemple : la corrélation négative entre d'une part la stigmatisation et d'autre part le niveau d'instruction, notamment le niveau "diplômé des écoles supérieures ou des universités" (OR = 0,24 [0,07 – 0,75]; $p = 0,014$); ainsi que le statut "marié, vivant en couple" (OR = 0,40 [0,17 – 0,96]; $p = 0,041$); la corrélation positive entre d'une part la stigmatisation et d'autre part la discussion sur le VIH/sida avec l'époux/épouse/petit(e) ami(e) durant les six mois précédant l'enquête (OR = 1,96 [1,00 – 3,87]; $p = 0,050$) ; la participation à l'Union des femmes (OR = 2,07 [1,03 – 4,13]; $p = 0,039$).

La deuxième analyse montre que les notes des membres séronégatifs des foyers-cas et des membres des foyers-témoins relatives aux connaissances des voies de transmission, de la prévention du VIH et de la prise en charge des séropositifs n'ont aucun lien avec leur stigmatisation des PVVIH dans les situations quotidiennes en famille.

La troisième analyse donne un résultat statistiquement significatif pour le modèle de régression logistique binaire réservé aux membres séronégatifs des foyers-cas (p du test de Hosmer et Lemeshow = 0,863; p des tests Omnibus = 0,002) tout comme pour le modèle de régression logistique binaire réservé aux membres des foyers-témoins (p du test de Hosmer et Lemeshow = 0,564; p des tests Omnibus = 0,000). La connaissance incorrecte de la transmission ou la prévention du VIH influe fortement sur leur stigmatisation des PVVIH dans les situations quotidiennes au foyer. La probabilité de cette stigmatisation chez ceux possédant au moins une connaissance incorrecte de la transmission ou la prévention est sept fois plus importante que celle chez ceux qui n'en possèdent aucune (OR = 6,68 [3,09 – 14,42]). Ce résultat est statistiquement significatif ($p=0,000$). En outre, la stigmatisation des séropositifs dans les foyers-cas est plus forte chez les hommes que chez les femmes. Chez les membres séronégatifs des foyers-cas, la probabilité de cette stigmatisation est trois fois plus grande chez les hommes que chez les femmes (OR = 2,77 [1,14 – 6,69]; $p = 0,024$). C'est la seule différence concernant le genre dans les attitudes de stigmatisation mesurées dans mon étude. La discussion avec les amis et les collègues sur le VIH/sida durant les six mois précédant l'enquête aide à réduire considérablement la stigmatisation. La probabilité de stigmatiser les séropositifs dans les situations quotidiennes en famille chez ceux ayant discuté du VIH/sida avec leurs amis n'atteint que moins de la moitié de la probabilité de stigmatiser chez ceux qui n'en ont pas discuté (OR = 0,41 [0,17 – 0,99]; $p = 0,050$) (tableau 5.9).

Tableau 5.9 - Paramètres de la régression logistique binaire de la probabilité de la stigmatisation des séropositifs par MemF+ dans les situations quotidiennes en famille (3^{ème} analyse)

Variable indépendante: attitude de stigmatisation des PVVIH dans les situations quotidiennes (<i>oui</i> = 1)	B	Sig	Exp (B)	CI 95 %	
				<i>Bas</i>	<i>Haut</i>
Variables dépendantes:					
1. Age	-	(1)	-	-	-
2. Sexe (masculin vs féminin)	1,01	0,024	2,77	1,14	6,69
3. Niveau d'instruction	-	(1)	-	-	-
4. Etat matrimonial	-	(1)	-	-	-
5. Emploi	-	(1)	-	-	-
6. Participation aux associations	-	(1)	-	-	-
7. A entendu parler du VIH	-	(1)	-	-	-
8. A discuté du VIH au cours des 6 derniers mois avec :					
- ami(e) ou collègue (oui/ non)	-0,88	0,050	0,41	0,17	0,99
9. A connais. erronée de la trans. ou la prév.	1,90	0,000	6,68	3,09	14,42
Constante	-1,36	0,304	0,25		
Test de Hosmer et Lemeshow :	$\chi^2 = 3,931$	df = 8	Sig = 0,863		
Tests Omnibus des Coefficients du modèle :	$\chi^2 = 61,616$	df = 33	Sig = 0,002		

(1) Variable non significative

Les détails des variables et de leurs modalités figurent tableau 5.1

De même, il existe une corrélation positive statistiquement significative entre la stigmatisation des PVVIH par les membres des foyers-témoins dans les situations quotidiennes et la possession de connaissances incorrectes sur la transmission ou la prévention du VIH. La possession d'au moins une connaissance incorrecte sur les voies de transmission ou sur la prévention du VIH multiplie par un facteur de près de 5 la probabilité de stigmatisation des PVVIH dans les situations quotidiennes (OR = 4,87 [2,98 – 7,96]; p = 0,000). Contrairement aux membres séronégatifs des foyers-cas, la discussion sur le VIH/sida avec l'époux/épouse/petit(e) ami(e) au cours des six mois précédant l'enquête augmente la stigmatisation des PVVIH dans les situations quotidiennes. La probabilité de cette stigmatisation par les membres des foyers-témoins ayant discuté du VIH/sida avec leur époux/épouse/petit(e) ami(e) est deux fois plus élevée que par ceux qui n'en ont pas discuté (OR = 2,12 [1,04 – 4,03]; p = 0,037). Selon les résultats des analyses du chapitre 3, la discussion sur le VIH/sida avec l'époux/épouse/petit(e) ami(e) améliore considérablement la note de connaissance globale du VIH/sida (t = 3,00; p=0,003 - *tableau 3.34, partie 3.6.2*).

Il est donc à noter que la discussion sur le VIH/sida avec l'époux/épouse/petit(e) ami(e) chez a un double effet : elle améliore le niveau de connaissance globale du VIH/sida tout en augmentant la stigmatisation des PVVIH dans les situations quotidiennes en famille. En fait, les discussions sont encore nécessaires et devraient être encouragées. Toutefois, pour limiter l'impact négatif des discussions comme indiqué plus haut, les interventions doivent viser à fournir des connaissances plus approfondies sur le VIH/sida ainsi que des compétences à discuter pour les membres des foyers (tableau 5.10).

Tableau 5.10 - Paramètres de la régression logistique binaire de la probabilité de stigma. des séropositifs par MemF- dans les situations quotidiennes (3^{ème} analyse)

<i>Variable indépendante:</i> stigmatisation des PVVIH dans les situations quotidiennes (oui = 1)	<i>B</i>	<i>Sig</i>	<i>Exp (B)</i>	<i>CI 95 %</i>	
				<i>Bas</i>	<i>Haut</i>
<i>Variables dépendantes:</i>					
1. Age	-	(1)	-	-	-
2. Sexe	-	(1)	-	-	-
3. Niveau d'instruction					
- Prim. non achevé vs primaire achevé	-1,65	0,040	0,19	0,03	0,92
4. Etat matrimonial	-	(1)	-	-	-
5. Emploi	-	(1)	-	-	-
6. Participation aux associations					
- association des femmes (oui/ non)	0,74	0,048	2,10	1,00	4,40
7. A entendu parler du VIH	-	(1)	-	-	-
8. A discuté du VIH au cours des 6 derniers mois avec :					
- époux(se)/ petit(e) ami(e) (oui/ non)	0,75	0,037	2,12	1,04	4,30
9. A connais. erronée de la trans. ou prév.	1,58	0,000	4,87	2,98	7,96
Constante	-1,31	0,163	0,26		
Test de Hosmer et Lemeshow :	$\chi^2 = 6,752$	df = 8	Sig = 0,564		
Tests Omnibus des Coefficients du modèle:	$\chi^2 = 88,282$	df = 33	Sig = 0,000		

(1) Variable non significative

Les détails des variables et de leurs modalités figurent tableau 5.1

Un autre résultat surprenant révélé par cette analyse est que la probabilité de stigmatisation est deux fois plus grande chez les membres des foyers-témoins participant à l'Union des femmes que chez ceux qui n'y participent pas (OR = 2,10 [1,00 – 4,40]; p = 0,048). Sans doute les messages de communication sur le VIH/sida véhiculés par l'Union

des femmes ont causé un effet non souhaité. Les membres des foyers-témoins participant à cette Union sont très inquiets du risque de transmission du VIH dans les situations quotidiennes en famille, c'est pour cette raison qu'ils stigmatisent les séropositifs. Le faible niveau d'instruction est l'unique facteur corrélé négativement à la stigmatisation par les membres des foyers-témoins. La probabilité de stigmatisation par les membres des foyers-témoins n'ayant pas terminé l'école primaire ne représente qu'un cinquième de ceux ayant terminé l'école primaire (OR = 0,19 [0,03 – 0,92]; p = 0,040) (tableau 5.10).

5.3.2. Dans les soins de santé

Toujours selon les résultats des analyses du chapitre 4, 40,6 % des membres séronégatifs des foyers-cas et 55,8 % des membres des foyers-témoins ont une attitude de stigmatisation des séropositifs dans les soins de santé : ils déclarent qu'ils ne sont pas prêts à prendre soin des séropositifs en cas de problème de santé, n'indiquent pas la famille comme lieu de soin pour ces personnes, ou estiment que les séropositifs doivent être soignés dans des lieux qui leur sont réservés. Cette stigmatisation dans les soins de santé est supérieure chez les membres séronégatifs des foyers-cas et les membres des foyers-témoins stigmatisant les séropositifs dans la société que chez ceux qui n'ont pas une telle attitude. La corrélation entre ces deux types de stigmatisation est plus forte chez les membres séronégatifs des foyers-cas que chez les membres des foyers-témoins. Les analyses de régression logistique binaire montrent que la stigmatisation des séropositifs par leurs proches et les membres des foyers-témoins dans les soins de santé est aussi influencée par d'autres facteurs, notamment la connaissance de la prévention du VIH et des connaissances erronées sur la transmission ou la prévention du VIH.

La première analyse du modèle de régression destiné aux membres séronégatifs des foyers-cas montre qu'il n'existe aucune corrélation statistiquement significative entre la note de connaissance globale du VIH/sida et leur stigmatisation des séropositifs dans les soins de santé. La probabilité de stigmatisation par les membres séronégatifs des foyers-cas ayant discuté du VIH/sida avec leurs parents est près de 4 fois plus forte que celle par les membres séronégatifs des foyers-cas qui n'en ont pas discuté (OR = 3,82 [1,31 – 11,12]; p = 0,014). Par ailleurs, les discussions sur le VIH/sida avec le voisinage durant les six mois précédant l'enquête aident à réduire considérablement la stigmatisation par les membres séronégatifs des foyers-cas. La probabilité de la stigmatisation par les membres séronégatifs des foyers-cas ayant discuté du VIH/sida avec le voisinage n'est que d'un

sixième de celle par les membres séronégatifs des foyers-cas qui n'en ont pas discuté (OR = 0,16 [0,04 – 0,69]; p = 0,014) (tableau 5.11).

Tableau 5.11 - Paramètres de la régression logistique binaire de la probabilité de la stigmatisation des séropositifs par les MemF+ dans les soins de santé (1^{ère} analyse)

Variable indépendante: stigmatisation des PVVIH dans les soins de santé (oui = 1)	B	Sig	Exp (B)	CI 95 %	
				<i>Bas</i>	<i>Haut</i>
Variables dépendantes:					
1. Age	-	(1)	-	-	-
2. Sexe	-	(1)	-	-	-
3. Niveau d'instruction	-	(1)	-	-	-
4. Etat matrimonial	-	(1)	-	-	-
5. Emploi	-	(1)	-	-	-
6. Participation aux associations	-	(1)	-	-	-
7. A entendu parler du VIH	-	(1)	-	-	-
8. A discuté du VIH au cours des 6 derniers mois avec :					
- père, mère (oui/ non)	1,34	0,014	3,82	1,31	11,12
- voisin(e) (oui/ non)	-1,79	0,014	0,16	0,04	0,69
9. Note de connais. globale du VIH	-	(1)	-	-	-
Constante	-1,348	0,471	0,26		
Test de Hosmer et Lemeshow :	$\chi^2 = 4,315$	df = 8	Sig = 0,828		
Tests Omnibus des Coefficients du modèle:	$\chi^2 = 59,706$	df = 33	Sig = 0,003		

(1) Variable non significative

Les détails des variables et de leurs modalités figurent tableau 5.1

Au contraire, chez les membres des foyers-témoins, les résultats de la première analyse du modèle de régression logistique binaire présentés dans le tableau 5.12 montrent qu'il existe une corrélation entre la note de connaissance globale du VIH/sida et la stigmatisation des séropositifs dans les soins de santé. Chaque point de connaissance globale du VIH/sida augmente de 6 % la probabilité de cette stigmatisation (OR = 1.06 [1,01 – 1,10]; p = 0,009). En outre, la participation à l'Union des femmes ou le fait de connaître le VIH/sida par les établissements ou le personnel sanitaire sont des facteurs augmentant la stigmatisation des séropositifs dans les soins de santé. La probabilité de la stigmatisation par ceux participant à l'Union des femmes est de 2,3 fois supérieure à celle par ceux qui n'y participent pas (OR = 2,31 [1,14 – 4,70]; p = 0,020).

Tableau 5.12 - Paramètres de la régression logistique binaire de la probabilité de stigmatisation des séropositifs par les MemF- dans les soins de santé (1^{ère} analyse)

<i>Variable indépendante:</i> stigmatisation des PVVIH dans les soins de santé (oui = 1)	<i>B</i>	<i>Sig</i>	<i>Exp (B)</i>	<i>CI 95 %</i>	
				<i>Bas</i>	<i>Haut</i>
<i>Variables dépendantes:</i>					
1. Age	-	(1)	-	-	-
2. Sexe	-	(1)	-	-	-
3. Niveau d'instruction	-	(1)	-	-	-
4. Etat matrimonial	-	(1)	-	-	-
5. Emploi	-	(1)	-	-	-
6. Participation aux associations					
- association des femmes (oui/ non)	0,83	0,020	2,31	1,14	4,70
7. A entendu parler du VIH à					
- lieu de travail (oui/ non)	-0,74	0,025	0,47	0,24	0,91
- infratruc. et person. médical (oui/ non)	1,33	0,000	3,81	1,97	7,35
- associat. d'aide aux PVVIH (oui/ non)	-2,63	0,026	0,07	0,00	0,72
8. A discuté du VIH au cours des 6 derniers mois avec :					
- personnel de santé (oui/ non)	-1,31	0,012	0,26	0,09	0,75
9. Note de connais. globale du VIH	0,05	0,009	1,06	1,01	1,10
Constante	-1,73	0,107	0,17		
Test de Hosmer et Lemeshow :	$\chi^2 = 10,397$	df = 8	Sig = 0,238		
Tests Omnibus des Coefficients du modèle:	$\chi^2 = 85,618$	df = 33	Sig = 0,000		

(1) Variable non significative

Les détails des variables et de leurs modalités figurent tableau 5.1

La probabilité de la stigmatisation par ceux qui ont connu le VIH/sida par les établissements ou le personnel sanitaire est 3,8 fois supérieure à celle par ceux qui ne connaissent pas l'épidémie via cette source (OR = 3,81 [1,97 – 7,35]). Le degré de signification statistique de cette corrélation est très fort ($p = 0,000$). Toutefois, la discussion avec le personnel sanitaire sur le VIH/sida au cours des six mois précédant l'enquête réduit considérablement la stigmatisation. En effet, la probabilité de stigmatisation par ceux ayant discuté du VIH/sida avec le personnel sanitaire n'est que d'un quart de celle par ceux qui n'en ont pas discuté (OR = 0,26 [0,07 – 0,75]; $p = 0,012$). Le fait de connaître le VIH/sida sur le lieu de travail ou par le biais des associations/groupes d'aide aux séropositifs réduit considérablement la stigmatisation. La probabilité de stigmatisation des séropositifs dans

les soins de santé par ceux qui ont connu le VIH/sida sur leur lieu de travail n'est que la moitié de celle par ceux qui ne l'ont pas connu grâce à cette source (OR = 0,47 [0,24 – 0,91]; p = 0,025). La probabilité de stigmatisation par ceux qui ont connu le VIH/sida grâce aux associations/groupes d'aide aux séropositifs n'est que de 7 % de celle par ceux qui ne l'ont pas connu grâce à cette source (OR = 0,07 [0,00 – 0,72]; p = 0,026). Toutefois, très peu de membres des foyers-témoins participent aux associations/groupes d'assistance aux séropositifs. D'ailleurs, ces associations et groupes visent principalement les séropositifs et les membres de leurs familles.

La deuxième analyse montre qu'il n'existe aucune corrélation statistiquement significative entre les notes de connaissance des voies de transmission, de la prévention du VIH/sida ou de la prise en charge des séropositifs des membres séronégatifs des foyers-cas et leur stigmatisation de ces derniers dans les soins de santé. Cette analyse réaffirme la corrélation négative entre la stigmatisation par les membres séronégatifs des foyers-cas et leur discussion du VIH/sida avec leur voisinage au cours des six mois précédant l'enquête ainsi que la corrélation positive entre cette stigmatisation par les membres séronégatifs des foyers-cas et la discussion du VIH/sida avec leurs parents durant les six mois précédant l'enquête (tableau 5.13).

Tableau 5.13 - Paramètres de la régression logistique binaire de la probabilité de la stigmatisation des séropositifs par les MemF+ dans les soins de santé (2eme analyse)

<i>Variable indépendante:</i> stigmatisation des PVVIH dans les soins de santé (<i>oui = 1</i>)	<i>B</i>	<i>Sig</i>	<i>Exp (B)</i>	<i>CI 95 %</i>	
				<i>Bas</i>	<i>Haut</i>
<i>Variables dépendantes:</i>					
1. Age	-	(1)	-	-	-
2. Sexe	-	(1)	-	-	-
3. Niveau d'instruction	-	(1)	-	-	-
4. Etat matrimonial	-	(1)	-	-	-
5. Emploi	-	(1)	-	-	-
6. Participation aux associations	-	(1)	-	-	-
7. A entendu parler du VIH	-	(1)	-	-	-
8. A discuté du VIH au cours des 6 derniers mois avec :					
- père, mère (oui/ non)	1,25	0,024	3,50	1,17	10,43
- voisin(e) (oui/ non)	-1,80	0,015	0,16	0,03	0,70
91. Note de connaissance de la transmission	-	(1)	-	-	-
92. Note de connaissance de la prévention	-	(1)	-	-	-
93. Note de connais. de la prise en charge	-	(1)	-	-	-
Constante	0,919	0,692	2,506		
Test de Hosmer et Lemeshow :	$\chi^2 = 15,862$	df = 8	Sig = 0,044		
Tests Omnibus des Coefficients du modèle :	$\chi^2 = 62,578$	df = 35	Sig = 0,003		

(1) Variable non significative

Les détails des variables et de leurs modalités figurent tableau 5.1

Pour les membres des foyers-témoins, les connaissances des voies de transmission et de la prise en charge des séropositifs n'exercent aucune influence sur leur stigmatisation des séropositifs dans les soins de santé. Toutefois, il existe une corrélation positive statistiquement significative entre la note de connaissance de la prévention du VIH et leur stigmatisation. La hausse d'un point de la note de connaissance de la prévention du VIH augmente de 8 % la probabilité de stigmatisation des séropositifs par les membres des foyers-témoins dans les soins de santé (OR = 1,083 [1,01 – 1,15]; p = 0,017). Cette analyse montre à nouveau l'augmentation de la stigmatisation des séropositifs dans les soins de

santé par les membres des foyers-témoins participant à l'Union des femmes ou qui connaissent le VIH/sida grâce aux établissements ou au personnel sanitaire. Cette stigmatisation par les membres des foyers-témoins baisse s'ils ont acquis une connaissance relative au VIH/sida sur leur lieu de travail ou par le biais d'associations/groupes d'assistance aux séropositifs durant les six mois précédant l'enquête (tableau 5.14).

Tableau 5.14 - Paramètres de la régression logistique binaire de la probabilité de stigmatisation des séropositifs par les MemF+ dans les soins de santé (2ème analyse)

Variable indépendante: stigmatisation des PVVIH dans les soins de santé (<i>oui = 1</i>)	B	Sig	Exp (B)	CI 95 %	
				<i>Bas</i>	<i>Haut</i>
Variables dépendantes:					
1. Age (ans)	-	(1)	-	-	-
2. Sexe (masculin vs féminin)	-	(1)	-	-	-
3. Niveau d'instruction	-	(1)	-	-	-
4. Etat matrimonial	-	(1)	-	-	-
5. Emploi	-	(1)	-	-	-
6. Participation aux associations					
- association des femmes (oui/ non)	0,85	0,018	2,35	1,15	4,80
7. A entendu parler du VIH	-	(1)	-	-	-
8. A discuté du VIH au cours des 6 derniers mois avec :		(1)	-	-	-
91. Note de connaissance de la transmission	-	(1)	-	-	-
92. Note de connaissance sur la prévention	0,08	0,017	1,08	1,01	1,15
93. Note de connais. de la prise en charge	-	(1)	-	-	-
Constante	-1,373	0,286	0,253		
Test de Hosmer et Lemeshow :	$\chi^2 = 9,570$	df = 8	Sig = 0,296		
Tests Omnibus des Coefficients du modèle :	$\chi^2 = 86,465$	df = 35	Sig = 0,000		

(1) Variable non significative

Les détails des variables et de leurs modalités figurent tableau 5.1

Bien que la note de connaissance globale du VIH/sida par les membres séronégatifs des foyers-cas et les notes de la connaissance des voies de transmission, de la prévention du VIH ou de la prise en charge des séropositifs ne soient pas corrélées de façon

statistiquement significative avec leur stigmatisation des séropositifs dans les soins de santé, la troisième analyse (tableau 5.15) montrent une forte corrélation entre des connaissances incorrectes sur la transmission ou la prévention du VIH et leur attitude de stigmatisation.

Tableau 5.15 - Paramètres de la régression logistique binaire de la probabilité de stigmatisation des séropositifs par les MemF+ dans les soins de santé (3^{ème} analyse)

<i>Variable indépendante:</i> stigmatisation des PVVIH dans les soins de santé (<i>oui = 1</i>)	<i>B</i>	<i>Sig</i>	<i>Exp (B)</i>	<i>CI 95 %</i>	
				<i>Bas</i>	<i>Haut</i>
<i>Variables dépendantes:</i>					
1. <i>Age</i>	-	(1)	-	-	-
2. <i>Sexe</i>	-	(1)	-	-	-
3. <i>Niveau d'instruction</i>	-	(1)	-	-	-
4. <i>Etat matrimonial</i>	-	(1)	-	-	-
5. <i>Emploi</i>	-	(1)	-	-	-
6. <i>Participation aux associations</i>	-	(1)	-	-	-
7. <i>A entendu parler du VIH à</i>	-	(1)	-	-	-
8. <i>A discuté du VIH au cours des 6 derniers mois avec :</i>					
- père, mère (oui/ non)	1,16	0,031	3,19	1,11	9,18
- voisin(e) (oui/ non)	-1,76	0,016	0,17	0,04	0,71
- pair éducateur (oui/ non)	-2,95	0,040	0,05	0,00	0,87
9. <i>A connais. erronée sur la trans. ou prév.</i>	1,01	0,008	2,74	1,29	5,81
<i>Constante</i>	-1,179	0,444	0,308		
Test de Hosmer et Lemeshow :	$\chi^2 = 8,588$		df = 8	Sig = 0,378	
Tests Omnibus des Coefficients du modèle :	$\chi^2 = 66,805$		df = 33	Sig = 0,000	

(1) *Variable non significative*

Les détails des variables et de leurs modalités figurent tableau 5.1

La probabilité de stigmatisation des séropositifs dans les soins de santé par leurs proches possédant au moins une connaissance incorrecte sur la transmission ou la prévention du VIH est trois fois plus forte que celle par les membres séronégatifs des foyers-cas qui n'ont aucune connaissance incorrecte (OR = 2,74 [1,29 – 5,81]; p = 0,008). Outre les deux corrélations établies dans les première et deuxième analyses entre les discussions sur le VIH/sida avec les parents ou avec le voisinage et la stigmatisation, une autre corrélation statistiquement significative apparaît dans cette analyse. Il s'agit de la

corrélation négative entre la stigmatisation et le fait d'avoir discuté du VIH/sida avec des éducateurs au cours des six mois précédant l'enquête. La probabilité de la stigmatisation des séropositifs dans les soins de santé par les membres séronégatifs des foyers-cas ayant discuté du VIH/sida avec les éducateurs n'est que de la moitié de celle par ceux qui n'en ont pas discuté (OR = 0,05 [0,00 – 0,87]; $p = 0,040$). Dans les première et deuxième analyses, le degré de signification statistique de cette corrélation n'est pas élevé ($p > 0,050$).

Tableau 5.16 - Paramètres de la régression logistique binaire de la probabilité de la stigmatisation des séropositifs dans les soins de santé par les MemF- (3^{ème} analyse)

<i>Variable indépendante:</i> stigmatisation des PVVIH dans les soins de santé (<i>oui = 1</i>)	<i>B</i>	<i>Sig</i>	<i>Exp (B)</i>	<i>CI 95 %</i>	
				<i>Bas</i>	<i>Haut</i>
<i>Variables dépendantes:</i>					
<i>Age</i>	-	(1)	-	-	-
<i>Sexe</i>	-	(1)	-	-	-
<i>Niveau d'instruction</i>	-	(1)	-	-	-
<i>Etat matrimonial</i>	-	(1)	-	-	-
<i>Emploi</i>	-	(1)	-	-	-
<i>Participation aux associations</i>					
- association des femmes (<i>oui/ non</i>)	0,84	0,019	2,33	1,14	4,74
<i>A entendu parler du VIH à</i>					
- lieu de travail (<i>oui/ non</i>)	-0,72	0,032	0,48	0,24	0,94
- infratruc. et person. médical (<i>oui/ non</i>)	1,23	0,000	3,43	1,79	6,60
- associat. d'aide aux PVVIH (<i>oui/ non</i>)	-2,72	0,024	0,06	0,00	0,70
<i>A discuté du VIH au cours des 6 derniers mois avec</i>					
<i>A connais. erronée sur la trans. ou prév.</i>	0,57	0,014	1,78	1,12	2,82
<i>Constante</i>	-0,51	0,568	0,59		
<hr/>					
Test de Hosmer et Lemeshow :	$\chi^2 = 10,788$		df = 8	Sig = 0,214	
Tests Omnibus des Coefficients du modèle :	$\chi^2 = 84,821$		df = 33	Sig = 0,000	

(1) Variable non significative

Les détails des variables et de leurs modalités figurent tableau 5.1

Il existe aussi une corrélation négative entre la stigmatisation des séropositifs par les membres des foyers-témoins dans les soins de santé et la possession de connaissances incorrectes sur la transmission ou la prévention du VIH. Il suffit pour les membres des foyers-témoins de posséder une connaissance incorrecte sur la transmission ou la prévention du VIH pour que la probabilité de leur stigmatisation des séropositifs dans les

soins de santé soit deux fois plus forte (OR = 1,78 [1,12 – 2,82]; $p = 0,014$). L'influence de la possession de connaissances incorrectes sur la probabilité de stigmatisation des séropositifs dans les soins de santé est plus forte chez les membres séronégatifs des foyers-cas que chez les membres des foyers-témoins (respectivement, OR = 2,74 et OR = 1,78). Cette analyse réaffirme l'augmentation de la probabilité de stigmatisation des séropositifs par les membres des foyers-témoins participant à l'Union des femmes ou connaissant le VIH/sida via les établissements et le personnel sanitaire. Cette probabilité baisse si les membres des foyers-témoins connaissent le VIH/sida via leur lieu de travail ou grâce aux associations/groupes d'assistance aux séropositifs ou s'ils ont discuté du VIH/sida avec le personnel sanitaire au cours des six mois précédant l'enquête (tableau 5.16).

En résumé, il existe une corrélation positive entre la stigmatisation des séropositifs par les séronégatifs dans les situations quotidiennes en famille ou dans les soins de santé et la stigmatisation dans la société. De plus, la possession de connaissances incorrectes sur les voies de transmission ou la prévention du VIH augmente la stigmatisation des séropositifs dans les soins de santé. L'amélioration de la connaissance de la prévention du VIH par les membres des foyers-témoins augmente la probabilité qu'ils stigmatisent les séropositifs dans les soins de santé.

En outre, pour les proches des malades, les discussions avec les amis ou les collègues durant les six mois précédant l'enquête réduisent la stigmatisation des séropositifs dans les situations quotidiennes en famille. Les hommes ont une attitude de stigmatisation des séropositifs plus forte que les femmes de ces familles. C'est la seule différence concernant les relations de genre mesurée dans cette étude. Les discussions sur le VIH/sida avec les parents durant les six mois précédant l'enquête augmentent la stigmatisation des séropositifs par leurs proches dans les soins de santé, mais celles avec les voisins ou avec les éducateurs réduisent cette attitude.

Pour les membres des foyers-témoins, le niveau d'instruction "diplômé des écoles supérieures ou des universités" et la situation "marié, vivant en couple" réduisent la stigmatisation des séropositifs dans les situations quotidiennes en famille. Toutefois, les discussions sur le VIH/sida avec l'époux/épouse durant les six mois précédant l'enquête l'augmentent. En particulier, la participation à l'Union des femmes augmente la stigmatisation des séropositifs par les membres des foyers-témoins dans les situations quotidiennes tout comme dans les soins de santé. La stigmatisation des séropositifs dans les soins de santé est plus forte lorsqu'ils ont connu le VIH/sida via les établissements et le

personnel sanitaire, mais en forte baisse quand ils discutent du VIH/sida avec du personnel sanitaire durant les six mois précédant l'enquête ou quand ils connaissent le VIH/sida via leur lieu de travail ou grâce aux associations/groupes d'aide aux séropositifs.

CHAPITRE 6 : RELATION ENTRE STIGMATISATION ET EXCLUSION

L'autostigmatisation des séropositifs et la stigmatisation des PVVIH par les MemF+ dans la société augmentent l'exclusion des séropositifs des activités communautaires. La stigmatisation des séropositifs par les MemF+ dans la famille augmente l'exclusion de ces derniers et la séparation avec les MemF+ dans les situations quotidiennes.

Revenons à la première définition de la stigmatisation proposée par E.Goffman, citée dans le chapitre 1 de cette thèse : « La stigmatisation pourrait être considérée comme un attribut causant la réduction du prestige d'un individu, niant complètement l'acceptation sociale et de laquelle découlent les notions d'inclusion et d'exclusion sociale ». Selon cette définition, l'exclusion est considérée comme la conséquence de la stigmatisation et elle est présente dans de nombreux aspects de la vie sociale de chaque individu. Avant d'aboutir à la dernière conséquence qu'est l'exclusion, ont lieu la discrimination ou la séparation. L'exclusion est une autre description des réactions discriminatoires créées lors du processus de stigmatisation d'un individu ou d'un groupe (*Mason T. et al., 2001; Reidpath et al., 2005*). Concernant le VIH/sida, certaines études montrent les manifestations de l'exclusion des séropositifs et de certains de leurs proches ou de la séparation liées à cette épidémie (*voir chapitre 1 - 1.1. Stigmatisation et exclusion dans le contexte du VIH/sida*). L'utilisation d'ustensiles séparés ou les repas séparés sont courants dans la famille ou sur les lieux de travail (*Deng R., Li J., Sringermyuang L., Zhang K., 2007*). Il arrive que les grands-parents séparent complètement les petits-enfants de leurs parents séropositifs par peur de la contamination (*Osterhoff, 2007*). Les séropositifs sont souvent licenciés quand leur employeur connaît leur séropositivité. Dans la communauté, les séropositifs sont souvent exclus d'activités telles que les mariages, les fêtes, les funérailles... (*Deng R., Li J., Sringermyuang L., Zhang K., 2007*).

Dans cette étude, après avoir découvert et mesuré les attitudes de stigmatisation liées au VIH/sida, j'ai cherché à savoir si les séropositifs et les membres de leurs foyers dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long font l'objet d'une exclusion et de séparation liées au VIH/sida et quelle est leur gravité. Pour les séropositifs, cela pourrait être l'exclusion

d'activités communautaires, de situations quotidiennes ou de soins de santé au sein du foyer. Pour les membres séronégatifs des foyers-cas, cela pourrait être l'exclusion d'activités communautaires et la séparation lors de la vie quotidienne de la famille. Ensuite, j'ai cherché à savoir si ces exclusions sont la conséquence d'attitudes de stigmatisation liées au VIH/sida détectées et mesurées dans le chapitre 4. La vérification de cette hypothèse est effectuée grâce aux analyses des corrélations entre les attitudes de stigmatisation liées au VIH/sida, l'exclusion et la séparation éventuelles.

6.1. Stigmatisation et exclusion des séropositifs et des membres de leurs foyers des activités communautaires

La limitation ou la non-participation aux activités communautaires des séropositifs ou de leurs proches pourrait être justifiée de différentes façons dont certaines liées au VIH/sida. L'exclusion des activités communautaires pourrait prendre sa source directement dans leur autostigmatisation. La stigmatisation des séropositifs dans la société par les membres de leurs foyers a une influence directe sur l'autostigmatisation des séropositifs dans la participation aux activités communautaires (*chapitre 4 – partie 4.5.2*). Elle pourrait indirectement causer une exclusion des séropositifs des activités communautaires quand les membres de leurs foyers ne créent pas d'opportunité ou de conditions économiques favorables à la participation des séropositifs à ces activités. Les analyses suivantes permettront de vérifier cette hypothèse et de mesurer la force des corrélations entre la stigmatisation et l'exclusion des séropositifs et des membres séronégatifs des foyers-cas des activités communautaires.

6.1.1. Participation des séropositifs et des membres de leurs foyers aux activités communautaires

Le contact social et les activités communautaires sont une partie intégrante de la vie de chaque individu. Cela peut être les visites rendues à des amis ou des membres de la parenté, la participation à des anniversaires de naissance ou de décès, à des funérailles, des mariages, des réunions communautaires, des fêtes villageoises ou de pagode... Pour mesurer le niveau de participation aux activités communautaires des répondants, une question a été posée dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long : *“Au cours des 12 derniers mois, avez-vous participé aux activités suivantes? Rendre visite à des amis / Rendre visite à de la famille / Participer à une fête, un anniversaire de décès / Aller à un enterrement, des funérailles / Aller à un mariage/Aller à une réunion communautaire / une fête du village, une pagode?”*. Les résultats des analyses de fréquence montrent que les séropositifs

participent moins à ces activités que les membres de leurs foyers. Les membres des foyers-cas participent moins à ces activités que ceux des foyers-témoins (tableau 6.1).

Tableau 6.1 - Répartition (%) des répondants ayant participé aux activités communautaires durant les 12 mois précédant l'enquête selon leur statut VIH et celui de leur foyer

<i>Activités</i>	FAVIHVIET Ha-Long			
	<i>PVVIH</i>	<i>MemF+</i>	<i>MemF-</i>	<i>Ensem.</i>
Visite à des amis	70,9	89,0	93,8	87,5***
Visite à la parenté	67,0	90,9	91,6	86,0***
Participation à une fête, un anniversaire de décès	69,8	92,2	93,5	88,0***
Aller à un enterrement, des funérailles	74,9	85,4	89,2	85,0***
Aller à un mariage	68,7	87,7	91,1	85,3***
Aller à une réunion communautaire	44,1	53,9	60,8	55,3**
Aller à une fête du village/de la pagode	38,5	55,3	60,3	54,2***
Effectif des répondants	179	219	416	814
Nombre moyen d'activités	4,3	5,5	5,8	5,4****
Ecart-type	2,5	1,6	1,5	1,9

*** p=0,000; ** p<0,005; * p<0,05

Précisément, 93,8 % des membres des foyers-témoins ont rendu visite à des amis durant les 12 mois précédant l'enquête, tandis que cette proportion n'est que de 89,0 % des membres séronégatifs des foyers-cas et 70,9 % des séropositifs. Si plus de 90 % des membres séronégatifs des foyers-cas ou des membres des foyers-témoins ont rendu visite à des membres de leur parenté durant les 12 mois précédant l'enquête, seulement 67,0 % des séropositifs ont fait de même. Plus de 90 % des membres des foyers (92,2 % des MemF+ et 93,5 % des MemF-) ont participé à des fêtes et anniversaires de décès, mais seulement 69,8 % des séropositifs ont fait de même. Les proportions de séropositifs versus de membres séronégatifs des foyers-cas et de membres séronégatifs des foyers-témoins ayant participé à un enterrement durant les 12 mois précédant l'enquête sont respectivement de 74,9 % versus 85,4 % et 89,2 %; ceux ayant participé à un mariage de 68,7 % versus 87,7 % et 91,1 %; ceux ayant assisté à une réunion communautaire de 44,1 % versus 53,9 % et 60,8 % ; ceux ayant participé à une fête du village ou de la pagode de 38,5 % versus 55,3 % et 60,3 %. En moyenne, les séropositifs ne participent qu'à 4,3 activités, les membres séronégatifs de foyers cas à 5,5 activités, et les membres des foyers-témoins à 5,8 activités durant les 12 mois précédant l'enquête. Cette différence est statistiquement significative (p=0,000).

Parmi les activités communautaires indiquées, les séropositifs participent surtout à des enterrements (74,9 %), et dans une moindre mesure à des visites à des amis ou à des fêtes/anniversaires de décès. De leur côté, les membres séronégatifs des foyers-cas participent surtout à des fêtes / anniversaires de décès, et dans une moindre mesure à des visites à des amis ou à des membres de leur parenté. La même tendance est constatée chez les membres des foyers-témoins. Ainsi, les séropositifs ont-ils tendance à participer davantage à des activités de caractère rituel comme les enterrements ou les fêtes/anniversaires de décès qu'à d'autres types d'activités.

Pour ces sept activités, quatre niveaux sont identifiés : (1) nulle (ou isolement) : participation à aucune activité (2) participation très limitée : une ou deux activités (3) participation limitée : trois ou quatre activités (4) participation normale : cinq à sept activités. Les analyses de fréquence montrent que 84,9 % des membres des foyers-témoins participent normalement aux activités communautaires indiquées, 15,1 % y participent de façon limitée ou n'y participent pas du tout. Chez les membres séronégatifs des foyers-cas, le taux de la participation normale est légèrement moins élevé que celui des membres des foyers-témoins (81,7 % versus 84,9 %). Par contre, le taux de participation limitée ou de non-participation des membres séronégatifs des foyers-cas est légèrement supérieur à celui des membres des foyers-témoins (18,3 % versus 15,1 %). Par ailleurs, seulement 62,0 % des séropositifs participent normalement aux activités communautaires, tandis que le taux de non-participation de ces personnes s'élève à 38,0 % (tableau 6.2).

Tableau 6.2 - Répartition (%) des répondants selon leur niveau de participation aux activités communautaires durant les 12 mois précédant l'enquête, leur statut VIH et celui de leur foyer

<i>Niveau de participation</i>	FAVIHVIET Ha-Long			
	<i>PVVIH</i>	<i>MemF+</i>	<i>MemF-</i>	<i>Ensem.</i>
Nul	15,6	1,8	1,0	4,4
Très limité	12,3	5,5	3,6	6,0
Limité	10,1	11,0	10,6	10,6
Normal	62,0	81,7	84,9	79,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des répondants	179	219	416	814
<i>p</i>		0,000		

Les résultats d'analyse montrent que les séropositifs ont tendance à se renfermer sur eux-mêmes ou à « s'auto exclure » d'activités communautaires. Cela pourrait être lié à leur séropositivité. Une partie des membres séronégatifs des foyers-cas se trouve dans la

même situation : ils s'auto-excluent d'activités communautaires en raison de la séropositivité d'un membre de leur foyer. Les analyses en dessous vont éclaircir cette constatation.

6.1.2. Autostigmatisation des séropositifs et des membres de leurs foyers et exclusion des activités communautaires

La conclusion sur l'exclusion des séropositifs et des membres de leur foyer d'activités communautaires est renforcée par l'analyse des raisons de leur non-participation. Parmi les raisons évoquées par les répondants, la différence entre les séropositifs, leurs proches séronégatifs et les membres des foyers-témoins réside dans des raisons telles que « ne veut pas rencontrer les gens », « triste, ne veut pas participer », « complexé(e) à cause de la séropositivité », « n'a pas les conditions économiques » ou encore « n'est pas en bonne forme ». Toutes ces raisons sont liées à la séropositivité. Concrètement, 23,5 % des séropositifs indiquent qu'ils n'ont pas participé à toutes les activités communautaires car ils ne veulent pas rencontrer les gens, 4,5 % disent qu'ils sont tristes et ne veulent pas y participer, et 9,8 % déclarent qu'ils sont complexés à cause de leur séropositivité. Pour les membres séronégatifs des foyers-cas, 8,7 % disent qu'ils ne veulent pas rencontrer les gens et 5,8 % indiquent qu'ils sont tristes et ne veulent pas y participer. La proportion des membres des foyers-témoins ayant évoqué les mêmes raisons est minime, respectivement 1,3 % et 0,9 %. 20,5 % des séropositifs indiquent qu'ils n'ont pas participé à toutes les activités communautaires en raison de conditions économiques, tandis que cette proportion n'est que de 16,7 % chez les membres séronégatifs des foyers-cas et 12,6 % chez les membres des foyers-témoins. 25,0 % des séropositifs font savoir qu'ils n'ont pas participé à toutes les activités communautaires car ils n'étaient pas en forme, tandis que cette proportion n'est que de 8,7 % chez les membres séronégatifs des foyers-cas et 2,6 % chez les membres des foyers-témoins (*chapitre 4 - partie 4.3.1, tableau 4.5*).

Comme nous l'avons indiqué dans le chapitre 4, les séropositifs et les membres séronégatifs de leurs foyers qui ne participent pas à toutes les activités communautaires pour les raisons telles que « ne veut pas rencontrer les gens », « triste, ne veut pas participer », « complexé(e) à cause de la séropositivité » sont considérés comme ayant adopté une autostigmatisation dans leur participation aux activités communautaires. Environ 23 % des séropositifs et 8 % des membres séronégatifs de leurs foyers adoptent une telle attitude. Ainsi, outre les raisons évoquées par les séropositifs, les membres de leur foyer et les membres des foyers-témoins telles que « n'a pas eu l'opportunité » ou « n'a jamais aimé y participer », les séropositifs et les membres de leurs foyers ne participent pas

aux activités communautaires sans doute pour des raisons liées au VIH/sida comme des problèmes de santé, des conditions économiques défavorables ou encore une autostigmatisation.

Les analyses suivantes montrent qu'il existe une corrélation négative très forte entre l'autostigmatisation des séropositifs et des membres séronégatifs de leurs foyers et leur niveau de participation aux activités communautaires. L'autostigmatisation des séropositifs et des membres de leur foyer dans la participation aux activités communautaires réduit considérablement leur participation à ces activités. Le tableau 6.3 montre que les séropositifs adoptant une autostigmatisation dans la participation aux activités communautaires ne participent en moyenne qu'à deux des sept types d'activités mentionnés durant les 12 mois précédant l'enquête. En revanche, les séropositifs n'ayant pas adopté une telle attitude participent à cinq des sept activités mentionnées. Chez les membres séronégatifs des foyers-cas, les répondants n'ayant pas adopté une autostigmatisation dans leur participation aux activités communautaires ont participé en moyenne à 5,7 des sept activités mentionnées, tandis que ceux qui ont cette attitude ne participent qu'à 3,5 activités ($p=0,000$).

Tableau 6.3 - Nombre moyen d'activités communautaires auxquelles participent les séropositifs et les membres de leurs foyers au cours des 12 mois précédant l'enquête selon leur attitude d'autostigmatisation dans la participation aux activités communautaires

<i>Indicateurs</i>	<i>Autostigmatisation des séropositifs dans la part. aux activités communautaires</i>		<i>Autostigmatisation des MemF+ dans la part. aux activités communautaires</i>	
	Oui	Non	Oui	Non
	Nombre d'activités	2,0	5,0	3,5
Ecart-type	2,2	2,2	2,2	1,5
Médiane	1,0	6,0	5	6
Minimum	0	0	0	0
Maximum	6	7	0	7
Effectif des répondants	41	138	17	202
<i>p Test ANOVA</i>	<i>0,000</i>		<i>0,000</i>	

L'analyse de la relation entre l'autostigmatisation des séropositifs dans la participation aux activités communautaires et leur participation à différents niveaux (participation nulle ;

très limitée ou limitée ; normale) montre que parmi les répondants ayant une participation normale, 9,0 % exercent quand même une autostigmatisation. La proportion des personnes adoptant une autostigmatisation s'élève à 35 % chez les répondants ayant une participation limitée ou très limitée aux activités communautaires et à 60,7 % chez ceux qui ne participent à aucune activité communautaire durant les 12 mois précédant l'enquête. Ainsi, par rapport à la participation normale, la probabilité d'un « isolement » des activités est 15,6 fois plus forte pour les séropositifs adoptant une autostigmatisation dans la participation aux activités communautaires, que pour les séropositifs n'ayant pas cette attitude (OR=15,60 [5,70 – 42,37], $p=0,000$). Autrement dit, la probabilité d'une « limitation » de participer aux activités communautaires est 5,4 fois plus forte chez les séropositifs adoptant une autostigmatisation que chez les séropositifs qui n'ont pas cette attitude (OR = 5,43 [2,17 – 13,63], $p=0,000$). Cela veut dire que la présence d'une autostigmatisation des séropositifs dans la participation aux activités communautaires multiplie par 8 la probabilité de leur exclusion de ces activités (OR= 8,46 [3,77 – 18,95], $p=0,000$) (Tableau 6.4).

Tableau 6.4 - Répartition (%) des séropositifs selon leur niveau de participation aux activités communautaires au cours des 12 mois précédant l'enquête et leur autostigmatisation

<i>Autostigmatisation des séropositifs</i>	<i>Niveau de participation aux activités communautaires</i>			
	Nul	Limité	Normal	Ensem.
Oui	60,7	35,0	9,0	22,9
Non	39,3	65,0	91,0	77,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Effectif des répondants</i>	28	40	111	179
<i>p</i>		0,000		
Rapport de cotes (OR)	15,60***	5,43***	Référence	-
Rapport de cotes (OR)	8,46***		Référence	-

La proportion des répondants qui s'excluent des activités communautaires ne représente que 8,3 % des membres séronégatifs des foyers-cas et parmi ceux-ci, environ 43 % ont une attitude d'autostigmatisation (soit 7,8 % du nombre total des membres séronégatifs des foyers-cas enquêtés). Toutefois, la corrélation entre cette autostigmatisation et l'exclusion des activités communautaires chez les membres séronégatifs des foyers-cas est statistiquement significative.

Le tableau 6.5 montre que chez les membres séronégatifs des foyers-cas ayant une participation normale, la proportion de ceux ayant une attitude d'autostigmatisation est de 5 %. Cette proportion est de 13,9 % chez des membres séronégatifs des foyers-cas ayant une participation limitée aux activités communautaires.

Tableau 6.5 - Répartition (%) des MemF+ selon leur niveau de participation aux activités communautaires durant les 12 mois précédant l'enquête et leur autostigmatisation

<i>Autostigmatisation des MemF+</i>	<i>Niveau de participation aux activités communautaires</i>			
	Nul	Limité	Normal	Ensem.
Oui	75,0	13,9	5,0	7,8
Non	25,0	86,1	95,0	92,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Effectif des répondants</i>	4	36	179	219
<i>p</i>		0,000		
Rapport de cotes (OR)	-	3.04*	Référence	-
Rapport de cotes (OR)	4,72**		Référence	-

Chez les membres séronégatifs des foyers-cas dont la participation aux activités communautaires est caractérisée par un « isolement », plusieurs raisons peuvent expliquer leur non-participation, mais la raison principale est leur autostigmatisation (75 %). Par rapport à une participation normale, la probabilité d'une participation « limitée » est trois fois plus forte pour ceux qui adoptent une autostigmatisation dans la participation aux activités communautaires que pour ceux qui n'en adoptent pas (OR = 3,04 [0,96 – 9,70], p=0,049). Si nous considérons que l'exclusion englobe à la fois « l'isolement » et une « participation limitée » aux activités communautaires, l'autostigmatisation dans cette participation multiplie par plus de 5 la probabilité d'une exclusion des activités communautaires (OR= 4,72 [1,69 – 13,15], p=0,001).

6.1.3. Stigmatisation des PVVIH dans la société par les foyers et exclusion des séropositifs des activités communautaires

Comme nous l'avons évoqué dans le chapitre 4, il existe une corrélation entre la stigmatisation des PVVIH dans la société et l'autostigmatisation des séropositifs et de leurs proches dans la participation aux activités communautaires. Les membres séronégatifs des foyers-cas adoptent une autostigmatisation dans leur participation aux activités communautaires plus forte quand ils ont une attitude de stigmatisation des PVVIH dans la

société (*chapitre 4 - partie 4.5.2*). Plus les membres des foyers adoptent une attitude de stigmatisation des PVVIH dans la société, plus la probabilité d'apparition d'une autostigmatisation des séropositifs dans la participation aux activités communautaires est forte. Outre la corrélation directe entre l'autostigmatisation des séropositifs et leur exclusion d'activités communautaires, les analyses montrent que le niveau de stigmatisation des PVVIH dans la société par le foyer où vit le séropositif influe sur l'exclusion de ce dernier des activités communautaires.

Parmi les séropositifs qui participent normalement aux activités communautaires, 28,8 % vivent dans un foyer ayant au moins un membre qui stigmatise les PVVIH dans la société. Cette proportion est beaucoup plus élevée chez les séropositifs exclus d'activités communautaires. En effet, 57,5 % des séropositifs ont une participation limitée ou très limitée, 71,4 % sont « isolés » dans les activités communautaires. Ainsi, la probabilité d'une exclusion des séropositifs des activités communautaires est plus de quatre fois plus élevée dans un foyer ayant au moins un membre adoptant une attitude de stigmatisation des PVVIH dans la société que dans un foyer n'ayant aucun membre avec une telle attitude (OR= 4,25 [2,23 – 8,06], p=0,000). Par rapport à la participation normale aux activités communautaires, la probabilité d'un « isolement » du séropositif est six fois plus forte quand il vit dans un foyer ayant au moins un membre adoptant une attitude de stigmatisation des PVVIH dans la société (OR= 6,17 [2,46 – 15,44], p=0,000) ; la probabilité d'un « participation limitée » est plus de 3,3 fois plus forte (OR= 3,34 [1,57 – 7,06], p=0,001) (tableau 6.6)

Tableau 6.6 - Répartition (%) des séropositifs selon le niveau de participation aux activités communautaires et la stigmatisation par les foyers-cas des PVVIH dans la société

<i>Attitude de stigmatisation par les foyers-cas des PVVIH dans la société</i>	<i>Niveau de participation aux activités communautaires</i>			
	Nul	Limité	Normal	Ensem.
Chez au moins un membre	71,4	57,5	28,8	41,9
Chez aucun membre	28,6	42,5	71,2	58,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Effectif des répondants</i>	28	40	111	179
<i>p</i>		0,000		
Rapport de cotes (OR)	6,17***	3,34**	Référence	-
Rapport de cotes (OR)	4,25***		Référence	-

Si l'on distingue différents niveaux de stigmatisation des PVVIH dans la société par les foyers-cas comme nous l'avons présenté dans le chapitre 4 (niveau 1: un tiers des membres et moins adoptent une stigmatisation; niveau 2 – environ la moitié des membres adoptent une telle attitude ; niveau 3 : deux tiers des membres du foyer et plus adoptent une telle attitude), le tableau 6.7 montre que plus le niveau de stigmatisation des PVVIH dans la société par le foyer est élevée, plus l'exclusion des séropositifs d'activités communautaires est forte. Parmi les séropositifs vivant dans un foyer de niveau 1, 63 % participent normalement aux activités communautaires, 22,2 % limitent leur participation et 14,8 % n'y participent pas du tout (isolement). Parmi les séropositifs vivant dans un foyer de niveau 2, 42,9 % limitent leur participation, 28,6 % ne participent à aucun des sept types d'activités mentionnées. Parmi les séropositifs vivant dans un foyer de niveau 3, 25,0 % limitent leur participation et 40,0 % ne participent à aucune activité.

Tableau 6.7 - Répartition (%) des séropositifs selon leur niveau de participation aux activités communautaires et le niveau de stigmatisation des PVVIH dans la société par les foyers-cas

<i>Niveau de participation des séropositifs aux activités communautaires</i>	<i>Niveau de stigmatisation des PVVIH dans la société par les foyers-cas</i>				
	Niveau 3	Niveau 2	Niveau 1	Non	Ensem.
Nul	40,0	28,6	14,8	7,7	15,6
Limité	25,0	42,9	22,2	16,3	22,3
Normal	35,0	28,6	63,0	76,0	62,0
Tous	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Effectif des répondants</i>	20	28	27	104	179
<i>p</i>			0,000		
Rapport de cotes (OR)	5,86***	7,90***	1,85***	Référence	-

Mesurant par le rapport de cotes (OR) la corrélation entre le niveau de stigmatisation des PVVIH dans la société par les foyers-cas et le niveau de participation des séropositifs aux activités communautaires, on constate que chez les séropositifs vivant dans un foyer exerçant une stigmatisation de niveau 1, la probabilité d'une exclusion d'activités est presque deux fois plus grande que chez les séropositifs vivant dans un foyer où cette attitude n'existe pas (OR= 1,85 [0,75 - 4,75], p=0,000). La vie dans un foyer exerçant une stigmatisation de niveau 2 multiplie par 8 la probabilité d'une exclusion des séropositifs d'activités communautaires par rapport à la vie dans un foyer où cette attitude n'existe pas (OR= 7,90 [3,10 - 20,12], p=0,000). La vie dans un foyer exerçant une stigmatisation de

niveau 3 multiplie par 6 la probabilité d'une exclusion des séropositifs d'activités communautaires par rapport à la vie dans un foyer où cette attitude n'existe pas (OR= 5,86 [2,10 - 16,32], p=0,000).

En résumé, plus d'un tiers des séropositifs et certains de leurs proches participent peu ou ne participent à aucun des sept types d'activités communautaires mentionnées. Parmi les raisons qu'ils ont évoquées pour expliquer leur non-participation, certaines sont étroitement liées à la séropositivité. Il s'agit de la santé, des conditions économiques et de la présence d'une autostigmatisation. La non-participation aux activités communautaires en raison de l'autostigmatisation montre qu'ils s'excluent eux-mêmes de ces activités. Les analyses montrent que chez les séropositifs ou les membres séronégatifs des foyers-cas qui font preuve d'une autostigmatisation dans les activités communautaires, la probabilité d'une exclusion d'activités est beaucoup plus forte que chez les séropositifs ou membres séronégatifs des foyers-cas qui ne font pas preuve d'autostigmatisation.

La vie dans un foyer ayant un ou plusieurs membres adoptant une attitude de stigmatisation des PVVIH dans la société influe sur l'autostigmatisation, mais aussi sur l'exclusion des séropositifs des activités communautaires. L'exclusion des séropositifs est plus forte quand de nombreux membres du foyer ont une attitude de stigmatisation des PVVIH dans la société.

6.2. Stigmatisation et exclusion des séropositifs des soins de santé

Les séropositifs ont besoin d'être soignés et aidés. Au Viêt Nam, la plupart des séropositifs souhaitent être soignés par leurs proches chez eux (*World Bank, 1999*). Dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, 74,3 % des personnes se déclarant séropositives souhaitent être soignés dans leur foyer en cas de problème de santé ; 88,3 % des personnes se déclarant séropositives estiment que les séropositifs doivent être soignés dans leur foyer en cas de problème de santé (*chapitre 4 - partie 4.3.2*). 100 % des séropositifs enquêtés souhaitent que leurs proches dans leur foyer prennent soin d'eux en cas de problème de santé. Concrètement, 71,5 % des séropositifs souhaitent être soignés par leurs propres parents, 46,4 % par leurs frères et sœurs, 30,2 % par leur époux/épouse (selon la situation matrimoniale et la structure du foyer). Les analyses qualitatives donnent des résultats congruents :

« 2 : Mes parents sont décédés. Quand je suis malade, c'est ma grande sœur qui prend soin de moi. Elle s'occupe de tout.

1 : *Après l'accouchement, êtes-vous retournée au travail ?*

2 : *Non, depuis mon accouchement, cela fait un an que je reste à la maison. Ma sœur s'occupe de moi et de mon enfant. Moi, je souhaite être en bonne santé. Je fais des efforts pour vivre joyeusement et en bonne santé. Je sais que je ne pourrais pas garder une bonne santé pour toujours. Quand je ne serai plus en bonne forme, évidemment, je voudrais que mes proches prennent soin de moi.*

1 : *Qui sont vos proches pour l'instant ?*

2 : *Ma sœur et mon frère.*

1 : *Est-ce qu'ils vous aident ?*

2 : *L'autre fois, quand j'étais malade, mon frère s'occupait de moi avec dévouement. En tant que malade, tout ce qu'on souhaite, c'est être entouré de ses proches. Toutefois, puisque mon frère est un homme, ce n'est pas facile pour lui de me soigner quand je suis malade. C'est pourquoi, c'est ma sœur qui me soigne le plus ».*

(Femme séropositive, 27 ans, bachelière, au chômage, veuve, ayant une fille de 3 ans, quartier Tràn-Hung-Dao, Ha-Long)

« 1 : *Quand tu es malade, qui prend soin de toi à la maison ?*

2 : *Mon mari et sa mère.*

1 : *Elle te soigne puisqu'elle est ta belle-mère et qu'elle vit avec toi. Tu veux être soignée par qui ?*

2 : *Dans ma famille, il n'y a que ma belle-mère, mon mari, moi et notre fils. On doit prendre soin les uns des autres. En dehors des membres de ma famille, je ne souhaite pas être soignée par d'autres personnes ».*

(443 - femme séropositive, 26 ans, bachelière, pratiquant le petit commerce (de poisson), mariée, ayant un fils de 5 ans, quartier Tràn-Hung-Dao, Ha-Long)

Toutefois, certains séropositifs ne souhaitent pas être soignés dans leur foyer ou estiment que les séropositifs doivent être soignés dans des lieux qui leur sont réservés. Autrement dit, ils adoptent une attitude d'autostigmatisation dans le choix du lieu de soins de santé. En réalité, l'exclusion des séropositifs des soins de santé du foyer pourrait prendre sa source dans leur autostigmatisation ou dans l'attitude de stigmatisation des membres de leur foyer. Ces derniers pourraient ne pas être prêts à prendre soin de leur proche séropositif ou estimer que les séropositifs doivent être soignés dans d'autres lieux que le foyer, voire dans des lieux qui leur sont réservés. En fait, la conception de certains

membres des foyers des séropositifs selon laquelle les séropositifs doivent être soignés dans des lieux qui leur sont réservés a été mentionnée dans le chapitre 4 de cette thèse.

6.2.1. Lieu et personne pour soigner les séropositifs

Selon les études menées, les soins de santé aux séropositifs à domicile comportent au moins quatre avantages par rapport au traitement à l'hôpital : (1) ils répondent mieux aux besoins (2) ils sont moins chers (3) ils réduisent la pression sur les ressources limitées des hôpitaux et établissements sanitaires (4) ils sont plus facilement acceptés par les patients (*Danziger, 2000*). En réalité, les soins accordés par la famille changent en fonction de l'état de santé du séropositif et d'autres facteurs. De nombreuses études montrent que les soins changent de jour en jour ou de mois en mois car la santé du patient est changeante (*Wardlaw, 2000*). Ainsi, les soins accordés aux séropositifs par la famille dépendent non seulement de l'attitude de stigmatisation et de la volonté de prendre soin des séropositifs mais aussi de la gravité de la maladie, de la structure du foyer, des conditions économiques du foyer, de la politique vis-à-vis des séropositifs et du développement des infrastructures sanitaires dans la société.

Dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, en réponse à la question "*Lorsque vous avez un problème de santé, où vous faites-vous soigner ?*", les données montrent que ces dernières années, 81,6 % des séropositifs ont été soignés dans leur foyer en cas de problème de santé, 14,0 % ont été soignés au centre de santé du quartier, 55,9 % dans un hôpital public. La proportion de séropositifs soignés dans d'autres lieux est minime. Seuls 2,8 % des séropositifs n'ont pas été malades et ne nécessitaient donc pas de soins. Par ailleurs, les proportions de répondants soignés dans leur foyer en cas de problème de santé dans les trois groupes (séropositifs, membres séronégatifs de leurs foyers et membres des foyers-témoins) sont presque les mêmes (respectivement 81,6 % des séropositifs versus 83,1 % des MemF+ et 80,5 % des MemF-). Toutefois, si 55,9 % des séropositifs doivent suivre un traitement à l'hôpital, seulement 33,8 % des membres séronégatifs des foyers-cas et 35,3 % des membres des foyers-témoins doivent le faire. Par ailleurs, 7,8 % des membres séronégatifs des foyers-cas et 8,2 % des membres des foyers-témoins ne sont pas malades et n'ont donc pas besoin de soin. Cela illustre en partie l'influence de la séropositivité sur la santé des séropositifs. Si l'on ne tient pas compte des personnes qui n'ont pas été malades, la proportion des séropositifs qui n'ont pas été soignés dans leur foyer est de 17,3 %. Ces proportions chez les membres séronégatifs des foyers-cas et les membres des foyers-témoins sont respectivement de 9,1 % et 11,3 % (tableau 6.8).

Tableau 6.8 - Répartition (%) des répondants selon les lieux de soins de santé au cours des dernières années, leur statut VIH et celui de leur foyer

<i>Lieu de soin</i>	FAVIHVIET Ha-Long			
	<i>PVVIH</i>	<i>MemF+</i>	<i>MemF-</i>	<i>Ensem.</i>
Foyer	81,6	83,1	80,5	81,4
Centre de santé du quartier	14,0	13,2	8,2	10,8
Hôpitaux publics	55,9	33,8	35,3	39,4***
Salles de consultation privées	0,6	1,4	2,4	1,7
Autres endroits	1,1	7,8	8,2	6,5
Pas malade, pas besoin de soins	2,8	3,2	2,6	2,8**
<i>Effectif des répondants</i>	179	219	416	814

*** p=0,000; ** p<0,005; * p<0,05

Les analyses avec les tableaux croisés de rang 2x2 montrent que la probabilité de ne pas être soigné dans son foyer en cas de problème de santé est deux fois plus grande pour les séropositifs que pour les membres de leur famille (OR= 2,08 [1,14 -3,80], p=0,015) et 1,6 fois plus grande pour les séropositifs que pour les membres des foyers-témoins (OR= 1,64 [1,00 – 2,69], p=0,046). Avec OR= 0,79 [0,45 – 1,37], p=0,389) il n'y a pas de différence entre les membres séronégatifs des foyers-cas et les membres des foyers-témoins. On peut affirmer que la différence concernant le lieu de soin de santé n'est liée qu'à la séropositivité.

Certaines études montrent que la famille vietnamienne accepte la responsabilité de prendre soin de la santé des séropositifs. Parents, frères, sœurs ou épouse sont les personnes principales qui prennent soin du séropositif. Une étude de la Banque mondiale, menée en 1999, montre que trois quarts des séropositifs interrogés disent qu'ils ont besoin d'être soignés et assistés. Dans la famille en moyenne, chaque personne en charge de soigner le séropositif doit accorder cinq heures à ce travail. Cette responsabilité est confiée pour 73,2 % aux femmes : pour moitié à la mère, pour 15,5 % à l'épouse, pour 10,3 % au père, et pour 6,8 % à la sœur (*World Bank, 1999*). L'étude menée par Lê Minh Hai et al. en 2005 sur le « Rôle de la famille dans la prévention et la prise en charge des séropositifs âgés de 17 à 29 ans à Quang-Ninh » montre que « les familles de Quang-Ninh ne rejettent pas leurs enfants. Elles prennent en charge les soins aux enfants séropositifs. Cela est particulièrement significatif car quand les séropositifs connaissent leur séropositivité, ils tombent souvent dans une solitude extrême (69,8 % sont tristes, 5,3 % s'en fichent, 0,5 % veulent se suicider, 0,5 % sont inquiets). Bien que dans certaines familles, le père et la

mère partagent les soins à leurs enfants séropositifs et que certains pères y soient très actifs, dans la plupart des familles ayant des enfants séropositifs, cette tâche incombe souvent à la mère. Quand on leur demande qui est la personne la mieux appropriée pour prendre soin des séropositifs, 77,4 % des séropositifs interrogés indiquent qu'il s'agit de leur mère, seulement 10,5 % estiment que le père est approprié » (*Lê Minh Hai et al., 2005*). Cela est totalement différent de ce qui se passe avec les familles ayant un membre séropositif dans la société américaine. Aux États-Unis, de nombreux séropositifs s'éloignent de leurs parents, de leurs frères et sœurs qui forment, selon le terme sociologique, une famille d'origine, et choisissent un substitut auprès duquel ils cherchent de l'aide et une sécurité. Cela peut être un amant homosexuel ou un(e)/des petit(es) ami(es) qu'ils considèrent comme les personnes principales qui prennent soin d'eux (*Wardlaw, 2000*).

Dans la présente étude, les analyses qualitatives montrent que les familles assument les soins de santé des séropositifs quand ils sont malades. Le père, la mère, l'époux/épouse, les frères et sœurs – ceux qui vivent en famille avec le séropositif assument les soins quotidiens qui vont des repas à la toilette en passant par la prise des médicaments et la lessive... Parmi ces personnes qui prennent soin des séropositifs, le rôle de la mère est le plus fréquent.

« Q : Dans votre famille, quelle est la personne principale qui prend soin du séropositif quand il est malade ?

1 : En général, nous, les mères, nous sommes les personnes principales qui prennent soin d'eux.

2 : Quand une personne dans la famille est malade, c'est la mère qui en prend soin. La mère doit la prendre en charge, car les autres enfants sont occupés par le travail. Je dois donc m'occuper à la fois des repas et des médicaments. C'est triste, mais c'est comme ça. Même s'il est mort, il n'y aura que moi auprès de lui. Quand on a un enfant toxicomane ou séropositif, quand il est malade, en difficulté ou humilié, il n'y a que sa mère qui soit là avec lui.

5 : La mère est la personne principale qui prend soin du séropositif, qui lui est la plus proche en permanence. Les frères, les sœurs et le père ont aussi la responsabilité de l'aider, mais c'est toujours la mère qui prend tout en charge . Elle le couvre de soins, l'aide à changer de vêtements, à vider son pot de chambre, à prendre des médicaments et à manger. Elle fait tout.

Q : Après la mère, qui prend soin du séropositif ?

2 : Après la mère viennent ses frères et sœurs.

5 : Le père l'aime, mais il se contente de diriger les autres dans les soins au séropositif.

4: *Je prends un exemple : l'enfant est malade et souhaite manger quelque chose de bon. Or, il n'est pas encore temps de toucher les salaires. Il faut donc emprunter de l'argent à quelqu'un. C'est toujours la mère qui le fait. Le père ne le fera jamais. C'est une vérité.*

5 : *Quand il est malade ou fatigué, il appelle souvent sa mère, ou sa sœur si cette dernière se trouve près de lui. Il n'appellera pas son père. C'est comme ça. Parfois, quand le père lui demande s'il va bien, il n'ose pas lui avouer qu'il a mal. Dans toutes les familles, c'est pareil. Ce n'est pas parce que le père déteste son enfant. Il l'aime, mais sévère comme tous les hommes, il ne le dit pas. L'enfant connaît sa faute. Même s'il est malade, si le père est là, il n'ose se pas se plaindre et ne veut pas que le père prenne soin de lui. Finalement, c'est toujours la mère qui s'en occupe ».*

(Discussion de groupe avec des mères de séropositifs, quartier Cao-Thang, Ha-Long)

Dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, une question est utilisée pour identifier la personne qui prend soin du répondant quand il est malade : *“Ces dernières années, quand vous avez eu un problème de santé, qui est la principale personne à avoir pris soin de vous ?”*. « Outre un petit nombre de répondants indiquant qu'ils se soignent eux-mêmes quand ils sont malades (5,3 %) ou qu'ils n'avaient aucun problème de santé ces dernières années (6,9 %), les autres sont soignés par au moins une personne en cas de problème de santé. Parmi les répondants indiquant avoir été soignés par au moins une personne, presque tous (99 %) affirment qu'il s'agit d'un membre de leur famille. Ceux qui indiquent avoir été soignés par au moins un membre de leur famille reçoivent également des soins de la part d'autres personnes. Plus de la moitié d'entre eux ont été soignés par deux personnes (53 %), certains par plus de trois personnes (11 %) » (Loenzien et Luu, 2009). Pour les séropositifs, à l'exception de 1,7 % qui n'ont eu aucun problème de santé et de 5,0 % qui s'auto-soignent quand ils ont été malades, tous les autres répondants ont reçu des soins de la part d'au moins une personne proche dans leur famille (parents, beaux-parents, époux/épouse, frères et sœurs, fils et fille). Cela est sans doute lié à l'attitude des membres des foyers qui acceptent de prendre soin du séropositif de leur foyer. En effet, presque tous les membres séronégatifs des foyers-cas (98 %) indiquent qu'ils sont prêts à prendre soin de leur proche séropositif en cas de problème de santé (chapitre 4 – partie 4.4.2).

De l'analyse des réponses recueillies à la question ci-dessus, Loenzien et Luu (2009) ont tiré le résultat suivant : « il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le modèle de personne prenant soin des membres séronégatifs des foyers-cas et celui des

membres des foyers-témoins. Toutefois, la séropositivité reconnue est le facteur créant la différence significative ». Le tableau 6.9 montre que si les personnes soignant les membres séronégatifs des foyers-cas et les membres des foyers-témoins sont principalement leur époux/épouse ou leurs enfants, celles qui ont pris soin des séropositifs en cas de problème de santé sont principalement leurs parents, leurs frères et sœurs.

Tableau 6.9 - Répartition (%) des répondants selon la personne qui a pris soin d'eux en cas de problème de santé ces dernières années, leur statut VIH et le statut VIH de leur foyer

<i>Personne prenant soin</i>	FAVIHVIET Ha-Long			
	<i>PVVIH</i>	<i>MemF+</i>	<i>MemF-</i>	<i>Ensem.</i>
Parents	67,6	29,2	32,5	39,3***
Parents du conjoint	13,4	6,4	6,5	8,0*
Epoux/épouse	28,5	51,1	57,9	49,6***
Frères et sœurs	40,8	28,3	25,5	29,6**
Parenté	3,9	4,6	2,6	3,4
Enfants	6,7	37,9	31,7	27,9***
Personnel sanitaire	13,4	8,2	8,9	9,7
Amis, collègues	6,1	4,1	5,8	5,4
Membres d'association/groupe	6,7	0,0	0,0	1,5***
Voisins	0,6	0,5	0,7	0,6
Soi-même	5,0	6,8	4,6	5,3
Pas de problème de santé	1,7	7,8	8,7	6,9*
Effectif des répondants	179	219	416	814

*** p=0,000; ** p<0,005; * p<0,05

Concrètement, tandis que 51,1 % des membres séronégatifs des foyers-cas et 57,9 % des membres des foyers-témoins ont été soignés par leur époux/épouse quand ils ont été malades, seulement 28,5 % des séropositifs ont reçu de tels soins de leur époux/épouse. Si 37,9 % des membres séronégatifs des foyers-cas et 31,7 % des membres des foyers-témoins ont été soignés par leurs enfants en cas de problème de santé, cette proportion n'est que de 6,7 % des séropositifs. Par contre 67,6 % des séropositifs ont été soignés par leurs parents quand ils ont été malades, mais ces proportions chez les membres séronégatifs des foyers-cas et les membres des foyers-témoins ne sont respectivement que de 29,2 % et 32,5 %. 40,8 % des séropositifs ont été soignés par leurs frères et sœurs quand ils ont été malades, mais ces proportions chez les membres séronégatifs des foyers-cas et les membres des foyers-témoins ne sont respectivement que de 28,3 % et 25,5 %.

La raison de cette situation est que « la majorité des séropositifs ne sont pas mariés et vivent avec leurs parents et leurs frères et sœurs » (Loenzien et Luu, 2009). Même les séropositifs mariés ont davantage reçu des soins de la part de leurs parents et de leurs beaux-parents que les membres séronégatifs des foyers-cas et les membres des foyers-témoins. 13,4 % des séropositifs ont reçu des soins de la part de leurs beaux-parents en cas de problème de santé ces dernières années. Chez les membres séronégatifs des foyers-cas et les membres des foyers-témoins, ces proportions ne sont que de 6,4 % et 6,5 %.

Les analyses ci-dessus montrent qu'il n'existe pas de refus des membres du foyer de prendre soin des séropositifs. Par contre, les séropositifs peuvent-ils recevoir des soins au sein de leur foyer et ainsi ne pas être victimes d'exclusion ? 17,3 % des séropositifs dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long n'ont pas été soignés dans leur foyer quand ils ont été malades sans doute à cause d'une stigmatisation, mais aussi pour d'autres raisons indiquées auparavant : la gravité de leur maladie, la politique vis-à-vis des séropositifs dans les soins de santé... Bien que cette proportion ne soit pas élevée, ce qui signifie que l'exclusion des séropositifs de leur foyer semble faible, je vais cependant préciser ce résultat en calculant les corrélations entre la stigmatisation et l'exclusion des séropositifs des soins au sein de leurs foyers dans les analyses ci-dessous.

6.2.2. autostigmatisation des séropositifs dans le choix du lieu de soins de santé et exclusion des soins du foyer

Comme nous l'avons indiqué dans le chapitre 4 (*partie 4.3.2*), dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, environ 27 % des séropositifs font preuve d'autostigmatisation dans le choix du lieu des soins de santé. C'est-à-dire qu'ils n'ont pas cité la famille parmi les lieux de soins en cas de problème de santé ou qu'ils ont estimé que les séropositifs devaient être soignés dans des lieux qui leur sont réservés. Cette autostigmatisation pousse-t-elle les séropositifs à chercher des soins en dehors de la famille ? Le tableau 6.10 montre que parmi les séropositifs soignés dans leur foyer en cas de problème de santé (pas d'exclusion), 25,0 % adoptent quand même une autostigmatisation dans leur choix du lieu des soins de santé. Parmi les séropositifs non soignés dans leur foyer quand ils ont été malades (possible exclusion), 38,7 % font preuve d'autostigmatisation dans leur choix du lieu des soins de santé et 61,3 % n'en font pas.

Tableau 6.10 – Répartition (%) des séropositifs selon leur autostigmatisation dans le choix du lieu des soins de santé et leur exclusion des soins de santé de leur foyer

<i>Autostigmatisation dans le choix du lieu des soins de santé</i>	<i>Exclusion des soins de santé de leur foyer</i>			
	Oui	Non	Ensem.	
Oui	38,7	25,0	27,4	OR = 1,89
Non	61,3	75,0	72,6	CI [0,84 – 4,27]
Total	100,0	100,0	100,0	p=0,120
<i>Effectif des répondants</i>	31	148	179	

Toutefois, l'analyse de signification statistique montre qu'il n'existe pas de corrélation entre l'autostigmatisation des séropositifs dans le choix du lieu des soins de santé et le fait que les séropositifs ne soient pas soignés au foyer en cas de problème de santé ($p=0,120$). Cela veut dire qu'en réalité, l'autostigmatisation dans le choix du lieu des soins de santé n'est pas la raison pour laquelle les séropositifs dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long ne sont pas soignés au foyer en cas de problème de santé ces dernières années.

6.2.3. Stigmatisation des PVVIH dans le foyer et exclusion des séropositifs des soins de santé du foyer

Dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, comme nous l'avons vu dans le chapitre 4, 40,6 % des membres séronégatifs des foyers-cas ont une attitude de stigmatisation des séropositifs dans les soins de santé. Cela veut dire que ces personnes n'ont pas indiqué la famille comme lieu de soins des séropositifs en cas de problème de santé ou qu'elles ont estimé que les séropositifs devaient être soignés dans des lieux qui leur sont réservés, ou encore qu'elles ne sont pas prêtes à prendre soin de leur proche séropositif. Sur le plan individuel, avec cette stigmatisation, les membres des foyers veulent-ils pousser les séropositifs vers des lieux de soins hors de la famille ? Quelle est l'influence de la présence au foyer d'un ou plusieurs membres adoptant une attitude de stigmatisation sur l'exclusion des séropositifs des soins de santé du foyer ?

Les analyses au niveau du foyer montrent que 64,4 % des foyers-cas n'ont aucun membre adoptant une attitude de stigmatisation des séropositifs dans les soins de santé. 13,5 % des foyers-cas ont au moins un membre voire un tiers des membres ayant cette attitude (niveau 1). 14,1 % des foyers-cas ont environ la moitié des membres adoptant cette

attitude (niveau 2) et 8,0 % des foyers-cas ont deux tiers de leurs membres au moins adoptant cette attitude (niveau 3). Parmi les séropositifs enquêtés, 33,5 % vivent dans un foyer ayant au moins un membre adoptant une attitude de stigmatisation des PVVIH dans les soins de santé, dont 13,4 % dans un foyer avec une attitude de stigmatisation de niveau 1, 12,8 % dans un foyer de niveau 2 et 7,3 % dans un foyer de niveau 3.

À propos de la relation entre le fait que les séropositifs ne soient pas soignés au foyer en cas de problème de santé ces dernières années et la vie dans un foyer ayant au moins un membre adoptant une attitude de stigmatisation des PVVIH dans les soins de santé, le tableau 6.11 montre que parmi les séropositifs vivant dans un foyer ayant au moins un membre adoptant une attitude de stigmatisation, 15,0 % n'ont pas été soignés au foyer quand ils ont été malades. Cette proportion est de 18,5 % chez les séropositifs vivant dans un foyer n'ayant aucun membre adoptant une attitude de stigmatisation. On peut constater donc que le fait de vivre ou ne pas vivre dans un foyer ayant un membre adoptant une attitude de stigmatisation des PVVIH dans les soins de santé n'a aucune influence sur le fait que les séropositifs soient soignés ou non dans leur foyer en cas de problème de santé. Autrement dit, la présence au foyer d'au moins un membre adoptant une attitude de stigmatisation des PVVIH dans les soins de santé ne cause pas une exclusion des séropositifs des soins de santé au foyer.

Tableau 6.11 – Répartition (%) des séropositifs selon leur exclusion des soins de santé de leur foyer et l'attitude de stigmatisation des PVVIH dans les soins de santé par les membres de leur foyer

<i>Exclusion des soins de santé au foyer</i>	<i>Stigmatisation des PVVIH dans les soins de santé par les MemF+</i>			
	Oui	Non	Ensem.	
Oui	15,0	18,5	17,3	OR = 0,77
Non	85,0	81,5	82,7	CI [0,33 – 1,81]
Total	100,0	100,0	100,0	p=0,561
Effectif des répondants	60	119	179	

Analysant la relation entre le fait que les séropositifs ne soient pas soignés au foyer quand ils sont malades et le niveau de stigmatisation des PVVIH dans les soins de santé au foyer par les membres de leurs foyers, on constate que la vie dans un foyer où il existe une stigmatisation des PVVIH quel que soit le niveau n'a aucune influence sur le fait que les

séropositifs soient soignés ou non au foyer. 8,3 % des séropositifs vivant dans un foyer avec une stigmatisation de niveau 1 ne sont pas soignés au foyer quand ils sont malades. Chez les séropositifs vivant dans un foyer avec une stigmatisation de niveau 2 et de niveau 3, ces proportions sont respectivement de 21,7 % et 15,4 %. Toutefois, il n'y existe aucune différence statistiquement significative (tableau 6.12). Aucune corrélation n'a été détectée entre le niveau de stigmatisation des PVVIH par les membres de leurs foyers dans les soins de santé et le fait que les séropositifs soient soignés au foyer.

Tableau 6.12 - Répartition (%) des séropositifs selon leur exclusion des soins de santé de leur foyer et le niveau de stigmatisation des PVVIH dans les soins de santé par les membres de leurs foyers

<i>Exclusion des soins de santé au foyer</i>	<i>Niveaux de stigmatisation des PVVIH par les foyers-cas dans les soins de santé</i>				
	Niveau 3	Niveau 2	Niveau 1	Non	Ensem.
Oui	15,4	21,7	8,3	18,5	17,3
Non	84,6	78,3	91,7	81,5	82,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Effectif des répondants</i>	13	23	24	119	179
<i>p</i>			0,612		

En résumé, bien qu'un quart des séropositifs enquêtés adoptent une autostigmatisation dans le choix du lieu de soins de santé et qu'un tiers des foyers où ils habitent ait au moins un membre adoptant une attitude de stigmatisation des PVVIH dans les soins de santé, l'exclusion des séropositifs des soins de santé de leur foyer n'a pas été détectée dans le cadre de cette étude. Il est vrai qu'une partie des séropositifs ne sont pas soignés dans leur foyer et un très petit nombre de séropositifs se soignent eux-mêmes en cas de problème de santé. Toutefois, cette situation ne prend pas sa source dans l'autostigmatisation des séropositifs ni dans la stigmatisation des PVVIH par les membres séronégatifs de leurs foyers mesurée sur le plan familial. Elle pourrait être expliquée d'autres façons. Faute de données, je ne suis pas en mesure d'identifier ces raisons pour lesquelles les séropositifs dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long ne sont pas soignés dans leur foyer ou pour lesquelles ils doivent se soigner eux-mêmes.

De plus, les analyses montrent que la famille joue un rôle important dans les soins aux séropositifs en cas de problème de santé. Quand ils sont malades ces dernières années, la

plupart des séropositifs reçoivent des soins de la part d'au moins une personne proche dans la famille. Beaucoup d'entre eux reçoivent même des soins de la part de plusieurs personnes, y compris leurs proches et autres (personnel sanitaire, membres d'associations/groupes d'aide aux séropositifs). Leurs propres parents, leurs frères et sœurs sont les personnes principales dans le soin aux séropositifs, viennent ensuite les époux/épouses et les parents du conjoint, si le séropositif est marié.

6.3. Stigmatisation et exclusion des séropositifs de situations quotidiennes

L'exclusion des séropositifs de situations quotidiennes du foyer pourrait prendre sa source dans la stigmatisation des séropositifs par les autres membres du foyer car ceux-ci ont peur d'être contaminé par le virus, accusent les séropositifs ou jugent leur séropositivité. Les séropositifs peuvent s'exclure de situations quotidiennes du foyer. L'analyse qualitative a relevé une « auto-exclusion » et une « exclusion » des séropositifs de situations quotidiennes.

« Mon enfant est séropositif. Il dit que pour que les autres ne soient pas contaminés, il faut qu'il utilise des objets qui lui sont réservés. Il a des cuvettes à lui. Il dit que c'est mieux, car il serait regrettable que quelqu'un se lave les mains dans une cuvette d'eau où il a lavé les siennes et attrape le virus. Il demande à ce que ses vêtements soient lavés séparément ».

(Mère 1, 67 ans, discussion de groupe avec des mères de séropositifs, Cao-Thang, Ha- Long)

« 1 : Qui a décidé qu'il devrait utiliser la cuvette qui lui est réservée et que ses vêtements soient lavés séparément ?

2 : Moi. J'ai décidé de lui accorder une grande cuvette en aluminium pour son propre usage. Je lui ai dit qu'il pouvait utiliser cette cuvette pour faire son bain et aussi pour laver ses vêtements. Après son bain, j'utilise la cuvette pour laver ses vêtements. Puis je range la cuvette. Les autres membres de la famille utilisent d'autres cuvettes ».

(323 – Père de séropositif, 67 ans, ayant trois fils dont deux séropositifs, Cao-Thang, Ha- Long)

En réalité, il est très difficile de distinguer la situation où le séropositif « s'exclut » et la situation où il est « exclu ». Ces deux phénomènes pourraient se produire en même temps et correspondre à un même acte observé. Il est également difficile de déterminer quelle attitude de stigmatisation des membres du foyer cause l'exclusion et de mesurer la « contribution » de chaque type d'attitude de stigmatisation. Les analyses suivantes

identifient seulement des corrélations entre les types d'attitude de stigmatisation et l'exclusion des séropositifs de situations quotidiennes du foyer. Il peut y avoir une corrélation directe entre la stigmatisation des PVVIH par les membres séronégatifs des foyers-cas dans des situations quotidiennes, causée par la peur d'être contaminé et la séparation des séropositifs dans des situations quotidiennes. Il peut également y avoir une corrélation indirecte entre d'une part la stigmatisation des PVVIH dans la société par les membres séronégatifs des foyers-cas, y compris une stigmatisation causée par le jugement, l'accusation et d'autre part la séparation des séropositifs dans des situations quotidiennes au foyer.

6.3.1. Situations quotidiennes des séropositifs

Manger, dormir et laver ses vêtements sont des situations quotidiennes de tout le monde. Dans les foyers vietnamiens, les repas ont souvent lieu en présence de nombreux membres du foyer. Contrairement à l'habitude des Européens à table, dans un repas vietnamien, la nourriture est mise sur une assiette ou dans un bol, les membres autour de la table utilisent des baguettes pour prendre la nourriture placée dans cette assiette. Tous les membres autour de table partagent un même bol de sauce (*nước mắm*). Les Vietnamiens disent souvent « partager le même plateau-repas » (*Ăn chung mâm*). Quand à dormir, en partie en raison de coutumes mais aussi en raison de conditions économiques difficiles au Viêt Nam, il est rare que chacun ait sa chambre et son lit. Ainsi, dans bon nombre de familles, on dort à plusieurs dans un même lit. Plusieurs lits se trouvent dans une même chambre et on ne distingue même pas la chambre à coucher du salon. Actuellement, dans les grandes villes telles que Hanoi et Hô-Chi-Minh ville..., l'économie étant développée, de nombreuses familles possèdent de grandes maisons avec plusieurs chambres. On distingue salle à manger, salon et chambre pour pratiquement chaque membre comme en Europe. Les vêtements peuvent être lavés à la main ou à la machine pour les foyers au niveau de vie élevé (dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, 23 % des foyers enquêtés ont une machine à laver le linge). Les vêtements des membres du foyer sont souvent rassemblés pour une lessive commune. Dans le contexte du VIH/sida, la séparation ou l'exclusion des séropositifs du foyer peut se produire avant tout lors de ces situations quotidiennes. Les analyses suivantes fournissent des informations sur la vie des séropositifs et des membres séronégatifs des foyers-cas au sein de leur foyer dans le contexte du VIH/sida, notamment en ce qui concerne les repas, le sommeil et la lessive des vêtements. Les informations similaires sur la vie des membres des foyers-témoins servent de base pour comparer et évaluer l'impact du VIH/sida sur les situations quotidiennes des séropositifs et des membres du foyer.

Dans la société contemporaine du Viêt Nam, les relations entre les membres de la famille sont toujours étroites. Les membres d'une même famille peuvent vivre dans des foyers différents, mais ils peuvent mener des activités ensemble, comme : manger, dormir, et laver des vêtements en commun. Ainsi, dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, bien que l'unité d'enquête soit le foyer, les questions posées pour collecter des informations sur les situations quotidiennes ont été placées dans le contexte familial. Concrètement : les 3 questions visant à connaître les comportements des répondants dans trois situations courantes en famille sont :

- (1) *Dans votre famille, est-ce que vous partagez le même plateau-repas que toute la famille?*
- (2) *Dans votre famille, est-ce que vous partagez votre lit avec quelqu'un ?*
- (3) *Dans votre famille, est-ce que vous lavez vos vêtements en commun avec les autres membres de la famille ?*

En effet, la taille et la structure du foyer vont avoir une influence directe sur les situations quotidiennes des enquêtés. Le fait de « partager le même plateau-repas », de dormir dans le même lit ou de laver les vêtements en commun ne se trouve que dans des foyers de deux personnes ou plus. Toutefois, dans les questions posées ci-dessus, le contenu de l'étude est allé plus loin que la limite du foyer : il prend en compte les personnes de la famille extérieures au foyer. Par conséquent, l'analyse de l'impact de la taille et de la structure du foyer n'était pas totalement pertinente. Le statut matrimonial (en union ou hors union) peut affecter les situations quotidiennes, en particulier dans le partage du lit. D'après les caractéristiques de l'échantillon présentées dans le chapitre 2 de cette thèse, la proportion de personnes en union est plus élevée chez les membres séronégatifs de foyers-cas et les membres de foyer-témoins que chez les séropositifs. Ce facteur sera examiné dans l'analyse de la relation entre l'exclusion dans le lieu pour dormir et la stigmatisation des séropositifs par des membres séronégatifs du foyer.

Concernant le partage du plateau-repas, les résultats statistiques montrent que le VIH/sida semble ne pas avoir d'impact sur cette situation des séropositifs et des membres séronégatifs de leurs foyers. Aucune différence n'a été détectée dans le partage d'un plateau-repas, régulier ou occasionnel, ou le partage d'un plateau-repas par les séropositifs, les membres séronégatifs des foyers-cas et les membres des foyers-témoins, ou entre les foyers-cas et les foyers-témoins. Dans l'ensemble, dans les foyers enquêtés, suivant la coutume vietnamienne, les membres du foyer partagent le même plateau-repas.

88,8 % des séropositifs, 90,0 % des membres séronégatifs des foyers-cas et 88,9 % des membres des foyers-témoins partagent régulièrement le même plateau-repas que les autres membres de leur foyer. Un petit nombre de répondants indiquent qu'ils ne partagent qu'occasionnellement le même plateau-repas que les autres membres du foyer (7,8 % des séropositifs, 9,1 % des MemF+ et 9,9 % des MemF-). Une très petite proportion des répondants indiquent qu'ils ne partagent jamais le même plateau-repas que les autres membres du foyer : 3,4 % des séropositifs, 0,9 % des MemF+ versus 1,2 % des MemF- (tableau 6.13).

Tableau 6.13 - Répartition (%) des répondants selon leur partage du plateau-repas en famille, leur statut VIH et le statut VIH de leur foyer

<i>Niveaux</i>	FAVIHVIET Ha-Long			
	<i>PVVIH</i>	<i>MemF+</i>	<i>MemF-</i>	<i>Ensem.</i>
Partage régulièrement le plateau	88,8	90,0	88,9	89,2
Partage occasionnellement le plateau	7,8	9,1	9,9	9,2
Ne partage jamais le plateau	3,4	0,9	1,2	1,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des répondants	179	219	416	814
<i>p</i>		0,279		

Concernant le partage du lit comme habitude commune, près de 80 % des répondants dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long partagent régulièrement ou occasionnellement leur lit avec un autre membre du foyer. Toutefois, les analyses montrent que le VIH/sida pourrait être un facteur influant sur cette situation des séropositifs et des membres séronégatifs de leurs foyers. Dans les foyers-témoins, la plupart des membres indiquent qu'ils partagent leur lit avec un autre membre de leur famille, 75,7 % des membres des foyers-témoins partagent régulièrement leur lit et 11,5 % occasionnellement. Chez les foyers-cas, seulement 44,7 % des séropositifs et 57,5 % des membres séronégatifs de leurs foyers indiquent qu'ils partagent régulièrement leur lit, 10,6 % des séropositifs et 21,0 % des membres séronégatifs de leurs foyers disent qu'ils le font occasionnellement. 44,7 % des séropositifs indiquent qu'ils ne partagent jamais leur lit, tandis que cette proportion n'est que de 21,5 % des membres séronégatifs des foyers-cas et 12,7 % des membres des foyers-témoins (tableau 6.14).

Tableau 6.14 - Répartition (%) des répondants selon leur partage du lit en famille, leur statut VIH et le statut VIH de leur foyer

<i>Niveaux</i>	FAVIHVIET Ha-Long			
	<i>PVVIH</i>	<i>MemF+</i>	<i>MemF-</i>	<i>Ensem.</i>
Partage régulièrement son lit	44,7	57,5	75,7	64,0
Partage occasionnellement son lit	10,6	21,0	11,5	13,9
Ne partage jamais son lit	44,7	21,5	12,7	22,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des répondants	179	219	416	814
<i>p</i>		0,000		

On peut constater que la probabilité de ne jamais partager son lit avec d'autres membres de la famille est trois fois plus grande chez les séropositifs que chez les membres séronégatifs des foyers-cas (OR= 2,95 [1,91 – 4,57]), et 5,5 fois plus grande chez les séropositifs que chez les membres des foyers-témoins (OR= 5,53 [3,66 – 3,85]). Ces résultats sont statistiquement significatifs ($p=0,000$).

Dans l'analyse de l'effet du statut matrimonial pour le partage du lit, les résultats montrent que la proportion des répondants partageant souvent ou parfois leur lit avec une autre personne de leur famille est plus élevée parmi ceux qui sont hors union que parmi ceux qui sont en union (95,4 % versus 55,5 %). 86,9 % des séropositifs en union disent qu'ils partagent souvent ou parfois leur lit avec une autre personne de leur famille alors que chez les séropositifs hors union, cette proportion n'est que de 39,0 % . Pour les membres séronégatifs des foyers-cas, 92,9 % de ceux qui sont en union disent qu'ils partagent souvent ou parfois leur lit avec une autre personne de leur famille. Cette proportion pour les membres séronégatifs hors union n'est que de 58,7 %. De même, pour les membres des foyers-témoins, ces pourcentages sont respectivement de 98,5 % et 66,7 %.

Toutefois, qu'elles soient en union ou hors union, la proportion de personnes qui ne partagent jamais leur lit avec quelqu'un de leur famille est toujours plus élevée chez les répondants séropositifs que chez les membres séronégatifs des foyers-cas et les membres des foyers-témoins. Pour les répondants en union, seulement 1,5 % des membres des foyers-témoins comparés à 7,1 % des membres séronégatifs des foyers-témoins et 13,1 % des séropositifs ont déclaré ne jamais partager leur lit avec une autre personne de leur famille. Pour les répondants hors union, 61,0 % des séropositifs versus 41,3 % des membres séronégatifs de leurs foyers et 33,3 % membres des foyers-témoins ont dit ne

jamais partager leur lit avec une autre personne de leur famille (figure 6.1). Ainsi, outre certaines raisons ordinaires, le non-partage de son lit par certains séropositifs (y compris ceux qui en union et hors union) est-il dû à l'exclusion ? La réponse à cette question sera apportée dans les analyses ci-après au moyen de corrélations entre la stigmatisation et la séparation des répondants dans leurs situations quotidiennes.

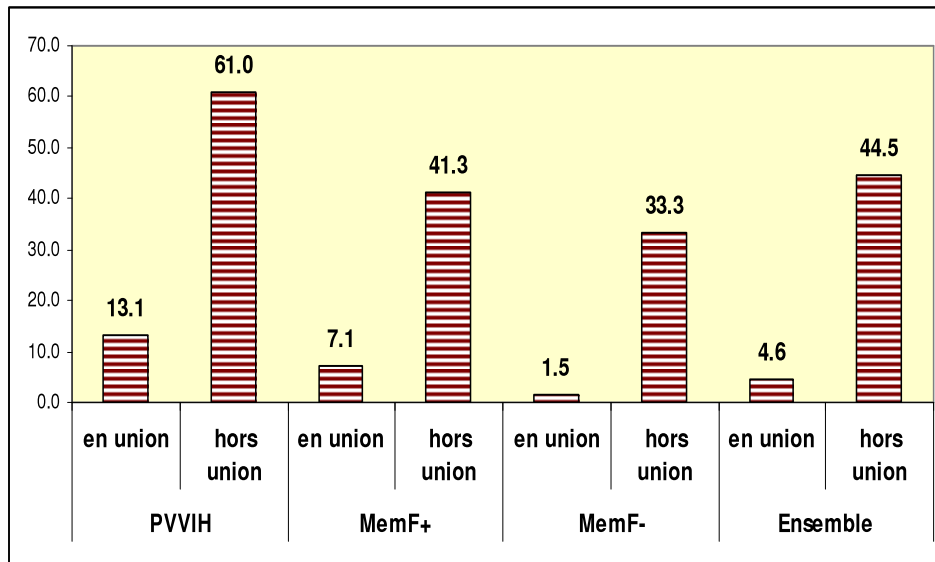


Figure 6.1 – Proportion des répondants de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long qui ne partagent jamais leur lit selon leur statut matrimonial, leur statut VIH et le statut VIH de leur foyer

Concernant la lessive des vêtements, selon l'habitude commune, deux tiers des répondants de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long indiquent que leurs vêtements sont régulièrement lavés avec ceux d'autres membres du foyer. Un cinquième des répondants indique que leurs vêtements sont occasionnellement lavés avec ceux d'autres membres du foyer. Seulement 13 % des répondants indiquent que leurs vêtements sont toujours lavés séparément. Toutefois, une différence semble exister entre les foyers-témoins et les foyers-cas. Seuls 3,1 % des membres des foyers-témoins indiquent qu'ils ne lavent jamais leurs vêtements avec ceux des autres membres du foyer, 96,9 % disent que leurs vêtements sont lavés avec ceux des autres membres (83,2 % régulièrement ; 13,7 % occasionnellement). Chez les foyers-cas, la lessive commune est moins fréquente. 41,3 % des séropositifs et 58,4 % des membres séronégatifs de leurs foyers font savoir que leurs vêtements sont régulièrement lavés avec ceux des autres membres du foyer ; 22,3 % des séropositifs et 28,8 % des membres séronégatifs de leurs foyers disent que leurs vêtements sont lavés occasionnellement avec ceux des autres membres. 36,3 % des séropositifs

versus 12,8 % des membres séronégatifs de leurs foyers indiquent qu'ils ne lavent jamais leurs vêtements avec ceux des autres membres de leur foyer (tableau 6.15). On peut constater que la probabilité de ne jamais laver ses vêtements en commun est près de quatre fois plus élevée chez les séropositifs que chez les membres séronégatifs des foyers-cas (OR= 3,88 [2,35 – 6,41]), et 17,7 fois plus élevée chez les séropositifs que chez les membres des foyers-témoins (OR= 17,67 [9,40 – 33,21]). Ces résultats sont statistiquement significatifs ($p=0,000$). Il est donc clair que le VIH/sida est un facteur influant sur cette situation au foyer. Le fait que certains séropositifs ne lavent jamais leurs vêtements avec ceux des autres est-il dû à une exclusion liée au VIH/sida ?

Tableau 6.15 - Répartition (%) des répondants selon la lessive commune des vêtements, leur statut VIH et le statut VIH de leur foyer

<i>Niveaux</i>	FAVIHVIET Ha-Long			
	<i>PVVIH</i>	<i>MemF+</i>	<i>MemF-</i>	<i>Ensem.</i>
Lessive régulièrement en commun	41,3	58,4	83,2	67,3
Lessive occasionnellement en commun	22,3	28,8	13,7	19,7
Jamais de lessive commun	36,3	12,8	3,1	13,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des répondants	179	219	416	814
<i>p</i>		0,000		

L'analyse de l'effet du statut matrimonial sur la lessive commune des vêtements montre que la proportion des répondants qui lavent souvent ou parfois leurs vêtements avec ceux des autres membres de la famille est plus élevée pour ceux qui sont en union que pour ceux qui sont hors union (93,7 % versus 78,4 %). 70,5 % des séropositifs en union disent qu'ils lavent souvent ou parfois leurs vêtements avec ceux d'autres membres en famille alors que chez les séropositifs hors union, cette proportion est de 60,2 %. Pour les membres séronégatifs des foyers-cas, 92,1 % en union versus 80,4 % hors union disent qu'ils lavent souvent ou parfois leurs vêtements avec ceux d'autres membres en famille. De même, pour les membres des foyers-témoins, ces proportions sont respectivement de 99,6 % et 91,8 %.

Toutefois, pour les répondants en union et ceux qui hors union, la proportion de ceux qui ne font pas leur lessive de vêtements en commun est toujours plus élevée chez les séropositifs que chez les membres non- séropositifs de leurs foyers et chez les membres des foyers- témoins. Pour les répondants en union, seulement 0,4 % des membres des

foyers-témoins versus 7,9 % des membres séronégatifs des foyers-cas et 29,5 % des séropositifs ont déclaré ne jamais faire leur lessive de vêtements en commun. Pour les répondants hors union, 39,8 % des séropositifs contre 19,6 % des membres séronégatifs de leurs foyers et 8,2 % des membres des foyers-témoins ont dit ne jamais faire la lessive commune de leurs vêtements en famille (figure 6.2).

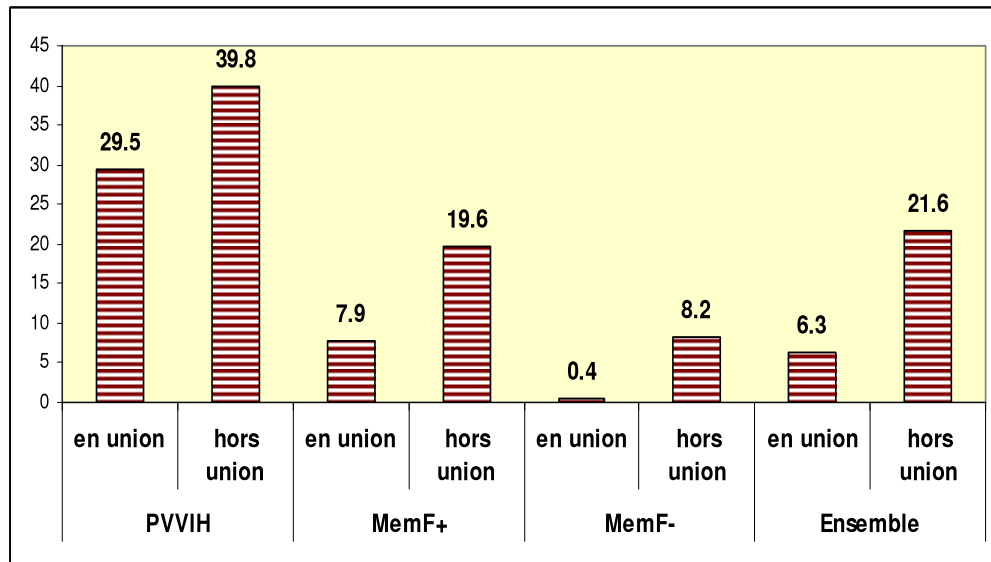


Figure 6.2 – Proportion des répondants de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long qui ne font jamais la lessive de leurs vêtements en commun avec leur famille selon leur statut matrimonial, leur statut VIH et le statut VIH de leur foyer

Si l'on considère le fait de ne pas partager le plateau-repas avec les autres membres, ne pas partager son lit avec un autre membre et ne pas laver ses vêtements avec ceux des autres membres comme des signes d'une séparation des séropositifs dans ces situations quotidiennes, la figure 6.3 montre que 58,1 % des séropositifs dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long sont isolés dans au moins une situation quotidienne. Cette proportion est de 27,4 % chez les membres séronégatifs des foyers-cas et 13,2 % chez les membres des foyers-témoins. La probabilité d'apparition d'une séparation dans au moins une situation quotidienne est quatre fois plus grande chez les séropositifs que chez les membres séronégatifs des foyers-cas (OR= 3,67 [2,41 – 5,59], p=0,000). Elle est même neuf fois plus grande chez les séropositifs que chez les membres des foyers-témoins (OR= 9,10 [6,03 – 13,72], p=0,000).

Pour les répondants en union, la figure 6.3 montre également que 34,4 % des séropositifs ont au moins une séparation dans les situations quotidiennes. Cette proportion

est de 11,8 % pour les membres séronégatifs de leurs foyers et 1,9 % pour les membres des foyers-témoins. Si on la compare avec celle des membres non- séropositifs des foyers-cas, la probabilité d'apparition de séparation des séropositifs en union dans au moins une situation quotidienne est quatre fois plus élevée (OR = 3,92 [1,84 - 8,34], $p = 0,000$). Si on la compare avec celle des membres des foyers-témoins, cette probabilité est 28 fois plus élevée (OR = 27,72 [9,89 - 77,67], $p = 0,000$). Pour les répondants hors union, 70,3 % des séropositifs par rapport à 48,9 % des membres non- séropositifs de leurs foyers et 34,0 % des membres des foyers-témoins ont au moins une séparation dans les situations quotidiennes. Si on la compare avec celle des membres séronégatifs de leurs foyers, la probabilité d'apparition d'une séparation dans au moins une situation quotidienne des séropositifs hors union est près de 2,5 fois plus élevée (OR = 2,48 [1,40 - 4,37], $p = 0,002$). Si on la compare avec celle des membres des foyers-témoins, cette probabilité est presque cinq fois plus élevée (OR = 4,60 [2,72 - 7,75], $p = 0,000$). La séparation dans les situations quotidiennes devient une exclusion si elle tire son origine des attitudes de stigmatisation des séropositifs.

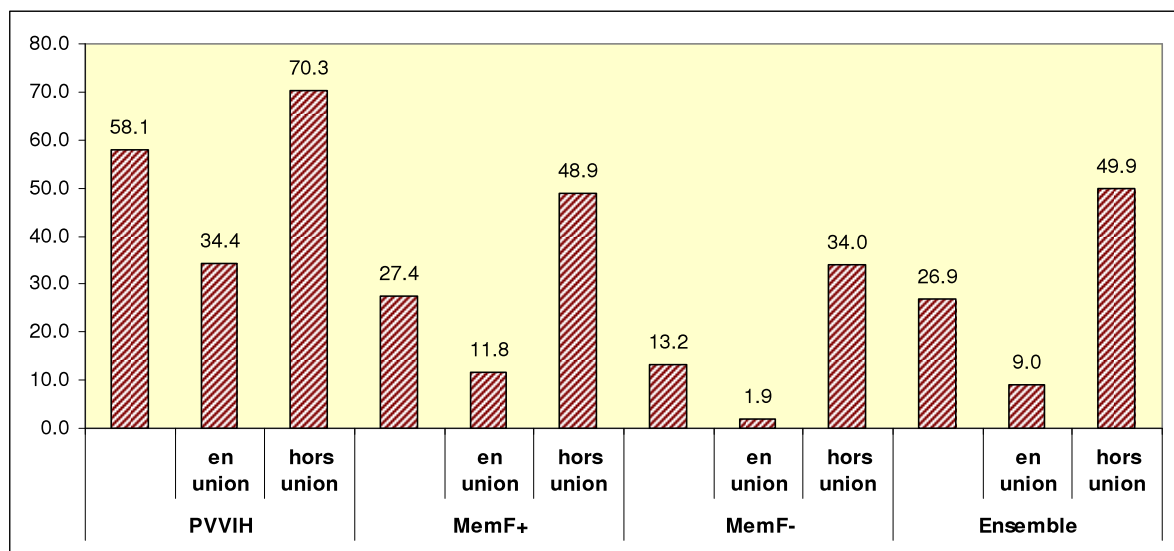


Figure 6.3 - Proportion de répondants de l' enquête FAVIHVIET Ha-Long séparés dans au moins une situation quotidienne selon leur statut VIH et le statut VIH de leur foyer

6.3.2. Stigmatisation des PVVIH dans les situations quotidiennes des foyers et exclusion des séropositifs de ces situations

Les analyses du chapitre 4 montrent que 53 % des membres séronégatifs des foyers-cas adoptent une attitude de stigmatisation des PVVIH dans au moins une situation

quotidienne du foyer. Précisément, 4,1 % des membres séronégatifs des foyers-cas estiment que la PVVIH ne doit pas partager le plateau-repas des autres membres du foyer, 39,8 % indiquent que la PVVIH ne peut pas dormir dans le même lit qu'un autre membre du foyer, et 36,1 % pensent que les vêtements de la PVVIH ne peuvent pas être lavés avec ceux des autres membres du foyer. 23,1 % des membres séronégatifs des foyers-cas ont une attitude de stigmatisation à la fois dans le partage du lit et dans la lessive des vêtements.

Au niveau du foyer, 55,8 % des foyers-cas n'ont aucun membre adoptant une telle attitude de stigmatisation des PVVIH dans les situations quotidiennes. 13,5 % des foyers-cas ont un membre voire un tiers des membres adoptant une telle attitude de stigmatisation des PVVIH dans les situations quotidiennes (foyer ayant une stigmatisation de niveau 1). 17,8 % des foyers-cas ont la moitié de leurs membres adoptant une telle attitude de stigmatisation des PVVIH dans les situations quotidiennes (foyer ayant une stigmatisation de niveau 2). 12,9 % des foyers-cas ont deux tiers de leurs membres au moins adoptant une telle attitude de stigmatisation des PVVIH dans les situations quotidiennes (foyer ayant une stigmatisation de niveau 3) (tableau 6.16).

Tableau 6.16 - Répartition (%) des foyers-cas selon leur niveau de stigmatisation des PVVIH dans différentes situations quotidiennes de leur foyer

<i>Niveau de stigmatisation par les foyers-cas</i>	<i>Situations quotidiennes</i>				
	Manger	Dormir	Laver	Une activité	Dormir + laver
Pas de stigmatisation	94,5	66,3	66,3	55,8	76,7
Stigmatisation de niveau 1	3,7	9,8	12,9	13,5	9,2
Stigmatisation de niveau 2	1,8	14,7	14,7	17,8	11,0
Stigmatisation de niveau 3	-	9,2	6,1	12,9	3,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectifs des répondants	163	163	163	163	163

Le tableau 6.16 montre également que la majorité des foyers-cas (94,5 %) ne comportent aucun membre adoptant une attitude de stigmatisation des PVVIH relative au partage du plateau-repas. Quant au partage du lit et à la lessive des vêtements en commun, 33,7 % des foyers-cas ont au moins un membre adoptant une attitude de stigmatisation des PVVIH. 9,8 % des foyers-cas ont une attitude de stigmatisation des séropositifs dans le partage du lit de niveau 1, 14,7 % de niveau 2 et 9,2 % de niveau 3. Les proportions des foyers-cas ayant une attitude de stigmatisation de niveaux 1, 2, 3 relative à la lessive commune des vêtements sont respectivement de 12,9 %, 14,7 % et

6,1 %. 76,7 % des foyers ne font preuve d'aucune des deux stigmatisations; 9,2 % adoptent une attitude de stigmatisation de niveau 1, 11,0 % adoptent une attitude de stigmatisation de niveau 2 et 3,1 % de niveau 3.

La répartition (%) des séropositifs selon le niveau de stigmatisation des PVVIH dans les situations quotidiennes est similaire à celle des membres des foyers-cas. 56,4 % des séropositifs vivent dans un foyer où aucun membre n'adopte une attitude de stigmatisation des PVVIH dans les situations quotidiennes. 14,0 % des séropositifs vivent dans un foyer dont la stigmatisation est de niveau 1, 17,3 % des séropositifs vivent dans un foyer dont la stigmatisation est de niveau 2 et 12,3 % des séropositifs vivent dans un foyer dont la stigmatisation est de niveau 3. Le tableau 6.17 montre que seulement 5 % des séropositifs vivent dans un foyer ayant au moins un membre adoptant une attitude de stigmatisation des PVVIH dans le partage du plateau-repas. Les proportions de séropositifs vivant dans un foyer ayant au moins un membre adoptant une attitude de stigmatisation des PVVIH dans le partage du lit et dans la lessive commune des vêtements sont respectivement de 32,4 % et 33,5 %. 23,3 % des séropositifs vivent dans un foyer ayant au moins un membre qui adopte une attitude de stigmatisation des PVVIH dans le partage du lit et dans la lessive commune des vêtements. Par ailleurs, plus de 40 % des séropositifs vivent dans un foyer où la stigmatisation est de niveau 2.

Tableau 6.17 - Répartition (%) des séropositifs selon le niveau de stigmatisation des PVVIH par leur foyer dans différentes situations quotidiennes de leur foyer

<i>Niveau de stigmatisation des foyers-cas</i>	<i>Situations quotidiennes</i>				
	Manger	Dormir	Laver	Une activité	Dormir + laver
Pas de stigmatisation	95,0	67,6	66,5	56,4	78,2
Stigmatisation de niveau 1	3,4	10,6	13,4	14,0	8,9
Stigmatisation de niveau 2	1,7	13,4	14,0	17,3	10,1
Stigmatisation de niveau 3	-	8,4	6,1	12,3	2,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des répondants	179	179	179	179	179

Analysant l'exclusion des séropositifs d'au moins une situation quotidienne, on constate que 66,7 % des séropositifs vivant dans un foyer ayant au moins un membre adoptant une attitude de stigmatisation des séropositifs d'au moins une activité quotidienne font savoir qu'ils pratiquent une séparation d'au moins une activité (ne partagent jamais le plateau-repas ou le lit, ou ne lavent jamais leurs vêtements avec ceux des autres). Cette proportion est de 51,5 % chez les séropositifs vivant dans un foyer où aucune stigmatisation n'existe.

Ainsi, la probabilité d'apparition d'une exclusion d'au moins une activité quotidienne est plus de deux fois plus forte chez les séropositifs vivant dans un foyer où au moins un membre manifeste une attitude de stigmatisation des PVVIH des situations quotidiennes que chez les séropositifs vivant dans un foyer où aucune stigmatisation n'existe (OR= 1,88 [1,02 – 3,47], p=0,041) (tableau 6.18).

Les analyses suivantes montrent que la stigmatisation des PVVIH dans les situations quotidiennes est liée à la séparation ou à l'exclusion des séropositifs de chaque situation précise. Sur le partage du plateau-repas, on ne constate pas de corrélation entre le fait pour les séropositifs de vivre dans un foyer dont au moins un membre manifeste une attitude de stigmatisation relative au partage du plateau-repas et l'exclusion des séropositifs de cette activité. Très peu de séropositifs vivent dans un foyer ayant au moins un membre manifestant une attitude de stigmatisation des PVVIH relative au partage du plateau-repas, 11 % des séropositifs font savoir qu'ils ne partagent jamais le plateau-repas des autres membres du foyer (tableau 6.18).

Tableau 6.18 - Répartition (%) des séropositifs selon leur exclusion, l'attitude de stigmatisation des PVVIH dans les situations quotidiennes de leurs foyers et leur statut matrimonial

<i>Exclusion / Statut matrimonial</i>	<i>Attitude de stigmatisation des PVVIH dans le foyer-cas</i>			<i>OR</i>	<i>p</i>
	Oui	Non	Ensem.		
Au moins une activité	66,7	51,5	58,1	1,88 [1,02 - 3,47]	0,041
Effectif des répondants	78	101	179		
Partage du plateau-repas	11,1	2,9	3,4	4,12 [0,43 - 39,58]	0,184
Effectif des répondants	9	170	179		
Partage du lit	62,1	36,4	44,7	2,86 [1,49 - 5,46]	0,001
Effectif des répondants	58	121	179		
- en union	27,8	7,0	13,1	5,12 [1,07 – 24,45]	0,028
- hors union	77,5	52,6	61,0	3,10 [1,30 – 7,38]	0,009
Lessive commune	53,3	27,7	36,3	2,97 [1,55 - 5,68]	0,001
Effectif des répondants	60	119	179		
- en union	52,4	17,5	29,5	5,18 [1,58 – 16,92]	0,005
- hors union	53,8	32,9	39,8	2,37 [1,08 – 5,21]	0,029
Part. du lit et lessive	48,7	15,7	22,9	5,09 [2,34 - 11,06]	0,000
Effectif des répondants	39	140	179		
- en union	33,3	3,8	8,2	12,5 [1,72 – 90,48]	0,003
- hors union	53,3	22,7	30,5	3,88 [1,62 – 9,30]	0,002

Parmi les séropositifs vivant dans un foyer ayant au moins un membre manifestant une attitude de stigmatisation des PVVIH relative au partage du lit, 62,1 % indiquent qu'ils ne dorment jamais dans le même lit qu'un autre membre en famille. Parmi les séropositifs vivant dans un foyer où cette forme de stigmatisation n'existe pas, 36,4 % indiquent qu'ils ne partagent jamais le même lit qu'un autre membre en famille. Ainsi, la probabilité d'apparition d'une exclusion du partage du lit est trois fois plus importante chez les séropositifs vivant dans un foyer où au moins un membre adopte une attitude de stigmatisation que chez les séropositifs vivant dans un foyer où cette forme de stigmatisation n'existe pas (OR= 2,86 [1,49 – 5,46], p=0,000) (tableau 6.18).

Toutefois, cette analyse ne peut pas contrôler l'impact de l'état matrimonial sur la corrélation entre la stigmatisation et l'exclusion du partage du lit. Pour les séropositifs en union, 27,8 % vivant dans un foyer ayant une attitude de stigmatisation ont déclaré ne jamais partager leur lit avec une autre personne en famille. Cette proportion est 7,0 % chez les séropositifs en union vivant dans un foyer où cette forme de stigmatisation n'existe pas. On constate que vivre dans un foyer ayant une attitude de stigmatisation des PVVIH dans le partage du lit entraîne une probabilité d'exclusion du partage de lit des séropositifs en union de 5,12 fois plus élevée que vivre dans un foyer où cette forme de stigmatisation n'existe pas (OR = 5,12 [1,07 - 24,45], p = 0,028).

Pour les séropositifs hors union, parmi les répondants vivant dans un foyer ayant une attitude de stigmatisation des PVVIH dans le partage du lit, 77,5 % ont déclaré ne jamais partager leur lit avec une autre personne de leur famille. Cette proportion est de 52,6 % pour les répondants qui vivent dans un foyer où cette forme de stigmatisation n'existe pas. On constate que vivre dans un foyer ayant une attitude de stigmatisation des PVVIH dans le partage du lit entraîne une probabilité d'exclusion du partage de lit des séropositifs hors union de 3 fois plus élevée que vivre dans un foyer où cette forme de stigmatisation n'existe pas (OR = 3,10 [1,30 - 7,38], p = 0,009). Donc, dans un foyer comportant au moins un membre ayant cette attitude de stigmatisation, la probabilité d'une exclusion des séropositifs en union est plus forte que celle des séropositifs hors union.

L'analyse ci-dessus montre que l'attitude de stigmatisation des PVVIH dans le partage du lit par les membres séronégatifs des foyers-cas est liée à une exclusion des séropositifs de cette activité. En particulier, cette attitude de stigmatisation affecte les séropositifs en union plus fortement que les séropositifs hors union.

Parmi les séropositifs vivant dans un foyer ayant au moins un membre manifestant une attitude de stigmatisation des séropositifs relative à la lessive commune des vêtements, 53,3 % indiquent qu'ils ne lavent jamais leurs vêtements avec ceux des autres membres du foyer. 27,7 % des séropositifs vivant dans un foyer où cette forme de stigmatisation n'existe pas disent qu'ils ne lavent jamais leurs vêtements avec ceux des autres membres du foyer. Ainsi, la probabilité d'apparition d'une exclusion de la lessive commune des vêtements est trois fois plus élevée chez les séropositifs vivant dans un foyer ayant au moins un membre manifestant une attitude de stigmatisation que chez ceux vivant dans un foyer où cette forme de stigmatisation n'existe pas (OR= 2,97 [1,55 – 5,68], p=0,000) (tableau 6.18).

Comme pour l'exclusion du partage du lit, pour contrôler les effets de l'état matrimonial sur la corrélation entre l'attitude de stigmatisation et l'exclusion de la lessive commune des vêtements, les analyses pour le groupe des séropositifs en union et ceux qui sont hors union ont été faites. Pour les séropositifs en union, 52,4 % vivent dans un foyer ayant une attitude de stigmatisation des PVVIH relative à la lessive commune des vêtements ont dit qu'ils ne lavent jamais leurs vêtements avec ceux des autres membres de la famille. La proportion de ces répondants vivant dans un foyer où cette forme de stigmatisation n'existe pas est de 17,5 %. La probabilité d'une exclusion de la lessive commune des vêtements est 5 fois plus importante chez les séropositifs en union vivant dans un foyer ayant une attitude de stigmatisation que chez ceux qui sont en union et vivent dans un foyer où cette forme de stigmatisation n'existe pas (OR= 5,18 [1,58 – 16,92], p=0,005).

Parmi les séropositifs hors union, la proportion des répondants vivant un foyer ayant une attitude de stigmatisation des PVVIH dans la lessive commune des vêtements qui ont déclaré n'avoir jamais partagé la lessive des vêtements d'autres personnes en famille est de 53,8 %. Cette proportion chez les séropositifs hors union vivant dans un foyer où cette forme de stigmatisation n'existe pas est de 32,9 %. On constate que vivre dans un foyer ayant une attitude de stigmatisation des PVVIH dans la lessive commune des vêtements double la probabilité d'exclusion des séropositifs hors union (OR= 2,37 [1,08 – 5,21], p=0,029). Donc, dans un foyer comportant au moins un membre ayant cette attitude de stigmatisation, la probabilité d'une exclusion des séropositifs est également plus élevée pour ceux qui sont en union que pour ceux qui sont hors union.

Les analyses ci-dessus montrent aussi que la stigmatisation des PVVIH par les membres séronégatifs des foyers-cas relative à la lessive commune des vêtements a

entraîné une exclusion des séropositifs de cette situation. Cette attitude de stigmatisation a un impact plus fort sur les séropositifs en union que sur les séropositifs hors union.

Analysant l'exclusion des séropositifs du partage du lit et de la lessive commune des vêtements, on constate que parmi les séropositifs vivant dans un foyer ayant au moins un membre manifestant une attitude de stigmatisation relative à ces deux types de situations, 48,7 % déclarent qu'ils ne partagent jamais leur lit avec un autre membre du foyer et ne lavent jamais leurs vêtements avec ceux des autres. 15,7 % des séropositifs vivant dans un foyer où ces formes de stigmatisation n'existent pas se séparent dans ces situations. On peut constater que la probabilité d'une exclusion du partage du lit et de la lessive commune des vêtements est 5 fois plus grande chez les séropositifs vivant dans un foyer ayant au moins un membre manifestant une attitude de stigmatisation des PVVIH dans ces deux types de situation que chez les séropositifs qui ne vivent pas dans de tels foyers (OR= 5,09 [2,34 – 11,06]). Cette corrélation est statistiquement significative ($p=0,000$).

L'analyse selon l'état matrimonial montre également que la probabilité d'apparition d'une exclusion du partage du lit et de la lessive commune des vêtements chez les séropositifs en union vivant dans un foyer ayant une attitude de stigmatisation des PVVIH dans ces deux situations est 12 fois plus élevée que chez les séropositifs en union vivant dans un foyer où cette forme de stigmatisation n'existe pas (OR= 12,5 [1,72 – 90,48], $p=0,003$). La vie dans un foyer ayant une attitude de stigmatisation des PVVIH dans ces deux situations fait apparaître une probabilité d'exclusion des séropositifs hors union 4 fois plus forte (OR= 3,88 [1,62 – 9,30], $p=0,002$).

Les analyses ci-dessus montrent que la présence de membres manifestant une attitude de stigmatisation des PVVIH dans les situations quotidiennes du foyer est liée à une exclusion des séropositifs de certaines situations telles que le partage du lit ou la lessive commune des vêtements. Une autre hypothèse se pose ici : un niveau de stigmatisation des foyers entraîne-t-il un niveau d'exclusion ?

Mesurant la probabilité d'apparition d'une exclusion des séropositifs dans au moins une situation quand ils vivent dans un foyer faisant preuve d'une stigmatisation à différents niveaux, le tableau 6.19 montre que la proportion des séropositifs exclus augmente avec le niveau de stigmatisation par le foyer, notamment au niveau 3. 57,5 % des séropositifs vivant dans un foyer où la stigmatisation n'existe pas se séparent dans au moins une situation quotidienne. La proportion des séropositifs adoptant une séparation dans au moins une situation est de 52,0 % chez ceux vivant dans un foyer dont la stigmatisation est de

niveau 1 ; 64,5 % de ceux vivant dans un foyer avec une stigmatisation de niveau 2 et 86,4 % chez ceux vivant dans un foyer avec une stigmatisation de niveau 3. Ainsi, le fait de vivre dans un foyer exerçant une stigmatisation des PVVIH de niveau 3 dans au moins une situation quotidienne augmente fortement la probabilité d'exclusion des séropositifs d'au moins une situation (OR = 5,97 [1,45 – 21,43], $p=0,003$).

Tableau 6.19 - Répartition (%) des séropositifs selon leur niveau de stigmatisation et leur exclusion d'au moins une situation quotidienne de leur foyer

<i>Exclusion d'au moins une situation</i>	<i>Niveau de stigmatisation des PVVIH d'au moins une situation quotidienne par les membres des foyers-cas</i>				
	Niveau 3	Niveau 2	Niveau 1	Non	Ensem.
Exclusion	86,4	64,5	52,0	51,5	58,1
Pas d'exclusion	13,6	35,5	48,0	48,5	41,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Effectif des répondants</i>	22	31	25	101	179
<i>p</i>			0,019		
Rapport de cotes (OR)	5,97***	1,71	1,02	Référence	-

*** $p=0,000$; ** $p<0,005$; * $p<0,05$

Il est évident que les valeurs des rapports de cotes (OR) dans cette analyse, ainsi que dans les analyses ci-dessous sont probablement influencées par l'état matrimonial des séropositifs. Malheureusement, en raison du nombre insuffisant de répondants, l'évaluation des effets de l'état matrimonial sur la corrélation entre l'exclusion des séropositifs dans les situations quotidiennes et les niveaux de stigmatisation des foyers-cas ne peut pas être effectuée. Ainsi, les analyses ci-dessous reflètent les tendances des corrélations sans tenir compte de l'état matrimonial.

À propos de l'exclusion des séropositifs du partage du lit, le tableau 6.20 montre que son apparition augmente avec le niveau de stigmatisation du foyer. Parmi les séropositifs vivant dans un foyer où la stigmatisation des PVVIH relative au partage du lit n'existe pas, 36,4 % ne dorment jamais avec un autre membre du foyer. Cette proportion est de 42,1 % des séropositifs vivant dans un foyer où cette forme de stigmatisation existe au niveau 1, 62,5 % des séropositifs vivant dans un foyer où cette forme de stigmatisation existe au niveau 2 et 86,7 % des séropositifs vivant dans un foyer où cette forme de stigmatisation existe au niveau 3. Si l'on prend comme groupe de référence les séropositifs vivant dans un foyer où la stigmatisation n'existe pas, la probabilité d'exclusion des séropositifs du partage

du lit est trois fois plus forte pour les séropositifs vivant dans un foyer dont la stigmatisation est de niveau 2 (OR= 2,91 [1,18 – 7,21], $p=0,017$). La probabilité d'exclusion des séropositifs du partage du lit est 11 fois plus forte pour ceux qui vivent dans un foyer exerçant une stigmatisation de niveau 3 (OR= 11,37 [2,45 – 52,74], $p=0,000$). On peut constater que le niveau d'exclusion des séropositifs du partage du lit augmente significativement quand la moitié des membres du foyer fait preuve de stigmatisation des séropositifs dans cette situation et augmente fortement si deux tiers des membres du foyer adoptent une telle attitude.

Tableau 6.20 - Répartition (%) des séropositifs selon leur exclusion et le niveau de stigmatisation des PVVIH par les membres de leur foyer relative au partage du lit

<i>Exclusion du partage du lit</i>	<i>Niveau de stigmatisation des PVVIH par les membres des foyers-cas relative au partage du lit</i>				
	Niveau 3	Niveau 2	Niveau 1	Non	Ensem.
Exclusion	86,7	62,5	42,1	36,4	44,7
Pas d'exclusion	13,3	37,5	57,9	63,6	55,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des répondants	15	24	19	121	179
<i>p</i>			0,001		
Rapport de cotes (OR)	11,37***	2,91*	1,27	Référence	-

*** $p=0,000$; ** $p<0,005$; * $p<0,05$

Tout comme pour le partage du lit, le tableau 6.21 montre que l'exclusion des séropositifs de la lessive commune des vêtements augmente avec le niveau de stigmatisation du foyer. Parmi les séropositifs vivant dans un foyer où la stigmatisation des PVVIH relative à la lessive commune des vêtements n'existe pas, 27,7 % des répondants indiquent qu'ils ne lavent jamais leurs vêtements avec ceux des autres membres du foyer. Cette proportion est de 41,7 % des séropositifs vivant dans un foyer où la stigmatisation est de niveau 1, 52,0 % des séropositifs vivant dans un foyer où la stigmatisation est de niveau 2, et 81,8 % des séropositifs vivant dans un foyer où la stigmatisation est de niveau 3. La probabilité d'une exclusion de la lessive commune des vêtements est près de trois fois plus élevée chez les séropositifs vivant dans un foyer où la stigmatisation est de niveau 2 que chez les séropositifs vivant dans les foyers sans cette stigmatisation (OR= 2,82 [1,17 – 6,81], $p=0,018$). La probabilité d'une exclusion de la lessive commune des vêtements est près de 12 fois plus élevée chez les séropositifs vivant dans un foyer où la stigmatisation est de niveau 3 que chez les séropositifs vivant dans un foyer sans cette stigmatisation

(OR= 11,72 [2,40 – 57,15], $p=0,000$). On peut voir que le niveau d'exclusion augmente significativement quand au moins la moitié des membres du foyer adoptent une attitude de stigmatisation des PVVIH dans cette situation et qu'il augmente fortement si les deux tiers des membres du foyer adoptent une telle attitude.

Tableau 6.21 - Répartition (%) des séropositifs selon leur exclusion et le niveau de stigmatisation des PVVIH par les membres de leur foyer relative à la lessive commune des vêtements

<i>Exclusion de la lessive commune des vêtements</i>	<i>Niveau de stigmatisation des PVVIH par les membres des foyers-cas dans le lavage commun des vêtements</i>				
	Niveau 3	Niveau 2	Niveau 1	Non	Ensem.
Exclusion	81,8	52,0	41,7	27,7	36,3
Pas d'exclusion	18,2	48,0	58,3	72,3	63,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Effectif des répondants</i>	11	25	24	119	179
<i>p</i>			0,001		
Rapport de cotes (OR)	11,72***	2,82*	1,86	Référence	-

*** $p=0,000$; ** $p<0,005$; * $p<0,05$

À propos de l'exclusion du partage du lit et de la lessive commune des vêtements, il existe une corrélation très forte entre le niveau de stigmatisation des séropositifs par le foyer et l'exclusion. Plus le niveau de stigmatisation est élevé, plus l'exclusion est forte. Parmi les séropositifs vivant dans un foyer sans stigmatisation relative à ces deux types de situations, il subsiste toujours un certain nombre de personnes qui ne dorment jamais dans le même lit qu'un autre membre de son foyer et ne lavent jamais les vêtements avec ceux des autres. Toutefois, la proportion des séropositifs adoptant une séparation dans ces deux types de situation n'est que de 15,7 % chez ceux vivant dans un foyer sans stigmatisation en la matière. Si l'on prend le groupe des séropositifs vivant dans un foyer sans stigmatisation comme groupe de référence, la proportion des séropositifs indiquant qu'ils ne dorment jamais dans le même lit qu'un autre membre et qu'ils ne lavent jamais leurs vêtements avec ceux des autres est plus de deux fois plus élevée (37,5 %) chez ceux vivant dans un foyer où la stigmatisation est de niveau 1, et de près de trois fois plus élevée (44,4 %) chez ceux vivant dans un foyer où la stigmatisation est de niveau 2.

On peut constater que la probabilité d'une exclusion du partage du lit et de la lessive commune des vêtements est 3,2 fois plus élevée pour les séropositifs vivant dans un foyer où la stigmatisation est de niveau 1 que pour les séropositifs vivant dans un foyer sans

stigmatisation (OR = 3,21 [1,06 – 9,76], $p=0,031$). Cette probabilité est quatre fois plus importante pour les séropositifs vivant dans un foyer avec une stigmatisation de niveau 2 que pour les séropositifs vivant dans un foyer sans stigmatisation (OR = 4,29 [1,52 – 12,08], $p=0,003$). Tous les séropositifs vivant dans un foyer avec une stigmatisation de niveau 3 relative à ces deux types de situations indiquent qu'ils opèrent une séparation dans ces deux types de situations. Toutefois, seuls 5 séropositifs vivent dans de tels foyers dans l'échantillon de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long (tableau 6.22).

Tableau 6.22 - Répartition (%) des séropositifs selon leur exclusion et le niveau de stigmatisation des PVVIH par les membres de leur foyer dans le partage du lit et la lessive commune des vêtements

<i>Exclusion des deux situations</i>	<i>Niveau de stigmatisation par les foyers-cas des PVVIH dans le partage du lit et le lavage commun des vêtements</i>				
	Niveau 3	Niveau 2	Niveau 1	Non	Ensem.
Exclusion	100,0	44,4	37,5	15,7	2,9
Pas d'exclusion	-	55,6	62,5	84,3	77,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Effectif des répondants</i>	5	18	16	140	179
<i>p</i>			0,000		
Rapport de cotes (OR)	-	4,29**	3,21*	Référence	-

*** $p=0,000$; ** $p<0,005$; * $p<0,05$

6.3.3. Stigmatisation des PVVIH dans la société par les foyers et exclusion des séropositifs des situations quotidiennes

Selon les analyses effectuées dans le chapitre 4, il existe une corrélation positive entre l'attitude de stigmatisation des séropositifs dans la société par les membres du foyer et la stigmatisation de ces derniers dans les situations du foyer. Cela signifie que les membres de foyers exerçant une stigmatisation des séropositifs dans la société adoptent une attitude de stigmatisation plus forte de ces derniers dans les situations du foyer (*voir chapitre 4, partie 4.5.3*). Les résultats d'analyse présentés ci-dessus (*partie 6.3.2*) montrent qu'il existe une corrélation directe entre l'attitude de stigmatisation des PVVIH dans les situations quotidiennes et l'exclusion des séropositifs de ces situations. Plus le niveau de la stigmatisation des PVVIH dans les situations quotidiennes au foyer est élevé, plus l'exclusion des séropositifs est forte. Existe-t-il une corrélation statistiquement significative

entre la stigmatisation des PVVIH dans la société et l'exclusion des séropositifs de situations quotidiennes ?

Comme nous l'avons abordé dans le chapitre 4, l'attitude de stigmatisation des PVVIH dans la société mesurée dans cette étude tire son origine de l'inquiétude concernant les risques de contamination (manifestée dans deux questions²¹) et du jugement et de l'accusation des séropositifs (manifestés dans les deux questions que nous venons d'indiquer, de même que deux autres questions²²). Toutefois, cette stigmatisation manifeste avant tout le jugement et l'accusation (dans les 4 questions). L'analyse de la corrélation entre l'attitude de stigmatisation des PVVIH dans la société et l'exclusion des séropositifs de situations quotidiennes permet de mieux identifier l'influence sur l'exclusion des séropositifs de situations quotidiennes de l'attitude de stigmatisation et de distinguer cette dernière de celle qui tire son origine du jugement et de l'accusation.

Selon les résultats du chapitre 4, au niveau individuel, 50,2 % des membres séronégatifs des foyers-cas dans l'enquête de FAVIHVIET Ha-Long ont au moins une attitude de stigmatisation des PVVIH dans la société. Les résultats au niveau du foyer montrent que 57,1 % des foyers-cas ne possèdent aucun membre manifestant une attitude de stigmatisation des PVVIH, 42,9 % ont au moins un membre manifestant une attitude de stigmatisation des PVVIH dans la société dont 14,1 % avec un membre voire un tiers de leurs membres adoptant cette attitude (niveau 1), 16,6 % avec la moitié des membres adoptant cette attitude (niveau 2) et 12,3 % des foyers avec au moins les deux tiers de leurs membres manifestant cette attitude (niveau 3). Les proportions de séropositifs vivant dans un foyer sans stigmatisation, où cette attitude est de niveau 1, 2, et 3 sont respectivement de 58,1 %, 15,1 %, 15,6 % et 11,2 %.

²¹ (1) Achèteriez-vous des légumes frais auprès d'un commerçant ou une commerçante si vous saviez que cette personne est séropositive VIH/sida ?

(2) Selon vous, un enseignant atteint de VIH/sida mais non malade doit-il être autorisé à continuer à enseigner dans une école ?

²² (3) Êtes-vous d'accord avec l'opinion selon laquelle une personne séropositive VIH/sida devrait avoir honte d'elle-même ?

(4) Êtes-vous d'accord avec l'opinion selon laquelle une personne séropositive VIH/sida est en faute car elle introduit la maladie dans la communauté ?

Le tableau 6.23 présente les résultats de l'analyse de la relation entre l'attitude de stigmatisation des PVVIH dans la société par les membres des foyers-cas (au moins un membre adoptant une attitude de stigmatisation) et l'exclusion des séropositifs de situations quotidiennes. Parmi les séropositifs vivant dans un foyer ayant au moins un membre manifestant une attitude de stigmatisation des PVVIH dans la société, 5,3 % indiquent qu'ils ne partagent jamais le même plateau-repas que les autres membres du foyer, 48,0 % disent qu'ils ne dorment jamais dans le même lit qu'un autre, 33,3 % font savoir qu'ils ne lavent jamais leurs vêtements avec ceux des autres et 57,3 % indiquent qu'ils adoptent une séparation dans au moins une de ces situations. Parmi les séropositifs vivant dans un foyer sans stigmatisation, 1,9 % disent qu'ils se séparent lors des repas, 42,3 % pour dormir, 38,5 % dans la lessive des vêtements et 58,7 % indiquent qu'ils se séparent dans au moins une de ces situations. Toutefois, il n'existe aucune différence statistiquement significative entre les séropositifs vivant dans un foyer exerçant une stigmatisation des séropositifs dans la société et les séropositifs vivant dans un foyer où cette attitude n'existe pas.

Tableau 6.23 - Répartition (%) des séropositifs selon l'attitude de stigmatisation des PVVIH dans la société par les membres de leurs foyers et leur séparation dans les situations quotidiennes

<i>Séparation dans les situations quotidiennes</i>	<i>Attitude de stigma. par les foyers-cas des PVVIH dans la société</i>			<i>OR</i>	<i>p</i>
	Oui	Non	Ensem.		
Plateau repas	5,3	1,9	3,4	0,21 [0,51 - 16,11]	0,211
Lit	48,0	42,3	44,7	1,25 [0,69 - 2,28]	0,450
Lessive de vêtements	33,3	38,5	36,3	0,80 [0,42 - 1,48]	0,481
Au moins une situation	57,3	58,7	58,1	0,94 [0,51 - 1,72]	0,860
Effectif des répondants	78	101	179	-	-

Le lien entre le niveau de stigmatisation des PVVIH dans la société par les membres des foyers-cas et l'exclusion des séropositifs de situations quotidiennes est déjà vérifié. Le tableau 6.24 montre qu'il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre la séparation des séropositifs dans les situations quotidiennes du foyer et les niveaux de stigmatisation des PVVIH dans la société par les membres des foyers.

Tableau 6.24 - Répartition (%) des séropositifs selon les niveaux de stigmatisation des PVVIH dans la société par les membres de leurs foyers et leur séparation dans les situations quotidiennes

<i>Séparation dans les situations quotidiennes</i>	<i>Niveau de stigmatisation par les foyers-cas des PVVIH dans la société</i>					<i>p</i>
	Niveau 3	Niveau 2	Niveau 1	Non	Ensem.	
Plateau repas	5,0	3,6	7,4	1,9	3,4	0,532
Lit	60,0	35,7	51,9	42,3	44,7	0,307
Lessive des vêtements	35,0	32,1	33,3	38,5	36,3	0,911
Au moins une situation	70,0	46,4	59,3	58,7	58,1	0,340
Effectif des répondants	20	28	27	104	179	

Ainsi, la conclusion qui pourrait être tirée de ces deux analyses est qu'il n'existe aucune corrélation directe entre l'attitude de stigmatisation des PVVIH dans la société par les membres séronégatifs des foyers-cas et l'exclusion des séropositifs de situations quotidiennes du foyer. Dans les foyers-cas de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, l'exclusion des séropositifs de situations quotidiennes tire son origine uniquement de l'inquiétude quant aux risques de contamination. La stigmatisation causée par le jugement ou l'accusation n'est pas liée à cette exclusion.

En résumé, le fait de ne pas partager le même plateau-repas ou le même lit qu'un ou plusieurs autres membres du foyer ou de ne pas laver ses vêtements avec ceux des autres membres est considéré comme une séparation des situations quotidiennes au foyer. La séparation dans au moins une situation quotidienne est présente chez près de 60 % des séropositifs de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long. Le VIH est identifié comme un facteur exerçant un impact puissant sur cette séparation chez les séropositifs en union et les séropositifs hors union.

Sous l'influence de la stigmatisation, ces séparations deviennent une exclusion des séropositifs. Parmi les types de stigmatisation des PVVIH dans les situations quotidiennes mesurée au niveau du foyer, celle des membres séronégatifs des foyers-cas est en corrélation directe et puissante avec l'exclusion des séropositifs de ces situations, précisément le partage ou non du lit et la lessive commune ou non des vêtements. Cette attitude de stigmatisation a un impact plus fort sur l'exclusion des séropositifs en union que sur les séropositifs hors union. Plus le niveau de stigmatisation du foyer est élevé, plus l'exclusion est forte. En particulier, l'exclusion de chaque situation augmente et devient

significative quand environ la moitié des membres du foyer ou plus adoptent une attitude de stigmatisation. Si les foyers ont au moins un membre adoptant une attitude de stigmatisation des PVVIH à la fois dans le partage du lit et la lessive des vêtements, l'exclusion des séropositifs de ces deux types de situations existe. La probabilité d'une exclusion des séropositifs pour les deux situations est plus forte pour ceux qui sont en union que pour ceux qui sont hors union. Plus le niveau de présence de ces deux types d'attitude de stigmatisation est élevé, plus l'exclusion des séropositifs de ces situations est forte.

Il existe une corrélation positive entre l'attitude de stigmatisation des PVVIH dans la société et l'attitude de stigmatisation de ces personnes dans les situations quotidiennes au foyer. Toutefois, cette étude n'a pas révélé une corrélation directe entre l'attitude de stigmatisation des PVVIH dans la société par les membres séronégatifs des foyers-cas mesurée au niveau des foyers et l'exclusion des séropositifs de situations quotidiennes. Dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, l'exclusion des séropositifs de situations quotidiennes tire son origine uniquement de l'inquiétude quant aux risques de contamination et non pas d'une attitude de stigmatisation pour cause de jugement ou d'accusation.

6.4. Stigmatisation et séparation des membres séronégatifs des foyers-cas dans les situations quotidiennes

6.4.1. Séparation des membres séronégatifs des foyers-cas dans les situations quotidiennes

La séparation ou l'exclusion des séropositifs des situations quotidiennes va de pair avec la séparation des membres séronégatifs de leurs foyers dans ces situations. Les analyses ci-dessus montrent que l'exclusion des séropositifs de certaines situations telles que le partage du lit ou la lessive commune des vêtements est due à une attitude de stigmatisation des PVVIH dans ces situations par les membres séronégatifs de leurs foyers. Cette attitude de stigmatisation tire son origine de la crainte d'être contaminé par le VIH/sida. Vivant avec une telle crainte, les membres du foyer se séparent-ils davantage des autres membres du foyer dans les situations quotidiennes ? J'ai également émis l'hypothèse que l'apparition du VIH/sida dans la famille peut entraîner des conflits entre les membres séronégatifs quand ils ont l'attitude de juger, de blâmer l'apparition du VIH/sida. La déclaration de la séropositivité d'un membre de la famille peut apporter à d'autres membres la crainte de

devenir séropositifs eux-mêmes. Cependant, les limitations des données ne permettent pas d'identifier exactement la cause qui provoque la séparation des membres séronégatifs. L'analyse suivante permet de comprendre la relation entre la séparation des situations quotidiennes en famille et le statut séropositif du foyer ou la stigmatisation des séropositifs.

La comparaison entre les foyers-cas et les foyers-témoins montre que la séparation des membres séronégatifs des foyers-cas relative au lieu pour dormir ou à la lessive des vêtements est plus élevée que celle des membres des foyers-témoins. 21,5 % des membres séronégatifs des foyers-cas (7,1 % des MemF+ en union, 41,3 % des MemF+ hors union) versus 12,7 % des membres des foyers-témoins (1,5 % des MemF- en union, 33,3 % des MemF- hors union) indiquent qu'ils ne dorment jamais dans le même lit qu'un autre membre de leur foyer (Table 6.14 et 6.15). La probabilité d'une séparation des lits est près de deux fois plus grande chez les membres séronégatifs des foyers-cas que celle chez les membres des foyers-témoins (OR = 1,87 [1,21 – 2,88], p=0,004). Toute fois, l'analyse selon l'état matrimonial montre que la différence dans la séparation des lits des membres des foyers-témoins et des membres séronégatifs des foyers-cas se retrouve chez ceux qui vivent en union (OR = 5,05 [1,52 - 16,73], p = 0,004) mais pas chez les répondants vivants hors union (OR = 1,40 [0,82 - 2,41], p = 0,213).

12,8 % des membres séronégatifs des foyers-cas (7,9 % des MemF+ en union, 19,6 % des MemF+ hors union) versus 3,1 % des membres des foyers-témoins (0,4 % des MemF- en union, 8,2 % des MemF- hors union) indiquent qu'ils ne lavent jamais leurs vêtements avec ceux des autres membres en famille (table 6.16 et 6.17). Autrement dit, la probabilité de séparation des lessives de vêtements est 4,4 fois plus élevée chez les membres séronégatifs des foyers-cas que chez les membres des foyers-témoins (OR = 4,54 [2,30 – 8,97], p=0,000). Le rapport de cotes de cette probabilité est de 2,7 (OR = 2,73 [1,25 – 5,99], p=0,010) chez les répondants hors union et 22,9 (OR = 22,9 [2,89 – 180,00], p=0,000) chez les répondants en union.

Dans l'ensemble, 27,4 % des membres séronégatifs des foyers-cas (11,8 % des MemF+ en union, 48,9 % des MemF+ hors union) versus 13,2 % des membres des foyers-témoins (1,9 % des MemF- en union, 34,0 % des MemF- hors union) sont séparés dans au moins une de ces situations quotidiennes (figure 6.1). La probabilité d'une séparation dans au moins une situation est 2,4 fois plus élevée chez les membres séronégatifs des foyers-cas que chez les membres des foyers-témoins (OR = 2,47 [1,64 – 3,73], p=0,000). Pour les

répondants en union, le rapport de cotes de la probabilité est de 7,07 (OR = 7,07 [2,51 - 19,92], $p=0,000$). Pour les répondants hors union, le rapport de cotes de la probabilité est de 1,86 (OR = 1,86 [1,09 - 3,16], $p=0,022$).

Les comparaisons ci-dessus montrent qu'une fois contrôlée l'influence du statut matrimonial des répondants, le fait de vivre dans un foyer-cas est un élément influençant la séparation des MemF+ entre eux dans quelques situations quotidiennes.

6.4.2. Stigmatisation des PVVIH dans les situations quotidiennes par les membres séronégatifs des foyers-cas et séparation dans ces situations

Comme nous l'avons indiqué auparavant, selon les résultats du chapitre 4, 53,0 % des membres séronégatifs des foyers-cas dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long ont une attitude de stigmatisation des PVVIH dans au moins une situation quotidienne. Précisément, 4,1 % des membres séronégatifs des foyers-cas estiment la PVVIH ne peut pas partager le même plateau-repas que les autres membres du foyer; 39,8 % des membres séronégatifs des foyers-cas pensent que la PVVIH ne peut pas partager son lit avec un autre membre du foyer ; 36,1 % des membres séronégatifs des foyers-cas indiquent que la PVVIH ne doit pas laver ses vêtements avec ceux des autres membres du foyer. Les analyses suivantes montrent l'influence du niveau de stigmatisation des membres séronégatifs des foyers-cas sur leur séparation dans les situations quotidiennes.

Analysant la corrélation entre l'attitude de stigmatisation des PVVIH dans au moins une situation quotidienne par les membres séronégatifs des foyers-cas et leur séparation dans au moins une activité, le tableau 6.25 montre que parmi les membres séronégatifs des foyers-cas qui n'ont aucune attitude de stigmatisation des PVVIH dans les situations quotidiennes, 19,4 % se séparent dans au moins une situation. Toutefois, cette proportion est beaucoup plus élevée chez les membres séronégatifs des foyers-cas ayant une attitude de stigmatisation des PVVIH dans au moins une situation quotidienne, avec 34,5 %. On peut constater que la probabilité de séparation dans au moins une situation est 2,1 fois plus élevée chez les membres séronégatifs des foyers-cas ayant une attitude de stigmatisation des PVVIH dans au moins une situation que chez les membres séronégatifs des foyers-cas qui n'ont aucune attitude de stigmatisation (OR = 2,18 [1,17 – 4,06], $p = 0,013$).

Tableau 6.25 - Répartition (%) des MemF+ selon leur exercice d'une séparation dans au moins une situation quotidienne et leur attitude de stigmatisation des PVVIH dans au moins une situation

<i>Séparation des MemF+ dans au moins une situation quotidienne</i>	<i>Stigmatisation des PVVIH dans au moins une situation quotidienne</i>			
	Oui	Non	Ensem.	
Oui	34,5	19,4	27,4	OR = 2,18
Non	65,5	80,6	72,6	CI [1,17 – 4,06]
Total	100,0	100,0	100,0	p=0,013
Effectif des répondants	116	103	219	

L'analyse de l'influence de l'état matrimonial montre que l'impact de l'attitude de stigmatisation des PVVIH sur la séparation des membres séronégatifs des foyers-cas dans au moins une situation quotidienne se trouve principalement chez les membres séronégatifs des foyers-cas vivant en union (OR = 4,00 [1,07 – 14,94], p = 0,029). Pour les membres séronégatifs des foyers-cas vivant hors union, cet impact n'est pas statistiquement significatif (OR = 2,22 [0,96 – 5,12], p = 0,056).

Parmi les membres séronégatifs des foyers-cas enquêtés, seules deux personnes indiquent qu'elles ne partagent jamais le même plateau-repas que les autres membres de leur foyer. Ce chiffre est trop faible pour permettre d'effectuer une analyse de la corrélation entre l'attitude de stigmatisation et la séparation.

À propos de la séparation des lits, parmi les membres séronégatifs des foyers-cas n'ayant pas une attitude de stigmatisation des PVVIH relative à cette situation, 14,4 % indiquent qu'ils ne dorment jamais dans le même lit qu'un autre membre de leur foyer. Cette proportion est deux fois plus élevée chez les membres séronégatifs des foyers-cas ayant une attitude de stigmatisation des PVVIH relative au partage du lit : 32,2 %. Cette analyse montre que la probabilité d'une séparation pour cette activité est près de 2,8 fois plus élevée chez les membres séronégatifs des foyers-cas ayant une attitude de stigmatisation des PVVIH relative au partage du lit que chez les membres séronégatifs des foyers-cas n'ayant pas cette attitude (OR = 2,82 [1,45 – 5,47], p = 0,002) (tableau 6.26).

Tableau 6.26 - Répartition (%) des MemF+ selon la pratique de séparation des lits et leur attitude de stigmatisation des PVVIH dans cette situation

<i>Séparation des MemF+ pour le lit</i>	<i>Stigmatisation des PVVIH dans le partage du lit</i>			
	Oui	Non	Ensem.	
Oui	32,2	14,4	21,5	OR = 2,82
Non	67,8	85,6	78,5	CI [1,45 – 5,47]
Total	100,0	100,0	100,0	P=0,002
Effectif des répondants	87	132	219	

L'analyse selon l'état matrimonial montre qu'il est impossible d'analyser cette corrélation pour les membres séronégatifs en union des foyers-cas, car l'effectif des répondants n'est pas suffisant. Pour les membres séronégatifs hors union des foyers-cas, la probabilité d'une séparation dans les situations quotidiennes est 2,7 fois plus élevée chez les répondants ayant une attitude de stigmatisation des PVVIH relative au partage du lit, que chez les membres séronégatifs des foyers-cas n'ayant pas cette attitude (OR = 2,75 [1,16 – 6,48], p = 0,019).

À propos de la lessive commune des vêtements, les résultats présentés dans le tableau 6.27 montrent que parmi les membres séronégatifs des foyers-cas ayant une attitude de stigmatisation des PVVIH dans la lessive commune des vêtements, 29,1 % indiquent qu'ils ne lavent jamais leurs vêtements avec ceux des autres membres du foyer. Seulement 3,6 % des membres séronégatifs des foyers-cas n'ayant pas une attitude de stigmatisation des PVVIH relative à la lessive commune des vêtements indiquent qu'ils ne lavent jamais leurs vêtements avec ceux des autres membres du foyer. On peut constater donc que l'attitude de stigmatisation des PVVIH relative à la lessive commune des vêtements rend plus forte la séparation des membres séronégatifs des foyers-cas dans cette situation. La probabilité d'une séparation des lessives des vêtements est 11 fois plus importante chez les membres séronégatifs des foyers-cas ayant une attitude de stigmatisation des PVVIH dans cette situation que chez les membres séronégatifs des foyers-cas n'ayant pas cette attitude (OR = 11,09 [4,01 – 30,36]). Ce résultat est statistiquement significatif (p = 0,000). Toutefois, l'impact de l'état matrimonial sur cette corrélation n'a pas été estimé car l'effectif de répondants n'est pas suffisant.

Tableau 6.27 - Répartition (%) des MemF+ selon leur séparation dans la lessive des vêtements au foyer et leur stigmatisation des PVVIH relative à cette situation

<i>Séparation des lessives de vêtements au foyer</i>	<i>Stigmatisation des PVVIH dans la lessive des vêtements</i>			
	Oui	Non	Ensem.	
Oui	29,1	3,6	12,8	OR = 11,09
Non	70,9	96,4	87,2	CI [4,01 – 30,63]
Total	100,0	100,0	100,0	p=0,000
<i>Effectif des répondants</i>	79	140	219	

En résumé, parallèlement à l'exclusion des séropositifs, plus d'un quart des membres des foyers-cas se séparent dans certaines situations quotidiennes du foyer. Ils ne dorment jamais dans le même lit qu'un autre membre et ne lavent jamais leurs vêtements avec ceux des autres membres du foyer. Ces séparations des membres séronégatifs des foyers-cas sont corrélées à leur attitude de stigmatisation des PVVIH dans les situations quotidiennes. Il suffit que les membres séronégatifs des foyers-cas aient une attitude de stigmatisation des PVVIH dans une situation quotidienne pour que la probabilité d'une séparation dans au moins une situation fasse plus que doubler par rapport à celle des membres séronégatifs des foyers-cas qui n'ont pas cette attitude. L'impact de cette attitude de stigmatisation est plus fort chez les membres séronégatifs en union que chez les membres séronégatifs hors union.

CHAPITRE 7 : LA FAMILLE FACE AU VIH/SIDA

Le VIH/sida entre dans la famille comme un « choc ». Il influe sur la vie de ses membres. Les séropositifs et les membres séronegatifs doivent faire face à de nouvelles réactions. Le VIH/sida cause des changements des fonctions de la famille mais malgré cela, celle-ci joue toujours le rôle le plus important dans les soins aux séropositifs et la prévention de la transmission.

Pour la communauté, le VIH/sida est un problème de santé et un problème social. Les communautés dans le monde, dans chaque pays, chaque région doivent adopter une stratégie pour faire face à cette épidémie. En tant qu'une unité sociale, la famille est confrontée à l'apparition du VIH/sida chez elle. Dans ce chapitre, je voudrais présenter des témoignages et une discussion sur les interactions entre la société, la famille et l'individu dans le contexte du VIH/sida, sur les changements des fonctions de la famille avec l'apparition du VIH/sida. Il ne s'agit pas de discussions globales mais seulement concernant mon sujet de recherche.

7.1. Interactions entre la société, la famille et l'individu dans le contexte du VIH/sida

L'individu, la famille et la société forment une structure fondamentale de la société. L'individu naît dans une famille qui constitue une « cellule » de la communauté et la société. La société constitue « l'environnement » de chaque individu et de chaque famille (*Newman D.M., 1999*). Dans le contexte du VIH/sida, les trois sujets entités : la société, la famille et l'individu sont liées les unes aux autres par des relations en interaction (Figure 7.1). D'un point de vue global, la séropositivité de chaque individu influence sa famille, ses proches, puis toute la communauté et la société. D'un point de vue plus précis, le VIH/sida entre dans une famille quand l'un de ses membres est séropositif. Avec l'entrée du VIH/sida dans la famille, le contexte de l'épidémie dans la société, la situation épidémiologique, la stigmatisation de la part de la société, les politiques et interventions en matière de prévention de l'épidémie influencent les efforts de la famille pour faire face à l'épidémie. Le comportement actif des séropositifs et des membres de leur famille dans la prévention,

la vulgarisation des connaissances sur l'épidémie et la réduction de la stigmatisation est très importante pour le contrôle de la propagation de l'épidémie dans la société. De bons soins et traitements accordés à domicile aux séropositifs permettent de réduire les impacts négatifs du VIH sur la société tels que la pression sur les infrastructures sanitaires, la perte de main d'œuvre.

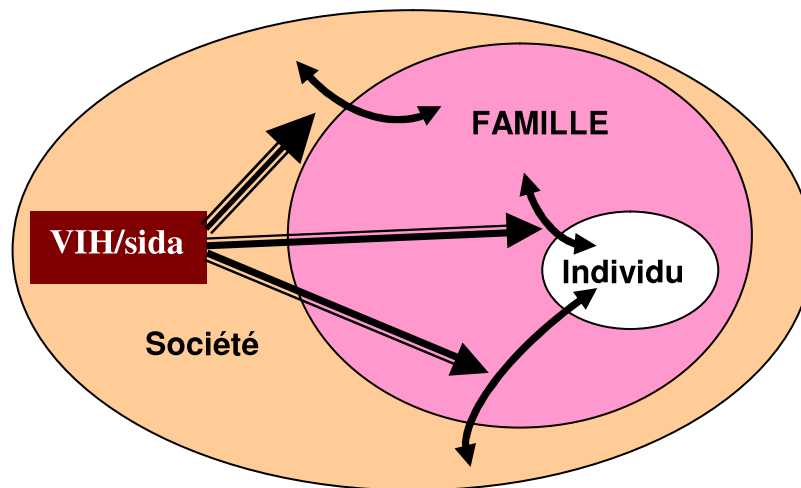


Figure 7.1 – Interactions entre la société, la famille et l'individu dans le contexte du VIH/sida

7.1.1. Le VIH/sida du contexte social au contexte familial

+ « Fléaux sociaux » et la transmission du VIH/sida

Durant la période de transition, le développement économique rapide accompagne rarement celui de la société. Il peut même être une force motrice générant de nombreux problèmes sociaux négatifs. Comme nous l'avons indiqué dans le chapitre 1, le Viêt Nam a connu des progrès notables dans le développement, mais il doit également faire face à de nombreux problèmes sociaux. L'épidémie VIH/sida est devenue un obstacle au développement et à la lutte contre la pauvreté au Viêt Nam (*UNDP, 2005; PCSA Viêt Nam, UNDP, 2009*). Son développement à Ha-Long, dans la province de Quang-Ninh, est l'image en miniature de celle du pays entier. Si l'exploitation du charbon et le tourisme connaissent une croissance remarquable dans cette localité, la toxicomanie, la prostitution et le VIH/sida ont aussi fortement augmenté. Cela a été mentionné par les répondants dans les deux études quantitative et qualitative de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long. La toxicomanie, la prostitution et le VIH/sida ont été considérés par les répondants dans l'étude quantitative comme les trois problèmes sociaux les plus importants au moment où l'enquête a été

menée à Ha-Long. Ils sont suivis par la pollution de l'environnement, les accidents de la route et la corruption... (*chapitre 3 - partie 3.5*)

Avant l'apparition du VIH/sida, on évoquait sans doute souvent la toxicomanie et la prostitution devenues d'ailleurs des voies principales de propagation du VIH. On considère que l'explosion de la toxicomanie à Ha-Long a eu lieu dans les années 1990 avec des flux migratoires transfrontalier.

« La toxicomanie à Ha-Long à présent est la conséquence des années précédentes. Elle a commencé durant la période où de nombreuses personnes traversaient illégalement la frontière pour se rendre à Hong-Kong. Là bas, ils consommaient de la drogue, puis de retour au pays ils entraînaient les autres à faire de même. Beaucoup de "vieux" [ceux qui sont morts] nés entre 1977 et 1980, puis des jeunes nés après 1980 ont été entraîné vers la consommation de drogue ».

(Présidente du club Hoa Xương Rồng [Fleur de cactus] d'aide aux séropositifs, Ha-Long)

Au moment où se déroulait l'enquête, les répondants à l'étude qualitative disaient qu'ils pouvaient observer la propagation de la toxicomanie sur leur lieu d'habitation. Ils voyaient des seringues jetées en masse sur les rails des chemins de fer, dans le stade... Ils voyaient les toxicomanes s'injecter de la drogue publiquement dans la rue.

« Les jeunes ici, notamment ceux de 15 à 18 ans, sont très turbulents, toujours prêts à des bagarres. Beaucoup d'entre eux sont toxicomanes. Il y a quelques années, j'étais encore étudiant à l'université qui se trouve près des chemins de fer. Je voyais des seringues jetées partout sur les rails. J'avais très peur. Le quartier où j'habite est situé près du stade Ha-Long. Beaucoup de gens s'injectent de la drogue là-bas et jettent leurs seringues sur place. Quand je vais au travail, au deuxième quart, vers midi, je les vois s'injecter publiquement... »

(640 – homme non séropositif, 30 ans, marié, ayant 2 enfants, quartier Ha-Lâm, Ha-Long)

Selon certaines personnes, les autorités ont fait des efforts pour supprimer ces « fléaux sociaux », mais les interventions ne sont pas efficaces. La toxicomanie et la prostitution ont tendance à augmenter et connaissent des évolutions complexes en raison des bénéfices apportés par le trafic de drogue ou le commerce sexuel, de l'abolition de certains facteurs de caractère institutionnel traditionnels au cours de la modernisation, mais aussi du souhait des jeunes de « tester » la vie.

« Actuellement, la toxicomanie, loin d'être supprimée, a tendance à augmenter et devient plus compliquée, bien que les autorités prennent des mesures fortes : les trafiquants de drogue risquent la peine de mort ou la prison . Récemment, le premier ministre a promulgué une

directive selon laquelle les criminels impliqués dans la drogue ne bénéficieront pas de réduction de peine d'emprisonnement. Toutefois, la toxicomanie se propage toujours vigoureusement. Parfois, la drogue est vendue presque publiquement. La raison en est qu'il est très difficile de persuader les toxicomanes de se faire désintoxiquer. Souvent, ils retombent dans la toxicomanie. Les dealers de drogue sont souvent en difficultés économiques. Ils sont toxicomanes et acceptent de vendre de la drogue pour pouvoir assouvir leurs besoins de stupéfiants. Les forces de police ne sont pas assez nombreuses. La prostitution est aussi très inquiétante dans la mesure où les autorités autorisent l'activité des établissements de service tels que les restaurants, hôtels, karaoké, salons de massage. La prostitution est souvent camouflée sous la forme d'autres activités ».

(Présidente du club Đòng Cầm [Compassion], vice-présidente de l'Union des Femmes du quartier Cao-Thang, Ha-Long)

« Le nombre de toxicomanes a fortement diminué au passé. La raison de cette réduction est qu'un grand nombre de ces personnes étaient séropositives et en sont mortes. D'autres pratiquant le vol ou le trafic de drogue ont été emprisonnées ou mises dans des camps de désintoxication. Chaque année, on mène de deux à trois campagnes de prévention des fléaux sociaux. Ces dernières années, la police a anéanti de nombreux points de stockage et de trafic de drogue. Cependant, le taux de rechute des toxicomanes dans la communauté est très élevé »

(Présidente du club Hoa Xương Rồng [Fleur de cactus] d'aide aux séropositifs, Ha-Long)

Les politiques de prévention de la drogue et de la prostitution du Viêt Nam et à Ha-Long en particulier sont encore plus ou moins influencées par les conceptions morales traditionnelles. La drogue et la prostitution sont des problèmes liés à la catégorie morale sociale. La lutte contre la drogue et la prostitution doit atteindre l'objectif de « l'abolition totale ». C'est pourquoi la prostitution ne peut pas être considérée en tant que métier comme dans la politique de certains autres pays (en Thaïlande et quelques pays européens). L'approvisionnement en méthadone pour le traitement de la désintoxications était considéré comme un soutien à la consommation de la drogue. Ce n'est que depuis 2007 que l'utilisation de la méthadone est acceptée comme une mesure efficace permettant de réduire les effets négatifs dans la désintoxication. Sur cette base politique, la drogue et la prostitution constituent un monde « souterrain ». Selon certains cadres des organes de prévention contre le sida à Ha-Long, c'est la principale raison pour laquelle les campagnes de prévention des « fléaux sociaux » dans cette localité ne sont pas vraiment efficaces.

« À mon avis, la prostitution se poursuit en dépit des interdictions. Évidemment, nous devons avoir une politique de prévention de la prostitution. Mais il faut reconsidérer notre politique en la matière. Avec ce qu'on appelle "la vertu sociale", on ne peut pas accepter la prostitution comme

un métier. Or, malgré cela, la prostitution se poursuit de façon camouflée ce qui rend encore plus difficile sa gestion. Dans nos groupes, il y a pas mal de prostituées. Concernant la drogue, on [le Viêt- Nam] n'accepte pas²³ d'approvisionnement en méthadone pour éviter que les toxicomanes ne viennent publiquement en recevoir. À mon avis, les campagnes de prévention des fléaux sociaux ne sont pas efficaces ».

(Médecine, Directrice du Centre médical Ha-Long)

Le VIH/sida est la conséquence de la consommation de drogue ou de la prostitution. Dans le contexte social décrit ci-dessus, Ha-Long a dû faire face au VIH/sida dès les premiers jours où l'épidémie a été dépistée au Viêt Nam et elle est considérée comme la localité qui subit les conséquences de l'épidémie. La gravité de l'épidémie du VIH/sida apparaît non seulement dans les données épidémiologiques, mais aussi dans les témoignages des personnes travaillant dans le secteur sanitaire et les organes de prévention du VIH et qui ont participé à l'enquête FAVIHIET Ha-Long :

« À Ha-Long, l'épidémie VIH/sida a dépassé la première phase. Elle est maintenant au milieu du chemin, encore loin de la phase terminale, c'est-à-dire qu'elle peut toujours exploser et non pas s'arrêter ».

(Directeur du Centre de prévention du sida de la province de Quang-Ninh).

« En 2005, il me semble que nous avons réussi à ralentir plus ou moins sa croissance. Bien que le nombre de séropositifs dépistés soit toujours à la hausse, c'est moins important qu'auparavant. Toutefois, l'influence du VIH/sida est très grande. Ces dernières années, on voit régulièrement des cortèges funèbres avec des couronnes de fleurs blanches²⁴. Tous les jours. Pour aller à Deo-Sen²⁵ il faut passer par ce quartier. On voit des couronnes blanches tout le temps ».

(Médecine, Directrice du Centre médical Ha-Long)

Passant du contexte global qui est société de Ha-Long à celui des foyers de cette ville, on peut constater clairement que le VIH/sida attaque vigoureusement les foyers. En 2006, un foyer vietnamien sur 60 subit les conséquences du VIH (339.670 séropositifs dépistés encore en vie pour 84.155.800 habitants, avec 4,2 personnes par foyer – voir chapitre 1 -

²³ L'enquête a eu lieu en 2006, un an avant l'adoption de la politique de réduction des dommages avec l'approvisionnement en méthadone. Cette mesure faisait l'objet de nombreux débats à cette période.

²⁴ Les couronnes de fleurs blanches sont réservées aux défunts célibataires et jeunes.

²⁵ Cimetière municipal.

partie 1.3.1, GSO, 2007), mais à Ha-Long, un foyer sur 12 a au moins un membre séropositif encore en vie (environ 4.000 séropositifs dépistés encore en vie pour 200.000 habitants, voir *chapitre 2 - partie 2.2.3*). En réalité, plusieurs foyers comportent même 2 à 3 séropositifs. Dans l'échantillon de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, 10 % des foyers-cas enquêtés comportent deux séropositifs âgés de 15 à 60 ans encore en vie (voir *chapitre 2 - partie 2.2.3*).

Concernant les séropositifs dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, l'information sur le contexte de la découverte de la séropositivité n'a pas été notée dans les questionnaires quantitatifs. En revanche, tous les séropositifs participant à l'étude qualitative racontent le contexte de la découverte de leur séropositivité. Certains étaient toxicomanes, d'autres n'ont jamais consommé de drogue. L'un a fait le dépistage après avoir été au courant de la séropositivité d'un ami qui s'injectait de la drogue avec lui, l'autre a fait le dépistage du VIH par hasard, alors qu'il était hospitalisé à la suite d'un accident de la route. On a identifié la séropositivité de certaines femmes quand elles étaient enceintes, d'autres quand elles faisaient des tests avant leur accouchement. Certains hommes se sont vus proposer un test après la découverte de la séropositivité de leur épouse venue pour un accouchement. Les contextes sont très diversifiés.

« À l'époque, j'étais au courant de l'arrestation d'un ami par la police, vous comprenez ? On disait qu'il était séropositif. Je me suis souvenu que j'avais partagé une seringue avec lui une fois. J'ai tressailli et j'ai fait volontairement le test ».

(639 – homme séropositif, 44 ans, marié, ayant 2 enfants, quartier Ha-Lâm, Ha-Long)

« Mon mari n'était pas toxicomane, mais il fréquentait les filles. Je ne me doutais de rien. Quand j'ai accouché de mon enfant à l'hôpital, on a découvert que j'étais séropositive. J'ai dit à mon mari de se faire dépister ».

(101 – femme séropositive, 28 ans, divorcée, ayant une fille de 5 ans, Cao-Xanh, Ha-Long)

« Après l'accouchement de ma femme, les médecins m'ont fait venir. Je me souviens que c'était le lendemain dans l'après-midi.... D'abord, on m'a demandé quel était mon travail, puis on m'a demandé si je m'étais livré à la débauche. A l'époque, je consommais de l'opium, mais je ne leur ai pas dit. Ensuite, la dame médecin m'a dit : « Tu appartiens au groupe des personnes à risque. Je te donne une lettre de recommandation pour faire un test sanguin ». Je me suis donc fait dépister ».

(527 – homme séropositif, 29 ans, au chômage, séparé, ayant deux enfants, Cao-Thang, Ha-Long)

Quel que soit le contexte de la découverte de leur séropositivité, tous les séropositifs interrogés dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long étaient sous le choc en recevant la nouvelle. Cet état psychologique est tout à fait compréhensible chez ceux qui reçoivent ce résultat de manière inopinée. Mais ceux qui étaient toxicomanes et se sont fait tester volontairement devaient logiquement se préparer psychologiquement au pire. Avec de la chance, leur test pouvait être négatif, mais il pouvait aussi très bien être positif. Or, ces personnes ont aussi été choquées en apprenant que leur test était positif VIH. Ainsi, il n'est pas facile d'apprendre qu'on est positif VIH. Sans doute parce qu'il n'existe pas encore de traitement pour guérir le VIH/sida et que la séropositivité ressemble à une peine de mort.

« Je m'y suis préparé mentalement car c'est inévitable quand on s'injecte de la drogue. On comprend trop tard la conséquence. Se faire dépister volontairement, c'est être prêt à la pire situation. Pourtant, quand le personnel du centre médical du quartier m'a annoncé ma séropositivité, j'étais toujours sous le choc et cela a duré quelques heures. Je me sentais très las, je suis resté allongé sur le lit pendant des heures. Ensuite, je me suis levé et j'ai réfléchi à ce que je devais faire, j'ai pensé à mes deux enfants ».

(639 – homme séropositif, 44 ans, marié, ayant 2 enfants, quartier Ha-Lâm, Ha-Long)

« Une fois au courant de ma séropositivité, tout ce que j'ai fait, ça a été de pleurer. Je venais d'accoucher et j'ai pleuré tout en portant mon bébé dans mes bras. Ce n'était que quelques mois après mon mariage que j'ai su que mon mari était toxicomane. Je ne savais pas du tout que la toxicomanie pouvait entraîner la séropositivité. Je n'ai pas cru que je serais touchée par cette maladie. On m'a dit que c'était une maladie dangereuse, mortelle. Quand quelqu'un venait me rendre visite à l'hôpital, mes proches par exemple, des larmes coulaient spontanément de mes yeux. J'ai pleuré, bien qu'ils n'aient pas été au courant de ma séropositivité... ».

(333 – femme séropositive, 23 ans, mariée, ayant un fils de 3 ans, quartier Ha-Lâm, Ha-Long)

«...Quand j'ai reçu la nouvelle de ma séropositivité, j'ai eu très peur. Je n'ai pas cru le résultat du test. Je pense que c'est une réaction commune. Tout le monde est pareil. Après avoir reçu le résultat du test, on est sous le choc, paniqué, inquiet. On pense qu'on va mourir tout de suite ».

(Femme, séropositive, 27 ans, veuve, ayant une fille de 3 ans, quartier Trâm-Hung-Dao, Ha-Long)

Parlant de l'origine de la transmission, de nombreux proches des séropositifs affirment dans les discussions en groupe que la séropositivité d'un membre quelconque de leur foyer est due à la fois à des raisons objectives (contexte social) et subjectives (la famille n'ayant pas bien assumé ses fonctions éducatives et affectives)... La propagation de la toxicomanie, de la prostitution et du VIH dans la société, la pression des amis sur les

jeunes, le manque de courage et le manque de soins de la famille pour chaque membre, les conflits familiaux ont poussé les jeunes à commettre des actes à haut risque de séropositivité.

« Dans l'ensemble, il existe de nombreux problèmes complexes dans la société. Nous vivons près de la baie d'Ha-Long, un lieu touristique. Cela influence considérablement les contacts et échanges. Je viens de prendre ma retraite. Auparavant, mes enfants étaient sages. Mais plus tard, quand ils ont commencé à travailler, ils imitaient leurs amis. Au début, ils voulaient tout simplement essayer la drogue, puis ils sont devenus toxicomanes. Puis ils avaient des relations sexuelles sans protection. C'est pour cela qu'ils étaient séropositifs. Mais ils nous ont caché leur toxicomanie pendant quatre ans. Ils se sont mariés, ont eu des enfants. En tant que parents, nous pensions que puisque nos enfants étaient mariés et avaient leurs propres enfants, nous n'avions plus de responsabilité envers eux. Nous ne faisons plus attention à eux. Nous pensions qu'ils étaient occupés au travail, tout simplement... ».

(Père 4, 60 ans, discussion du groupe des pères de séropositifs, quartier Cao-Xanh, Ha-Long)

L'étude de [Lê Minh Hai et al.](#) sur la prévention et le soin des jeunes séropositifs à Ha-Long et Câm-Pha en 2005 conclut également que la famille endosse aussi une faute dans la réalisation de son rôle dans la prévention du VIH auprès des adolescents et des jeunes. Les parents non conscients du risque de contamination de l'épidémie n'ont pas bien accompli leur fonction d'éducation de leurs enfants, ne leur donnant pas les connaissances et le savoir-faire nécessaires pour se protéger, pour résister à la pression de la part d'amis pour la consommation de la drogue, la prostitution, pour utiliser des préservatifs dans leurs relations sexuelles... Occupés par leur travail pour améliorer les conditions économiques de la famille, certains parents ne suivent pas de près leurs enfants, ne discutant pas avec ces derniers de ce qui se passe dans leur vie ([Lê Minh Hai et al., 2005](#)).

[+ La forte stigmatisation des séropositifs dans la société favorise la stigmatisation des séropositifs dans la famille](#)

Après avoir été au courant de leur séropositivité, les séropositifs subissent la stigmatisation liée au VIH/sida dans la société. Cette attitude pourrait tirer son origine du jugement de valeur morale estimant que les séropositifs ont eu des actes « déplacés », ou d'une accusation selon laquelle les séropositifs apportent la maladie dans la communauté, ou encore de la peur d'être contaminé accompagné de la croyance selon laquelle le VIH/sida est une maladie contagieuse et qu'il n'existe pas de remède pour en guérir. Les séropositifs subissent la stigmatisation dans la communauté, sur leur lieu de travail, à l'école, dans les établissements sanitaires... (*voir chapitre 1 - partie 1.1.2. Théories sur la*

stigmatisation ; partie 1.1.4. L'attitude de stigmatisation dans les études menées dans les pays en voie de développement ; partie 1.2.3. Attitude de stigmatisation dans la société au Viêt Nam).

Cette étude a pu identifier des raisons de stigmatisation des séropositifs dans la société à Ha-Long similaires à celles citées ci-dessus. Les témoignages qualitatifs montrent que la stigmatisation liée au VIH/sida dans la société à Ha-Long au moment où se déroulait l'enquête a diminué par rapport aux années précédentes. Toutefois, l'analyse quantitative montre que les membres des foyers-cas et ceux des foyers-témoins adoptent toujours une attitude de stigmatisation des séropositifs à un niveau assez élevé. La stigmatisation des séropositifs dans la société se manifeste sous des formes assez variées : détester l'individu, réduire les visites qu'on lui rend, s'en éloigner, éviter le contact avec lui, refuser d'acheter des marchandises chez un vendeur séropositif ou d'en vendre à un acheteur séropositif, ne pas accepter d'élève séropositif, émettre des propos critiques (*chapitre 4 – partie 4.1*).

Il est à noter que la stigmatisation des séropositifs dans la société exerce une pression sur la stigmatisation dans la famille. L'analyse des données quantitatives de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long montre que dans tous les foyers, la probabilité d'une stigmatisation des séropositifs dans les situations quotidiennes augmente avec les attitudes de stigmatisation des séropositifs dans la société (*chapitre 4 - partie 4.5.4*). La probabilité d'une l'autostigmatisation dans la participation aux activités communautaires est également plus forte chez les séropositifs un foyer adoptant une forte stigmatisation des séropositifs dans la société (c'est-à-dire dont de nombreux membres adoptent cette attitude) (*chapitre 4 - partie 4.5.2*).

+ *En raison des limites des infrastructures sanitaires et des programmes de soins et de traitement, la charge de la famille dans les soins aux séropositifs est plus importante*

Les services de soin de santé du Viêt Nam sont de meilleure qualité que ceux d'autres pays dont le niveau de revenu par habitant est équivalent (*chapitre 1 - partie 1.2.1*). Toutefois, l'assurance maladie ne couvre qu'un petit nombre de personnes (employés du secteur public, enfants de moins de 6 ans, personnes pauvres, minorités ethniques...). Trois quarts des frais des soins de santé de chaque habitant proviennent du budget personnel ou familial (*Knowles et al., 2005 cité par Wagstaff A., 2007*).

Selon les experts internationaux, les actions du réseau sanitaire vietnamien dans la lutte contre le VIH/sida ont connu de nombreux progrès dans les politiques tout comme dans les interventions concrètes (*chapitre 1 - partie 1.2.4*). Toutefois, les infrastructures des établissements sanitaires vietnamiens et les programmes de soin et de traitement comportent encore de nombreuses limites, notamment en ce qui concerne les ressources financières pour répondre aux besoins. Le budget national réservé à la prévention du VIH/sida n'est que de 0.06 dollars des Etats-Unis par personne en 2004. Ce budget ne répond qu'à 30 % des besoins. Le manque prévisionnel de budget réservé à la prévention du VIH/sida pour la période 2006-2010 est estimé à 66,7 % (*Bô Y tề, 2007*).

À Ha-Long, dans la province de Quang-Ninh, au moment où se déroulait l'enquête FAVIHVIET Ha-Long 2006, des interventions de prévention du VIH/sida ont été déployées. Trois cabinets de consultation et de dépistage volontaire ont ouvert leurs portes, de même qu'une salle de consultation et de traitement ambulatoire relevant du Centre médical municipal, réservée aux personnes atteintes de sida de Ha-Long et une autre salle similaire de l'hôpital provincial à l'intention personnes atteintes de sida de toute la province de Quang-Ninh. Ces deux salles fonctionnent depuis 2005. Le traitement interne est effectué au département des maladies contagieuses de l'hôpital provincial et à l'hôpital à vocation phthisiologique K67 situé à Ha-Long. Les centres médicaux de quartier opèrent principalement dans la prévention et coopèrent avec le centre médical municipal pour supervision des patients qui suivent des traitements ambulatoires. Le programme de traitement par ARV et le traitement des infections opportunistes à l'intention des séropositifs à Ha-Long avaient également commencé à cette date. La consultation et la fourniture des ARV n'étaient effectuées que dans les deux salles de consultation et de traitement ambulatoire. La fourniture des médicaments pour la prévention des infections opportunistes était effectuée plus largement, à la fois dans ces deux salles de consultation et dans les centres médicaux de quartier (*Directrice adjointe du Centre médical de la ville de Ha-Long*).

En réalité, les programmes d'assistance au traitement gratuit sont très limités et ne peuvent fournir des services qu'à un petit nombre de séropositifs ou de personnes en phase sida. Le traitement ARV est une évolution importante du programme de soin et de traitement des séropositifs. Il aide à retarder le développement du VIH et à prolonger la vie des séropositifs. Toutefois, au moment où se déroulait l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, seulement 240 séropositifs à Ha-Long recevaient un traitement ARV gratuit (environ 6 % des séropositifs dépistés encore en vie). D'ailleurs, la mise en application du programme restait lente, certains patients admis au programme sont morts avant de recevoir des médicaments. Les médicaments fournis ne répondaient qu'à des protocoles de traitement

simples. Si le patient résistait au médicament ou souffrait d'effets secondaires, il devrait être traité dans un hôpital plus performant ou arrêter tout simplement le traitement.

« Jusqu'à demain après-midi, 1.330 patients se sont inscrits à ma salle de consultation. Le nombre des patients ayant reçu des ARV est de 272 personnes, dont 200 dans la ville de Ha-Long. Les autres patients sont dans les autres districts de la province ».

(Médecine, chef de la salle de consultation et de traitement ambulatoire CDC, Hôpital polyclinique de la province de Quang-Ninh)

« Depuis début 2006, on a lancé 3 vagues de traitement pour 54 patients dont 4 sont morts avant de prendre leurs médicaments. 8 autres sont morts durant le traitement. 2 étaient gravement allergiques aux médicaments mais nos programmes ne peuvent pas les traiter. Nous étions obligés de les transférer à l'hôpital polyclinique provincial. Actuellement, 40 personnes reçoivent des médicaments ici »

(Médecine, directrice adjointe du centre médical de Ha-Long, responsable du traitement ARV)

Afin d'être admis dans les programmes gratuits de traitement par ARV, les séropositifs devaient préparer leur dossier qui serait déposé au programme pour approbation. Ils ne recevaient aucune assistance dans la préparation de leur dossier. Ce dossier devait comprendre des résultats de tests spécifiques, tel que le test de cellule CD4. Or, à Ha-Long, aucun établissement n'effectuait ce type de test en raison du manque d'équipement nécessaire. Pour réaliser ces tests, les séropositifs devaient se déplacer loin, vers les localités où ces services étaient fournis, tels que des hôpitaux à Hanoi (à 200 km de Ha-Long), ou l'hôpital Vietnamo-suédois dans la ville de Uông-Bi (à 90 km de Ha-Long). Les séropositifs et leur famille devaient payer des frais très conséquents pour cela.

« Mon fils est séropositif, à présent, il n'attend que la mort. Il n'y a aucun médicament. Je me suis renseigné partout. Si l'on veut s'inscrire au programme, il faut payer 300.000 dongs. Ensuite, il faut préparer le dossier, se rendre à l'hôpital provincial et à Hanoi pour faire différents tests. C'est très coûteux de se rendre à Hanoi, ce n'est pas simple. Je pense qu'il faut au moins un million de dongs. Lui, [son fils séropositif] ne peut pas trouver une telle somme. Si chaque province avait un tel établissement [qui effectue des tests CD4 aux séropositifs] la population n'aurait plus à faire des déplacements coûteux ».

(Père 1, 60 ans, discussion de groupe avec des pères de séropositifs, Cao-Xanh, Ha-Long)

En 2006, presque tous les séropositifs n'avaient pas d'assurance-maladie. Même dans l'enquête FAVIHVIET Hà Long, 83,2 % des séropositifs n'ont pas cette assurance. Selon la

politique vietnamienne concernant l'assurance-maladie à cette période, les séropositifs n'étaient pas remboursés par cette assurance (La loi sur la prévention du VIH/sida en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2007 stipule que les personnes munies de l'assurance-maladie et infectées par le VIH peuvent se faire soigner avec l'assurance-maladie). Les programmes de traitement gratuit étaient réservés aux patients sous traitement ambulatoire. Quand les séropositifs avaient des infections graves, ils devaient être hospitalisés. Dans ce cas-là, presque tous les frais de traitement étaient assumés par eux-mêmes et leur famille.

« D. est hospitalisé. L'hôpital lui fournit les médicaments disponibles et nous payons les frais d'hospitalisation. Mais certains médicaments ne sont pas disponibles à l'hôpital. Je dois dire aux médecins de me donner l'ordonnance pour que j'en achète à l'extérieur. L'hôpital n'a que des médicaments bon marché, ceux qui sont chers sont vendus dans les pharmacies. La première fois quand il avait de la fièvre, après une semaine à l'hôpital, D. était guéri. Chaque jour d'hospitalisation coûtait 200.000 dongs, à cela s'ajoutent d'autres frais. D a été hospitalisé quatre fois. Il a des champignons au cerveau. C'est pénible pour nous, ses parents ».

(515 – mère d'un séropositif, 50 ans, ayant 2 enfants, le fils aîné est séropositif, Cao-Thang, Ha-Long)

[+ Le traitement ARV procure du bien-être au séropositif et à sa famille mais pose de nouveaux défis à la famille](#)

La médecine n'a toujours pas trouvé de remède pour guérir le sida. Toutefois, les antirétroviraux sont vulgarisés dans de nombreux pays développés ou en voie de développement. Avec la mondialisation, de plus en plus de séropositifs dans le monde utilisent ces médicaments (UNAIDS, 2008). À Ha-Long, malgré les difficultés, le traitement ARV a produit de bons résultats. La santé des séropositifs étant rétablie grâce à ces traitements, ils retrouvent en quelque sorte leur joie de vivre. Les séropositifs étant souvent touchés par des infections opportunistes, ce traitement allège la charge de la famille dans les soins aux séropositifs et réduit leurs inquiétudes quant à la perte de leur proche.

« Après avoir pris des ARV, il a pris 7 kilos, sa santé s'est nettement améliorée, toute la famille était très enthousiaste. Il s'est senti très réconforté et est éretourné au travail. Il travaille dans l'élevage de crevettes. Il m'a même demandé de contracter des emprunts pour investir dans l'élevage de poisson. Actuellement, il travaille pour d'autres personnes, ses salaires ne suffisent qu'à le nourrir. Il souhaite travailler pour lui-même pour gagner davantage... Avant, il était très pessimiste. Il ne voulait pas que je prenne la peine de le soigner. Une fois, il a même cogné sa tête contre le mur pour se suicider. Heureusement que son père l'a découvert à temps... ».

(625 – femme d'un séropositif, 34 ans, vivant avec son mari séropositif, Cao-Thang, Ha-Long)

Quand les ARV se répandent ils posent de nouveaux défis à la famille. Celle-ci doit adopter des réactions adéquates afin de vivre plus longtemps avec ses proches séropositifs. La famille doit réfléchir et élaborer de nouveaux plans pour l'avenir du séropositif et d'autres membres tels que le bien-être économique familial, l'amélioration de la santé des membres, l'amélioration de l'environnement familial (lutter contre la stigmatisation, renforcer la solidarité et l'entraide entre les membres). La famille doit également accompagner le séropositif tout au long de son traitement. De l'avis des spécialistes médicaux, il s'agit d'un facteur important et indispensable garantissant le succès du traitement.

« Quand le patient est admis dans le programme de traitement ARV, il est obligatoire qu'il soit assisté de quelqu'un pour qu'il observe strictement les consignes. Dans la plupart des cas, il est assisté de ses proches. Sans l'aide de ces derniers, si le patient commet des erreurs, le traitement échouera ».

(Médecine, directrice adjointe du Centre médical Ha-Long, responsable du traitement ARV)

En résumé, les phénomènes négatifs et positifs coexistent dans le développement de la société. Les actes considérés comme des « fléaux sociaux » apparaissent et se propagent dans la communauté au sein des localités ayant des conditions favorables au développement de l'industrie et du tourisme comme Ha Long. Le VIH/sida est la conséquence de ces phénomènes. Dans un contexte social à haut risque, de nombreux foyers doivent faire face à l'apparition du VIH chez eux. La stigmatisation des séropositifs diminue avec l'évolution de l'épidémie, mais elle restait encore forte au moment où se déroulait l'enquête. La stigmatisation des séropositifs dans la société fait pression sur celle dans la famille. Les infrastructures sanitaires et les ressources destinées aux soins et au traitement des séropositifs au Viêt-Nam et plus particulièrement à Ha-Long sont encore limitées. Cela rend la tâche des foyers dans les soins aux séropositifs encore plus lourde. La vulgarisation des progrès médicaux en faveur des séropositifs tels que les antirétroviraux apportent du bien-être aux séropositifs et à leur famille, mais posent également de nouveaux défis à leur famille.

7.1.2. Réaction de la famille à l'égard du le séropositif

L'entrée du VIH dans un foyer est marquée par la réception par un membre de ce foyer du résultat du test qui révèle sa séropositivité. Toutefois, la façon dont se passe l'annonce de la séropositivité au membre du foyer varie selon les cas. Les témoignages montrent que dans certains cas, le séropositif est le premier à être informé du résultat de son test, alors

que dans d'autres cas, un membre quelconque de la famille est le premier à connaître ce. Parfois, après avoir reçu son résultat, le séropositif l'annonce aux autres membres de la famille, parfois il ne le révèle à personne.

« Quand j'ai reçu la nouvelle [la séropositivité], je n'en ai parlé à personne. Ma mère était la seule à en être au courant, parce qu'elle était là quand la personne du centre médical du quartier est venue chez nous annoncer la nouvelle. Je n'en ai même pas parlé à ma femme. J'ai demandé à ma mère de n'en parler à personne. Ce n'est que l'an dernier que ma séropositivité a été révélée, à cause des infections opportunistes. Donc, officiellement, ma femme n'est au courant que depuis l'an dernier. Je n'en ai parlé à personne, car je savais que durant le temps qui me restait, je devrais travailler et élever mes enfants. Il fallait donc éviter la stigmatisation de la part de la société pour pouvoir continuer à travailler ».

(639 – homme séropositif, 44 ans, marié, ayant 2 enfants, quartier Ha-Lâm, Ha-Long)

Les réactions de la famille vis-à-vis du séropositif n'ont lieu que quand l'information sur la séropositivité est révélée à au moins un autre membre de la famille. Ces réactions peuvent être négatives ou positives. Toutes ces réactions mettent le séropositif dans un contexte de vie différent de celui que connaissait sa famille.

« Si la séropositivité n'est pas révélée, il est tout à fait normal. S'il ne se livre pas à des débauches, s'il n'est pas toxicomane ni séropositif, l'ambiance dans la famille est différente. Or, si l'on sait que son enfant est séropositif, l'ambiance dans la famille change. Ce changement est se manifeste dans les relations entre les parents et l'enfant dans toutes les activités. On ne s'éloigne pas l'un de l'autre, mais il faut prévenir la transmission. L'enfant fait de sorte que les parents ne soient pas contaminés. Les parents doivent eux aussi être prudents pour ne pas attraper la maladie ».

(Père 2, 50 ans, discussion de groupe des pères de séropositifs, quartier Cao-Xanh, Ha-Long)

+ La stigmatisation des séropositifs par les membres des foyers

La stigmatisation est la première réaction des membres des foyers vis-à-vis des séropositifs. Il s'agit d'une réaction négative vis-à-vis des séropositifs dans la famille. Dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, la stigmatisation des séropositifs par les membres des foyers se traduit dans les situations quotidiennes ou dans les soins de santé. Concernant les situations quotidiennes, la stigmatisation des séropositifs se manifeste par se par le fait qu'ils ne peuvent pas dormir dans le même lit que le séropositif, que les vêtements de ce dernier ne doivent pas être lavés avec ceux des autres membres de sa famille. Cette attitude est présente chez 53 % des membres des foyers ayant des personnes se déclarant

séropositives et 61 % des membres des foyers n'ayant pas de personne se déclarant séropositive dans cette enquête. Par rapport aux soins de santé, 41 % des membres des foyers-cas et 56 % des membres des foyers-témoins estiment que les séropositifs doivent être soignés dans des lieux qui leur sont réservés ou n'indiquent pas la famille comme un lieu de soin pour les séropositifs. La crainte d'être contaminé par le VIH est la principale raison de ces attitudes de stigmatisation (*chapitre 4 - partie 4.4*). Ce résultat est similaire aux résultats de Khuât Thu Hồng et al., 2004 (*chapitre 1 - section 1.2.3*).

La stigmatisation des séropositifs dans le repas ou le partage de la vaisselle n'existe que chez un petit nombre de membres de foyers enquêtés à Ha-Long. Toutefois, dans l'étude sur l'impact du VIH/sida sur les foyers vietnamiens menée par [PCSA Viêt Nam et PNUD](#) en 2009²⁶, parmi les séropositifs enquêtés, 8,7 % indiquent que les membres de leur famille refusent de partager la nourriture et la vaisselle avec eux ([PCSA Viêt Nam, UNDP, 2009](#)).

Certains membres des foyers manifestent une attitude de jugement et d'accusation des séropositifs de transmettre le VIH. L'étude qualitative de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long relève les cas où le séropositif est détesté par sa famille qui estime qu'il n'a pas écouté ses recommandations et s'est livré à « la débauche » qui a abouti à la séropositivité ; ou encore le jugement de certains membres des foyers des séropositifs considère ces derniers et les toxicomanes comme de « mauvaises personnes » (*chapitre 4 - partie 4.4*). Dans l'étude de [PCSA Viêt Nam et PNUD](#) menée en 2009, de nombreuses femmes séropositives disent qu'après la mort de leur mari à cause du VIH, elles sont accusées d'avoir contaminé leur mari et qu'elles sont obligées de retourner immédiatement chez leurs propres parents. On leur refuse souvent le droit de posséder des biens, leur droit à l'héritage, voire les droits de garde de leurs enfants ([PCSA Viêt Nam, UNDP, 2009](#)).

On peut constater que la stigmatisation des séropositifs dans la famille à Ha-Long reste encore forte. Cependant, selon l'évolution de l'épidémie, parallèlement aux interventions de la communauté, la stigmatisation liée au VIH/sida connaît une réduction graduelle (*chapitre 4 - partie 4.4*). Dans l'étude de [PCSA Viêt Nam et PNUD](#) menée en 2009, les répondants indiquent tous que la stigmatisation a beaucoup diminué par rapport aux années précédentes. Ils entressentent une attitude meilleure de la part de leurs voisins et leurs employeurs. Leurs enfants peuvent aller à l'école. Ils reçoivent plus d'amour et de compassion de la part des autres membres de la famille ([PCSA Viêt Nam, UNDP, 2009](#)).

²⁶ L'étude est réalisée dans 6 provinces fortement influencées par le VIH/sida au Viêt Nam, dont Quang-Ninh.

+ L'exclusion des séropositifs de certaines situations quotidiennes

La stigmatisation des séropositifs mène à leur exclusion dans la famille. L'analyse dans le chapitre 6 montre la stigmatisation de séropositifs par des membres de leur foyer dans certaines situations quotidiennes, par exemple le partage du lit ou la lessive des vêtements. Les analyses quantitatives ont pu le mesurer : la probabilité d'une exclusion dans le partage du lit a été multipliée par 5 chez les séropositifs en union et par 3 chez les séropositifs hors union au moins un membre de la famille adopte une attitude de stigmatisation. De manière similaire, la probabilité d'une exclusion dans la lessive commune des vêtements a été multipliée par 5 chez les séropositifs en union et par 2 chez les séropositifs hors union. Dans les analyses qualitatives, les proches des séropositifs enquêtés soulignent que les séropositifs doivent utiliser des cuvettes qui leur sont réservées pour leur toilette et que leurs vêtements doivent être lavés séparément (*chapitre 6 - partie 6.3*). Évidemment, cette exclusion est connue comme l'une de mesures de prévention, mais elle a des influences sur les séropositifs car elle n'existait pas dans leur vie avant la découverte de leur séropositivité.

+ Contradiction entre le jugement, l'accusation et la tolérance, le pardon et la disponibilité à soigner des séropositifs

Parmi les réactions des membres de foyer vis-à-vis des séropositifs, il semble exister une contradiction entre le jugement, l'accusation et la tolérance, le pardon ou encore la disponibilité à soigner les séropositifs. Certains membres de foyer jugent les actes passés des séropositifs. Ils estiment que ces derniers sont séropositifs pour ne pas avoir écouté « les recommandations » des parents, leurs frères et sœurs, ne pas avoir su résister aux tentations. De nombreux membres de foyer accusent les séropositifs d'avoir donné à la famille une mauvaise réputation, portant atteinte à la vie des autres membres du foyer (*chapitre 4 - partie 4.4*). Toutefois, la tolérance existe chez ces mêmes membres. En tant que père, mère, frère, sœur ou époux/épouse de séropositifs, ils savent que ces derniers sont leurs proches qu'ils doivent encourager et aider. Ils ont besoin de ces séropositifs.

« Mon Dieu, tous les espoirs que j'ai fondés sur mon mari se sont évaporés. En dépit de mes conseils et des traitements de désintoxication, il n'a pas pu abandonner la drogue. Il est donc maintenant malade [séropositif]. Mais je pense qu'il est quand même mon mari, le père de mes enfants. De toute façon, les femmes ne sont pas égales aux hommes. La parole du mari vaut cent fois mieux que celle de la femme. Je voudrais que mon mari vive longtemps pour servir d'appui aux enfants. J'ai fait tout ce que je pouvais pour qu'il puisse prendre des médicaments ARV ».

(625 – femme d'un séropositif, 34 ans, vivant avec son mari séropositif, Cao-Thang, Ha-Long)

« J'ai pleuré devant des amies, je leur ai dit que mon père était un prisonnier politique pour avoir participé à la résistance anti-française [fierté de la famille]. Mon fils, lui, s'enlise dans cette voie [séropositivité]. Il nous fait de la peine... Mais il est quand même notre propre fils. Malgré les difficultés, je dois prendre soin de lui. J'ai de la peine, mais je dois toujours lui le moral, maintenant qu'il est séropositif ».

(Mère 3, 70 ans, discussion du groupe avec des mères de séropositifs, Cao-Thang, Ha-Long).

« Nos enfants sont séropositifs pour s'être livrés à la débauche, avoir eu des relations sexuelles avec leurs copines sans protection... Ce qui est le plus dur pour les parents, c'est qu'on a le moral à zéro... On sait que nos enfants vont mourir mais ne peut rien faire pour l'empêcher. Nous avons fait tout notre possible, réservé toute notre force et nos moyens aux soins à nos enfants ».

(Père 3, 50 ans, discussion de groupe avec des pères de séropositifs, Cao-Xanh, Ha-Long)

L'analyse des données quantitatives de l'enquête FAVIHIET Ha-Long montre bien les contradictions: alors que 41 % des membres des foyers de séropositifs et 56 % des membres des foyers n'ayant pas de séropositifs adoptent une stigmatisation des séropositifs dans le choix du lieu aux soins de santé, 98 % des membres de tous les foyers enquêtés indiquent toutefois qu'ils sont prêts à soigner les séropositifs si ceux-ci ont des problèmes de santé (*chapitre 4 - partie 4.4.2*). En réalité, 98 % des séropositifs reçoivent des soins de la part d'au moins un proche de leur famille, 53 % en reçoivent de la part de deux personnes et plus. Les séropositifs sont souvent soignés par leurs propres parents, frères et soeurs. Les entretiens qualitatifs montrent que les parents, les frères et sœurs des séropositifs les soignent avec dévouement (*chapitre 6 - partie 6.2.1*).

« 1: Dans la famille, généralement qui prend le plus soin de K? Vous ou votre femme ?

2 : Ma femme et moi, on le soigne ensemble. Si ma femme va aux champs, je reste à la maison pour le soigner.

1 : Racontez-moi, s'il vous plaît, comment vous soignez K quand il est malade ?

2 : Il faut le soigner minutieusement. Quand on est sidéen, son corps devient tout mou. Excusez-moi, mais il ne peut même pas se tenir sur la cuvette WC. Je lui ai dit : « Ne sois pas embarrassé ! Dis-moi quand tu veux faire tes besoins ! ». Puisque je suis son père, je dois pouvoir supporter la puanteur quand il fait ses besoins. C'est pénible. Je dois prendre soin de lui dans toutes les activités.

1 : Vous êtes un père formidable. Que devez-vous faire d'autre pour lui, tous les jours ?

2 : Tous les jours, je lui dis : « Que veux-tu manger aujourd'hui ? Commande ! ». S'il veut du potage de riz, je ferai du potage de riz. S'il veut des nouilles, j'achète de la viande pour lui faire

un bol de nouilles. Parfois, il veut du riz, des cresson avec de la sauce de tomate. Je fais tout pour répondre à sa demande. Un jour, il m'a dit « J'aimerais bien manger du foie ». J'ai pris tout de suite mon vélo pour aller au marché.

1 : Outre les courses et les repas, que devez-vous faire encore ?

2 : Je dois encore laver ses vêtements. Je lui dis : « Va prendre ton bain ! Je laverai tes vêtements ».

(323 – père d'un séropositif, 67 ans, ayant 3 fils dont deux séropositifs, Cao-Thang, Ha-Long)

La tâche des membres de la famille dans les soins sur plusieurs plans (moyens financiers, temps, efforts, pression psychologique causée par la peur d'être contaminé, les réactions négatives des séropositifs : hargneux, difficiles...) sont énormes ([Lê Minh Hai et al, 2005](#)). Sans l'amour et le sens de la responsabilité, les membres de la famille auront du mal à effectuer tous ces soins et ils doivent souvent faire de grands efforts. Ils sont également se confronter à des tourments. Les soins pénibles, la crainte d'être contaminé, la stigmatisation, le rejet de la faute, le jugement créent des pressions psychologiques. Parallèlement à tout cela, c'est l'amour envers les séropositifs qui sont d'ailleurs leurs proches (enfants, frères, sœurs, époux, épouses).

En résumé, après avoir révélé leur séropositivité aux membres de leur famille, les séropositifs reçoivent de la part de ces derniers à la fois des réactions positives et négatives. Malgré la stigmatisation des séropositifs par les membres de leur famille dans les situations quotidiennes, le lieu de soins de santé, ces derniers sont prêts à soigner les séropositifs en cas de problèmes de santé. Bien que les membres de leurs familles jugent les séropositifs et rejettent la faute sur eux pour leur séropositivité, ils leur accordent toutefois de la tolérance, du pardon, de l'amour et des efforts dans les soins.

7.1.3. Impacts de l'apparition du VIH/sida sur les membres séronégatifs dans la famille

Le VIH/sida est considéré comme un nouveau problème social. Une fois entré dans la famille, il bouleverse la vie familiale et laisse des impacts sur chaque membre. De nombreuses études montrent que non seulement les séropositifs, mais leurs proches subissent également les impacts du VIH/sida (*chapitre 1 - parties 1.1.4 et 1.2.3*). Dans cette étude, de nombreux témoignages prouvent que les membres des foyers des séropositifs subissent les impacts importants de l'épidémie.

+ Être au courant de la séropositivité d'un proche crée un « choc psychologique »

Comme nous l'avions abordé, le séropositif a des troubles psychologiques quand il apprend sa séropositivité. Les autres membres du foyer ne peuvent non plus recevoir cette nouvelle avec calme. Dans l'étude qualitative de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, les proches des séropositifs indiquent que la réception de l'information sur la séropositivité de ces derniers leur a causé un « choc psychologique ».

« Sur le plan psychologique, dans les autres familles, tout comme chez la mienne, aucun père, aucune mère ne pouvait garder son calme en recevant la nouvelle de la séropositivité de son enfant. Que l'on le veuille ou non, c'est un « choc » dans la vie... ».

(Père 3, 50 ans, discussion avec du groupe des pères des séropositifs, Cao-Xanh, Ha-Long)

Chacun peut manifester des actes différents en recevant cette information, mais tous connaissent des secousses psychologiques. Ces secousses ne se terminent pas après un bref moment, mais se prolongent durant une longue période après.

« Son m'en a parlé [annonce la séropositivité de ma fille], je suis restée muette... Tout le monde souhaite que ses enfants soient des gens bien, personne ne veut que ses enfants soient tombés dans la débauche. Elle est ma fille unique. Tout ce que je faisais, c'était de pleurer. J'étais triste et ma santé s'est dégradée... Durant toute cette année-là, j'étais inquiète jours et nuits. Je dormais très peu, je pensais tout le temps à ma fille. J'étais presque tout le temps malade. Je ne me suis rétablie que près d'un an après ».

(301 – mère d'une séropositive, 62 ans, veuve, ayant 2 enfants, quartier Cao-Xanh, Ha-Long)

« J'étais sous un grand choc, mais je pensais que j'étais un père, je devais faire des efforts pour me remonter le moral, si je me laisse aller, comment allaient aller les autres ? Si je me laissais emporter par la tristesse, comment allait vivre ma femme. Je faisais donc des efforts pour refouler les sentiments pour que tout se passe normalement ».

(323 – père d'un séropositif, 67 ans, ayant 3 fils dont deux séropositifs, Cao-Thang, Ha-Long)

+ Faire face aux réactions de la société vis-à-vis de la famille et de ses membres

Certaines études sur la stigmatisation menées au Viêt Nam montrent que non seulement les séropositifs, mais aussi les membres de leur famille subissent la stigmatisation (UNFPA, VAPPD, 2003) (chapitre 1 - partie 1.2.3). Dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, les familles et les membres des familles comportant un séropositif subissent une stigmatisation de la part de leur entourage.

« Les voisins, quand ils voient que notre enfant est comme ça [séropositif], ils adoptent une attitude de stigmatisation. Ils n'aiment pas notre famille ».

(Mère 2, 54 ans, discussion avec des mères de séropositifs, Cao-Xanh, Ha-Long)

On rejette également la faute sur la famille des séropositifs et ses membres, notamment les parents, estimant que ceux-ci n'ont pas réussi à éduquer leurs enfants, à les empêcher de tomber dans les "fléaux sociaux" et à être affectés par le VIH. Les familles des séropositifs sont jugées sur le plan moral aux yeux de tout le monde dans la communauté.

« La famille de Monsieur H. par exemple, son fils aîné est membre du Parti communiste du Viêt Nam. Le cadet est séropositif. Tout le monde le critique et dit qu'il ne sait pas éduquer son enfant. Sa famille a une mauvaise réputation... Hier, par exemple, quelques femmes disaient : « Mon dieu, quelle honte d'avoir un fils séropositif, les voisins le critiquent souvent... ».

(Présidente du club Đồng Cảm [Compassion], Cao-Thang, Ha-Long)

Les témoignages de l'enquête FAVIHIET Ha-Long montrent que les enfants des séropositifs ne sont pas admis à l'école (*chapitre 4 - partie 4.1*). Les autres membres de la famille sont également mis à l'écart par leur entourage en raison de la séropositivité de leur proche. Ils reçoivent rarement de la visite de la part de leur parenté, des amis et des voisins (*chapitre 4 – partie 4.2*).

+ [Faire face à la séparation dans les situations quotidiennes](#)

Parallèlement à l'exclusion des séropositifs de situations quotidiennes, les analyses du chapitre 6 montrent que les membres séronegatifs des foyers comportant une personne se déclarant séropositive doivent faire face à une séparation. Le partage du lit avec d'autres membres de la famille ou la lessive commune des vêtements de tous les membres constituent des habitudes quotidiennes de tous les foyers vietnamiens. Toutefois, 21,5 % des membres des foyers-cas indiquent qu'ils ne dorment jamais dans le même lit que quelqu'un de leur famille; 12,8 % ne lavent jamais leurs vêtements avec ceux d'autres membres de leur famille. Cette séparation est deux fois plus importante dans les foyers cas que dans les foyers-témoins. Elle s'explique par la stigmatisation des séropositifs dans leur famille par crainte d'une transmission du virus (*chapitre 6 - partie 6.4*).

+ [Assumer la responsabilité et la charge des soins de santé des séropositifs](#)

Les nombreux témoignages montrent que, malgré leur attitudes vis-à-vis des séropositifs, les membres de de leurs familles sont prêts à assumer les soins de santé aux

séropositifs. Les parents, les frères, les sœurs, l'épouse, et notamment la mère, jouent le rôle le plus important dans ce domaine (*chapitre 4 - partie 4.4.2, chapitre 6 - partie 6.2.1, et partie 7.1.2*). En réalité, le besoin des séropositifs d'être soigné pourrait apparaître dès la réception de l'information de leur séropositivité par les membres de leur famille ou longtemps après cet événement. Toutefois, à Ha-Long presque tous les séropositifs ont consommé de la drogue durant une très longue période et beaucoup d'entre eux ne font le test de dépistage du VIH que lorsqu'ils ont déjà des infections opportunistes. C'est pourquoi, juste après le « choc psychologique » de l'annonce de la séropositivité de leur proche, les membres de nombreux foyers doivent tout de suite faire face au besoin des séropositifs d'être soignés. Ils doivent sacrifier du temps et des efforts à ces soins. Dans certains cas, un membre du foyer doit quitter son emploi ou ne plus participer aux activités communautaires afin de soigner les séropositifs. De plus, les limites des ressources sociales rendent encore plus lourde la tâche des membres des foyers dans les soins aux séropositifs (*partie 7.1.1*).

+ [Les femmes font face à un risque élevé de contracter le VIH](#)

Dans n'importe quel contexte, les femmes sont celles qui souffrent le plus de désavantages, et c'est effectivement le cas dans la société vietnamienne où l'inégalité de genre existe encore dans les représentations et dans les faits. Dans le contexte du VIH/sida, les relations sexuelles sans protection ont remplacé l'injection de drogue pour devenir la raison principale de la transmission (*chapitre 1 - partie 1.1.2*). En fait, le risque d'attraper le VIH est très élevé pour les femmes dont le mari est séropositif. L'enquête FAVIHVIET Ha-Long montre que de nombreux hommes qui se sont injectés de la drogue ne savent pas du tout qu'ils sont séropositifs. Ils ne sont pas du tout conscients qu'il faut prévenir la transmission du VIH à leur femme.

« À mon avis, jusqu'à présent, la transmission du VIH reste élevée. La raison est la suivante : de nombreux séropositifs sont morts, mais ils ont transmis le VIH à d'autres personnes. Par exemple, le mari est toxicomane, puis séropositif. Il transmet le virus à sa femme sans que cette dernière le sache. Autrefois, de nombreuses personnes sont mortes, mais aucun test n'a été réalisé pour confirmer qu'elles sont mortes à cause du sida. C'est pourquoi, souvent, les femmes des maris séropositifs ne savent pas qu'elles le sont aussi ».

(Chef du centre médical du quartier Cao-Xanh, Ha-Long)

Toutes les femmes séropositives participant à l'étude qualitative indiquent qu'elles ont su que leur mari était toxicomane et séropositif seulement après leur mariage quand elles étaient déjà enceintes. La raison en est que leur mari et la famille de ce dernier l'ont caché.

« Je me suis mariée en 2003. A l'époque, je ne savais pas du tout qu'il était toxicomane. Ce n'est quand j'étais enceinte qu'il m'a dit qu'il était toxicomane. Ensuite, il s'est fait désintoxiquer mais peu de temps après il est mort. Il ne savait pas qu'il était séropositif... J'étais au sixième mois de grossesse, je suis allée voir un médecin, on m'a demandé de faire des . C'est seulement à ce moment-là que j'ai su que j'étais séropositive ».

(Femme séropositive, 27 ans, veuve, ayant une fille de 3 ans, Trân-Hung-Dao, Ha-Long).

Les préjugés concernant les relations conjugales, tels que que la soumission de la femme à son mari augmentent fortement le risque d'attraper le VIH/sida pour les femmes. L'étude menée par PCSA Viêt Nam et le PNUD (2009) montre que seulement 3 % des femmes enquêtées refusent des relations sexuelles avec leur mari ; seulement un cinquième des femmes vivant en ville et un dixième des femmes vivant à la campagne disent qu'elles discutent avec leur mari de la façon d'avoir des relations sexuelles protégées et de prévenir le VIH (*PCSA Viêt Nam, UNDP, 2009*). De plus, les enfants comptent beaucoup dans la société orientale (*Belanger D., 2002 ; Belanger D., 2006 ; Oosterhoff P. et al., 2008*). Cela crée une grande pression sur les femmes mariées qui doivent absolument être enceintes. On attend d'elles qu'elles donnent des fils. C'est pour cette raison que les femmes ayant des maris séropositifs acceptent des relations sexuelles sans protection vis-à-vis du risque d'être enceinte (*PCSA Viêt Nam, UNDP, 2009*).

+ Subir les pertes économiques de la famille

L'apparition de la drogue dans le foyer a des impacts négatifs sur l'économie familiale (*PCSA Viêt Nam, UNDP, 2009*). Les témoignages dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long montrent également que le foyer peut s'« épuiser » économiquement quand l'un de ses membres est séropositif...

« C'était pénible quand j'étais toxicomane, j'étais très turbulent. Je vendais tout ce qu'il y avait à la maison, même mon chien et les casseroles. Quand il n'y avait plus rien à la maison, je volais partout... ».

(507 – homme séropositif, 32 ans, célibataire, quartier Cao-Xanh, Ha-Long)

« À Ha-Long, on voit clairement que l'économie familiale est affectée. Souvent les toxicomanes qui s'injectent de la drogue sont séropositifs. Parmi les séropositifs à Ha-Long, beaucoup viennent de familles autrefois aisées aujourd'hui complètement ruinées à cause de la séropositivité de leurs enfants. Quand on a un fils toxicomane, il ne reste rien à la maison... ».

(Directrice du centre médical de Ha-Long)

Après l'influence de la drogue vient celle du VIH. Dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, 90,5 % des séropositifs et 91,3 % des membres séronegatifs de leurs foyers disent qu'après l'apparition du VIH dans leur foyer, la situation économique familiale s'est dégradée. 86,6 % des membres des foyers-témoins prévoient également que la situation économique familiale se dégradera si le foyer comporte un séropositif.

La dégradation économique de la famille entraîne celle de la qualité de vie de tous les membres du foyer. L'étude de [PCSA Viêt Nam et PNUD \(2009\)](#) indique que « dans les zones urbaines comme à la campagne, les foyers touchés par le VIH semblent dépenser moins pour l'alimentation et l'éducation (un facteur d'environ deux), la construction et la réparation des habitations (2,5 fois). Par contre, ces foyers dépensent plus d'argent dans les soins de santé (2.6 fois) par rapport aux foyers qui ne sont pas infectés par le VIH. Les foyers infectés par le VIH/sida doivent faire face à l'augmentation des frais des soins de santé pour les membres séropositifs quand ces derniers ont des symptômes du sida. La conséquence de l'augmentation des dépenses de santé est que tous les foyers doivent réduire leurs dépenses d'environ 8,7 % en ville et 11,7 % à la campagne. Les foyers infectés par le VIH risquent donc de tomber dans la pauvreté » ([PCSA Viêt Nam, UNDP, 2009](#)).

Dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, de nombreux séropositifs et membres de leurs foyers indiquent qu'ils dépensent beaucoup pour les soins de santé. Parfois ces dépenses dépassent même les revenus de la famille. Pour compenser ce manque, certains parents doivent reprendre un travail bien qu'ils soient déjà à la retraite, d'autres doivent emprunter de l'argent.

« L'an dernier, mon couple a dépensé près de 5 millions de dong pour le voyage à Hanoi. Je devais me rendre à Hanoi pour me faire faire un test de cellules CD4. Nos revenus mensuels ne sont que de près de 2 millions. Or, nous devons dépenser beaucoup... Je devais emprunter de l'argent. J'ai toujours des dettes à payer ».

(443 – femme séropositive, 26 ans, pratiquant le petit commerce (du poisson), mariée, ayant un fils de 5 ans, Trân-Hung-Dao, Ha-Long)

« Nos pensions mensuelles ne représentent qu'un million six cent mille dong. Comme K est séropositif, cela ne suffit pas, car les dépenses pour l'alimentation et les médicaments sont très importantes. Le matin, ma femme doit travailler au champ pour avoir plus de revenus... Ma femme loue des terrains pour cultiver des légumes... Moi, je dois emprunter de l'argent à la caisse de réduction de la pauvreté. Le mois dernier, j'ai emprunté 2 millions de dong du club Đồng Tâm. Mes dettes s'élèvent à plus de 5 millions ».

(323 – père d'un séropositif, 67 ans, ayant 3 fils dont 2 séropositifs, Cao-Thang, Ha-Long)

La dégradation économique en raison de la toxicomanie et l'augmentation des frais de santé augmentent les dépenses pour la vie quotidienne et pour l'éducation des enfants.

« Si il [notre fils] était normal, sans ce fléau, notre vie serait plutôt aisée. Or, puisqu'il s'est laissé aller à la débauche, notre budget devient plus restreint. Les dépenses pour la vie quotidienne ou pour les études de nos enfants sont réduites ».

(627 - femme, séropositive, 35 ans, pratiquant le petit commerce, veuve, ayant deux enfants,
Cao-Thang, Ha-Long)

Dans les familles nucléaires qui ne comprennent que les parents et les enfants, quand le mari séropositif devient atteint de sida, c'est la femme qui assume toutes les charges économiques. C'est elle qui subit les conséquences les plus graves. Elle prend tout en charge : gagner de l'argent, soigner son mari malade, élever les enfants.

« Dans les autres couples, le mari et la femme travaillent. Chez nous, puisque mon mari est comme ça [séropositif], personne ne l'embauche. Dans la famille, je dois m'occuper de tout. Je gagne de l'argent, je décide des dépenses... Quand mon mari est malade, je dois le soigner. Je dois également éduquer ma fille ».

(625 – femme d'un séropositif, 34 ans, vivant avec son mari séropositif, ayant une fille, Cao-
Thang, Ha-Long)

+ La peine de voir « partir » son proche

L'étude de [Lê Minh Hai et al.](#) à Ha-Long et Câm-Pha (Quang-Ninh) relève la « douleur » psychologique des parents qui témoignent d'un « renversement de l'ordre naturel de la vie » ([Lê Minh Hai et al., 2005](#)). Une mère donne naissance à un enfant dans l'espoir que ce dernier sera son appui dans la vieillesse et s'occupera de son culte quand elle passera dans l'autre monde. de nombreux parents voient partir leurs enfants pour toujours et doivent brûler des bâtonnets d'encens sur leur tombe au printemps. La chanson populaire exprime cette douleur par l'image : « Les feuilles jaunes restent encore sur l'arbre, alors que les vertes passent déjà dans l'autre monde ».

Dans mon étude, les foyers enquêtés sont ceux comportant des séropositifs encore en vie. Toutefois, les témoignages montrent que tous les parents des séropositifs se font des soucis à ce propos. Quand ils sont au courant de la séropositivité de leurs enfants, ils pensent souvent à la mort de ces derniers. S'ils pouvaient changer le destin, ils seraient prêts à échanger leur vie contre celle de leurs enfants séropositifs. C'est la douleur de n'importe quels parents.

« Quand on a été au courant de sa séropositivité, tous les membres dans la famille disaient qu'il ne survivrait pas longtemps. J'étais dérouterée et très triste. Si je pouvais échanger ma vie contre la sienne, je le ferais, mais cela est impossible. Je dois refouler ma tristesse pour lui remonter le moral ».

(Mère 4, 65 ans, discussion de groupe avec des mères de séropositifs, Cao-Thang, Ha- Long)

« Mon enfant s'enlise dans ses égarements. Il se tourmente beaucoup mais il est trop tard. Nous, les parents, on a beaucoup de compassion pour lui, mais c'est irréversible. Je suis vieille mais je ne sais plus si je mourrai avant ou après lui...[pleure] ».

(Mère 3, 70 ans, discussion de groupe avec des mères de séropositifs, Cao-Thang, Ha- Long)

En résumé, l'apparition du VIH/sida dans la famille a un impact importants sur la vie de ses membres séronegatifs. Ces derniers sont souvent sous le choc quand ils apprennent la séropositivité de leur proche. Ensuite, ils sont confrontés aux réactions de la société vis-à-vis de leur famille, au risque d'attraper le VIH, à la séparation dans les situations quotidiennes... Ils doivent prendre en charge les soins de santé du séropositif quand ce dernier est malade et ils subissent des pertes économiques en raison de l'apparition du VIH/sida, pour finalement, souvent, voir partir leur proche pour toujours.

Dans la famille, par rapport aux hommes, les femmes subissent les impacts les plus graves. Elles doivent souvent assumer les soins au séropositif. Ce sont surtout elles qui assument le plus ce travail, suivies des hommes. La mère a un rôle particulièrement important. Les femmes des séropositifs font face à un risque très élevé d'attraper le VIH. Dans les familles nucléaires, quand le mari est séropositif, la femme assume toutes les charges familiales : elle gagne de l'argent, décide des dépenses, soigne son mari et ses enfants.

7.1.4. Le rôle des séropositifs et de leur famille quant au contrôle de la transmission du VIH/sida dans la société

Le contrôle de la propagation du VIH/sida dans la société nécessite les efforts de la communauté, mais aussi une contribution de la part des séropositifs et de leurs familles. Si les séropositifs et leurs familles cachent la séropositivité et ne sont pas actifs dans la prévention, le risque de transmission du VIH/sida dans la société sera plus élevé. En revanche, s'ils déclarent la séropositivité, s'intègrent à la communauté, participent activement aux associations et aux groupes d'aide aux séropositifs, cela aidera considérablement à réduire la stigmatisation des séropositifs par la société et les

dommages du VIH/sida. Toutefois, l'évaluation de la participation des séropositifs et de leur famille au contrôle de la transmission de l'épidémie comporte des aspects positifs et négatifs.

+ [Ne pas vouloir déclarer la séropositivité, autostigmatisation élevée](#)

Les témoignages de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long montrent que la déclaration de la séropositivité n'est pas facile du tout pour les séropositifs et les membres de leurs familles. Par crainte de la stigmatisation et de la mise à l'écart par leur entourage, de nombreux séropositifs ne souhaitent pas déclarer leur séropositivité (*chapitre 4 - partie 4.2*). La non-déclaration leur permet de sauvegarder leur emploi pendant un certain temps (*partie 7.1.1*). Elle permet aux membres des foyers touchés par l'épidémie de pas être confrontés aux réactions de la société.

« Au début, ma participation aux associations était contestée par ma famille et celle de mon mari. La stigmatisation étant très grande, les deux familles craignaient que si je participais à ces associations, on sache que j'étais séropositive. Cela aurait influencé la vie et le travail des autres membres de ma famille ».

(Femme séropositive, 27 ans, veuve, ayant une fille, quartier Tràn-Hung-Dao, Ha-Long)

Parallèlement à la stigmatisation liée au VIH/sida dans la société, les séropositifs et les membres de leurs foyers adoptent une auto-stigmatisation. Ces deux attitudes constituent des obstacles à l'intégration des séropositifs et des membres de leurs foyers à la communauté. L'enquête FAVIHVIET Ha-Long montre que 23 % des séropositifs et 8 % des membres de leurs foyers adoptent une autostigmatisation dans leur participation aux activités communautaires. Ils participent rarement ou ne participent pas du tout aux activités communautaires car ils sont tristes, complexés à cause de la séropositivité et ne souhaitent pas rencontrer des gens (*chapitre 4 - partie 4.3.1*). 27 % des séropositifs font preuve d'autostigmatisation dans leur choix du lieu de leurs soins de santé. Ils souhaitent être soignés dans un lieu qui leur soient réservés ou ne considèrent pas la famille comme un lieu de soins pour eux (*chapitre 4 - partie 4.3.2*).

L'étude de [PCSA Viêt Nam et PNUD, 2009](#) montre également que « les séropositifs ont souvent une très faible estime de soi. Ils se sentent « bons à rien », honteux de leur séropositivité ou ils pensent qu'ils apportent des troubles et des ennuis à leur famille. Ils s'inquiètent des impacts de la maladie sur leurs enfants, sur leur famille, et ils sont souvent découragés, ils n'arrivent pas à travailler efficacement. Presque tous les séropositifs participant à l'étude ont éprouvé une auto-stigmatisation et ils ont eu l'impression que cette

attitude est un grand obstacle les empêchant de s'intégrer à la communauté. L'auto-stigmatisation et la crainte de réactions négatives de la communauté entravent les efforts de lutte contre la épidémie du sida en créant « un mur du silence » (*PCSA Viêt Nam, UNDP, 2009*).

+ *Prévention active dans la famille malgré des modes de prévention teintés de stigmatisation et un niveau de connaissances limité*

L'analyse des données de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long dans le chapitre 3 montrent que les connaissances des séropositifs et des membres de leur famille sur la prévention de la transmission du VIH ne sont qu'à un niveau moyen. 44 % des séropositifs et 48 % des membres séronegatifs de leurs foyers indiquent au moins un mode de prévention incorrect (*chapitre 3 – parties 3.1, 3.3*). Toutefois, les témoignages qualitatifs montrent que les séropositifs et leurs familles ont un sens élevé de la prévention dans l'intérêt des autres membres. Ils ont appliqué différentes mesures de prévention. Les plus évoquées sont la prudence en cas d'égratignure ou de furoncle, l'utilisation séparée d'objets personnels.

« Dans l'ensemble, concernant la prévention dans la famille, quand j'ai des égratignures ou des furoncles, je ne dors plus avec ma femme et mes enfants, je ne prends plus mes enfants dans mes bras. Je dois également cacher soigneusement mes objets personnels tels que ma brosse à dents, ma serviette pour me nettoyer le visage, car je crains que mon fils aîné ne les utilise par inattention. Je fais tout cela pour empêcher la transmission aux membres de ma famille et ma communauté ».

(639 – homme, séropositif, 44 ans, marié, ayant deux enfants, quartier Ha-Lâm, Ha-Long)

Dans les relations sexuelles, les couples acceptent d'utiliser le préservatif.

« Je dois faire de la prévention pour notre sécurité. Quand nous avons des égratignures il faut faire attention... Nous utilisons le préservatif. Nous l'avons décidé tous les deux ».

(333 – femme, séropositive, 23 ans, mariée, ayant un fils de 3 ans, quartier Ha-Lâm, Ha-Long)

Non seulement les séropositifs sont actifs dans la prévention, mais les membres de leurs familles le sont aussi. Ils appliquent les mesures de prévention et demandent aux séropositifs de faire de même. Les parents sont conscients que la prévention est extrêmement importante. Ils ont besoin d'être en bonne santé pour pouvoir prendre soin des séropositifs.

« Je demande à ce qu'à la maison, ils utilisent les objets qui leur sont réservés : serviette pour le visage, cuvette. Je leur ai dit qu'ils doivent faire de la prévention pour la famille. Si ma santé se dégrade, je ne pourrai plus prendre soin d'eux... Je leur ai dit également que la prévention est très importante. S'ils aiment leurs parents, ils doivent prévenir la transmission pour que nous puissions les soigner jusqu'à la fin ».

(323 – père de séropositifs, 67 ans, ayant 3 fils dont 2 sont séropositifs, Cao-Thang, Ha-Long)

Toutefois, les témoignages montrent que de nombreuses personnes ont appliqué des mesures de prévention extrêmes, notamment en réservant des cuvettes de lavage, des placards et de la vaisselle aux séropositifs... Cela traduit une stigmatisation des séropositifs, mais les membres de leurs familles ne pensent pas qu'il s'agisse de stigmatisation.

« En général, en ce qui concerne la nourriture, je ne prends aucune mesure de prévention. Mais D doit utiliser les objets qui lui sont réservés : serviette pour se nettoyer le visage, brosse à dents, cuvette pour la lessive. Je lui réserve un placard pour ses vêtements. Je porte des gants quand je fais de la lessive... ».

(515 – mère d'un séropositif, 50 ans, ayant 2 enfants dont le fils aîné est séropositif, collaboratrice de la planification planning familiale, Cao-Thang, Ha-Long)

« Nous pensons qu'il faut faire de la prévention pour les enfants qui ne sont pas séropositifs, et notamment nos petits enfants. Dans les soins ou le massage, je porte des gants. Je lave soigneusement le bol et les baguettes qu'il utilise et je les laisse dans un coin à part... ».

(Mère 3, 70 ans, discussion de groupe avec des mères de séropositifs, Cao-Thang, Ha-Long)

La prévention de la transmission vis-à-vis des enfants en bas âge fait l'objet d'une grande attention de la part des séropositifs et des membres de leurs familles. Toutefois, par souci extrême, certains séropositifs se séparent de leurs enfants, ou des membres de leurs familles séparent les séropositifs de leurs enfants ou petits enfants.

« En fait, ce n'est pas facile la prévention. Elle [ma fille] peut courir. Parfois, elle tombe et a des égratignures. Je suis sa mère, je dois prendre soin d'elle dans ces cas-là. Mais je crains de faire des fautes d'inattention. Je la confie donc à ses grands-parents paternels ».

(Femme séropositive, 27 ans, veuve, ayant une fille de 3 ans, quartier Trân-Hung-Dao, Ha-Long)

+ [La participation active aux associations/groupes d'aide permet de réduire les séquelles de l'épidémie et de prévenir celle-ci](#)

Dans l'échantillon de l'enquête quantitative de FAVIHVIET Ha-Long, 43 % des séropositifs et 7 % des membres séronegatifs de leurs foyers participent aux associations/groupes d'aide aux séropositifs. De nombreux séropositifs et leurs proches participant à l'étude qualitative affirment qu'ils participent au club Hoa Xương Rồng (*Fleur de cactus*), au groupe Vì ngày mai tươi sáng (*Pour un avenir radieux*) destiné aux séropositifs) ou au club Đồng cảm (*Compassion*) destiné aux mères ou épouses de séropositifs. On peut constater donc que les séropositifs et les membres de leurs foyers participent activement aux associations et groupes d'assistance.

Au moment où se déroulait l'enquête, en 2006, la ville de Ha-Long comptait 2 clubs destinés aux séropositifs dont les activités étaient financées par les projets de prévention du sida. Il s'agissait du club Hoa Xương Rồng (*Fleur de cactus*) et Hoa Hướng Dương (*Fleur de tournesol*). D'autres groupes ont été fondés par des séropositifs eux-mêmes, notamment Vì ngày mai tươi sáng (*Pour un avenir radieux*) (*Directrice du centre médical de Ha-Long*). Il y a 31 clubs Đồng Cảm (*Compassion*) destinés aux mères et épouses de séropositifs fondés et soutenus par l'Union des femmes des quartiers (*Nguyễn Thị Hoa Bình, 2006*). À Ha-Long (Quang-Ninh) et dans d'autres localités du Viêt Nam, le réseau des associations/groupes d'aide aux séropositifs et de prévention du sida connaît un développement vigoureux. Fin 2007, un « coopérant à la prévention du sida » a vu le jour, marquant une coopération plus étroite entre les organisations, associations et groupes (*Bô Y tê, 2008*).

La participation aux associations/groupes d'aide aux séropositifs ou aux membres de leurs familles offrent des consultations, des encouragements à avoir confiance en soi et à déclarer sa séropositivité. Les séropositifs et les membres de leurs familles peuvent se confier aux personnes qui se trouvent dans la même situation qu'eux et recevoir de la compassion pour sortir de leur état de tristesse.

« Durant de nombreuses années, je ne suis pas allée à l'hôpital. C'est seulement en octobre dernier, quand j'ai participé au groupe que j'ai commencé à me rendre à l'hôpital. Je faisais des consultations périodiques et des tests. Autrefois, je cachais ma séropositivité, j'hésitais à y aller. Un membre du groupe m'a contactée et m'a invitée à me rendre au club le 5 du mois. J'y suis allée. J'ai rencontré d'autres personnes de mon quartier... J'ai constaté qu'il y avait des gens

comme moi, je n'avais rien à craindre. Là bas, on m'a remonté le moral, on m'a invitée à manger dehors avec eux... Je me sens plus heureuse et plus sûre de moi. Le club est comme ma seconde maison... ».

(101 – femme, séropositive, 28 ans, divorcée, ayant une fille de 5 ans, membre du club Hoa Xương Rồng [Fleur de cactus], quartier Cao-Xanh, Ha-Long)

« Avant ma participation à ce club, ma vie était très triste. Je pensais que si les gens savaient que j'étais séropositive, ils ne me fréquenteraient pas. Je croyais qu'il y avait peu de gens comme moi et qu'ils auraient l'air triste. Mais quand je participe au club, je constate que les gens sont tout à fait normaux. Ils sont beaux, joyeux, ils travaillent toujours, certains dans le secteur public... Ma façon de penser a complètement changé..A leur contact, j'accepte ma vie telle qu'elle est, je suis plus joyeuse, je vis, je travaille et j'ai de l'espoir ».

(Femme, séropositive, 27 ans, veuve, ayant une fille de 3 ans, membre du club Hoa Xương Rồng [Fleur de cactus], quartier Trân-Hung-Dao, Ha-Long)

Une fois membres des associations/groupes, les séropositifs et leurs familles participent activement aux activités de prévention du VIH/sida. Ils mènent la communication sur le VIH, participent aux activités de réduction des dommages telle que la fourniture de seringues neuves et de préservatifs. Ils soutiennent psychologiquement les personnes dans la même situation qu'eux, soignent les séropositifs...

« Nous menons une communication sur le VIH. Nous donnons des seringues aux toxicomanes. Si le projet nous fournit 100 seringues, par exemple, nous allons à la rencontre des toxicomanes et leur en donnons 3 par jour. Souvent, les toxicomanes s'injectent de la drogue trois fois par jour. Le lendemain, nous retournons pour ramasser les trois seringues utilisées... ».

(507 – homme, séropositif, 32 ans, célibataire, membre du club Ami aidant ami, Cao-Xanh, Ha-Long)

« J'ai demandé à être bénévole dans le groupe de soins. Nous nous rendons chez les autres séropositifs pour les aider à faire leur toilette, à manger. Concernant ceux qui prennent les médicaments, nous leur donnons des conseils concernant la prise de médicaments ».

(101 - femme, séropositive, 28 ans, divorcée, ayant une fille de 5 ans, membre du club Hoa Xương Rồng [Fleur de cactus], quartier Cao-Xanh, Ha-Long)

LE CLUB « ĐỒNG CẨM » DANS LA RÉDUCTION DES DOMMAGES DU VIH/SIDA

...Quang-Ninh a été la première province choisie pour la réalisation du modèle de club Đồng Cẩm. Aujourd'hui, Quang-Ninh compte déjà 31 clubs de ce genre. Leurs activités répondent aux besoins essentiels des membres. Au début, elles se concentraient sur le partage et l'appui psychologique, puis sur des activités concrètes telles que des ateliers sur soins aux séropositifs, le régime nutritionnel, les modes de prévention de la transmission du VIH. De nombreux toxicomanes, séropositifs et membres de familles habitant les alentours participent aux discussions et échanges d'expériences sur la prévention du VIH. Les membres de ces clubs rencontrent des milliers de toxicomanes qui s'injectent de la drogue, les aident à adopter des modes de prévention du VIH, notamment l'utilisation du préservatif et la désinfection des seringues.

Concernant les familles en situation difficile, les membres du club les aident moralement et leur accordent des aides afin de régler leurs difficultés. Dans de nombreux cas, le club a persuadé la famille de rencontrer son membre séropositif avant la mort de ce dernier, mobilisé des dons destinés à l'achat de lits et de ventilateurs.

En particulier, le club se porte garant pour les séropositifs et les membres de leurs familles qui empruntent de l'argent et tiennent une échoppe de thé, achètent un cyclo-pousse, font du petit commerce, se lancent dans du commerce d'habillement. Ces crédits leur permettent de stabiliser leur vie.

Nguyễn Thi Hoa Bình

Journal Sức khỏe và Đời sống (Santé et Vie), le 17/10/2006, consulté à <http://www.moh.gov.vn/homeby/vn/portal/InfoDetail.jsp?area=58&cat=1461&ID=4815>

En résumé, les séropositifs et les membres de leurs familles jouent un rôle important dans le contrôle de la transmission du VIH/sida dans la communauté. La manifestation de ce rôle est encore limitée du fait que de nombreux séropositifs et membres de leurs familles ne souhaitent pas déclarer leur séropositivité, adoptent une autostigmatisation et manquent de connaissances sur le VIH/sida. De leur côté, des personnes se déclarant séropositives et des membres de leurs foyers sont actifs dans la prévention du VIH dans la famille et dans la communauté. Ils participent activement aux associations/groupes d'aide afin de retrouver leur énergie vitale, de réduire les dommages du VIH et de prévenir le sida.

7.2. Le VIH/sida et les changements des fonctions de la famille

Selon l'école fonctionnaliste très répandue dans la sociologie européenne et américaine, « dans n'importe quelle société, la famille doit assumer les quatre fonctions essentielles : (1) La fonction reproductive qui comprend la grossesse et la naissance ; (2) La fonction sexuelle dont le but est la reproduction ; (3) La fonction de socialisation de l'individu : apporter aux enfants la culture sociale ; (4) La fonction d'appui économique et de garantie matérielle pour amener les enfants et jusqu'à leur maturité » (*Bilton T., Bonnett K., Jones P., Stanworth M., Sheard K., Webster A., 1993 : p236*). Toutefois, la famille vietnamienne a de nombreux traits originaux et typiquement asiatiques. Elle est différente de la famille occidentale théoriquement et sociologiquement (*Mai Huy Bich, 1991*). Quand il a commencé à développer des recherches sociologiques sur la famille en Asie, le chercheur américain Robert J. Lazar a constaté : « Il ne faut pas appliquer aveuglément les théories et conceptions de la sociologie occidentale dans les études sociologiques concernant l'Asie et la famille asiatique' (*Robert J. Lazar, 1979*). L'influence du confucianisme et le « communautarisme » sont des facteurs propres à la famille vietnamienne traditionnelle. Les individus n'existent pas comme une entité indépendante, tous les aspects de la vie étant liés à la famille (*Mai Huy Bich, 1991; Dang Canh Khanh và Lê Thi Quy, 2007*). Certaines valeurs traditionnelles subsistent dans la famille vietnamienne moderne, à côté de changements de la modernité (*Chapitre 1 - partie 1.3.2*).

Dans le développement de la société contemporaine, la famille vietnamienne assume toujours des fonctions essentielles telles que la procréation ; la socialisation de l'individu (éducation, transmission de connaissances) ; le maintien et l'appui économique ; la satisfaction des besoins émotionnels des membres, les soins et la protection de la santé des membres... (*Dang Canh Khanh, Lê Thi Quy, 2007*). Dans le contexte du VIH/sida, on observe de nombreux changements, qui marqueraient subjectivement l'adaptation de la famille face à l'épidémie. Objectivement, ces changements pourraient être les conséquences inévitables du VIH. En me basant sur les témoignages et résultats de cette thèse, je voudrais proposer quelques constats sur les changements dans les fonctions de la famille dans le contexte du VIH/sida.

7.2.1. Changements de la fonction psychologique et émotionnelle

« Au Viêt Nam, la famille est le feu dégageant une douce chaleur, l'appui affectif de chacun » (*Dang Canh Khanh, Lê Thi Quy, 2007*). Cette phrase traduit le rôle de la fonction émotionnelle de la famille dans la vie spirituelle de chaque vietnamien. Cette fonction est très importante dans le partage de l'amour entre les membres de la famille et leur

attachement. Le foyer douillet de la famille est à la fois le point de départ de chaque individu adulte qui entre dans la vie sociale et une source d'encouragement et de consolation pour ce dernier devant les vicissitudes de la vie.

L'analyse structurelle de la fonction émotionnelle de la famille montre trois formes de liens affectifs principaux : sentiment dans les relations entre différentes générations (sentiments entre les grands-parents – les parents – les petits enfants) ; sentiments entre les personnes d'une même génération (frères et soeurs). La famille accomplit cette fonction en édifiant, développant et maintenant la bonne qualité des sentiments (*Dang Canh Khanh, Lê Thi Quy, 2007*).

Dans le contexte du VIH/sida, l'état psychologique et émotionnel des relations est déséquilibré. La découverte de la séropositivité est un événement choquant pour le séropositif lui-même et les membres de sa famille (*partie 7.1.1 et 7.1.3*). Dans ce contexte, certains individus cherchent le « rétablissement » par le partage et la compassion de la part de leurs proches. D'autres cherchent l'appui des institutions en dehors de la famille afin de surmonter leur dégradation psychologique. Etant donné les circonstances particulières de la transmission du VIH, les séropositifs adoptent l'autostigmatisation, l'autojugement et leur responsabilité de la faute. À cause de ces attitudes, ils ne sont pas assez confiants pour chercher un partage et des encouragements de la part des autres membres de leur famille. Ils ne reprennent de l'énergie qu'avec leur participation aux associations/groupes d'aide aux séropositifs où ils peuvent sympathiser avec d'autres séropositifs (*partie 7.1.4*).

Les membres de la famille, notamment les pères et les mères, doivent se montrer « solides » devant les enfants, mais ils ont eux-mêmes besoin de sympathie et d'encouragements. Ce besoin d'être encouragé psychologiquement est multiplié quand ils doivent affronter les réactions de la société ou endosser la tâche de soigner les séropositifs. Or, ils ne peuvent que « donner » et non pas « recevoir » de la part des séropositifs ou des autres membres de la famille, car ces derniers sont dans le même état psychologique qu'eux dans leur confrontation au VIH/sida. Les témoignages de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long montrent que de nombreux pères et mères de séropositifs ont trouvé un soutien émotionnel en participant à des associations/groupes d'aide dont le nom en dit long sur leur vocation, tel que le « Club Compassion » (*partie 7.1.4*).

« Quand j'y viens, je reçois des encouragements de la part des femmes qui sont dans la même situation que moi. Sans ce club, je serais morte depuis longtemps... ».

(Mère 2, 67 ans, discussion de groupe avec des mères de séropositifs, Cao-Thang, Ha-Long)

La stigmatisation des séropositifs dans la société par les membres des foyers et l'auto-stigmatisation des séropositifs causent l'exclusion de ces derniers et la séparation des membres des foyers dans les situations quotidiennes (*chapitre 6 - parties 6.3 et 6.4; parties 7.1.2 et 7.1.3*). Cela crée des « écarts » dans les relations émotionnelles. Certains couples mariés ne partagent pas le même lit. Des enfants très attachés à leur père souhaitent dormir dans le même lit que lui mais doivent en être séparés car ce dernier a des infections opportunistes marquant l'entrée en phase sida. D'autres enfants doivent vivre séparément de leur mère séropositive car celle-ci s'inquiète des risques de transmission du VIH (*partie 7.1.4*).

« Quand son père est à la maison, il ne le quitte pas d'un seul pas. Il veut dormir avec lui Quand j'ai constaté qu'il était trop proche de son père, je lui ai dit : « Arrête d'être toujours près de ton père. Il est malade. Tu es en septième classe [classe de cinquième], tu sais ce que c'est que le sida. Il faut que tu prennes des distances avec lui. Je ne te dis pas de t'éloigner, mais tu ne dois pas être trop proche de ton père. » Je ne lui permets plus de dormir dans le même lit que son père ».

(625 – femme d'un séropositif, 34 ans, bachelière, vivant avec son mari séropositif, ayant un fils, quartier Cao-Thang, Ha-Long)

Dans la famille, quand un membre est séropositif, les divergences et disputes entre le père et la mère sur l'éducation des enfants ou entre le mari et la femme sur les risques de transmission du VIH peuvent éclater à n'importe quel moment (*Lê Minh Hai et al., 2005*). Ils peuvent se faire des reproches ou s'accuser mutuellement. Dans la recherche qualitative de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, les pères estiment souvent que leurs enfants sont séropositifs à cause de tentations de la part de la société. Ils semblent vouloir rejeter la faute sur des circonstances extérieures. De leur côté, les mères estiment que la séropositivité de leurs enfants est due à leur propre faute et à celle de la famille.

« En fait, nos enfants sont séropositifs parce qu'ils imitaient les autres et tombaient dans la toxicomanie. Il faut dire que cette maladie [VIH/sida] n'existait pas autrefois. Elle s'est propagée avec le développement de la société... ».

(Père 3, 50 ans, discussion de groupe avec des pères de séropositifs, Cao-Xanh, Ha-Long)

« La famille est le foyer douillet, l'appui solide à tous les membres. L'un doit compter sur l'autre. La mère éduque ses enfants. Elle ne peut pas rejeter la faute sur l'État ou la société. C'est de sa faute si ses enfants tombent dans la débauche [toxicomanie, séropositivité]... ».

(Mère 2, 67 ans, discussion de groupe avec des mères de séropositifs, Cao-Thang, Ha-Long)

On peut constater que le VIH/sida détruit la structure de la famille. Après l'annonce de la séropositivité, de nombreux jeunes couples sont séparés ou divorcés.

« Depuis qu'elle connaît ma séropositivité, ma femme a quitté la maison deux fois. Oui, deux fois. Cette fois-ci est la deuxième. Elle me quitte sans doute définitivement. Quand ce petit avait 3 mois, elle est partie pour un mois. Je l'ai retrouvée et je lui ai dit qu'elle manque aux enfants. D'ailleurs, le bébé a besoin du lait maternel. Il faut qu'elle s'occupe de lui... Elle est donc revenue pour deux ou trois mois, puis elle s'en est allée de nouveau... ».

(527 – homme, séropositif, 29 ans, séparé, ayant deux enfants, Cao-Thang, Ha-Long)

L'analyse des données quantitatives de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long montrent que 10 % d'hommes séropositifs et 5 % de femmes séropositives enquêtés sont divorcés ou séparés. Le VIH/sida fait de nombreuses jeunes veuves. En effet, 61,2 % des femmes séropositives enquêtées sont veuves. La mort des enfants séropositifs quand ils étaient encore jeunes cause une grande douleur aux parents. Cet événement va à l'encontre de la loi naturelle qui veut que les personnes âgées meurent avant les jeunes (*partie 7.1.3*). En plus, cela cause le manque du rôle de d'enfant, de frère, de soeur, de père et de mère dans les relations émotionnelles.

En résumé, la fonction émotionnelle de la famille joue un rôle important dans la vie spirituelle de chaque individu, que le VIH/sida a notablement changée. Il provoque des chocs, des douleurs ou des divergences pour les membres de la famille. Pour surmonter ces difficultés, les séropositifs et les membres de leurs familles cherchent un appui au sein de leur famille, mais aussi de la part de nouvelles institutions dans la société, précisément de la part d'associations/groupes d'aide. La stigmatisation et l'autostigmatisation entraînent l'exclusion et la séparation de séropositifs d'avec des membres de leur famille. Cela crée des écarts émotionnels dans les relations familiales. Le VIH/sida détruit la structure familiale quand les couples se séparent, divorcent ou lorsque l'un d'entre eux meurt jeune à cause du sida. La mort du séropositif crée un manque d'enfant, de frère, de soeur, de père et de mère dans les relations émotionnelles.

7.2.2. Changements de la fonction de soins de santé

Dans les pays occidentaux munis d'institutions sanitaires et d'une protection sociale développées, la fonction de la famille dans les soins de santé s'estompe. Les malades sont soignés dans des établissements médicaux et ont une assurance sociale. Au Viêt Nam, la famille est une institution importante pour la protection sociale, la source principale auprès de laquelle les individus cherchent une assistance dans la vie (*Dang Nguyễn Anh, 1998 ;*

Lê Bach Duong et al, 2005). Dans le contexte du VIH/sida, du sous-développement des infrastructures sanitaires et des limites de la politique de protection sociale, la fonction de la famille dans les soins de santé de tous les membres est d'autant plus significative. Les analyses des parties précédentes ont montré que la famille joue le rôle le plus important dans les soins de santé des séropositifs (*parties 7.1.1 et 7.1.2*).

Toutefois, en soignant les séropositifs qui sont pour la plupart leurs enfants encore jeunes (de 20 à 39 ans), les parents âgés (de 50 à 70 ans) doivent aller à l'encontre du cycle habituel de la vie. Habituellement, quand les parents sont âgés, les enfants devenus adultes doivent soigner leurs parents. Mais dans ce contexte, les parents âgés doivent soigner leurs enfants séropositifs. Les entretiens qualitatifs de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long révèlent un grand nombre de cas où les parents âgés doivent soigner leurs enfants séropositifs (*chapitre 6 - partie 6.2.1 ; parties 7.1.2, 7.1.3*).

« ...Il [mon fils] a des champignons dans le cerveau, c'est pénible de le soigner. Il a mal à la tête tout le temps, il vomit tout de suite après le repas. Il doit prendre quatre pilules par jour, quatre fois. Il doit se lever à minuit pour en prendre. Parfois, quand il vomit du potage, je dois lui donner du lait... À l'époque, il passait une semaine à l'hôpital provincial. Je faisais la navette entre la maison et l'hôpital, lui apportant des plats cuisinés à la maison. Mon mari était à l'hôpital 24 heures sur 24 avec lui... Depuis que mon fils est retourné à la maison tous les jours, je fais les courses, je cuisine. Mon mari s'occupe de sa toilette. Parfois, mon fils doit faire ses besoins au lit... Maintenant, il va mieux, il prend des ARV, mais mon mari et moi, nous devons l'aider. Nous lui rappelons quand il faut prendre des médicaments. Je vais chercher des médicaments moi-même. Je l'emmène également chez le médecin pour les consultations quand il le faut... ».

(507 – mère d'un séropositif, 50 ans, ayant deux enfants, quartier Cao Thang, Ha-Long)

Ainsi, constate-t-on qu'outre les soins sanitaires, l'encouragement psychologique ou les situations quotidiennes, les parents ont un nouveau rôle dans les soins de leurs enfants séropositifs quand ces derniers suivent un traitement ARV. Ils aident leurs enfants dans le traitement. Ils suivent des ateliers de formation, acquièrent des connaissances sur les ARV, sur le processus de traitement... Ils rappellent aux enfants qu'il est temps de prendre des médicaments comme le prescrit le traitement. Ils vont chercher des médicaments pour leur enfant, emmènent celui-ci aux consultations médicales quand il n'est pas en mesure d'y aller tout seul. L'appui des membres de la famille, notamment des parents, est considéré comme un facteur essentiel contribuant à l'efficacité et au succès du traitement ARV à Ha-Long (*partie 7.1.1*).

Les changements du rôle de la famille dans les soins à Ha-Long, au Viêt Nam, dans le contexte du VIH/sida sont similaires à ceux dans des pays voisins tels que la Thaïlande et le Cambodge. L'étude de John Knodel et al. montre également que dans les familles des séropositifs en Thaïlande, les parents jouent le rôle principal dans les soins de santé des séropositifs (80 % des séropositifs enquêtés vivent avec leurs parents). Les parents encouragent leurs enfants à se faire dépistager VIH, se procurent le traitement ARV, rappellent à leurs enfants le moment de prendre leurs médicaments, la date de leurs consultations médicales et les accompagnent aux établissements sanitaires... (75 % des séropositifs qui suivent un traitement ARV ont été enquêtés). Quand les enfants ont des infections opportunistes, les parents les aident dans toutes les activités quotidiennes (*John Knodel et al., 2009*).

Les personnes âgées doivent soigner non seulement leurs enfants séropositifs, mais aussi leurs petits enfants. Ces derniers sont séropositifs ou enfants de séropositifs décédés. L'étude de *Nguyễn Thi Thiêng et al.*, sur les enfants affectés par le VIH/sida (séropositifs ou enfants des séropositifs) à Ha-Long en 2007 montre que 52,4 % des personnes qui prennent en charge ces enfants sont leurs grands-parents (37,6 % sont grands-parents paternels et 14,8 % grands-parents maternels). Ils sont tous âgés de plus de 60 ans (*Nguyễn Thi Thiêng et al., 2007*).

En résumé, la fonction de la famille dans les soins de santé est plus importante dans les pays en voie de développement, que dans les pays développés. Toutefois, dans le contexte du VIH/sida, le rôle de prise en charge des membres de la famille, notamment des parents, a changé. Au lieu d'être soignés par les enfants en cas de problème de santé, les parents âgés des familles des séropositifs assument le rôle de la personne principale qui soigne les séropositifs. Ils doivent même soigner et élever leurs petits enfants affectés par le VIH/sida. Ils doivent assumer de nouveaux rôles de soin, précisément, ils aident les séropositifs à observer les consignes du traitement quand ces derniers suivent un traitement ARV. À l'ère des ARV, le rôle de prise en charge par les parents de séropositifs est prolongé par rapport à ce qu'il était auparavant.

7.2.3. Changements de la fonction éducative et de transmission des connaissances

La fonction éducative de la famille est comprise dans son sens large, c'est-à-dire la transmission et la réception entre les générations des connaissances sur la vie, des

expériences de production, des valeurs culturelles. La famille est le facteur qui laisse le plus grand impact sur la socialisation de chaque individu. L'Homme naît dans une famille. Il y est, soigné, éduqué et y reçoit ses premières leçons sur la société dans la vie familiale (*Dang Canh Khanh, Lê Thi Quy, 2007*).

Dans le contexte du VIH/sida, les analyses ci-dessus montrent que parmi les raisons causant la séropositivité, certaines sont liées à la fonction éducative de la famille. Les familles des séropositifs n'ont pas bien assumé cette fonction quand elles n'ont pas donné aux enfants les connaissances et savoir-faire concernant la confrontation aux pressions de la part d'amis dans la consommation de drogue, les relations sexuelles avec les prostituées ; l'utilisation de préservatifs dans les relations sexuelles... (*partie 7.1.1*). Les données quantitatives de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long montrent que la discussion sur le VIH/sida par les membres des foyers enquêtés avec leurs proches, notamment leurs parents, aide à augmenter de connaissance sur le VIH mais aussi la stigmatisation des séropositifs dans la société (*chapitre 5 - partie 5.1*).

Quand le VIH/sida n'est pas présent dans la famille, beaucoup ne sont pas conscients du danger de l'épidémie et de leur propre risque d'attraper le virus. Dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, 54 % des membres séronégatifs des foyers-cas et 73 % des membres des foyers-témoins indiquent qu'ils ne pourront pas attraper le VIH. 10 % des membres des foyers-cas et 12 % des membres des foyers-témoins ne savent pas s'ils risquent d'attraper le VIH ou non (*chapitre 3 - partie 3.5*). Après l'apparition du VIH chez eux, le besoin de connaissances sur l'épidémie apparaît dans de nombreuses familles.

« Ma mère ne sait rien du VIH/sida. Moi-même, quand je ne savais pas que j'étais séropositif, je connaissais vaguement ces informations [sur le VIH/sida] mais je n'y faisais pas attention. J'étais très enthousiaste. Je ne cherchais pas à en savoir davantage sur la question. C'est plus tard que j'éprouvais le besoin de le connaître ».

(527 – homme séropositif, 29 ans, séparé, ayant deux enfants, Cao-Thang, Ha-Long)

Concernant les connaissances sur le VIH/sida, les résultats des données quantitatives de l'enquête menée à Ha-Long montrent dans l'ensemble de bonnes connaissances sur les voies de transmission. Or, les connaissances sur la prévention de l'épidémie sont de niveau moyen tandis que celles concernant le soin des séropositifs sont faibles (*chapitre 3 - partie 3.1*). Quand ils font face à la responsabilité de soigner les séropositifs de la famille, tous manquent de connaissances sur le soin et la prévention.

« *Auparavant, je travaillais tout le temps. Je ne faisais pas attention à cela [VIH/sida]. Maintenant mon frère et sa femme sont séropositifs, je pense que je dois avoir plus de connaissances sur les soins aux séropositifs, celles qui sont nécessaires à la famille. Je voudrais savoir par exemple ce qu'il faut éviter de faire... ».*

(401 – sœur d'un séropositif, 24 ans, célibataire, vivant avec ses parents et le couple de son frère séropositif, ayant terminé le collège, vendeuse, Cao-Xanh, Ha-Long)

Lorsque la famille est confrontée à vivre avec l'un de ses membres séropositif, elle va tirer parti des expériences pour l'éducation des enfants, la prévention, le soin des séropositifs et la transmission de ces connaissances.

En résumé, l'une des raisons pour lesquelles un membre quelconque de la famille est séropositif est que la famille n'a pas bien assumé sa fonction éducative. Autrement dit, elle n'a pas réagi de manière adéquate face aux risques de VIH/sida. A partir de là, les connaissances sur le VIH/sida et les expériences des familles dont l'un des membres est séropositif vont pouvoir être transmises. Les séropositifs et les membres de leur foyer ont besoin de recevoir plus de connaissances et d'expériences sur la prévention et le soin des séropositifs.

7.2.4. Changements de la fonction économique

Dans la société contemporaine, la production est hautement socialisée, grâce aux établissements, entreprises et sociétés... Dans les pays développés, la famille n'est généralement pas une unité de production, et sa fonction économique concerne surtout les biens ou l'héritage. Au Viêt Nam, avec les conditions d'un pays en voie de développement, l'industrialisation et l'urbanisation n'étant qu'en phase initiale (*chapitre 1 - partie 1.2.1*), la famille est une unité économique importante qui contribue à fournir de la main d'œuvre à la production familiale et à l'économie nationale. En outre, la famille doit toujours garantir les sources de la vie, satisfaire les besoins matériels de ses membres (*Dang Canh Khanh, Lê Thi Quy, 2007*).

Dans le contexte du VIH/sida, la fonction économique de la famille n'est plus garantie. La famille rencontre des difficultés dans la garantie des ressources pour la vie et la satisfaction des besoins matériels de ses membres. L'utilisation de la drogue épuise l'économie familiale. Ensuite, le VIH/sida grève lourdement le budget familial en raison de l'augmentation des dépenses de soins de santé des séropositifs. Les dépenses pour les activités familiales, l'éducation des enfants, la réparation de l'habitation, l'amélioration des

conditions de vie des membres séronégatifs de la famille sont nettement réduites (*partie 7.1.3*).

La contribution de la main d'œuvre à la production familiale et à l'économie nationale après l'apparition du VIH/sida diminue considérablement. Les séropositifs au Viêt Nam ou à Ha-Long en particulier sont dans l'ensemble jeunes et en âge actif. 83 % des séropositifs au Viêt Nam ont entre 20 et 39 ans (*Bô Y tê, 2009*) (*chapitre 1 - partie 1.2.2*), dans l'échantillon de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, ce taux s'élève à 91,6 %. Toutefois, 37 % des séropositifs ne travaillaient pas au moment où se déroulait l'enquête (*chapitre 2 - partie 2.2.3*). On peut constater clairement que le VIH/sida a causé et causera des maladies et la mort, provoquant le manque de main-d'œuvre dans la société. Par ailleurs, les séropositifs en phase sidéenne souffrant des infections opportunistes ont un grand besoin de soins. Dans de nombreuses familles, certains membres sont obligés de quitter leur travail pour assumer le soin des séropositifs. Souvent, c'est la mère ou l'épouse.

En ce qui concerne la qualité, les entretiens qualitatifs de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long montrent que la motivation des séropositifs pour le travail diminue nettement quand ils apprennent leur séropositivité.

« À ce moment-là [où j'ai appris ma séropositivité], je sentais que la terre se dérobaît sous mes pas. J'étais très découragé. Je ne voulais plus rien faire... Puisque je ne travaillais plus, les conditions économiques de ma famille se dégradèrent ».

(507 – homme séropositif, 32 ans, maçon, célibataire, quartier Cao-Xanh, Ha-Long)

En plus, à cause de la séropositivité, la santé des séropositifs se dégrade graduellement. Cela les empêche de travailler.

« ...Le travail nécessite la santé, or, je ne l'ai pas. Donc, même si je travaille, je ne peux pas obtenir le même résultat que les autres. Quand on est en bonne santé, on peut travailler beaucoup. On n'est pas fatigué et on est actif. Moi, je suis fatiguée même avant de commencer le travail [rire]. Cela influence beaucoup l'économie familiale ».

(443 – femme séropositive, 26 ans, vendeuse de poisson, mariée, ayant un fils de 5 ans, Tràn Hung-Dao, Ha-Long)

À cause de la stigmatisation des séropositifs dans la société, ces derniers ont du mal à trouver du travail ou à développer leur propre commerce (*chapitre 4 - partie 4.1*). Les séropositifs qui ont encore leur emploi peuvent le perdre à cause de la stigmatisation ou parce qu'ils ne peuvent plus assurer leur productivité.

« Les compagnies n'embauchent pas de toxicomanes. Quand on est toxicomane ou séropositif, on n'a plus la santé nécessaire au travail. À cela s'ajoutent d'autres problèmes. C'est pourquoi, si on a un travail, on sera tout de suite licencié ».

(640 – homme non séropositif, 30 ans, marié, ayant un enfant, quartier Ha-Lâm, Ha-Long)

L'étude de [Bui Thê Cuong et al.](#) sur le VIH/sida sur le lieu de travail montre que le règlement de toutes les entreprises enquêtées²⁷ stipule : « le travailleur comettant des actes liés aux fléaux sociaux sera obligé de quitter son emploi ». Quand l'entreprise est au courant de la toxicomanie ou de la séropositivité d'un de ses employés, elle le renvoie pour une raison ou pour une autre ([Bui Thê Cuong et al., 2003](#)).

En résumé, le VIH/sida tréduit la capacité de la famille à contribuer via à la production familiale et à l'économie nationale, car les séropositifs sont jeunes et d'âge actif. Quand ils sont séropositifs, la dégradation de leur motivation pour le travail et de leur état de santé influencent grandement leur productivité. Ce facteur combiné à la stigmatisation des séropositifs dans la société rend plus difficiles leurs activités économiques. Ils ne trouvent plus de travail ou perdent leur emploi. Certains membres de leurs familles doivent également suspendre leur travail pour soigner les séropositifs.

7.2.5. Changement de la fonction de procréation humaine

La fonction de procréation humaine, dans son sens propre, est celle de la reproduction, mais dans son sens élargi, elle signifie le maintien de l'espèce. Sans la famille, chaque individu peut assumer cette fonction. Toutefois, la famille est une institution sociale permettant aux individus d'assumer cette fonction de manière organisée. Le maintien de l'espèce crée non seulement de nouveaux êtres humains, mais également ceux de la société. L'homme doit connaître ses ancêtres et poursuivre sa lignée. Dans la société vietnamienne en particulier et les pays orientaux en général, sous l'influence du confucianisme, cette fonction est particulièrement importante. Selon le confucianisme, ne pas donner naissance à un fils pour continuer la lignée constitue un manque à la piété filiale ([Dang Canh Khanh, Lê Thi Quy, 2007](#)). Cela explique la valorisation des fils dans les sociétés vietnamienne, chinoise, sud-coréenne et indienne ([Véron J. and Attane I., 2005](#); [Belanger D., 2006](#)). Les Vietnamiens aiment également avoir beaucoup d'enfants ([Pierre Gourou, 2003](#); [Nguyễn Dinh Cu, 2007](#)).

²⁷ 18 entreprises dans les trois plus grandes villes du Viêt Nam : Hanoi, Da-Nang et Hô-Chi-Minh ville.

En réalité, la famille n'assume plus sa fonction de procréation quand le mariage est interrompu (*Bongaarts and Poten, 1983 cité par Nguyễn T.T. et Luu B.N., 2010*). Dans le contexte du VIH/sida, certains jeunes couples divorcent ou se séparent après la découverte de la séropositivité. De nombreux époux/épouses de séropositifs ou ces derniers mêmes vivent veufs car leur partenaire est mort du VIH/sida (*partie 7.2.1*). Dans l'échantillon de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, 8 % des séropositifs sont divorcés ou séparés, 24,6 % sont veufs (*chapitre 2 - partie 2.2.3*).

La motivation pour se marier et donner naissance à un enfant diminue considérablement quand la personne est séropositive. L'enquête FAVIHVIET Ha-Long a recueilli des témoignages selon lesquels de nombreux jeunes séropositifs ne prévoient pas de se marier et de donner naissance à des enfants. Ils s'inquiètent de leur état de santé, de la mort, de la transmission du VIH de la mère à l'enfant... D'ailleurs, la stigmatisation et l'auto-stigmatisation font également augmenter la probabilité de leur exclusion des opportunités de contact dans la société et des relations amoureuses.

« Autrefois, je rêvais d'avoir tout ce que je voulais : me marier, construire une maison, acheter ce qu'il faut dans la famille, prendre soin d' enfants. Maintenant que je suis séropositif, je ne pense plus à rien, j'ai peur de tout ».

(507 – homme séropositif, 32 ans, bachelier, maçon, célibataire, Cao-Xanh, Ha-Long)

« Maintenant, elle [ma sœur] n'a aucune relation [amoureuse]. Elle se concentre sur son travail. Elle dit que beaucoup d'hommes sont toxicomanes, elle n'aime pas cela. Quand on lui dit de se marier, elle dit que sa vie est foutue, à quoi ça sert de se marier. Elle le dit franchement. Ma femme lui conseille de se marier, mais elle ne le veut pas. Elle ne peut se marier qu'avec un toxicomane, alors ce n'est pas la peine... ».

(301 – frère d'une séropositive, 36 ans, quartier Cao-Xanh – Ha-Long)

« La plupart d'entre eux [frères séropositifs] disent qu'ils ne pensent plus au mariage, que personne ne veut d'eux. À quoi sert un mariage sans avenir ? Je n'ose pas conseiller mon frère de se marier car il rendrait sa femme malheureuse ».

(Frère 6, 43 ans, discussion avec des frères et sœurs de séropositifs, Cao-Xanh, Ha-Long)

Pour les séropositifs mariés, plusieurs ont retrouvé l'espoir de donner naissance à un enfant grâce au programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (ce programme est déployé à Ha-Long depuis début 2006). Toutefois, ils s'inquiètent de l'avenir de leurs enfants, de leur capacité à les élever (*Nguyễn Thi Thiêng et al., 2007*).

Selon les théories sur les actes reproductifs, ce facteur influencera la décision des couples de donner naissance à un enfant (*David and Blake, 1956 cité par Nguyễn T.T. et Luu B.N., 2010*).

En résumé, dans la société à Ha-Long et au Viêt Nam, la fonction de procréation de la famille est très importante en raison des influences culturelles traditionnelles. L'appréciation du fils et le souhait d'avoir beaucoup d'enfants restent toujours présents. À cause du VIH/sida, l'exécution de cette fonction de la famille n'est plus garantie. La structure de la famille pourrait être brisée après l'apparition du VIH/sida. La motivation pour se marier et donner naissance à un enfant se dégrade.

CONCLUSION

Cette thèse de doctorat a été réalisée dans le but d'étudier les foyers comprenant un séropositif et les foyers n'en comprenant pas par rapport à la lutte contre le VIH/sida dans la ville de Ha-Long, province de Quang-Ninh. Plus précisément, cette thèse vise à montrer les problèmes liés au VIH/sida de tous les membres des foyers, séropositifs ou non, tels que le niveau de connaissances du VIH/sida et les attitudes de stigmatisation et d'exclusion liées à cette épidémie. Elle vise également à mieux identifier les points forts ou les limites du rôle des foyers dans la prévention de la transmission du VIH et dans la prise en charge familiale des séropositifs. En plus, la thèse identifie également les interactions entre la société – la famille – l'individu et des changements de certaines fonctions de la famille dans le contexte du VIH/sida.

Les principales analyses ont été réalisées à l'aide des données collectées dans le cadre de l'enquête "*La famille vietnamienne face au VIH/sida – prévention de la transmission et prise en charge des séropositifs en zones rurale et urbaine dans la province de Quang-Ninh*" (FAVIHVIET Ha-Long). Cette enquête s'inscrit dans le cadre du programme de coopération entre le LPED UMR de l'IRD et de l'Université de Provence, le CERPOS de l'Université Paris Ouest Nanterre la Défense, l'Institut d'Étude Populations et Sociétés de l'Université Nationale d'Économie à Hanoï, et l'Institut de Sociologie de l'Académie des Sciences sociales et Humaines du Viêt Nam. Réalisée en novembre 2006 et août 2008, elle fournit de riches données sur les connaissances, attitudes et comportements liés au VIH/sida. Cette enquête a été menée selon une méthode de recherche nouvelle dans le domaine des sciences sociales sur le VIH/sida. Il s'agit de l'approche réunissant une enquête sociologique auprès des foyers et une approche cas-témoin comme en épidémiologie.

Sur le plan de la méthodologie, les répondants dans cette étude comprennent des personnes se déclarant séropositives (appelés « séropositifs »), des personnes qui ne se reconnaissent pas séropositives vivant dans un foyer où vit au moins un séropositif (foyers-cas) et des personnes qui ne se reconnaissent pas séropositives et vivent dans un foyer-témoin. Les analyses ont été réalisées au niveau individuel et au niveau du foyer. Les analyses descriptives ont été effectuées selon une méthode qui vise à établir des fréquences et des tris croisés. Les analyses approfondies ont été réalisées au moyen de régressions logistiques. Certaines comparaisons ont été effectuées avec les données de

« *L'enquête nationale sur la population et les indicateurs du VIH/sida 2005 – VPAIS* » pour déterminer des différences concernant certains indicateurs entre les populations enquêtées dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long et les populations représentant Ha-Long et l'ensemble du pays enquêtées dans l'enquête VPAIS. Des analyses qualitatives ont été effectuées afin de découvrir de nouveaux problèmes ou de compléter les résultats des analyses qualitatives.

L'ensemble des données de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long comprend 326 foyers dont la moitié sont des foyers-cas et l'autre des foyers-témoins. L'enquête quantitative comprend 820 répondants dont un quart sont des personnes se déclarant séropositives (179), plus d'un quart (221) sont des personnes qui ne sont pas séropositives et vivent dans un foyer infecté par le VIH/sida, et près de la moitié sont des répondants membres de foyers non infectés par le VIH/sida (420). Les répondants de l'enquête quantitative sont âgés de 15 à 60 ans. L'enquête qualitative comprend 45 entretiens approfondis et 13 discussions en groupe. Les contenus des 22 entretiens approfondis et de quatre groupes de discussion ont été analysés dans cette thèse. Il n'y a pas de limite d'âge pour les répondants à l'enquête qualitative. Ce sont des personnes se déclarant séropositives, des membres non séropositifs de foyers-cas, des membres des foyers-témoins, des représentants de l'organe local en charge de la lutte contre le VIH/sida, des responsables de certaines associations ou groupes d'aide aux séropositifs dans la communauté.

Dans l'échantillon de l'enquête quantitative, la proportion d'hommes est presque égale à celle des femmes. Environ 40 % des répondants appartiennent au groupe de 15 à 29 ans, 40 % au groupe de 30 à 49 ans et plus de 20 % au groupe de 50 à 59 ans. Les hommes représentent deux tiers des séropositifs. La moitié de ce groupe est âgée de 15 à 29 ans, le reste est âgé de 30 à 49 ans. La plupart des répondants ont fini le collège ou plus. Les séropositifs et leur famille séronégative ont un niveau d'instruction moins élevé que celui des foyers-témoins. Environ un tiers des séropositifs, la moitié des membres séronégatifs de leur foyer et un quart des membres des foyers-témoins ne travaillent pas. Parmi les séropositifs qui travaillent et ont des revenus, la plupart exercent des métiers libéraux ou font du petit commerce, certains participent aux organisations sociales et reçoivent des subventions. De leur côté, de nombreux membres séronégatifs des foyers-cas et des foyers-témoins sont employés d'entreprise ou fonctionnaires, seulement un petit nombre pratique le petit commerce ou une profession libérale. La proportion des membres des foyers-témoins en union est plus élevée que celle des séropositifs et de leur famille. En revanche, la proportion de veuves/veufs dans les foyers-cas est nettement plus élevée que

dans les foyers-témoins. Les séropositifs participent moins aux organisations sociopolitiques que les deux autres groupes de répondants.

Entre les foyers-cas et les foyers-témoins, il n'existe pas de différence concernant les conditions d'habitation ou de confort (télévision, radio, téléphone, machine à laver, pompe à eau) ou les dépenses de nourriture par personne. La taille moyenne des foyers-cas et des foyers-témoins est de 4 personnes comme au Viêt Nam aujourd'hui, cependant les foyers-cas ont généralement plus de membres (plus de 5 personnes) ou moins de membres que la moyenne (moins de 3 personnes). Le nombre de générations ou la structure en famille noyau versus famille élargie est la même dans les foyers-cas et les foyers-témoins. Généralement, les foyers ont deux à trois générations. La famille noyau est plus répandue que la famille élargie. Il n'y a pas de différence d'âge du chef entre foyers-cas et foyers-témoins. Ceci permet de comparer valablement ces deux groupes de foyers.

Malgré quelques limites, l'exploitation et l'analyse des données de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long permettent d'affirmer le rôle important de la famille dans la prévention et les soins des séropositifs. Dans la ville de Ha-Long, la plupart des séropositifs enquêtés vivent dans un foyer avec leurs proches. La famille est très importante dans les échanges d'information concernant le VIH/sida. Les membres des foyers sont actifs dans la prévention du VIH dans la famille. Presque tous les membres séronégatifs des foyers-cas ou des foyers-témoins indiquent qu'ils sont prêts à prendre soin des séropositifs de leur famille en cas de problèmes de santé. De nombreux membres des foyers enquêtés estiment que les séropositifs doivent être soignés dans leur famille. En réalité, presque tous les séropositifs enquêtés ont été soignés au moins par un membre de leur famille en cas de maladie au cours de ces dernières années. Nombre de séropositifs ont reçu des soins de la part de nombreuses personnes. Les parents, les frères et sœurs sont les principales personnes qui ont pris soin des séropositifs qu'ils soient mariés ou non. Viennent ensuite les beaux-parents ou les époux/épouses si le séropositif est marié. De nombreux témoignages qualitatifs montrent que les membres des foyers accordent aux séropositifs un soin dévoué.

Toutefois, il existe encore de nombreuses limites au rôle de la famille dans la prévention du VIH et la prise en charge des séropositifs. Ces limites concernent notamment les connaissances du VIH/sida, la stigmatisation des séropositifs par les membres de leurs foyers et l'exclusion des séropositifs. Les témoignages de cette étude montrent qu'après 15 ans de confrontation avec le VIH/sida, les séropositifs et leur famille n'ont toujours pas de bonnes connaissances de l'épidémie ni des modes de prévention et de prise en charge des séropositifs. La stigmatisation des séropositifs dans la société ou dans leur propre famille

reste très importante. Cette situation observée à Ha-Long dans la province de Quang-Ninh est similaire à celle de pays voisins comme la Thaïlande, le Cambodge, la Chine.

La stigmatisation dans la société par leur propre famille augmente l'autostigmatisation de tous dans leur participation aux activités communautaires ou dans les soins de santé. Elle augmente également la stigmatisation familiale dans les situations quotidiennes. L'autostigmatisation des séropositifs et la stigmatisation des séropositifs dans la société augmente l'exclusion des séropositifs des activités communautaires. La stigmatisation des séropositifs dans les situations quotidiennes augmente l'exclusion des séropositifs et la séparation des membres non séropositifs de leur foyer dans ces situations.

Concernant la connaissance du VIH/sida, presque tous les répondants de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long ont entendu parler de cette épidémie, des voies de transmission, des modes de prévention et de la prise en charge des séropositifs. Les voies de transmission principales : les pratiques sexuelles non protégées, le partage de seringue lors de l'injection de drogue, la transfusion sanguine non contrôlée sont connus par la majorité des répondants. Environ la moitié des séropositifs et près du tiers des membres des foyers indiquent que le VIH peut être transmis de la mère à l'enfant au moment de la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. Certains répondants savent qu'ils peuvent attraper le VIH s'ils touchent les égratignures sur le corps d'un séropositif. Toutefois, 8 % des séropositifs, 14 % des membres non séropositifs de leur foyer et 20 % des membres des foyers-témoins estiment qu'on pourrait être atteint par le VIH par une piqûre de moustique, le partage de nourriture et de boisson. Il s'agit de connaissances incorrectes sur les voies de transmission.

Plus d'une dizaine de modes de prévention du VIH/sida, corrects et incorrects, sont proposés par les répondants de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long. Tous préconisent souvent d'utiliser le préservatif lors de relations sexuelles, de ne pas partager une seringue lors de l'injection de drogue, voire de ne pas s'injecter de drogue, ou encore d'éviter les relations sexuelles avec les prostituées. Contrairement aux répondants de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, les modes de prévention les plus évoqués par les répondants de l'enquête VPAIS sont l'absence d'injection de drogue et l'utilisation d'un préservatif lors de relations sexuelles. La différence entre ces deux enquêtes concernant la prévention montre que les répondants de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long semblent pleinement conscients de l'évolution de l'épidémie et des changements des principales voies de transmission du VIH (de l'injection de drogue aux relations sexuelles non protégées).

Être prudent en cas de saignement ou d'égratignure est la mesure la plus abordée par les enquêtés de FAVIHVIET Ha-Long pour prévenir la transmission du VIH en famille. Vient ensuite le non-partage d'une brosse à dents, d'un rasoir, d'une serviette pour le visage, d'un coupe-ongles et d'objets de maquillage. L'utilisation du préservatif lors de relations sexuelles n'est évoquée que par un quart des répondants. Les répondants la considèrent comme le mode de prévention appliqué uniquement par les couples stables. Toutefois, plus d'un tiers des répondants (40 % des séropositifs, 38 % des membres non séropositifs de leur foyer et 34 % des membres des foyers-témoins) pensent qu'il faut prévenir la transmission dans la famille par le fait de dormir séparément, la lessive séparée des vêtements, la prise de repas séparément, le non-partage des toilettes ou le respect de conditions d'hygiène (manger des choses bien cuites, boire de l'eau bouillie, se laver les mains au savon....).

La connaissance de la prise en charge y compris la connaissances du dépistage, du traitement d'appui et des antirétroviraux. La plupart des répondants savent que pour identifier la séropositivité, il faut faire un test sanguin. Ils connaissent les endroits où peuvent être effectués ces tests dans leur localité. Plus de 60 % des répondants sont au courant de l'existence des antirétroviraux et des médicaments de prévention des infections opportunistes réservés aux séropositifs. Les séropositifs et les membres de leurs foyers connaissent ces médicaments mieux que les membres des foyers-témoins. Toutefois, 13 % des séropositifs, 34 % des membres non séropositifs de leurs foyers et 49 % des membres des foyers-témoins n'ont jamais entendu parler des antirétroviraux. La majorité des répondants qui connaissent ces médicaments savent également où ils peuvent les acheter/recevoir. Ces lieux sont principalement l'hôpital provincial et le centre médical de la ville.

En réalité, parmi les trois connaissances indiquées ci-dessus, celle des voies de transmission est la mieux maîtrisée par les répondants de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long. Si l'on évalue cette connaissance sur un barème de 10 points, ils obtiennent une note assez bonne (7,6 points/10). Par contre, leur connaissance de la prévention n'est qu'à un niveau moyen. Les répondants ont une moins bonne connaissance de la prévention dans la famille que dans la communauté (respectivement 4,3 points versus 5,3 points/10). La connaissance de la prise en charge des séropositifs est celle que les répondants maîtrisent le moins (4,2 points/10). Cette situation pourrait être causée par le peu d'importance accordée aux informations locales de prévention de l'épidémie au sein de la famille et de prise en charge des séropositifs. Parmi les trois groupes de répondants, les séropositifs ont le niveau de connaissance le plus élevé, suivis des membres séronégatifs de leurs foyers.

Les membres des foyers-témoins ont le niveau de connaissance le plus bas. La connaissance de la transmission et de la prévention des membres non séropositifs des foyers-cas et des membres des foyers-témoins de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long semble être moins bonne que celles de l'enquête VPAIS.

Les connaissances du VIH/sida n'atteignent pas tout le monde au même niveau. Il ressort d'études menées dans d'autres pays que la connaissance du VIH/sida est influencée par de nombreux facteurs, y compris les capacités personnelles, l'accès aux sources d'information, la distance avec les séropositifs... Dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, on ne constate aucune différence de niveau de connaissance globale du VIH/sida selon le genre chez les membres séronégatifs des foyers-cas et des foyers-témoins. Toutefois, les hommes séropositifs semblent avoir des notes de connaissances moins élevées que celles des femmes séropositives. Les membres des foyers-témoins âgés de moins de 29 ans ont une meilleure connaissance que ceux de plus de 30 ans. Par contre, il n'existe pas de différence selon l'âge au sein des foyers-cas. Dans les foyers-témoins, ceux qui sont en union ont une meilleure connaissance du VIH/sida que ceux qui ne vivent pas en union. Dans les foyers-cas, la situation matrimoniale ne crée pas de différence de niveau des connaissances. La situation d'emploi et la participation à l'Union des Femmes ou à un syndicat n'influencent pas non plus le niveau de connaissances chez les trois groupes de répondants. La participation à l'Union de la Jeunesse communiste et aux associations/groupes d'aide aux séropositifs améliore la connaissance des séropositifs. Pour ces derniers, le fait de vivre dans un foyer ayant la télé ou la radio est très important pour l'amélioration de la connaissance du VIH/sida. Par contre, pour les membres séronégatifs des foyers-cas et des foyers-témoins, le fait que leur foyer possède ou non un poste télévision ou une radio n'a aucun lien avec leur niveau de connaissance, les facteurs significatifs étant la possession d'un vélo ou d'une moto.

La télévision, les livres/journaux/magazines, la radio, les réunions communautaires sont les sources d'information principales sur le VIH/sida. Toutefois, seule la réception d'information sur le VIH/sida par la télévision augmente les connaissances des trois groupes de répondants. Les livres/journaux/magazines constituent une source d'information importante pour les membres des foyers-témoins. En outre, de nombreux séropositifs reçoivent des informations sur le VIH par le biais d'établissements médicaux, de personnel médical ou encore d'associations/groupes d'aide aux séropositifs. Les informations sur le VIH/sida reçues via des associations/groupes d'aide aux séropositifs améliorent la connaissance qu'ont les séropositifs du VIH/sida. Certains membres séronégatifs des foyers-cas et des foyers-témoins reçoivent également des informations sur le VIH/sida via

des établissements médicaux et du personnel médical. Ils reçoivent également des informations sur le VIH/sida sur leur lieu de travail. La réception d'informations de cette source améliore considérablement leur note de connaissance du VIH/sida.

Les répondants discutent avec leurs proches du VIH/sida beaucoup plus qu'avec les autres personnes dans la communauté. En particulier, dans les foyers infectés par le VIH/sida, la discussion sur l'épidémie entre parents, frères et sœurs, enfants, époux et épouses améliore nettement le niveau de connaissance des membres sur le VIH/sida. Dans ces foyers, les parents jouent le rôle le plus important dans la discussion avec les séropositifs, viennent ensuite les frères et sœurs. Pour les membres séronégatifs des foyers-cas, l'époux/épouse, les frères et sœurs sont les personnes importantes dans les discussions sur le VIH/sida. Dans les foyers-témoins, l'époux/épouse est la personne la plus importante pour ce type de discussion. En outre, dans la communauté, les amis et les collègues sont plus importants que les membres de la parenté ou les voisins pour les discussions sur le VIH/sida. Cela est vrai pour les trois groupes de répondants. Parmi les spécialistes, le personnel médical est considéré comme plus important que les conseillers ou les éducateurs dans l'amélioration du niveau de connaissance du VIH/sida. Par ailleurs, les séropositifs discutent du VIH/sida avec les autres beaucoup plus que les membres non séropositifs de leur foyer et les membres des foyers-témoins.

Ha-Long, et plus généralement la province de Quang-Ninh, figure parmi les localités gravement affectées par le VIH/sida au Viêt Nam (la province de Quang-Ninh figure parmi les 5 provinces/villes du Viêt Nam ayant la proportion la plus élevée de séropositifs sur 100.000 habitants). Les répondants de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long ont pris conscience de l'importance de l'épidémie. Ils estiment que le VIH/sida est le problème de santé le plus important à Ha-Long et le troisième problème social le plus important, après la drogue et la prostitution, qui d'ailleurs sont des causes directes de transmission du VIH/sida. La forte propagation de l'épidémie est manifeste à travers le fait que de nombreux répondants sont entrés en contact avec un séropositif. Ce dernier peut être leur voisin, leur collègue ou encore un proche dans leur famille. Toutefois, tandis que la majorité des membres séronégatifs estiment que le risque d'être contaminé par le VIH dans leur quartier d'habitation est réel, voire très important, ils pensent qu'eux-mêmes ne courent aucun risque ou un risque minime. Cette pensée présente un danger lorsqu'elle va de pair avec une connaissance limitée du VIH/sida.

La stigmatisation est une notion qualitative formée par des éléments complexes. Tirant son origine de la première définition sur la stigmatisation d'E. Goffman (1963), la notion de

stigmatisation liée au VIH/sida ne cesse de se développer. Plus récemment, Link & Phelan en 2006 ont proposé cette définition du concept : « La stigmatisation est un processus dans lequel 5 composantes agissent de manière interactive : l'apposition du stéréotype ; la séparation des apposeurs et des apposés ; la discrimination ; la perte de statut chez les apposés et l'exercice d'un pouvoir d'étiquetage et de stéréotype par les apposeurs sur les apposés ».

Les manifestations de la stigmatisation sont très diversifiées, avec de nombreuses nuances chez les stigmatisants (colère, haine, éloignement...) tout comme chez les stigmatisés (honte, complexe d'infériorité, tristesse, désespoir...). De nombreuses raisons complexes expliquent cette situation : les préjugés, le jugement, le rejet de la faute. A cela s'ajoute une raison simple : la peur d'être contaminé. Des études menées montrent que la stigmatisation liée au VIH/sida au Viêt Nam concerne également la conception morale de certains actes considérés comme des « fléaux sociaux », telles que la prise de drogue et la prostitution.

La recherche sur la stigmatisation est la partie centrale de cette thèse. Elle vise à mesurer les attitudes de stigmatisation liées au refus d'être en contact avec un séropositif, le rejet de la faute, le jugement, la honte et la discrimination. Il s'agit de l'autostigmatisation des séropositifs et des membres non séropositifs de leur foyer. Il s'agit également des attitudes des membres des foyers vis-à-vis des séropositifs dans la société et en famille.

Quatre formes de stigmatisation ont été détectées et mesurées dans cette étude. La première est la stigmatisation des séropositifs dans la société par les membres séronégatifs des foyers-cas et les membres des foyers-témoins. La deuxième est la perception qu'ont les séropositifs enquêtés de leur mise à l'écart par la société, appelée ici « stigmatisation sentie » chez les séropositifs. La troisième est l'autostigmatisation des séropositifs et de leurs proches séronégatifs. La quatrième est la stigmatisation par les membres des foyers-cas et des foyers-témoins des séropositifs vivant ou susceptibles de vivre dans leur foyer.

Il existe des corrélations entre les différentes formes de stigmatisation. La probabilité d'apparition d'une attitude de stigmatisation pourrait être plus forte s'il en existe déjà une autre. Certaines attitudes de stigmatisation liées au VIH/sida constituent la raison principale de l'exclusion des séropositifs ou de la séparation au sein des familles dans les activités communautaires ou quotidiennes.

Dans la société, la stigmatisation des séropositifs se manifeste par le refus d'acheter des légumes chez un vendeur séropositif, l'interdiction de donner des cours à un

enseignant séropositif , ou encore l'avis selon lequel les séropositifs doivent avoir honte ou se sentir en faute. Ces deux dernières formes sont considérées comme des stigmatisations sous forme de rejet de la faute et de jugement moral, alors que les deux premières sont plutôt des refus de contact avec un séropositif. La stigmatisation des séropositifs dans la société par les membres des foyers-cas et des foyers-témoins est encore importante, notamment la stigmatisation sous forme de rejet de la faute ou de jugement moral. Le degré de stigmatisation des séropositifs dans la société de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long est égal à celui de l'enquête VPAIS, le refus de contact avec les séropositifs est plus important, tandis que le jugement et le rejet de la faute sont inférieurs. La stigmatisation des séropositifs dans la société par la population de Ha-Long est donc moins grave que dans d'autres localités du pays.

Leurs proches stigmatisent moins les séropositifs que les membres des foyers-témoins, qui énoncent un jugement moral et un rejet de la faute plus sévères. Face à la séropositivité, les familles peuvent adopter une attitude plus tolérante mais aussi une crainte plus grande de transmission car ils habitent avec un séropositif.

La stigmatisation du foyer est divisée en niveaux : Niveau 1 – stigmatisation par au moins un membre et jusqu'à un tiers des membres ; niveau 2 – stigmatisation par environ la moitié des membres ; niveau 3 – stigmatisation par deux tiers au moins des membres enquêtés du foyer. Près de la moitié des foyers-cas et environ 5/6 des foyers-témoins de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long stigmatisent les séropositifs dans la société. Lorsque la stigmatisation existe, les foyers-cas sont répartis de manière égale entre les niveaux, tandis qu'une grande proportion des foyers-témoins est au niveau 3.

La stigmatisation des séropositifs dans la société est corrélée de façon positive à certaines autres attitudes de stigmatisation. Elle augmente l'autostigmatisation des séropositifs dans leur participation aux activités communautaires ou dans le choix du lieu de soins de santé. Elle augmente également la stigmatisation par leurs proches, notamment dans les situations quotidiennes et les soins de santé. Cette influence est plus marquée dans les foyers comprenant au moins un séropositif.

La stigmatisation des séropositifs dans la société par leur famille aboutit à leur exclusion des activités communautaires. Celle-ci est multipliée par quatre si au moins un de leurs proches stigmatise les séropositifs dans la société. Plus le niveau de stigmatisation des séropositifs dans la société est élevé, plus la probabilité d'une exclusion des activités communautaires est élevée (le facteur est de 1,8 s'ils vivent dans un foyer avec une

stigmatisation de niveau 1, il est de 7,9 s'ils vivent dans un foyer avec une stigmatisation de niveau 2 et de 5,8 s'ils vivent dans un foyer avec une stigmatisation de niveau 3).

La stigmatisation ressentie chez les séropositifs est celle de leur mise à l'écart par leur entourage, qui dépend du temps et de l'espace social au moment où la séropositivité est révélée. Cette stigmatisation concerne près de la moitié des séropositifs enquêtés. Ils se sentent mis à l'écart surtout par les voisins, les membres de la parenté et les amis. Certaines études montrent que ceci crée chez eux la crainte d'être stigmatisés et favorise leur mise à l'écart. Cela rend plus difficile la révélation du VIH/sida par les séropositifs et leurs proches. Dans cette étude, la perception qu'ont les séropositifs de leur mise à l'écart par la société influe fortement sur leur autostigmatisation dans leur participation aux activités communautaires. Plus cette perception est importante, plus l'autostigmatisation est forte.

Ne pas vouloir rencontrer les gens, être triste et ne pas vouloir participer aux activités communautaires (visite chez des amis, chez des membres de la parenté, participation à des anniversaires de naissance ou de décès, des funérailles, des mariages, des réunions communautaires, des fêtes villageoises, visites à la pagode) sont les manifestations d'une autostigmatisation des séropositifs et de leurs proches séronégatifs. Cette attitude existe chez 23 % des séropositifs de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long et chez 8 % de leurs proches. Cette autostigmatisation aboutit à l'exclusion des activités communautaires. Les répondants stigmatisants participent nettement moins aux activités communautaires que ceux qui n'ont pas une telle attitude: 8 fois moins chez les séropositifs autostigmatisants que chez les séropositifs n'ayant pas cette attitude. Chez les proches séronégatifs, cette probabilité est également multipliée par 5 par la présence d'une autostigmatisation.

Les études menées dans le monde et au Viêt Nam affirment toutes que dans les localités où il manque un réseau de sécurité sociale, la famille est la seule source d'assistance aux besoins fondamentaux de l'individu, dont celui d'être soigné en cas de problèmes de santé. Or, parmi les séropositifs enquêtés à Ha-Long, certains souhaitent être soignés dans un lieu qui leur soit réservé ou ne mentionnent pas la famille comme un lieu de soins pour eux en cas de problèmes de santé. Ils sont considérés comme autostigmatisants dans leur choix du lieu de soins de santé, et ils représentent 27 % des séropositifs.

Heureusement il n'existe pas de corrélation entre l'autostigmatisation dans le choix du lieu des soins de santé et le fait que les séropositifs ne soient pas soignés chez eux quand ils sont malades durant ces dernières années. Or, plus de 17 % des séropositifs indiquent

qu'ils ne sont pas soignés chez eux. La séropositivité est identifiée comme le facteur qui décide du lieu de soin des séropositifs quand ils sont malades (la probabilité des séropositifs de ne pas être soignés à la maison en cas de problèmes de santé est deux fois plus élevée que celle des proches séronégatifs). Toutefois, le fait que les séropositifs ne soient pas soignés à domicile en cas de problèmes de santé n'est pas dû à leur autostigmatisation mais à d'autres raisons, par exemple, la gravité de la maladie, la structure du foyer, les conditions économiques du foyer, les politiques vis-à-vis des séropositifs ou le développement des infrastructures médicales dans la société. La limite des données ne permet pas d'identifier quel est le facteur principal.

On constate que les opinions les plus citées sont que les séropositifs doivent être soignés chez eux ou « dans un lieu qui leur soit réservé ». La stigmatisation des séropositifs dans le choix du lieu des soins de santé s'exprime lorsque la famille n'est pas considérée comme un lieu de soins des séropositifs en cas de problèmes de santé, ou lorsqu'on estime que les séropositifs doivent être soignés « dans les établissements qui leur sont réservés ». Environ 40 % des membres non séropositifs des foyers-cas et 56 % des membres des foyers-témoins ont une telle attitude, supérieure dans les foyers-témoins. Toutefois, presque tous les membres séronégatifs (plus de 97 %) indiquent qu'ils sont prêts à prendre soin du séropositif de leur foyer. L'enquête VPAIS donne un résultat similaire. On peut donc constater que les familles doivent lutter contre une contradiction : ils sont prêts à soigner le séropositif dans leur foyer mais ils ne considèrent pas la famille comme un lieu de soins, ou bien ils souhaitent que les séropositifs soient soignés dans des établissements réservés en cas de problème de santé.

Les membres des foyers sont prêts à soigner leur proche séropositif et dans la réalité, presque tous les séropositifs dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long ont été soignés par au moins un de leurs proches quand ils ont été malades au cours des dernières années. Plus de la moitié des séropositifs ont été soignés par plusieurs membres de leur famille. La stigmatisation des séropositifs dans les soins de santé par leurs proches séronégatifs n'a aucun lien avec le fait que certains séropositifs n'aient pas été soignés chez eux quand ils ont été malades au cours de ces dernières années.

Dans le contexte familial, la stigmatisation des séropositifs se traduit dans certaines situations quotidiennes. Dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, on peut les observer valablement au sein des foyers-cas mais pas dans les foyers-témoins, qui donneront donc des réponses hypothétiques. Le refus de partager le plateau-repas avec les autres membres du foyer, de dormir dans le même lit ou encore de laver leurs vêtements avec

ceux des autres membres du foyer est considéré comme une stigmatisation des séropositifs dans les situations quotidiennes.

La stigmatisation des séropositifs dans les situations quotidiennes par les séronégatifs est très forte dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long. Certains n'acceptent pas que les séropositifs partagent le plateau-repas avec les autres membres du foyer. Un très grand nombre des membres des foyers-cas et des foyers-témoins n'acceptent pas de dormir dans le même lit que le séropositif ou que les vêtements des séropositifs soient lavés avec ceux des autres membres du foyer. Plus de 50 % des membres non séropositifs des foyers-cas et plus de 60 % des membres des foyers-témoins adoptent une stigmatisation des séropositifs dans au moins une situation. Cette stigmatisation est plus forte chez les foyers-témoins que chez les foyers-cas. La stigmatisation de la part des hommes vivant dans les foyers-cas est plus forte que celle des femmes. C'est la seule différence de genre dans les attitudes de stigmatisation mesurées dans cette étude.

La stigmatisation dans le partage du lit ou la lessive commune des vêtements ou dans les deux activités aboutit à l'exclusion des séropositifs par leurs proches séronégatifs. En réalité, l'exclusion et la séparation des foyers-cas sont dues non seulement à la stigmatisation, mais aussi à d'autres facteurs comme la taille et la structure du foyer, la situation matrimoniale. Toutefois, les questions permettant de mesurer ces comportements dépassent le cadre familial.

Si un proche stigmatise les séropositifs dans le partage du lit, cela augmente près de trois fois la probabilité d'une exclusion, précisément 5,1 fois chez les séropositifs vivant en union et 3,1 fois chez les séropositifs qui ne vivent pas en union. Si un proche stigmatise les séropositifs dans la lessive commune des vêtements, cela multiplie par près de trois la probabilité d'une exclusion, précisément 5,1 chez les séropositifs en union et 2,3 chez les séropositifs hors union. On peut constater que l'influence de la stigmatisation sur l'exclusion des séropositifs dans certaines situations quotidiennes est plus forte chez les séropositifs en union que chez les séropositifs hors union.

Plus le niveau de stigmatisation est élevé, plus l'exclusion des séropositifs des activités est forte. En particulier, elle devient significative quand environ la moitié des membres du foyer sont stigmatisants. Elle augmente fortement quand plus de deux tiers des membres du foyer adoptent une telle attitude. Le nombre de répondants n'étant pas assez important, il est impossible d'effectuer des analyses pour évaluer l'influence de la situation matrimoniale sur la relation entre l'exclusion dans les situations quotidiennes et le niveau de stigmatisation. Toutefois, les analyses reflètent la tendance générale de la corrélation. La

probabilité d'une exclusion dans le partage du lit est multipliée par près de trois chez les séropositifs vivant dans un foyer avec une stigmatisation de niveau 2 et par près de 11 chez les séropositifs vivant dans un foyer avec une stigmatisation de niveau 3 par rapport aux séropositifs vivant dans un foyer où cette forme de stigmatisation n'existe pas. Le fait de vivre dans un foyer stigmatisant les séropositifs dans la lessive commune des vêtements aux niveaux 2 et 3 multiplie respectivement par 2,8 et 11,7 la probabilité d'une exclusion des séropositifs de cette activité.

La stigmatisation des séropositifs dans les situations quotidiennes indiquée ci-dessus tire son origine de l'inquiétude concernant les risques de transmission. La stigmatisation des séropositifs dans la société prend sa source à partir du refus d'être en contact avec les séropositifs par crainte d'être contaminé, du jugement moral et du rejet de la faute. Toutefois, cette étude n'a pas permis de trouver une corrélation directe entre la stigmatisation et l'exclusion des séropositifs dans les situations quotidiennes, qui, dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long, provient totalement de l'inquiétude concernant les risques de transmission et non pas du jugement moral ou du rejet de la faute.

L'exclusion des séropositifs dans les situations quotidiennes va de pair avec la séparation des proches séronégatifs, qui est due pour une part à la stigmatisation des malades dans le partage du lit ou la lessive commune des vêtements. L'influence de cette stigmatisation est plus forte pour les membres non séropositifs vivant en union que pour ceux qui ne vivent pas en union.

Cette étude note également que les attitudes de stigmatisation subissent l'influence de la connaissance du VIH/sida. Il existe une corrélation très forte entre au moins d'une connaissance incorrecte sur la transmission ou la prévention du VIH/sida et la stigmatisation par les membres des foyers des séropositifs dans la société, dans les situations quotidiennes et dans les soins de santé. La stigmatisation des séropositifs dans la société par leur famille est corrélée négativement à la connaissance des voies de transmission du VIH. Cette corrélation négative est également établie entre la stigmatisation des séropositifs dans la société par les membres non séropositifs des foyers-témoins et leur note pour la connaissance de la prévention. Il existe par contre une corrélation positive entre la connaissance qu'ont les séropositifs de la prévention et leur autostigmatisation dans la participation aux activités communautaires. Les connaissances des séropositifs de la prévention et des soins aux séropositifs sont en corrélation positive avec leur autostigmatisation dans le choix du lieu de soins de santé. Ainsi, le manque de connaissance est l'un des facteurs favorisant la stigmatisation des séropositifs dans la

société et dans les activités quotidiennes par les membres des foyers. Néanmoins, l'amélioration du niveau de connaissance fait apparaître le risque d'une augmentation de l'autostigmatisation des séropositifs dans la participation aux activités communautaires ou dans les soins de santé.

La stigmatisation est un phénomène complexe, ayant des liens avec les conceptions concernant la morale, la culture ou les traditions, qu'une étude comme celle-ci ne peut aider à clarifier. Toutefois, outre les influences des connaissances sur le VIH/sida, cette étude révèle que les attitudes de stigmatisation subissent des influences d'autres facteurs. Certains facteurs ont une influence négative sur les attitudes de stigmatisation. Ils font augmenter ces attitudes chez les membres des foyers tout comme chez les séropositifs. La discussion sur le VIH/sida avec les proches dans la famille notamment avec les parents ou la réception d'informations sur cette épidémie de la part d'établissements ou de personnel sanitaire augmentent la stigmatisation des séropositifs dans la société par les membres des foyers. La discussion sur le VIH/sida fait partie des facteurs faisant augmenter l'autostigmatisation des séropositifs dans le choix du lieu des soins de santé et la stigmatisation des séropositifs par les membres de leur foyer dans les soins de santé. Les discussions avec l'époux/épouse font augmenter la stigmatisation des séropositifs dans les situations quotidiennes par les membres des foyers-témoins. La stigmatisation des séropositifs dans le choix du lieu des soins de santé par les membres des foyers-témoins est plus forte si ces derniers reçoivent des informations du VIH/sida de la part des établissements et du personnel sanitaires. Mettant les impacts de ces trois facteurs en lien avec le niveau de connaissance du VIH/sida et les attitudes de stigmatisation liées à cette épidémie, on peut constater que la discussion sur le VIH/sida avec les parents, avec l'époux/épouse ou la réception d'informations sur le VIH/sida de la part d'établissements ou de personnel sanitaires ont un double effet. Côté positif, elles aident à améliorer le niveau de connaissance du VIH/sida des séropositifs et de leurs proches. Côté négatif, elles entraînent une augmentation de leurs attitudes de stigmatisation. La participation à l'Union des Femmes est un facteur qui augmente la stigmatisation des séropositifs par les membres des foyers dans les situations quotidiennes et dans les soins de santé.

Certains autres facteurs jouent un rôle positif permettant de réduire les attitudes de stigmatisation. Concernant les séropositifs, leur autostigmatisation dans le choix du lieu de soins de santé sera réduite s'ils reçoivent des informations sur le VIH/sida de la part de livres, journaux ou magazines. Quant aux membres non séropositifs des foyers-cas, la discussion avec les amis et collègues permet de réduire la stigmatisation des séropositifs dans les situations quotidiennes. La discussion avec les éducateurs ou avec les voisins

aide également à réduire leur stigmatisation des séropositifs dans les soins de santé. Pour les membres des foyers-témoins, le haut niveau d'instruction (diplômés de l'école supérieure ou de l'université) et la vie en union sont des facteurs permettant de réduire leur stigmatisation des séropositifs dans les situations quotidiennes. La discussion avec le personnel sanitaire travaillant dans le domaine du VIH/sida ou la réception d'informations sur cette épidémie sur le lieu de travail ou via les associations et groupes d'aide aux séropositifs réduisent fortement leur stigmatisation des séropositifs dans les soins de santé. La taille, la structure du foyer selon le nombre de générations vivant sous le même toit ou selon le modèle familial (famille noyau ou famille élargie) n'ont aucun lien avec les attitudes de stigmatisations identifiées dans cette étude.

Vu d'un autre angle, les résultats de recherche montrent la confrontation au VIH/sida par les familles à Ha-Long en particulier et celles du Viêt Nam en particulier. Parallèlement aux aspects positifs du processus de développement, les aspects négatifs de ce processus sont apparus et se propagent dans la communauté. La drogue et la prostitution – des actes considérés comme des « fléaux sociaux » - constituent des raisons initiales de la propagation du VIH/sida. Dans le contexte social qui représente un risque élevé de transmission de cette épidémie et où la fonction d'éducation de la famille n'est pas bien assumée, de nombreux foyers doivent faire face à l'apparition du VIH/sida chez soi. De la société, le VIH/sida entre dans les familles comme un « choc ». Il laisse des impacts sur la vie de tous les membres de la famille et cause des changements dans les fonctions de la famille.

Après la déclaration de leur séropositivité, les séropositifs reçoivent des réactions à la fois positives et négatives de la part de leurs proches et de la communauté. Les séropositifs subissent la stigmatisation de la part de la société. Les membres des foyers adoptent également la stigmatisation des séropositifs sous forme de jugement, de rejet de la faute, dans les situations quotidiennes ou dans les soins de santé en raison de la crainte d'attraper le virus. Viendra ensuite l'exclusion. La stigmatisation des séropositifs a tendance à diminuer suivant l'évolution de l'épidémie, mais elle restait encore importante à Ha-Long au moment où se déroulait l'enquête. La stigmatisation des séropositifs dans la société fait pression sur la stigmatisation des séropositifs dans la famille. Au début, les membres du foyer pourraient juger ou rejeter la faute sur les séropositifs pour les raisons causant leur séropositivité, mais ensuite, ces mêmes membres deviennent tolérants, surmontent la stigmatisation et accordent de l'amour et des efforts au soin et à l'encouragement des séropositifs.

Les séropositifs ne sont pas les seuls à confronter les nouvelles réactions de la part de leurs proches et de leur entourage. Les membres non séropositifs de leur foyer subissent également les impacts importants suite à l'apparition du VIH/sida dans leur foyer. Ils traversent également un choc psychologique en apprenant la séropositivité de leur proche. Ils doivent ensuite se confronter aux réactions de la société vis-à-vis de leur famille. Ils subissent également de la stigmatisation de la part de la société sous forme de jugement, de rejet de la faute et de l'éloignement. Les membres du foyer doivent encore faire face au risque d'attraper le VIH et à la séparation dans les activités quotidiennes... Enfin, c'est la douleur de voir partir pour toujours leurs proches séropositifs.

Depuis l'apparition du VIH, tous les membres du foyer, des personnes âgées aux enfants, doivent subir les conséquences économiques apportées par l'épidémie. Les conditions de vie, le revenu, le bien-être de tous les membres se réduisent en raison de l'augmentation des dépenses occasionnelles (pertes des forces humaines, réduction de la productivité) et des frais des soins de santé pour les séropositifs.

Être prêt à soigner les séropositifs, cela veut dire que la famille doit assumer une lourde responsabilité. Outre le facteur économique, les membres de la famille doivent consacrer du temps, de la force physique et psychologique à ce travail. Les infrastructures sanitaires et les ressources destinées aux soins et au traitement des séropositifs au Viêt Nam dans l'ensemble et à Ha-Long en particulier sont encore limitées. Cela rend encore plus lourde la tâche de la famille dans le soin des séropositifs. La propagation des antirétroviraux apporte de l'intérêt aux séropositifs et à leur famille, mais pose également de nouveaux défis à la famille. Elle doit jouer un nouveau rôle, celui de la personne qui appuie le traitement. Le soin des séropositifs étant un long processus, la famille doit réfléchir et élaborer de nouveaux plans pour l'avenir, notamment le développement de l'économie familiale, l'édification de l'environnement familial (abolir la stigmatisation, augmenter la solidarité et l'entraide entre ses membres).

Dans la famille, les femmes subissent des impacts plus importants que les hommes. Souvent, ce sont elles qui assument les soins des séropositifs. Ce sont elles qui sont les premières à assumer ce travail, suivies par les hommes. La mère joue un rôle particulièrement important. Les femmes des séropositifs font face à un risque très élevé d'attraper le VIH/sida. Dans les familles nucléaires, quand le mari a le VIH/sida, la femme assume toutes les charges familiales : gagner de l'argent, décider les dépenses, soigner le mari et les enfants.

La confrontation aux nouvelles réactions et la déclaration de la séropositivité ne sont pas faciles du tout pour les séropositifs tout comme pour leurs proches. Cela a un impact négatif sur la prévention de l'épidémie et le soin des séropositifs. La non-déclaration de la séropositivité par les séropositifs et des membres de leur famille et leur manque de connaissances sur le VIH/sida détruiront tous les efforts de prévention de l'épidémie. Toutefois, les personnes se déclarant séropositives et les membres de leur famille sont actifs dans la prévention du VIH en famille et dans la communauté. Ils participent activement aux associations/groupes d'assistance afin de retrouver l'énergie vitale, réduire les séquelles du VIH/sida et réaliser les activités de prévention de l'épidémie.

Le VIH/sida cause des changements de la plupart des fonctions de la famille. Concernant la fonction psychologique et émotionnelle, le VIH/sida cause des chocs, des douleurs et des contradictions que les membres de la famille doivent subir. Pour surmonter ces difficultés, les séropositifs et les membres de leur famille cherchent de l'aide au sein de la famille, mais aussi de la part de nouvelles institutions dans la société, précisément, des associations/groupes d'assistance. La stigmatisation et l'autostigmatisation entraînent l'exclusion et la séparation des séropositifs et des membres de leur famille. Cela crée des écarts émotionnels dans les relations familiales. Le VIH/sida détruit la structure familiale quand les couples sont séparés, divorcés ou l'un d'entre eux est mort jeune à cause du sida. La mort du séropositif engendre le manque du rôle de l'enfant, du frère, de la sœur, du père ou de la mère dans les relations émotionnelles.

En ce qui concerne la fonction de soin de la santé, au lieu d'être soignés par les enfants quand ils ont des problèmes de santé, les parents âgés dans les familles touchées par le VIH/sida assument le rôle principal dans le soin de la santé des séropositifs. Parfois, ils doivent même prendre soin de leurs petits enfants affectés par le VIH/sida. Ils doivent recevoir de nouveaux rôles dans le soin, notamment celui d'aider les séropositifs à observer strictement les consignes du traitement ARV. Avec l'apparition des rétroantivirus, la vie des séropositifs est prolongée, le rôle des parents dans le soin des séropositifs sera également prolongé.

L'apparition du VIH/sida dans la famille prouve que la fonction éducative de cette dernière n'a pas connu des évolutions adéquates permettant de faire face aux risques du VIH/sida dans la société. À présent, les connaissances sur le VIH/sida et les expériences des familles vivant avec des séropositifs doivent être transmises dans le cadre de la fonction éducative de la famille. Les séropositifs et les membres de leur foyer ont besoin de

recevoir davantage de connaissances et d'expériences sur la prévention du VIH et le soin des séropositifs.

Concernant la fonction économique, le VIH/sida réduit considérablement la possibilité des familles de contribuer à la production familiale et à l'économie nationale, car les séropositifs sont pour la plupart jeunes et en âge actif. La réduction de la force de travail et de la santé des séropositifs en raison de leur séropositivité influence grandement leur productivité. Ce facteur et la stigmatisation des séropositifs dans la société rendent plus difficiles les activités économiques des séropositifs qui souvent ne trouvent pas de travail ou perdent leur emploi. Parfois, les soins de santé des séropositifs obligent quelques membres de leur foyer à suspendre leurs activités économiques. La fonction de reproduction humaine de la famille n'est plus assurée avec l'apparition du VIH/sida, en raison de la destruction de la structure familiale ou la réduction de la motivation du mariage et de la naissance des enfants chez les séropositifs.

RECOMMANDATIONS ET ORIENTATIONS DE RECHERCHES ULTÉRIEURES

Dans le contexte de la confrontation au VIH/sida, les connaissances limitées sur l'épidémie, les attitudes de stigmatisation ou d'exclusion liées au VIH/sida constituent des barrières importantes entravant le rôle de la famille dans la prévention et les soins aux séropositifs. La réalisation d'interventions permettant de fournir davantage d'information sur la prévention, notamment dans la famille, la prise en charge des séropositifs, de même que les interventions aidant à réduire la stigmatisation liée au VIH/sida à Ha-Long dans la province de Quang-Ninh en particulier et dans d'autres localités vietnamiennes en général, sont très importantes. Sur la base des résultats de mon étude, je voudrais avancer quelques propositions. Il s'agit d'idées personnelles que je voudrais adresser aux décideurs de politiques sanitaires et sociales à Ha-Long dans la province de Quang-Ninh, aux établissements, organisations gouvernementales et non gouvernementales, aux associations/groupes opérant dans la prévention du VIH/sida. Ces propositions sont accompagnées des suggestions sur l'orientation de recherches à venir pour les chercheurs qui s'intéressent à ce domaine.

Il importe d'impulser des interventions permettant de fournir des informations sur le VIH/sida et de réduire la stigmatisation liée au VIH/sida dans la communauté. Tout d'abord, ces interventions doivent bien déterminer les objets prioritaires. Mon étude montre que les séropositifs, les membres non séropositifs de leurs foyers et les membres des foyers-témoins ont un faible niveau de connaissance du VIH/sida. Les attitudes de stigmatisation liée au VIH/sida sont fortes chez les séropositifs comme chez les membres des foyers. Les corrélations entre les attitudes de stigmatisation sont plus fortes chez les membres des foyers-cas que chez les membres des foyers-témoins. Il est possible que pour l'instant, les interventions permettant de réduire la stigmatisation dans les foyers où vivent les séropositifs (y compris l'autostigmatisation des séropositifs et la stigmatisation des séropositifs par les membres non séropositifs de leur foyer) soient plus significatives que celles visant les foyers qui ne comptent pas de séropositif ou celles visant la communauté. En réalité, les interventions visant les foyers qui ne comptent pas de séropositif ou celles visant la communauté sont aussi très importantes, mais en raison du manque de ressources, il est indispensable d'identifier les priorités.

Les interventions doivent être conçues de manière efficace. Elles doivent répondre aux exigences de groupes ciblés. Les interventions sous forme de communication répondent aux besoins de sources d'information et de contenu d'information. L'efficacité se traduit par l'association d'objectifs (fournir des informations utiles tout en réduisant la stigmatisation).

Actuellement, les séropositifs et les membres de leur foyer ont grand besoin d'informations sur la prévention dans la famille, sur les modes de prise en charge des séropositifs et sur les évolutions du réseau sanitaire répondant aux besoins de prise en charge des séropositifs. Les non-séropositifs dans la communauté ont besoin eux aussi d'informations sur la transmission, la prévention et les modes de prise en charge des séropositifs. L'annulation des connaissances incorrectes de la transmission ou la prévention du VIH/sida doivent être un objectif prioritaire des interventions de fourniture d'informations. En outre, l'information sur l'épidémie, la proportion de séropositifs dépistés, l'évolution de l'épidémie doivent également être communiqués à la population dans l'objectif de renforcer sa perception des risques de transmission tout comme ceux de la communauté où ils vivent.

Dans mon étude, les sources d'informations efficaces sur le VIH/sida sont la télévision, les livres, journaux, magazines et les établissements, le personnel sanitaire, mais seuls les livres, journaux, magazines aident à réduire l'autostigmatisation des séropositifs. Il est à constater qu'il faut effectuer des études visant à trouver des modes de communication plus efficaces quand la télévision et les établissements et le personnel sanitaire sont utilisés comme moyens de communication. Ces études permettraient d'identifier les messages, les images et les modes de transmission d'informations efficaces. Par exemple, pour la télévision, les informations doivent-elles être véhiculées sous forme de reportages, d'émissions de loisir, de films ou de pièces de théâtre ? Concernant les établissements, le personnel sanitaire, les informations doivent-elles être véhiculées par des panneaux, des affiches, des dépliants, des discussions, des consultations, la projection de vidéo ou la réalisation de colloques ? Il importe que la consultation et la discussion sur le VIH/sida avec le personnel sanitaire soient plus développées.

L'Union de la Jeunesse communiste constitue une source d'information utile sur le VIH/sida pour les séropositifs. Pour les séronégatifs, le lieu de travail est une source d'information efficace qui améliore leur connaissance de l'épidémie et réduit leur stigmatisation des séropositifs. Ainsi, il faut développer et renforcer les interventions de prévention du VIH/sida dans les activités de l'Union de la Jeunesse communiste et dans les activités des établissements et entreprises. Le gouvernement vietnamien a approuvé le

programme d'action nationale de prévention du VIH/sida chez les jeunes et les enfants, élaboré par le comité central de l'Union de la Jeunesse communiste (mars 2007). Toutefois, cet avantage n'est que juridique (promulgation de la politique). La mobilisation des ressources pour que les antennes de l'Union de la Jeunesse communiste dans les localités, y compris à Ha-Long dans la province de Quang-Ninh, puissent élaborer et déployer des interventions dépend de l'appui et de l'engagement des autorités locales, qu'il est nécessaire d'évaluer afin de fournir les informations servant de base aux interventions de communication et de sensibilisation auprès des dirigeants.

Dans la famille, les discussions sur le VIH/sida avec les proches sont importantes pour véhiculer les connaissances sur l'épidémie. Ces discussions doivent permettre de réduire les attitudes de stigmatisation liées au VIH/sida dans le foyer. Néanmoins pour l'instant, elles ont un impact négatif sur la réduction des attitudes de stigmatisation. Il est nécessaire d'encourager les membres du foyer à discuter du VIH/sida, mais les approches, les savoir-faire et le contenu des discussions doivent être rationnels pour éviter les effets pervers. Les chercheurs doivent s'intéresser aux modèles d'intervention encourageant le partage d'informations et la réduction de la stigmatisation liée au VIH/sida dans la famille par le biais de discussions.

Les associations et groupes d'aide aux séropositifs sont qualifiés d'importants dans la communication des informations sur le VIH/sida. Ce sont des lieux où les séropositifs reçoivent de la compassion de la part d'autres séropositifs. La recherche sur le rôle des associations et groupes dans la prévention du VIH/sida doit continuer, en particulier celle sur la capacité d'aider les familles à rehausser et perfectionner leur rôle dans la prévention et la prise en charge des séropositifs. La réception d'informations sur le VIH/sida de la part des associations et groupes d'aide aux séropositifs permet de réduire la stigmatisation des séropositifs par les membres des foyers-témoins. Ainsi, les associations et groupes d'aide aux séropositifs ne doivent pas limiter leurs activités aux séropositifs ou à leurs proches. Ils pourraient élargir la communication sur le VIH/sida à tous les habitants de la communauté. Cela pourrait prendre la forme d'échanges entre les membres séropositifs des associations et groupes d'aide aux séropositifs et les habitants de la communauté sous forme de concerts de musique, de discussions, de partages d'informations sur le VIH/sida, ses modes de transmission et les efforts pour surmonter cette catastrophe.

Au Viêt Nam dans l'ensemble et à Ha-Long en particulier, l'Union des Femmes est une association qui réalise très bien les interventions permettant de mobiliser la participation des séropositifs dans la communauté. Toutefois, mon étude montre que la participation à

l'Union des Femmes est associée à une stigmatisation par les familles des séropositifs dans les activités quotidiennes et dans les soins de la santé. Je recommande que l'Union des Femmes de Ha-Long réévalue les interventions et les messages de communication sur le VIH/sida à l'intention des habitants séronégatifs. Il importe d'effectuer les études évaluant l'ampleur de ce problème afin de découvrir les faiblesses des interventions et des messages de communication dans l'objectif de tirer des expériences et de proposer des mesures d'amélioration.

En fin, dans le but de prévenir efficacement le VIH/sida, l'éducation dans la famille doit être un accent des stratégies d'éducation nationale. Il faut mener des recherches approfondies sur la réalisation actuelle de cette fonction dans les familles vietnamiennes dans l'ensemble et celles affectées par le VIH/sida en particulier afin de détecter ses limites et proposer des solutions de réaction adéquates pour l'éducation familiale dans le contexte du VIH/sida.

BIBLIOGRAPHIE

1. Asian Development Bank (2002). *Women in Việt-Nam*. Regional and Sustainable Development Department and Mekong Department, Asian Development Bank, Manila, Philippines, 178 pages.
2. Ban tư tưởng - Văn hóa TW (2006). *Hướng dẫn công tác thông tin, giáo dục, truyền thông nhằm xóa bỏ kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS*. Hà Nội, Việt Nam 56 trang. [Commission centrale d'idéologie et de culture (2006). *Guide des travaux d'information, d'éducation et de communication visant à abolir la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/sida*. Hanoi, Việt-Nam, 56 pages.]
3. BARBIERI Magali (2006). "Doi Moi and the elderly : intergenerational support under the strain of reforms". Vol 1, presentation in [Conference of Population Association of America](#) (PAA), Los Angeles, 30 Mar – 1 Apr, 43 pages.
4. BELANGER D. (2000). "Regional differences in household composition and family formation patterns in Vietnam". [Journal of comparative family studies](#), http://www.tapchiconsan.org.vn/details.asp?Object=14331554&News_ID=11050994. N° 2, pp: 171-189.
5. BELANGER D. (2002). "Son preference in a rural village in North Vietnam". [Studies in Family Planning](#), Vol 33, no 4, pp: 321-334.
6. BELANGER D. et all (2003). "Are sex ratios at birth increasing in Vietnam?". [Population](#), Vol 58, No 2, pp: 321 – 334.
7. BELANGER D. (2006). Indispensable Sons: Negotiating reproductive desires in rural Vietnam. In: Gender, Place and Culture. [Journal of Feminist Geography](#), 13(3), 251 – 265.
8. BIJDENDIJK J. (1996). *A ripe mango has to fall: Care for people living with HIV/AIDS in a Buddhist centre in Northern Thailand*. University of Amsterdam, 76 pages.
9. BILTON T., BONNETT K., JONES P., STANWORTH M., SHEARD K., WEBSTER A. (1993). *Nhập môn xã hội học*. Người dịch : Trần Thuỷ Ba. Nhà xuất bản Khoa học xã hội, Hà Nội, Việt Nam. 550 trang. [BILTON T., BONNETT K., JONES P., STANWORTH M., SHEARD K., WEBSTER A. (1993). *Introduction à la sociologie*. Traducteurs : Trần Thuỷ Ba. Editions des Sciences sociales, Hanoi, Việt-Nam. 550 pages.]
10. BLENDON R.J., DONELAN K., KNOX R.A. (1992). "Public opinion and AIDS: Lessons for the second decade". [Journal of the American Medical Association](#), 267, pp: 981–986.

11. Bộ Kế hoạch đầu tư (2009a). *Tình hình đầu tư ra nước ngoài của Việt Nam giai đoạn 1989-2007*. Cục Đầu tư nước ngoài (truy cập ngày 1.5.2009 tại <http://fia.mpi.gov.vn/Default.aspx?ctl=Article2&TabID=4&mID=238&aID=537>). [Ministère du Plan et de l'Investissement (2009a). *Investissement vietnamien à l'étranger, Etat des lieux, période 1989-2007*, Département des investissements étrangers (<http://fia.mpi.gov.vn/Default.aspx?ctl=Article2&TabID=4&mID=238&aID=537>, consulté le 1er mai 2009).]
12. Bộ Kế hoạch đầu tư (2009a). *Tổng hợp tình hình đầu tư nước ngoài tại Việt Nam năm 2007 và dự báo năm 2008*. Cục Đầu tư nước ngoài (truy cập ngày 1.5.2009 tại <http://fia.mpi.gov.vn/Default.aspx?ctl=FIAs&TabID=4&mID=265>). [Ministère du Plan et de l'Investissement (2009a). *Investissement vietnamien à l'étranger en 2007 et prévisions pour 2008*, Département des investissements étrangers (<http://fia.mpi.gov.vn/Default.aspx?ctl=FIAs&TabID=4&mID=265>, consulté le 1er mai 2009).]
13. Bộ Lao động, thương binh, xã hội – MOLISA (2008). *Báo cáo đánh giá 5 năm (2003-2008) thực hiện Pháp lệnh phòng, chống mại dâm*. Hà Nội, Việt Nam, 17 trang. [Ministère du Travail, des Invalides de guerre et des Affaires sociales (2008). *Rapport d'évaluation de 5 années (2003-2009) d'application de l'Ordonnance sur la prévention et la lutte contre la prostitution*. Hanoi, Việt-Nam, 17 pages.]
14. Bộ Y tế (2004). *Báo cáo tổng kết 11 năm thực hiện nghị quyết Ban chấp hành trung ương Đảng lần thứ 4, khóa 7 về "Những vấn đề cấp bách của sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân"*. Tháng 4, Hà Nội, Việt Nam, 30 trang. [Ministère de la Santé (2004). *Rapport-bilan des 11 années d'application de la résolution du 4e plénum du Comité central du PCV, 7e exercice, sur "les questions pressantes des soins et de la protection sanitaire de la population"*, avril, Hanoi, Việt-Nam, 30 pages.]
15. Bộ Y tế (2006). *Kết quả điều tra giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI (IBBS) tại Việt Nam năm 2005-2006*. Viện vệ sinh dịch tễ trung ương, FHI, Cục phòng chống HIV/AIDS, CDC, UNAID. Nhà xuất bản y học, Hà Nội, Việt Nam, 82 trang. [Ministère de la santé (2006). *Résultats d'enquête et de supervision d'actes et d'indices biologiques VIH/IST (IBBS) au Viêt-Nam en 2005-2006*. Institut central d'épidémiologie, FHI, Département de prévention et de lutte contre le VIH/sida, CDC, ONUSIDA. Editions Médecine, Hanoi, Việt-Nam, 82 pages.]
16. Bộ Y tế (2007). "Ngân sách phòng chống AIDS giai đoạn 2001-2010". Bài trình bày tại *Hội thảo quốc tế Quốc hội các nước Đông dương và công tác phòng chống HIV/AIDS*. Ủy ban các vấn đề xã hội, Quốc hội nước cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam. Melia, 28-30, tháng 12, Hà Nội, Việt Nam. [Ministère de la Santé (2007). « Budget de la prévention du sida, période 2001-2010 ». Intervention au *Colloque international des Assemblées nationales des pays de la*

- péninsule asiatique et lutte contre le VIH/sida*. Commission des affaires sociales, Assemblée nationale de la République socialiste du Viêt-Nam. Melia, 28-30 décembre, Hanoi, Viêt-Nam.]
17. Bộ Y tế (2007). *Báo cáo tổng kết công tác phòng chống HIV/AIDS năm 2006 và kế hoạch cho 2007*. Hội nghị Tổng kết công tác phòng chống HIV/AIDS, phòng chống tệ nạn ma túy, mại dâm năm 2006 và phương hướng công tác năm 2007. Ủy ban quốc gia phòng chống AIDS và phòng chống tệ nạn ma túy, mại dâm. Hà nội, Việt Nam, 43 trang [Ministère de la santé (2007). *Rapport-bilan des travaux de prévention et de lutte contre le VIH/sida en 2006 et prévisions pour 2007*. Conférence-bilan des travaux de prévention et de lutte contre le VIH/sida, la drogue et la prostitution en 2006 et prévisions pour 2007. Comité national de prévention et de lutte contre le Sida, la drogue et la prostitution. Hanoi, Viêt-Nam, 43 pages.]
 18. Bộ Y tế (2008a). *Báo cáo quốc gia lần thứ 3 về việc thực hiện tuyên bố cam kết về HIV/AIDS, giai đoạn 1/2006-12/2007*. Hà Nội, Việt Nam, 142 trang. [Ministère de la Santé (2008a). *3e Rapport national sur la réalisation de la déclaration d'engagement sur le VIH/sida, période janvier 2006 – décembre 2007*. Hanoi, Viêt-Nam, 142 pages.]
 19. Bộ Y tế (2008b). *Hệ thống các văn bản quy phạm pháp luật về phòng chống HIV/AIDS*. Vụ pháp chế, Bộ y tế. Hà Nội, Việt Nam, 464 trang. [Ministère de la Santé (2008b). *Système des actes juridiques normatifs sur la prévention et la lutte contre le VIH/sida*. Département de la législation, Ministère de la Santé. Hanoi, Viêt-Nam, 464 pages.]
 20. Bộ Y tế (2009a). *Báo cáo tổng kết công tác phòng chống HIV/AIDS năm 2008 và kế hoạch cho 2009*. Hội nghị Tổng kết công tác phòng chống HIV/AIDS, phòng chống tệ nạn ma túy, mại dâm năm 2008 và phương hướng công tác năm 2009. Ủy ban quốc gia phòng chống AIDS và phòng chống tệ nạn ma túy, mại dâm. Hà nội, Việt Nam, tháng 2, 117 trang. [Ministère de la santé (2009a). *Rapport-bilan des travaux de prévention et de lutte contre le VIH/sida en 2008 et prévisions pour 2009*. Conférence-bilan des travaux de prévention et de lutte contre le VIH/sida, la drogue et la prostitution en 2008 et prévisions pour 2009. Comité national de prévention et de lutte contre le Sida, la drogue et la prostitution. Hanoi, Viêt-Nam, février, 117 pages.]
 21. Bộ Y tế (2009b). *Tham luận của các tỉnh về công tác phòng chống HIV/AIDS năm 2008 và phương hướng công tác năm 2009*. Hội nghị Tổng kết công tác phòng chống HIV/AIDS, phòng chống tệ nạn ma túy, mại dâm năm 2008 và phương hướng công tác năm 2009. Ủy ban quốc gia phòng chống AIDS và phòng chống tệ nạn ma túy, mại dâm. Hà nội, Việt Nam, tháng 2, 101 trang. [Ministère de la santé (2009a). *Intervention des provinces sur les travaux de prévention et de lutte contre le VIH/sida en 2008 et prévisions pour 2009*. Conférence-bilan des travaux de prévention et de lutte contre le VIH/sida, la drogue et la prostitution en 2008 et prévisions pour 2009. Comité national de prévention et de lutte contre le Sida, la drogue et la prostitution. Hanoi, Viêt-Nam, février, 101 pages.]

22. BOND V., CHASE E. (2002). "Stigma HIV/AIDS prevention of mother – to – child transmission in Zambia". *Evaluation and Program Planning*, 25, pp: 347-356.
23. BROWN L., TRUJILLO L., MACINTYRE K. (2001). *Interventions to reduce HIV/AIDS Stigma: What have we learned?*. New Orleans: Horizons Project, 70 pages.
24. BROWN L., MACINTYRE K., TRUJILLO L. (2003). "Interventions to Reduce HIV/AIDS Stigma: What Have We Learned?" *AIDS Education and Prevention* 15(1), pp: 49–69.
25. BUI Quang Tuấn (2007). "Economic Integration of Vietnam", paper presented at the 32nd FAEA *Annual Conference on Politics and Economic Development of ASEAN*, Bangkok, December 7-8, 25 pages.
26. BÙI Thế Cường và cộng sự (2003). *HIV/AIDS tại nơi làm việc : Hiểu biết, chính sách và vai trò của phúc lợi doanh nghiệp*. Nhà xuất bản khoa học kỹ thuật. Hà Nội, Việt Nam. 140 trang. [BUI Thế Cường et al (2003). *Le VIH/sida sur le lieu de travail : connaissances, politique et rôle du bien-être dans l'entreprise*. Editions Sciences Technologie. Hanoi, Việt-Nam. 140 pages.]
27. BURKHOLDER G.J., HARLOW L.L., WASHKOWICH J.L. (1999). "Social Stigma, HIV/AIDS knowledge and Sexual Risk". *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 4(1) pp: 27– 44.
28. CAO Thu Hằng (2006). "Giá trị đạo đức truyền thống và những yêu cầu đạo đức đối với nhân cách con người Việt Nam hiện nay". *Tạp chí Triết học*, tháng 8 (Truy cập tại: http://www.chungta.com/Desktop.aspx/ChungTa-SuyNgam/DaoDuc/Gia_tri_dao_duc_truyen_thong_va_nhung_yeu_cau_voi_nhan_cach/). [CAO Thu Hang (2006). "Valeurs morales traditionnelles et exigences morales de la personnalité vietnamienne actuelle". *Magazine Phisosophie*, août (http://www.chungta.com/Desktop.aspx/ChungTa-SuyNgam/Dao-Duc/Gia_tri_dao_duc_truyen_thong_va_nhung_yeu_cau_voi_nhan_cach/).]
29. CHEN J., CHOE M.K., CHEN S., ZHANG S. (2005). "Community environment and HIV/AIDS-related stigma in China". *AIDS Education Prevention*. Feb; 17(1), pp: 1-11.
30. CHESNEY M.A., SMITH A.W. (1999). "Critical delays in HIV testing and care". *American Behavioral Scientists*, 42, pp: 1162-1174.
31. CORRIGAN P., THOMPSON V., LAMBERT D. et al (2003). Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 54, pp: 1105-1110.
32. CORRIGAN P.W., PENN D.I. (1999). "Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma". *American Psychologist*, 54, pp: 765–776.
33. GRANDALL C.S., GLOR. J., BRITT T.W. (1997). "AIDS-related stigmatization: Instrumental and symbolic attitudes". *Journal of Applied Social Psychology*, 27(2), pp: 92–123.

34. CRAWFORD A.M. (1996). "Stigma associated with AIDS: A meta analysis". *Journal of Applied Social Psychology*, 26(5), pp: 398–416.
35. CROCKER J., MAJOR B., STEELE C. (1998). "Social stigma". In GILBERT D. T., FISKE S. T. (Eds.), *The handbook of social psychology*. Boston: McGraw-Hill. Vol. 2, pp: 504–553.
36. CROCKER J., WOLFE C.T. (2001). "Contingencies of selfworth". *Psychological Review*, 108, pp: 593-623.
37. Cục phòng chống AIDS - Bộ Y tế (2008). *Báo cáo của Phó thủ tướng Trương Vĩnh Trọng tại Hội nghị cấp cao về phòng chống HIV/AIDS tại NewYork ngày 10.6.2008* (truy cập tại: www.vaac.gov.vn/index.php?option=com_content&task=view&Itemid=36&id=288).
[Département de prévention et de lutte contre le Sida - Ministère de la Santé (2008). *Rapport du Vice-Premier ministre Truong Vinh Trong au sommet sur la prévention du VIH/sida à New York le 10 juin 2008* (consulté à l'adresse: www.vaac.gov.vn/index.php?option=com_content&task=view&Itemid=36&id=288).]
38. ĐẶNG Cảnh Khanh (2003). "Văn hóa gia đình trong các chiều cạnh của cơ cấu xã hội". *Tap chí Xã hội học* - Số 4.2003, pp: 29-37. [DANG Canh Khanh (2003). "Culture familiale dans les aspects de la structure sociale". *Magazine Sociologie*, N° 4/2003, pp: 29-37.]
39. ĐẶNG Cảnh Khanh, NGUYỄN Thị Quý (2007). *Gia đình học*. Nhà xuất bản lý luận chính trị quốc gia, Hà Nội, Việt Nam, 687 trang. [DANG Canh Khanh, NGUYEN Thi Quy (2007). *Etude sur la famille*. Editions Théories politiques nationales, Hanoi, Việt-Nam, 687 pages.]
40. Đảng cộng sản Việt Nam (2001). "Chiến lược phát triển kinh tế - xã hội Việt Nam 2001-2010" trong *Văn kiện Đại hội Đảng cộng sản Việt Nam lần thứ IX*, Nhà xuất bản Chính trị quốc gia, Hà Nội, Việt Nam, 164 trang. [Parti communiste du Việt-Nam (2001). "Stratégie de développement socio-économique du Việt-Nam de 2001 à 2010" dans *Documents du 9e Congrès national du Parti communiste du Việt-Nam*. Editions Théories politiques nationales, Hanoi, Việt-Nam, 164 pages.]
41. ĐẶNG Nguyên Anh (1998). "Vai trò của mạng lưới xã hội trong quá trình di cư". Trong *Kỷ yếu hội thảo quốc tế về di cư nội địa và những hệ lụy của nó đối với chính sách di cư ở Việt Nam*. Population Council - Hà Nội, trang: 179-188. [DANG Nguyên Anh (1998). "Rôle du réseau social dans le processus d'immigration" dans *Notes de la conférence internationale sur la migration interne et ses conséquences sur la politique migratoire au Việt-Nam*. Comité populaire, Hanoi, pp: 179-188.]
42. ĐẶNG Thanh Lê (1996). "Phụ nữ và giới trong chức năng giáo dục của thiết chế gia đình hiện nay" trong *Những nghiên cứu xã hội học về gia đình Việt Nam*. Chủ biên: TƯỜNG Lai. Nhà xuất bản khoa học xã hội, quyển 2, Hà nội, Việt Nam, trang: 179 - 185. [DANG Thanh Lê

- (1996). "Femme et genre dans la fonction d'éducation de la famille d'aujourd'hui" dans *Etudes sociologiques sur la famille vietnamienne*. Sous la direction de TUONG Lai. Editions des Sciences sociales, tome 2, Hanoi, Viêt-Nam, pp: 179-185.]
43. DANZIGER R. (2000). "The social impact of HIV/AIDS in developing countries". In Lemelle, A. et all. *Readings in the sociology of AIDS. Practice Hall Edition, Saddle River, ,* pp: 342 – 356.
44. de LOENZIEN et al (2004). *Liên tục chăm sóc xã hội cho những người nhiễm HIV: Nghiên cứu nhân khẩu học và xã hội tại bệnh viện Đống Đa và Xanh Pôn (Hà Nội)*. LPED – IRD, Viện Dân số và các vấn đề xã hội - Đại học kinh tế quốc dân, Viện nghiên cứu phát triển xã hội. [de LOENZIEN Myriam ; TRAN Ngoc Yen ; NGUYEN Thi Van ; VU Thanh Nhan (2004). *Continuité de la prise en charge des séropositif pour le VIH. Etude sociale et démographique dans les hôpitaux de Đông Đa et de Saint-Paul (Hanoi). Résultats de l'Enquête pilote, 1er Comité de liaison du GIP Esther, 25 mai 2004, 6 pages* (français et vietnamien).]
45. de LOENZIEN et al (2005). *Văn kiện dự án FSP 2S A3.d17: Gia đình Việt Nam đối mặt với HIV/AIDS*. LPED – IRD, Viện Dân số và các vấn đề xã hội - Đại học kinh tế quốc dân, CERPOS - Đại học Paris X Nanterre. [de LOENZIEN et al (2005). Documents du projet *FSP 2S A3.d17: La famille vietnamienne face au VIH/sida*. LPED – IRD, Institut de Recherche pour le Développement, Université d'économie nationale, CERPOS, Université Paris X Nanterre, 71 pages.]
46. de LOENZIEN Myriam, NGUYỄN Thị Thiêng, LƯU Bích Ngọc, TRẦN Ngọc Yến (2006). *Chăm sóc tâm lý xã hội cho người sống chung với HIV/AIDS: Nghiên cứu tại Hải Phòng (Việt Nam)*. Báo cáo đề trình chương trình ESTHER. Hà Nội, Việt Nam, 17 trang. [de LOENZIEN Myriam, NGUYEN Thi Thieng, LUU Bich Ngoc, TRAN Ngoc Yen, NGUYEN Thi Van (2006). *Continuité de la prise en charge des séropositif pour le VIH. Etude sociale et démographique à Haiphong (Việt-Nam)*. 3ème Comité de liaison du GIP Esther, 17 pages (français et vietnamien).]
47. DELALANDE Philippe (2000). *Le Viêt-Nam face à l'avenir*. L'Harmattan, Paris, France, 280 pages.
48. DENG R., LI J., SRINGERYUANG L., ZHANG K. (2007). "Drug abuse, HIV/AIDS and stigmatisation in a Dai community in Yunnan, China". *Social Science Medicine*. Jan 23, 64, pp:1560-1571.
49. ĐỖ Hữu Lực (2005). "Xâm hại cảnh quan Vịnh Hạ Long". Bài đăng ngày 12.11.2005 tại [Báo điện tử Vietbao.vn](http://vietbao.vn). Truy cập tại: <http://vietbao.vn/Xa-hoi/Xam-hai-vinh-Ha-Long/40107840/157/>. [DO Huu Luc (2005). "Violation du paysage de la baie d'Halong", publié le 12 novembre 2005 dans le *Journal électronique Vietbao.vn*, consulté à l'adresse : <http://vietbao.vn/Xa-hoi/Xam-hai-vinh-Ha-Long/40107840/157/>.]

50. ĐỖ Thái Đồng (1991) “Gia đình truyền thống và những biến thái ở Nam bộ Việt Nam” trong *Những nghiên cứu xã hội học về gia đình Việt Nam*. Chủ biên: LIJESTROM R., TƯƠNG Lai. Viện xã hội học - Viện khoa học xã hội Việt Nam, Khoa xã hội học - Đại học Gothenburg Thụy Điển. Nhà xuất bản khoa học xã hội, Hà nội, Việt Nam, trang 71 - 84. [DO Thai Đông (1991). “La famille traditionnelle et ses métamorphoses au Sud Viêt-Nam” dans *Etudes sociologiques sur la famille vietnamienne*. Sous la direction de LIJESTROM R., TUONG Lai. Institut de sociologie - Académie des sciences sociales du Viêt-Nam, Université Gothenburg, Suède. Edition des sciences sociales, Hanoi, Viêt-Nam, pp: 71-84.]
51. ĐOÀN Minh Lộc, NGUYỄN Thị Thiêng (2005). *Báo cáo Nghiên cứu mắt cân đối giới tính của trẻ em khi sinh trong 5 năm 2000-2005 ở một số tỉnh: Thực trạng và giải pháp*. Viện khoa học Dân số - gia đình - trẻ em, Ủy ban Dân số - Gia đình - Trẻ em, Viện Dân số và các vấn đề xã hội - Đại học kinh tế quốc dân, Hà Nội, Việt Nam, 183 trang. [DOAN Minh Lộc, NGUYỄN Thị Thiêng (2005). *Rapport d'étude sur le déséquilibre de genre chez des nouveaux-nés, période 2000-2005 dans certaines provinces : état des lieux et solutions*. Institut des sciences de la démographie, de la famille et des enfants, Comité de la population, de la famille, des enfants, Institut de Populations et Sociétés - Université de l'économie nationale, Hanoi, Viêt-Nam, 183 pages.]
52. FIFE B.L., WRIGHT E.R. (2000). “The dimensionality of stigma: A comparison of its impact on the self of persons with HIV/AIDS and cancer”. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, pp: 50–67.
53. FINE M., ASCH A. (1988). “Disability beyond stigma: Social interaction, discrimination, and activism”. *Journal of Social Issues*, 44, pp: 3–22.
54. FISKE S.T. (1998). “Stereotyping, prejudice, and discrimination”. In GILBERT D.T., FISKE S.T. (Eds.) *The handbook of social psychology*. Boston: McGraw-Hill. Vol. 2, pp: 357–411.
55. General Statistical Office (2001). *Population and housing census Viet Nam 1999: Completed census results*. Statistic Publishing House, Hanoi, 646 pages.
56. General Statistical Office; National Institute of Hygiene and Epidemiology; ORC Macro (2006). *Vietnam Population and AIDS indicator survey 2005*. USAID, CDC, GSO, NIHE, Hanoi, 94 pages + appendices.
57. General Statistics Office, UNFPA (2005). *2004 Vietnam national survey on Migration: The main results*. Statistic Publishing House, Hanoi, Viêt-Nam, 196 pages.
58. General Statistics Office, UNFPA (2006). *2004 Vietnam national survey on Migration: Domestic migration and its relationship to social events*. Statistic Publishing House, November, Hanoi, Viêt-Nam, 102 pages.

59. General Statistics Office, UNFPA (2006). *2004 Vietnam national survey on Migration: Migrant' quality of life in Vietnam*. Statistic Publishing House, November, Hanoi, Việt-Nam, 150 pages.
60. General Statistics Office, UNFPA (2006). *2004 Vietnam national survey on Migration: Migration and Health*. Statistic Publishing House, November, Hanoi, Việt-Nam, 168 pages.
61. GOFFMAN E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ; Prentice Hall, 368 pages.
62. GOLDIN C.S. (1994). "Stigmatization and AIDS: Critical issues in public health". *Social Science & Medicine*, 39(9), pp: 1359–1366.
63. GOUROU Piere (2003). *Người nông dân Châu thổ Bắc kỳ*. Hội khoa học lịch sử Việt Nam, Viện Viễn đông bác cổ Pháp. Nhà xuất bản trẻ. 176 trang. [GOUROU Piere (2003). *Les paysans du delta tonkinois*. Association des chercheurs de l'histoire du Việt-Nam, Ecole française d'Extrême Orient. Editions Jeunesse. Hanoi, Việt-Nam. 176 pages.]
64. GREEN G. (1995). "Attitudes towards people with HIV: Are they as stigmatizing as people with HIV perceived them to be". *Social Science & Medicine*, 41(4), pp: 557–568.
65. GUBRY Patrick et al (2003). *Way to the city: Migration to Ho-Chi-Minh city from Cuu-Long river delta*. Kathala Publisher, Paris, France, 325 pages.
66. GUILMOTO C.Z. (2007). "Nam giới hóa dân số châu Á: Xu hướng khu vực". Bài trình bày trong *Hội thảo Chia sẻ thông tin về mất cân bằng tỷ số giới tính khi sinh ở các quốc gia châu Á và Việt Nam*, Tổng Cục thống kê, UNFPA, 20 tháng 12, Hà Nội, Việt Nam. [GUILMOTO C. Z. (2007). "Masculinisation de la population asiatique : tendance régionale". Intervention au colloque *Partage d'information sur le déséquilibre de genre à la naissance dans les pays asiatiques et au Việt-Nam*. Office des Statistiques, FNUAP, 20 décembre, Hanoi, Việt-Nam.]
67. GUILMOTO C.Z. (2007). "Nam giới hóa dân số ở các quốc gia châu Á: Các nguyên nhân và gợi ý chính sách". Bài trình bày trong *Hội thảo Chia sẻ thông tin về mất cân bằng tỷ số giới tính khi sinh ở các quốc gia châu Á và Việt Nam*, Tổng Cục thống kê, UNFPA, 20 tháng 12, Hà Nội, Việt Nam. [GUILMOTO C. Z. (2007). "Masculinisation de la population dans les pays asiatiques : raisons et suggestions de politiques". Intervention au colloque *Partage d'information sur le déséquilibre de genre à la naissance dans les pays asiatiques et au Việt-Nam*. Office des Statistiques, FNUAP, 20 décembre, Hanoi, Việt-Nam.]
68. HA V.S. (2005). The quiet of women and peaceful family: attitude and behaviour of rural married women. In *Gender, Sexuality and Sexual Health*, World Publication, Hanoi, Vietnam. No 8, 64 pages

69. Hanoi School of Public Health (2001). *Situation Assessment of Drug Injecting and its Health Consequences Among Idus in Hanoi, Vietnam*. Hanoi, Vietnam, 158 pages.
70. Health and Development Networks, AIDS Care Watch Campaign (2006). *Living on the outside: Key findings and recommendations on the nature and impact of HIV-related stigma*. 61 pages.
71. HEBL M.R., TICKLE J., HEATHERTON T.F. (2000). "Awkward moments in interactions between nonstigmatized and stigmatized individuals". In HEATHERTON T.F., KLECK R.E., HEBL M.R., HULL J.G. (Eds.), *The social psychology of stigma*. New York: Guilford. pp: 273-306.
72. HENAFF Nolwen (2004). "Migrations et emploi au Viêt-Nam: Evolution et tendances récentes". Dans *Le Viêt-Nam à l'aube du XXI siècle: Bilan et perspectives politiques, économiques et sociales*, sous la direction de GIRONDE Christophe et MAURER Jean-Luc. IUED, Genève, Editions Karthala, Paris; CRAM (IUHEI/IUED), Genève; pp: 279-301.
73. HEREK G., CAPITANIO J.P. (1997). "Public reactions to AIDS in the United States, a second decade of stigma". *American Journal of Public Health*, 83(4), pp: 574–577.
74. HEREK G.M. (1990). "Illness, stigma and AIDS". In COSTA P., VANDENBOS G.R. (Eds.), *Psychological aspects of serious illness: Chronic conditions, fatal diseases and clinical care*. Hyattsville, MD: American Psychological Association. pp: 107–150.
75. HEREK G.M. (1999). "AIDS and stigma". *American Behavioral Scientist*, 42(7), pp: 1106–1116.
76. HEREK G.M., CAPITANIO J.P. (1994). "Conspiracies, contagion, and compassion: Trust and public reactions to AIDS". *AIDS Education and Prevention*, 6(4), pp: 365–375.
77. HEREK G.M., CAPITANIO J.P. (1998). "Symbolic prejudice or fear of infection?: A functional analysis of AIDS-related stigma among heterosexual adults". *Basic and Applied Social Psychology*, 20(3), pp: 230–241.
78. HEREK G.M., CAPITANIO J.P. (1999). "AIDS stigma and sexual prejudice". *American Behavioral Scientist*, 42, pp: 1130–1147.
79. HEREK G.M., CAPITANIO J.P., WIDAMAN K.F. (2002). "HIV/AIDS related stigma and knowledge in the US: Prevalence and Trends 1991-1999". *American Journal Public Health*, 2002, 92, pp: 371 – 377.
80. HEREK G.M., GLUNT E.K. (1991). "AIDS-related attitudes in the United States: A preliminary conceptualization". *Journal of Sex Research*, 28, pp: 99–123.

81. HISCHEMAN và VŨ Mạnh Lợi (1996). “Gia đình và cơ cấu hộ gia đình Việt Nam: Vài nét đại cương từ những khảo sát xã hội học gần đây” trong *Những nghiên cứu xã hội học về gia đình Việt Nam*. Chủ biên: TƯƠNG Lai. Nhà xuất bản khoa học xã hội, quyển 2, Hà nội, Việt Nam, trang: 154 - 177. [HISCHEMAN et VU Manh Loi (1996). “Famille et structure du foyer vietnamien: esquisses des récentes études” dans *Etudes sociologiques sur la famille vietnamienne*. Sous la direction de TUONG Lai. Editions des sciences sociales, tome 2, Hanoi, Việt-Nam, pp: 154-177.]
82. HOÀNG Đình Cúc (2007). “Vấn đề văn hóa và con người trong thời kỳ đẩy mạnh công nghiệp hoá, hiện đại hoá ở nước ta”. *Tạp chí Triết học*, tháng 3 (Truy cập tại: http://www.chungta.com/Desktop.aspx/ChungTa-SuyNgam/Van-Hoa/van_hoa-con_nguoi/2.viePortal). [HOANG Dinh Cuc (2007). “Question de la culture et de l'homme dans la période de l'accélération de l'industrialisation et de la modernisation dans notre pays” *Magazine de Physiologie*, mars (consulté à l'adresse : http://www.chungta.com/Desktop.aspx/ChungTa-SuyNgam/Van-Hoa/van_hoa-con_nguoi/2.viePortal).]
83. HOANG T.A. (2005). “Sexual Rights of women: Perception, practice and the relationship with gender equity and women empowerment”. In *Relationship between Gender, Reproductive Health and Sexual Health in Viet Nam*. Medical Publishing House, Hanoi, Vietnam. pp: 99-129.
84. Hội Liên hiệp phụ nữ Việt Nam (2009). *Dự án tăng cường sự tham gia của người sống với HIV/AIDS (GIPA) tại Việt Nam* (Truy cập tại: <http://www.gipa.com.vn/gipa/gipawebsite/index.php?gipa=intro>). [Union des femmes vietnamiennes (2009). *Projet de renforcement de la participation des séropositifs au Viêt-Nam* (consulté à l'adresse : <http://www.gipa.com.vn/gipa/gipawebsite/index.php?gipa=intro>).]
85. IMF – International Monetary Fund (2006). *World Economic Outlook 2006: Globalization and Inflation*. April, Washington, D.C, USA, 283 pages.
86. IMF – International Monetary Fund (2007). *Vietnam: Selected Issues*. IMF Country Report, December, Washington, D.C, USA. No 07/385, 64 pages.
87. JACOBY (1994). “Felt versus enacted stigma: A concept revisited. Evidence from a study of people with epilepsy in remission”. *Social science and Medicine*, 38 (2), pp: 269 – 274.
88. JONES E., FARINA A., HASTORF A., MARKUS H., MILLER D.T., SCOTT R. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. W.H. Freeman & Company, New York, USA, 347 pages
89. Kaiser Family Foundation (2001). *Latinos' views of the HIV/AIDS epidemic at 20 years: Findings from a national survey*. Menlo Park, CA: Author, 64 pages.

90. KALICHMAN S.C. (1998b). *Understanding AIDS: Advances in research and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association, 365 pages.
91. KELLY J.A., LAWRENCE S.T., SMITH J.S., HOOD S.H.V., COOK D.J. (1987). "Stigmatization of AIDS patients by physicians". *American Journal of Public Health*, 77(7), pp: 789–791.
92. KHUẤT Hải Oanh và cộng sự (2008). *Kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV trong cơ sở y tế ở Việt Nam*. Viện Nghiên cứu Phát triển xã hội, ICRW, Chương trình Horizon. Hà Nội, Việt Nam, 85 trang. [KHUAT Hai Oanh et al (2008). *Stigmatisation et discrimination liées au VIH/sida dans les établissements sanitaires au Việt-Nam*. Institut de recherche du développement social, ICRW, Programme Horizon, Hanoi, Việt-Nam, 85 pages.]
93. KHUẤT T.H., NGUYỄN V.A., Ogden J. (2004). *Understanding HIV/AIDS – related stigma and discrimination in Việt-Nam*. CHANGE and ICRW, ISDS, 56 pages.
94. KHUẤT Thu Hồng (2007). "Lựa chọn giới tính khi sinh". Bài trình bày trong *Hội thảo Chia sẻ thông tin về mất cân bằng tỷ số giới tính khi sinh ở các quốc gia châu Á và Việt Nam*, Tổng Cục thống kê, UNFPA, 20 tháng 12, Hà Nội, Việt Nam. [KHUẤT Thu Hồng (2007). "Choix du genre à la naissance", intervention au colloque *Partage d'information sur le déséquilibre de genre à la naissance dans les pays asiatiques et au Việt-Nam*. Office des Statistiques, FNUAP, 20 décembre, Hanoi, Việt-Nam.]
95. KING Michael et al (2007). "The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness" *British journal of psychiatry* (2007). doi: 10.1192/bjp.bp.106.024638.190, pp: 248-254.
96. KNODEL John et al (2009). *Older-age parents and the AIDS epidemic in Thailand – Changing impacts in the era of antiretroviral therapy*. United Nations. ESCAP, 88 pages.
97. KNODEL John, FRIEDMAN Jed, TRUONG Si Anh, BUI The Cuong (2000). "Intergenerational exchanges in Vietnam : family size, sex composition, and the location of children". *Population studies*, n° 1, pp: 89-104.
98. KNODEL John, VU Manh Loi, JAYAKODY Rukmalie, VU Tuan Huy (2005). "Gender roles in the family : change and stability in Vietnam". *Asian Population Studies*, n° 1, March, pp: 69-92.
99. KNODEL Jonh, VU Manh Loi, JAYAKODY Rukmalie and VU Tuan Huy (2005). "Gender roles in the family: Change and Stability in Vietnam". *Asian Population Studies*, Vol 1, No 1, March, pp: 69-92.
100. KNOWLES J., NGUYỄN T., DANG N. B., NGUYỄN K., TRẦN T., and VU N. (2005). *Making Health Care More Affordable for the Poor: Health Financing in Vietnam*. Hanoi, Medical Publishing House, 82 pages.

101. LAWRENCE S.T., HUSFELDT B.A., KELLY J.A., HOOD H.V. (1990). "The stigma of AIDS: Fear of disease and prejudice toward gay men". *Journal of Homosexuality*, 19, pp: 85–101.
102. LÊ Bạch Dương và cộng sự (2008). *Bảo trợ xã hội cho những nhóm yếu thế tại Việt Nam. Viện Nghiên cứu phát triển xã hội*. Hà Nội, Việt Nam, 120 trang. [LÊ Bạch Duong et al (2008). *Sécurité sociale des groupes désavantagés au Viêt-Nam*. Institut de recherche du développement social, Hanoi, Viêt-Nam, 120 pages.]
103. LE Bach Duong, DANG Nguyen Anh et al (2006). *Social security for disadvantage groups in Vietnam*. World Publisher, Hanoi, Vietnam, 285 pages.
104. LÊ Bạch Dương, KHUẤT Thu Hồng (2008). *Di dân và bảo trợ xã hội ở Việt Nam trong thời kỳ quá độ sang nền kinh tế thị trường*. Nhà xuất bản thế giới, Hà Nội, Việt Nam, 260 trang. [LÊ Bạch Duong, KHUẤT Thu Hồng (2008). *Immigration et sécurité sociale au Viêt-Nam durant la période de transition vers l'économie de marché*. Editions Monde, Hanoi, Viêt-Nam, 260 pages.]
105. Le BLANCE A. (2000). "Examining HIV- related to knowledge among adults in the US". In Lemelle, A. et all. *Readings in the sociology of AIDS*. Practice Hall Ediction, Saddle River, pp : 234 - 253.
106. LÊ Châu (2008). "Ma túy tại Việt Nam: 4 tăng". *Báo điện tử Dân trí* ngày 4.6.2008 (Truy cập tại: <http://dantri.com.vn/c20/s170-235477/ma-tuy-tai-viet-nam-4-tang.htm>). [LÊ Châu (2008). "Drogue au Viêt-Nam : 4 augmentations". *Journal électronique Dân Trí*, le 4 juin 2008 (consulté à l'adresse : <http://dantri.com.vn/c20/s170-235477/ma-tuy-tai-viet-nam-4-tang.htm>).]
107. LÊ Đức Ngọc (2006). "Giáo dục và đào tạo Việt Nam: Sự tìm kiếm chất lượng trong quá khứ, hiện tại và tương lai". *Hội thảo quốc tế Giáo dục và đào tạo: Sự tìm kiếm chất lượng*, Viện Kinh tế thành phố Hồ Chí Minh, 18-20 tháng 4, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. [LÊ Duc Ngoc (2006). "Education et formation au Viêt-Nam : recherche de la qualité dans le passé, le présent et le futur". Colloque international *Education et la formation : Recherche de la qualité*. Institut d'Economie de Hochiminh-ville, 18-20 avril, Hochiminh-ville, Viêt-Nam.]
108. LÊ Minh Hải và cộng sự (2005). *Vai trò của gia đình trong phòng ngừa và chăm sóc cho vị thành niên và thanh niên nhiễm HIV/AIDS ở Quảng Ninh (Nghiên cứu tại Hạ Long và Cẩm Phả)*. Báo cáo nghiên cứu. Ủy ban Dân số - Gia đình và Trẻ em Quảng Ninh, 112 trang. [LÊ Minh Hai et al (2005). *Rôle de la famille dans la prévention et les soins aux mineurs et jeunes séropositifs dans la province de Quảng Ninh (recherche menée à Ha-Long et Cẩm-Pha)*. Rapport de recherche. Comité de la Population, de la Famille et des Enfants de Quang-Ninh, 112 pages.]

109. LÊ Ngọc Anh (2000). “Vấn đề giáo dục đạo đức và nếp sống văn hóa gia đình truyền thống trong nền kinh tế thị trường ở nước ta hiện nay”. *Tap chí Triết học*, tháng 1 (Truy cập tại: http://www.chungta.com/Desktop.aspx/ChungTa-SuyNgam/Van-Hoa/Van_de_giao_duc_dao_duc/). [LÊ Ngọc Anh (2000). “Question d’éducation morale et de style de vie culturel de la famille traditionnelle dans l’économie de marché dans notre pays aujourd’hui”. *Magazine Philosophie* de janvier (consulté à l’adresse : http://www.chungta.com/Desktop.aspx/ChungTa-SuyNgam/Van-Hoa/Van_de_giao_duc_dao_duc/).]
110. LÊ Quý Đức, VŨ Thị Huệ (2007). “Phát huy vai trò của gia đình Việt Nam trong giai đoạn hiện nay”. *Tap chí cộng sản*, số tháng 10.2007, pp : 27-36. [LÊ Quy Duc, VU Thi Huê (2007). “Promouvoir le rôle de la famille vietnamienne dans la période actuelle”. *Magazine Communisme*,^{No} octobre 2007, pp : 27-36.]
111. LEARY M.R., SCHREINDORFER L.S. (1998). “The stigmatization of HIV and AIDS: Rubbing salt in the wound”. In DERLEGA V.J., BARBEE A.P. (Eds.), *HIV and social interaction*. Thousand Oaks, CA: Sage. pp: 12-29.
112. LERT F. et al (2008). *Children living with HIV/AIDS in Vietnam: Social determinants of access to Medical care*. Project Paper submitted to ANRS. INSERM, IPSS-NEU, VASS, Children Hospitals in Hochiminh city, 72 pages.
113. LINK B.G., PHELAN J.C. (2001). “Conceptualizing stigma”. *Annual Review of Sociology*, 27, pp: 363–385.
114. LINK B.G., PHELAN J.C. (2006). “Stigma and its public health implications”. *Lancet*. 367, pp: 528-529.
115. LOENZIEN et LUU (2009). “Application de la méthode cas-témoin à l’étude de la place et du rôle de la famille dans la prise en charge des séropositifs VIH/sida au Viêt-Nam”. *Journées des methodologies statistiques* – INSEE, Paris, 23-25 avril, 2009, 14 pages.
116. LOENZIEN M., NGUYEN T.T., LUU B.N. (2005). “HIV/AIDS, gender and youth in rural and urban vietnam: Knowledge, attitudes, behaviors and implication for prevention”. *Các công trình nghiên cứu khoa học về HIV/AIDS giai đoạn 2000-2005*. Bộ Y tế, Việt Nam, tháng 12.2005. pp : 90-94. [LOENZIEN M., NGUYEN T.T., LUU B.N. (2005), “HIV/AIDS, gender and youth in rural and urban vietnam: Knowledge, attitudes, behaviors and implication for prevention”. *Ouvrages de recherche scientifique sur le VIH/sida, période 200-2005*. Ministère de la Santé, Viêt-Nam, décembre 2005. pp: 90-94.]
117. LƯU Bích Hồ (2004). *Tổng quan nền kinh tế - xã hội Việt Nam sau Đổi mới*. Báo cáo khoa học, Viện Chiến lược – phát triển, Bộ Kế hoạch - Đầu tư, Hà Nội, Việt Nam, 45 trang. [LUU Bích Hồ

- (2004). *Aperçu de l'économie et la société vietnamienne après le Renouveau*. Rapport scientifique. Institut de Stratégie et de Développement, Ministère du Plan et de l'Investissement, Hanoi, Viêt-Nam, 45 pages.]
118. LUU Bích Hồ (2007). "Sự phát triển của kinh tế Việt Nam – cơ hội và tiềm năng", Tham luận tại *Hội thảo quốc tế về công tác dự báo*, Viện Chiến lược – phát triển, Bộ Kế hoạch - Đầu tư, 20 tháng 11, Hà Nội, Việt Nam, 21 trang. [LUU Bich Hồ (2007). "Le développement de l'économie vietnamienne – opportunité et potentialité", intervention présentée au *Colloque international sur le travail de prévision*, Institut de Stratégie et de Développement, Ministère du Plan et de l'Investissement, 20 novembre, Hanoi, Viêt-Nam, 21 pages.]
119. LUU Bích Ngọc (2009). " La famille vietnamienne face au VIH/sida: Les attitudes de stigmatisation". *Journées doctoriales en Sciences sociales - 4ème session*. Hanoi, 17 septembre, 10 pages.
120. MACOY A.W. (1991). *The Politics of Heroin: CIA Complicity in the Global Drug Trade*. Lawrence Hill Books; Rev Sub edition, NewYork, 734 pages.
121. MAI Huy Bích (1991). « Một đặc trưng về cơ cấu và chức năng gia đình Việt Nam ở đồng bằng sông Hồng ». Trong *Những nghiên cứu xã hội học về gia đình Việt Nam*, chủ biên : LILJESTROM R., TƯƠNG Lai. Nhà xuất bản Khoa học xã hội, Hà Nội, Việt Nam, pp : 47 – 54. [MAI Huy Bich (1991). « Une caractéristique structurelle et fonctionnelle de la famille vietnamienne ». Dans *Etudes sociologiques sur la famille vietnamienne* sous la direction de : LILJESTROM R., TUONG Lai. Editions Sciences sociales, Hanoi, Viêt-Nam, pp : 47 – 54.]
122. MARKDC (2008). *Chăm sóc và điều trị cho người nhiễm HIV/AIDS: Mức độ đáp ứng và khả năng chi trả*. Báo cáo tổng quan nghiên cứu đệ trình ActionAid Việt Nam. Hà Nội, Việt Nam, 126 trang. [MARKDC (2008). *Soin et traitement des séropositifs : niveau de satisfaction et capacité de paiement*. Rapport-bilan de recherche soumis à ActionAid Viêt-Nam, Hanoi, Viêt-Nam, 126 pages.]
123. MASON T., CARLISLE C., WATKINS C., WITEHEAD E. (2001). *Stigma and social Exclusion in Health Care*. Routledge Publisher, London, 302 pages.
124. MELLINI L., GODENZI A., DE PUY J. (2004). *Le sida ne se dit pas. Analyse des formes de secret autour du VIH/sida*. Paris : L'Harmattan, 326 pages.
125. Ministry of Labor, Invalids and Social Affairs – MOLISA & United Nations International Drug Control Programme – UNDCP (2000). *Report on Drug Abuse Situation in Vietnam*. Hanoi, Vietnam, 56 pages.

126. Ministry of Labor, Invalids and Social Affairs – MOLISA & United Nations International Drug Control Programme – UNDCP (2001). *Report on Drug Use Among Street Children in Vietnam*. Hanoi, Vietnam, 65 pages.
127. Ministry of Labor, Invalids and Social Affairs – MOLISA & United Nations International Drug Control Programme – UNDCP (2001). *Report on Drug Use Among Unemployment Youth in Vietnam*. Hanoi, Vietnam, 67 pages.
128. Ministry of Labor, Invalids and Social Affairs – MOLISA & United Nations International Drug Control Programme – UNDCP (2001). *Report on Results of the Survey on High Risk Factors of Drug Abuse Among Group of Female Prostitutes in Vietnam*. Hanoi, Vietnam, 72 pages.
129. Ministry of Labor, Invalids and Social Affairs – MOLISA (1996). *Annual Report on Drug Treatment and Rehabilitation in 1995*. Hanoi, Vietnam, 65 pages.
130. Ministry of Labor, Invalids and Social Affairs – MOLISA (1996). *Report on Results of Survey on Drug Addiction Situation on 1995*. Hanoi, Vietnam, 67 pages.
131. Ministry of Labor, Invalids and Social Affairs – MOLISA (2001). *Report on Results of Survey on Drug Addiction Situation on 2001*. Hanoi, Vietnam, 147 pages.
132. Ministry of Labor, Invalids and Social Affairs – MOLISA (2005). *Drug Statistics 2004*. Hanoi, Vietnam, 73 pages.
133. Ministry of Labor, Invalids and Social Affairs – MOLISA (2006). *Annual Report on Drug Treatment and Rehabilitation in 2005*. Hanoi, Vietnam, 153 pages.
134. MUYINDA H., SEELEY J. (1997). "Social aspects of HIV/AIDS-related stigma in rural Uganda". *Health and Place*; 3 (3), pp: 43-147.
135. National Committee for Prevention and Control of AIDS, Drug and Prostitution (NCADP, 2004). *National Strategy on HIV/AIDS prevention and control in Vietnam to 2010 with a vision to 2020*. Medicine Publish House, Hanoi, Vietnam, 143 pages.
136. NEWMAN D.M. (1999). *Sociology of Family*. Pine Forge Press. California, USA. 169 pages.
137. NGUYỄN Đình Cử (2007). *Những xu hướng biến đổi dân số Việt Nam*. Nhà xuất bản nông nghiệp, Hà Nội, Việt Nam, 396 trang. [NGUYỄN Đình Cử (2007). *Evolutions de la population vietnamienne*. Editions Agriculture, Hanoi, Việt-Nam, 396 pages.]
138. NGUYỄN Lộc (2006). "Chất lượng giáo dục ở Việt Nam". *Hội thảo quốc tế Giáo dục và đào tạo: Sự tìm kiếm chất lượng*, Viện Kinh tế thành phố Hồ Chí Minh, 18-20 tháng 4, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. [NGUYỄN Lộc (2006). "Qualité de l'éducation au Việt-Nam". *Colloque*

- international Education et Formation : Recherche de la qualité*, Institut d'Economie de Hồ-Chi-Minh ville, 18-20 avril, Hồ-Chi-Minh ville, Việt-Nam.]
139. NGUYỄN N.T. et al (2005). "Using multivariable logistics regresion to iodentify predictors of HIV seropositive among young men 15-24 years old in Quang-Ninh province, Vietnam". *Các công trình nghiên cứu khoa học về HIV/AIDS giai đoạn 2000-2005*. Bộ Y tế, Việt Nam, tháng 12.2005, pp : 30-35. [NGUYỄN N.T. et al (2005). "Using multivariable logistics regresion to iodentify predictors of HIV seropositive among young men 15-24 years old in Quang-Ninh province, Việt-Nam". *Ouvrages de recherches scientifiques sur le VIH/sida, période 2000-2005*. Ministère de la Santé, Việt-Nam, décembre 2005, pp: 30-35.]
140. NGUYỄN Thành Bang (2005). "Cấu trúc lưỡng hợp trong bản sắc văn hóa Việt Nam". *Tạp chí Triết học*, tháng 12 (Truy cập tại: http://www.chungta.com/Desktop.aspx/ChungTa-SuyNgam/Van-Hoa/Cau_truc_luong_hop_trong_ban_sac_VH_VN/). [NGUYỄN Thanh Bang (2005). "Structure dualiste de l'identité culturelle vietnamienne", *Magazine Philosophie*, décembre (consulté à l'adresse: http://www.chungta.com/Desktop.aspx/ChungTa-SuyNgam/Van-Hoa/Cau_truc_luong_hop_trong_ban_sac_VH_VN/).]
141. NGUYỄN Thành Công (2005). "Thực trạng và các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống HIV/AIDS của học sinh trung học phổ thông huyện Thanh Miện, Hải Dương năm 2004". *Các công trình nghiên cứu khoa học về HIV/AIDS giai đoạn 2000-2005*. Bộ Y tế, Việt Nam, tháng 12.2005, pp : 264-269. [NGUYỄN Thanh Công (2005). "Etat des lieux et facteurs liés aux connaissances, aux attitudes et à la prévention du VIH/sida des lycéens du district de Thanh Miện, Hải Dương, en 2004", *Ouvrages de recherches scientifiques sur le VIH/sida, période 2000-2005*. Ministère de la Santé, Việt-Nam, décembre 2005, pp: 264-269.]
142. NGUYỄN Thị Hòa Bình (2006). « Câu lạc bộ đồng cảm trong giảm tác động của HIV/AIDS ». *Báo Sức khỏe và Đời sống*, ngày 17/10/2006. truy cập tại : <http://www.moh.gov.vn/homebyt/vn/portal/InfoDetail.jsp?area=58&cat=1461&ID=4815>. [NGUYỄN Thị Hoa Binh (2006). « Club Đồng cảm dans la réduction des dommages du VIH/sida ». *Journal Santé et Vie* du 17/10/2006. Consulté à l'adresse : <http://www.moh.gov.vn/homebyt/vn/portal/InfoDetail.jsp?area=58&cat=1461&ID=4815>.]
143. NGUYỄN Thị Khoa (2007). "Đạo đức gia đình trong nền kinh tế thị trường". *Tạp chí Triết học*, tháng 5 (Truy cập tại: http://www.chungta.com/Desktop.aspx/ChungTa-SuyNgam/Dao-Duc/Dao_duc_gia_dinh_trong_nen_kinh_te_thi_truong/). [NGUYỄN Thị Khoa (2007). "Morale familiale dans l'économie de marché", *Magazine Philosophie*, mai, (consulté à l'adresse : http://www.chungta.com/Desktop.aspx/ChungTa-SuyNgam/Dao-Duc/Dao_duc_gia_dinh_trong_nen_kinh_te_thi_truong/).]
144. NGUYỄN Thị Mỹ Hạnh (2009). *Thực trạng giáo dục và đào tạo đại học ở Việt Nam*. Trung tâm đánh giá và kiểm định chất lượng giáo dục, Viện nghiên cứu giáo dục, trường đại học Sư

- phạm thành phố Hồ Chí Minh, ngày 20 tháng 4 (Truy cập tại: <http://ceea.hcmup.edu.vn/nghien-cuu-giao-duc/bai-bao-khoa-hoc/142-thuc-trang-giao-duc-dao-tao-dai-hoc-viet-nam>). [NGUYỄN Thi My Hanh (2009). *Etat des lieux de l'éducation et de la formation universitaire au Viêt-Nam*. Centre d'évaluation et de vérification de la qualité de l'éducation, Institut de recherche sur l'éducation, Ecole normale supérieure de Hồ-Chi-Minh ville, le 20 avril (consulté à l'adresse : <http://ceea.hcmup.edu.vn/nghien-cuu-giao-duc/bai-bao-khoa-hoc/142-thuc-trang-giao-duc-dao-tao-dai-hoc-viet-nam>).]
145. NGUYỄN Thị Thanh Huyền (2007). “Toàn cầu hóa và nguy cơ suy thoái đạo đức, lối sống con người Việt Nam hiện nay”. *Tạp chí Triết học*, tháng 5 (Truy cập tại: http://www.chungta.com/Desktop.aspx/ChungTa-SuyNgam/Dao-Duc/Toan_cau_hoa_va_nguy_co_suy_thoai_dao_duc_loi_song/). [NGUYỄN Thị Thanh Huyền (2007) “La mondialisation et le risque de dégradation morale et de style de vie des Vietnamiens d'aujourd'hui”. *Magazine Philosophie*, mai (consulté à l'adresse : http://www.chungta.com/Desktop.aspx/ChungTa-SuyNgam/Dao-Duc/Toan_cau_hoa_va_nguy_co_suy_thoai_dao_duc_loi_song/).]
146. NGUYỄN Thị Thiêng et al (2007). *Situation and needs of HIV/AIDS infected and affected children in Ha-Long city, Quang-Ninh province*. Care International, Hanoi, Viêt-Nam, 58 pages.
147. NGUYỄN Thị Thiêng và cộng sự (2006). *Điều tra cuối kỳ RHIYA Việt Nam*. Báo cáo nghiên cứu, Chương trình Sáng kiến sức khỏe thanh thiếu niên Việt Nam, EC, UNFPA. Hà Nội, Việt Nam, 234 trang. [NGUYỄN Thị Thiêng et al (2006). *Enquête finale RHIYA Việt-Nam*. Rapport de recherche, Programme Initiative pour la santé des jeunes vietnamiens, CE, FNUAP, Hanoi, Viêt-Nam, 234 pages.]
148. NGUYỄN Thị Thiêng và cộng sự (2008). *Đương đầu với HIV/AIDS tại nơi làm việc*. Báo cáo nghiên cứu. Care international, Hà Nội, Việt Nam, 133 trang. [NGUYỄN Thị Thiêng et al (2008). *Faire face au VIH/sida sur le lieu de travail*. Rapport de recherche. Care International. Hanoi, Viêt-Nam, 133 pages.]
149. NGUYỄN Thị Thiêng, LƯU Bích Ngọc (2005). *Sức khỏe sinh sản thanh thiếu niên Việt Nam*. Sách tham khảo. Hà Nội, Việt Nam, 198 trang. [NGUYỄN Thị Thiêng, LUU Bich Ngoc (2005). *Santé reproductive des jeunes vietnamiens*. Ouvrage de référence. Hanoi, Viêt-Nam, 198 pages.]
150. NGUYỄN Thị Thiêng, LƯU Bích Ngọc (2008). *Bài giảng dân số học*. Tổng cục dân số - KHHGD, Bộ Y tế, Hà Nội, Việt Nam, 80 trang. [NGUYỄN Thị Thiêng, LUU Bich Ngoc (2008). *Lecons de démographie*. Bureau de la Population et de la planification familiale, Ministère de la Santé, Hanoi, Viêt-Nam, 80 pages.]

151. NGUYỄN Thị Thiêng, LƯU Bích Ngọc (2010). *Dân số học*. Tổng cục Dân số - kế hoạch hoá gia đình, Bộ Y tế, UNFPA. 167 trang (đang in). [NGUYỄN Thị Thiêng, LUU Bich Ngoc (2010). *Démographie*. Bureau de la Population et de la planification familiale, Ministère de la Santé, FNUAP. 167 pages (en cours d'impression)].
152. NGUYỄN Văn Huyền (2007). "Công nghiệp hóa - hiện đại hóa và vấn đề giữ gìn bản sắc văn hóa dân tộc". *Tap chí Triết học*, tháng 5 (Truy cập tại: http://www.chungta.com/Desktop.aspx/ChungTa-SuyNgam/Van-Hoa/Cong_nghiep_hoa-hien_dai_hoa/). [NGUYỄN Văn Huyền (2007). "L'Industrialisation, la modernisation et la préservation de l'identité culturelle nationale", *Magazine Philosophie*, mai (consulté à l'adresse: http://www.chungta.com/Desktop.aspx/ChungTa-SuyNgam/Van-Hoa/Cong_nghiep_hoa-hien_dai_hoa/).]
153. NORD D. (1997). *Multiple AIDS-related loss: A handbook for understanding and surviving a perpetual fall*. Taylor & Francis Edition, Washington, DC. 308 pages.
154. NYBLADE L., PANDE R., MATHUS S. (2003). *Disentangling HIV/AIDS stigma in Ethiopia, Tanzania, and Zambia*. International Centre for Research on Women (ICRW), Washington, DC. 62 pages.
155. OOSTERHOFF P. (2007). "Holding the line: Vietnamese family responses to pregnancy and child desire when a family member has HIV". *AIDS Impact Conference*, Marseille, July 2007.
156. OOSTERHOFF Pauline, NGUYỄN Thu Anh, PHAM Ngọc Yên, NGÔ Thuy Hanh, WRIGHT Pamela, HARDON Anita (2008) "Holding the line: Vietnamese family responses to pregnancy and child desire when a family member has HIV". *Culture, Health and Sexuality* (in-print).
157. OPALA J., BOILLOT F. (1996). "Leprosy among the Limba: Illness and healing in the context of world view". *Social Science & Medicine*, 42, pp: 3–19.
158. PALAORO G. (2006). "Các chương trình đào tạo đại học của người nước ngoài tại Việt Nam và chất lượng: trường hợp các chương trình đào tạo quản lý". *Hội thảo quốc tế Giáo dục và đào tạo: Sự tìm kiếm chất lượng*, Viện Kinh tế thành phố Hồ Chí Minh, 18-20 tháng 4, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. [PALAORO G. (2006). "Programmes de formation universitaire des étrangers au Viêt-Nam et qualité : le cas des programmes de formation en gestion". *Colloque international Education et Formation : Recherche de la qualité*. Institut d'Economie de Hồ-Chi-Minh ville, 18-20 avril, Hồ-Chi-Minh ville, Viêt-Nam.]
159. PARKER R., AGGLETON P., ATTAWELL K., PULEWITZ J., BROWN L. (2002). *HIV/AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and an agenda for action*. Horizons Program, Washington, DC (Available at: www.popcouncil.org/horizons/horizons.html), 28 pages.

160. PARKER R., AGGLETON P. (2003). "HIV and AIDS related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action". *Social Science and Medicine*, 57, pp: 13-24.
161. Pathfinder International Vietnam (2008). *Báo cáo đánh giá khu vực y tế tư nhân tham gia trong lĩnh vực dự phòng, chăm sóc và điều trị bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV/AIDS*. Hà Nội, Việt Nam, 102 trang. [Pathfinder International Vietnam (2008). *Rapport d'évaluation de la participation du secteur privé dans la prévention, le soin et le traitement des maladies sexuellement transmissibles et le VIH/sida*. Hanoi, Việt-Nam, 102 pages.]
162. PCSA Việt Nam, UNDP (2009). *Những ảnh hưởng kinh tế - xã hội của HIV/AIDS đối với những hộ gia đình dễ bị tổn thương và tình trạng đói nghèo ở Việt Nam*. Nhà xuất bản Văn hoá thông tin, Hà Nội, Việt Nam, 160 trang. [PCSA Việt-Nam, PNUD (2009). *Influences socio-économiques du VIH/sida sur les foyers fragiles et la pauvreté au Việt-Nam*. Editions Culture et Information, Hanoi, Việt-Nam, 160 pages.]
163. PHAM Van Bich (1999). *The Vietnamese family in change : the case of the Red River Delta*. Richmond ,UK : Curzon, ISBN 0-7007-1105-8, 270 pages.
164. PHELAN J.C., LINK B.G., STEUVE A., PESCOLIDIO B. (2000). "Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared". *Journal of Health and Social Behavior*, 41, pp: 188–207.
165. Population Reference Bureau (2008). *2008 – World Population Data Sheet* (Available at: http://www.prb.org/pdf08/08WPDS_Eng.pdf), 56 pages.
166. POWER R. (1996). "Rapid Assessment of the Drug Injecting Situation at Hanoi and Ho-Chi-Minh city, Vietnam". *Bull Narc*, 48, pp: 35-52.
167. PRYOR J.B., REEDER G.D., VINACCO J.R., KOTT T.L. (1989). "The instrumental and symbolic functions of attitudes toward persons with AIDS". *Journal of Applied Social Psychology*, 19, pp: 377–404.
168. RAINHORN Jean Daniel (2004). "Paradoxes et dilemmes d'un système de santé en crise: L'expection vietnamienne". Dans *Le Viêt-Nam à l'aube du XXI siècle: Bilan et perspectives politiques, économiques et sociales*, sous la direction de GIRONDE Christophe et MAURER Jean-Luc. IUED, Genève, Editions Karthala, Paris; CRAM (IUHEI/IUED), Genève; pp: 325-345.
169. RAPIN A.J., DAO H.K., DONG N.D., EYRES J., TRAN V.C., HIGGS P., et al (2005). *Ethnic Minorities, Drug Use and Harm in the Highlands of Northern Vietnam: A contextual Analysis of the Situation in Six Communes from Son La, Lai Chau, and Lao Cai*. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Hanoi, Vietnam: The Gioi Publishing House, 137 pages.

170. REID G., COSTIGAN G. (2002). *Revisiting "The Hidden Epidemic": A Situation Assessment of Drug Use in Asia in the Context of HIV/AIDS*. The Centre for Harm Reduction, the Burnet Institute, Australia. Available at: http://www.ahrn.net/library_upload/uploadfile/Rapidassessment.pdf, 240 pages.
171. REIDPATH, CHAN, GIORD, ALLOTEY (2005). "He hath the French Pox: Stigma, social value and social exclusion". *Sociology of Health and Illness*. Vol 27. No 4.2005, pp: 468 – 489.
172. RITSHER J.B., OTILINGHAM P.G., GRAJALES M. (2003). "Internalised stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure" *Psychiatry Research*, 121, pp: 31-49.
173. ROBERT P.G. et al (1993). *The New Encyclopedia Britannica*. 15th Edition. Volum 18. Chicago – USA, 1357 pages.
174. ROTHERAM-BORUS M.J., FLANNERY D., RICE E., LESTER P. (2005). "Families living with HIV". *AIDS Care*, 17(8), 978-987.
175. RUSCH N., ANGERMEYER M.C., CORRIGAN P.W. (2005). "Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma". *European Psychiatry*, 20, pp: 529-539.
176. SAYCE L. (1998). "Stigma, Discrimination and Social Exclusion: What is a word?". *Journal of Mental Health*. 1998, 7(4), pp: 331–343.
177. SCRAMBLER (1998). "Stigma and disease changing paradigms". *Lancet*, 352 (9133), pp: 1054-1055.
178. SHELDON K., CALDWELL L. (1994). "Urinary incontinence in women: Implications for therapeutic recreation". *Therapeutic Recreation Journal*, 28, pp: 203–212.
179. STAFFORD M.C., SCOTT R.R. (1986). "Stigma deviance and social control: Some conceptual issues". In AINLAY S.C., BECKER L.M., COLEMAN L.M. (Eds.). *The dilemma of difference*. Plenum Edition, New York, USA, pp 162-196.
180. STIPP H., KERR D. (1989). "Determinants of public opinion about AIDS". *Public Opinion Quarterly*, 53, pp: 98–106.
181. TEWKSBURY R., MCGAUGHEY D. (1997). "Stigmatization of persons with HIV disease: Perceptions, management, and consequences of AIDS". *Sociological Spectrum*, 17(1), pp: 49–70.
182. THANG B.D., CHI P.K. (2001). Cross-sectional study of sexual behaviour and knowledge about HIV among urban, rural and minority residents in Vietnam. *Bull World Health Organ*, 79 (1): 15-21.

183. THAO L.T.L., LINDAN C.P., BRICKLEY D.B., GIANG L.T. (2006). "Changes in high-risk behaviours over time among young drug users in southern Vietnam: a three provinces study". *AIDS Behaviours*, 10, pp: 47-56.
184. THIÊN Chương (2008). *Khai trương 3 điểm điều trị Methadone tại thành phố Hồ Chí Minh ngày 25.5.2008* (Truy cập tại: <http://www.vnexpress.net/GL/Doi-song/2008/05/3BA029F6/>). [THIÊN Chương (2008). *Inauguration de trois lieux de traitement à la Méthadone à Hô-Chi-Minh ville, le 25 mai 2008* (consulté à l'adresse : <http://www.vnexpress.net/GL/Doi-song/2008/05/3BA029F6/>).]
185. Tổng cục thống kê (2000). *Kết quả sơ bộ tổng điều tra dân số ngày 1.4.1999*. Nhà xuất bản Thống kê, Hà Nội, Việt Nam, 218 trang. [Office des Statistiques (2000). *Résultats préliminaires du recensement de la population du 1^{er} avril 1999*. Editions Statistiques, Hanoi, Viêt-Nam, 218 pages.]
186. Tổng cục thống kê (2000). *Tổng điều tra dân số và nhà ở 1.4.1999: Kết quả điều tra mẫu*. Nhà xuất bản thế giới, Hà Nội, Việt Nam, 217 trang. [Office des Statistiques (2000). *Recensement de la population et de l'habitat du 1^{er} avril 1999 : Résultats de l'enquête sur échantillon*. Editions Monde, Hanoi, Viêt-Nam, 217 pages.]
187. Tổng cục thống kê (2006). *Điều tra biến động Dân số- KHHGD ngày 1.4.2005: Những kết quả chủ yếu*. Nhà xuất bản thống kê, Hà Nội, Việt Nam, 168 trang. [Office des Statistiques (2006), *Enquête sur les évolutions de la population et de la planification familiale, le 1^{er} avril 2005 : Résultats principaux*. Editions Statistiques, Hanoi, Viêt-Nam, 168 pages.]
188. Tổng cục thống kê (2007). *Kết quả khảo sát mức sống hộ gia đình năm 2006*. Nhà xuất bản Thống kê, Hà Nội, Việt Nam, 256 trang. [Office des Statistiques (2007), *Résultats de l'Enquête sur le niveau de vie des foyers en 2006*. Editions Statistiques, Hanoi, Viêt-Nam, 256 pages.]
189. Tổng cục thống kê (2008). *Điều tra biến động dân số và kế hoạch hóa gia đình 1.4.2007: Những kết quả chủ yếu*. Nhà xuất bản thống kê, Hà Nội, Việt Nam, 228 trang. [Office des Statistiques (2008), *Enquête sur les évolutions de la population et de la planification familiale, le 1^{er} avril 2007 : Résultats principaux*. Editions Statistiques, Hanoi, Viêt-Nam, 228 pages.]
190. Tổng cục thống kê (2009). *Thông tin thống kê hàng tháng (3/2009): Đơn vị hành chính, đất đai và khí hậu* (Truy cập tại: <http://www.gso.gov.vn/default.aspx?tabid=386&idmid=3&ItemID=7307>). [Office des Statistiques (2009). *Informations statistiques mensuelles (mars 2009) : Unités administratives, terre et climat* (consulté à l'adresse : <http://www.gso.gov.vn/default.aspx?tabid=386&idmid=3&ItemID=7307>).]
191. Tổng cục thống kê (2009). *Thông tin thống kê hàng tháng (3/2009): Vận tải và Bưu điện* (truy cập tại: <http://www.gso.gov.vn/default.aspx?tabid=3948&idmid=3&ItemID=7909>). [Office des

- Statistiques (2009). *Informations statistiques mensuelles (mars 2009) : Transports et poste* (consulté à l'adresse : <http://www.gso.gov.vn/default.aspx?tabid=3948&idmid=3&ItemID=7909>)]
192. Tổng cục thống kê (2009). *Thông tin thống kê hàng tháng (3/2009): Dân số và Lao động* (Truy cập tại: <http://www.gso.gov.vn/default.aspx?tabid=427&idmid=3>). [Office des Statistiques (2009). *Informations statistiques mensuelles (mars 2009) : Population et Travail* (consulté à l'adresse : <http://www.gso.gov.vn/default.aspx?tabid=427&idmid=3>).]
193. Tổng cục thống kê (2009). *Thông tin thống kê hàng tháng (4/2009): Giáo dục, y tế, văn hóa và đời sống* (Truy cập tại: <http://www.gso.gov.vn/default.aspx?tabid=435&idmid=3>). [Office des Statistiques (2009). *Informations statistiques mensuelles (avril 2009) : Education, santé, culture et vie* (consulté à l'adresse : <http://www.gso.gov.vn/default.aspx?tabid=435&idmid=3>).]
194. Tổng cục thống kê (2009). *Thông tin thống kê hàng tháng (4/2009): Cơ cấu chi ngân sách nhà nước* (Truy cập tại: <http://www.gso.gov.vn/default.aspx?tabid=3898&idmid=3&ItemID=7366>). [Office des Statistiques (2009). *Informations statistiques mensuelles (avril 2009) : Structure de dépense du budget étatique* (consulté à l'adresse : <http://www.gso.gov.vn/default.aspx?tabid=3898&idmid=3&ItemID=7366>).]
195. Tổng cục thống kê, Bộ Y tế, UNICEF, WHO (2005). *Điều tra quốc gia về thanh thiếu niên Việt Nam – SAVY năm 2003*. Hà Nội, Việt Nam, 167 trang. [Office des Statistiques, Ministère de la Santé, UNICEF, OMS (2005). *Enquête nationale sur les jeunes et les enfants vietnamiens, SAVY, 2003*, Hanoi, Việt-Nam, 167 pages.]
196. Tổng cục thống kê, Viện Vệ sinh dịch tễ trung ương, ORC Macro (2006). *Điều tra Dân số và các chỉ số HIV/AIDS Việt Nam năm 2005*. USAID, CDC, GSO, NIHE. Hà Nội, Việt nam. 94 pages. + appendices. [Office des Statistiques, Institut central d'épidémiologie, ORC Marco (2006). *Enquête sur la population et des indicateur du VIH/sida au Viêt-Nam en 2005*, USAID, CDC, GSO, NIHE, Hanoi, Việt-Nam, 94 pages + annexes]
197. TÔNG Văn Đường (2002). *Dân số học*. Nhà xuất bản nông nghiệp, Hà Nội, Việt Nam, 125 trang. [TÔNG Van Duong (2002). *Démographie*. Editions Agriculture, Hanoi, Việt-Nam, 125 pages.]
198. TRẦN Đình Hựu (1991). "Gia đình truyền thống Việt Nam với ảnh hưởng của Nho giáo" trong *Những nghiên cứu xã hội học về gia đình Việt Nam*. Chủ biên: LILJESTROM R., TƯƠNG Lai. Viện xã hội học - Viện khoa học xã hội Việt Nam, Khoa xã hội học - Đại học Gothenburg Thụy Điển. Nhà xuất bản khoa học xã hội, Hà nội, Việt Nam, pp: 25 – 46. [TRẦN Đình Huou (1991). "La famille traditionnelle vietnamienne et l'influence du confucianisme" dans *Etudes sociologiques sur la famille vietnamienne*. Sous la direction de LILJESTROM R., TUONG Lai. Institut de la sociologie - Académie des sciences sociales du Viêt-Nam, Faculté de la Ssociologie - Université Gothenburg, Suède. Editions Sciences sociales, Hanoi, Việt-Nam, pp: 25-46.]

199. TRẦN Đình Hựu (1991). "Gia đình và giáo dục gia đình" trong *Những nghiên cứu xã hội học về gia đình Việt Nam*. Chủ biên: TƯƠNG Lai. Nhà xuất bản khoa học xã hội, quyển 2, Hà nội, Việt Nam, trang: 50 - 93. [TRẦN Đình Hựu (1991). "La famille et l'éducation familiale" dans *Etudes sociologiques sur la famille vietnamienne*. Sous la direction de TUONG Lai. Editions Sciences sociales, tome 2, Hanoi, Việt-Nam, pp: 50-93.]
200. TRẦN Đình Thiên (2007). "Kinh tế Việt Nam: Nhận diện điểm mạnh, điểm yếu, cơ hội, thách thức và triển vọng", Tham luận tại *Hội thảo quốc tế về công tác dự báo*, Viện Chiến lược – phát triển, Bộ Kế hoạch - Đầu tư, 20 tháng 11, Hà Nội, Việt Nam. [TRẦN Đình Thiên (2007). "Economie vietnamienne : identification des points forts et des points faibles, opportunités, défis et perspectives", intervention présentée au *Colloque international sur le travail de prévision*, Institut de Stratégie et de Développement, ministère du Plan et de l'Investissement, 20 novembre, Hanoi, Việt-Nam.]
201. TRẦN Ngọc Thâm (2000). *Recherche sur l'indentité de la culture vietnamienne*. Editions THE GIOI, Hanoi, Việt-Nam, 836 pages.
202. TRẦN T. Minh, NGUYỄN V.Q. Binh, TRẦN T.K. DZUNG (2005). "Assesment of HIV prevalence among women who have HIV infected husband in Khanh Hoa province". *Practical Medicine*, pp: 528+529, pp: 283–287.
203. TƯƠNG Lai (1996). "Đi tìm định nghĩa về khái niệm gia đình". *Những nghiên cứu xã hội học về gia đình Việt Nam*. Chủ biên: TƯƠNG Lai. Nhà xuất bản khoa học xã hội, quyển 2, Hà nội, Việt Nam, trang: 7-48. [TUONG Lai (1996). "A la recherche de la définition de la notion de famille", dans *Etudes sociologiques sur la famille vietnamienne*. Sous la direction de TUONG Lai. Editions Sciences sociales, tome 2, Hanoi, Việt-Nam, pp: 7-48.]
204. UN Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (1998). *Demographic Perspective on Women in Development in Cambodia, Lao, Myanmar and Vietnam*. United Nation, New York, USA, 79 pages.
205. UNAIDS (2008). *2008 Report on the global AIDS epidemic*. UNAIDS, Geneva. August. 362 pages.
206. UNAIDS. (2002). *World AIDS Campaign 2002–2003: A conceptual framework and basis for action: HIV/AIDS stigma and discrimination*. Geneva, Switzerland: Author, 67 pages.
207. UNAIDS/WHO. (2003). *AIDS epidemic update* (Available at: <http://www.unaids.org>). WHO Geneve, 68 pages.
208. UNDP (2003). *Regional human development report: HIV/AIDS and development in South Asia*. New Delhi, India: Author, 153 pages.

209. UNDP (2008). "Các chỉ số phát triển con người HDI". *Báo cáo phát triển con người 2007/2008: Cuộc chiến chống biến đổi khí hậu*. New York, US, 389 trang. [PNUD (2008). "Indices de développement humain IDH". *Rapport du développement humain 2007/2008 : La lutte contre le changement climatique*. New York, Etats-Unis, 389 pages.]
210. UNDP và AusAID (2005). *Tác động của HIV/AIDS đến tình trạng dễ bị tổn thương và nghèo đói của các hộ gia đình ở Việt Nam*. Báo cáo của dự án VIE/98/006. Hà Nội, Việt Nam, 103 trang. [PNUD et AusAID (2005). *Impacts du VIH/sida sur la fragilité et la pauvreté des foyers au Viêt-Nam*. Rapport du projet VIE/98/006. Hanoi, Viêt-Nam, 103 pages.]
211. UNFPA (2007). *Domestic migration: The real situation in Vietnam*. Hanoi, Vietnam, 30 pages.
212. UNFPA, VAPPD (2003). *Phòng chống kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS ở Việt Nam*. Hà Nội, Việt Nam, 68 trang. [FNUAP, VAPPD (2003). *Prévention de la stigmatisation et de la discrimination envers les séropositifs au Viêt-Nam*. Hanoi, Viêt-Nam, 68 pages.]
213. United Nation (2007). "Changings families: Chances and challenges for young people today". *Briefing Note on Youth – www.un.org/youth*. (Available at: <http://www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/briefingnotefamily.pdf>), 6 pages.
214. United Nations (2009). *2008 ESCAP Population Data Sheet* (Available at: http://www.unescap.org/esid/psis/population/database/data_sheet/2008/Datasheet_2008.pdf).
215. United Nations Office on Drug and Crime (UNODC) Country Office Vietnam (2005). *Vietnam Country Profile 2005*. Hanoi, Vietnam, 55 pages
216. United Nations Office on Drug and Crime (UNODC) Country Office Vietnam (2003). *Vietnam Country Profile 2003*. Hanoi, Vietnam, 63 pages
217. United Nations Programs on HIV/AIDS (UNAIDS) Asia Pacific Intercountry Team and United Nation Drug Control Program (UNDCP) Regional Centre for East Asia and the Pacific (2000). *Drug Use and HIV Vulnerability: Policy Research Study in Asia*. Bangkok, Thailand, 238 pages.
218. USAID (2006). *Can we measure HIV/AIDS related stigma and discrimination? – Current knowledge about quantifying stigma in developing countries*. Prepared by ICRW and Policy project, 28 pages.
219. Ủy ban Dân số - KHHGD (2000). *Chiến lược dân số Việt Nam giai đoạn 2001 – 2010* (Truy cập tại: <http://giadinh.net.vn/home/1394p0c1005/chien-luoc-dan-so-viet-nam-20012010.htm>). [Comité de la Population et de la Planification familiale (2000). *Stratégie de la Population du Viêt-Nam, période 2001-2010* (consulté à l'adresse: <http://giadinh.net.vn/home/1394p0c1005/chien-luoc-dan-so-viet-nam-20012010.htm>).]

220. Văn phòng thường trực Phòng chống AIDS - Bộ Y tế (2007). *"Những vấn đề chính của Việt Nam trong cuộc chiến chống HIV/AIDS"*. Tuyên bố của Cộng đồng các đối tác quan tâm đến HIV/AIDS ở Việt Nam. Hà Nội, Việt Nam, 8 trang. [Bureau permanent de la prévention du sida – Ministère de la Santé (2007). « *Les problèmes principaux du Viêt-Nam dans la lutte contre le VIH/sida* ». La déclaration de la Communauté des partenaires s'intéressant au VIH/sida au Viêt-Nam. Hanoi, Viêt-Nam, 8 pages.]
221. VANLANDINGHAM M.J., SAENGTIENCHAI C. (2005). "Community reaction to persons with HIV/AIDS and their parents: an analysis of recent evidence from Thailand". *Journal Health Social Behavior*. Dec; 46(4), pp: 392-410.
222. VARAS-DIAZ N., SERRANO-GARCIA I., TORO-ALFONSO J. (2005). "AIDS-related stigma and social interaction: Puerto Ricans living with HIV/AIDS". *Quality Health Research*. Feb; 15(2), pp: 169-87.
223. VERON Jacques and ATTANE Isabelle (2005). *Gender Discriminations Among Young Children in Asia*. Institut Français de Pondichéry et Centre Population et Développement (CEPED), 314 pages.
224. Vietnam commission for Family, Population and Children; Ministry of Health, Population Reference Bureau (2005). *HIV/AIDS in Vietnam. The current situation, the national response, the emerging challenges*, Hanoi, 55 pages.
225. VÕ Sáng Xuân Hoàng (2006). "Cung cấp dịch vụ giáo dục và đào tạo và vấn đề chất lượng". *Hội thảo quốc tế Giáo dục và đào tạo: Sự tìm kiếm chất lượng*, Viện Kinh tế thành phố Hồ Chí Minh, 18-20 tháng 4, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. [VO Sang Xuân Hoang (2006). "Approvisionnement de services d'éducation et de formation et qualité". *Colloque international Education et Formation : Recherche de la qualité*, Institut d'Economie de Hô-Chi-Minh ville, 18-20 avril, Hô-Chi-Minh ville, Viêt-Nam.]
226. VOLKMANN C.S. (2005). "30 years after the war: Children, Families, and Rights in Vietnam". International *Journal of Law, Policy and the Family*, 19, pp: 23-46.
227. VŨ Tuấn Huy (1996). "Những khía cạnh của sự biến đổi gia đình" trong *Những nghiên cứu xã hội học về gia đình Việt Nam*. Chủ biên: TƯƠNG Lai. Nhà xuất bản khoa học xã hội, quyển 2, Hà nội, Việt Nam, trang: 132 - 153. [VU Tuấn Huy (1996). "Aspects du changement de la famille" dans *Etudes sociologiques sur la famille vietnamienne*. Sous la direction de TUONG Lai. Editions Sciences sociales, tome 2, Hanoi, Viêt-Nam, pp: 132-153.]
228. VŨ Văn Hạc (2007). "Về sự biến đổi mối quan hệ giữa cá nhân - xã hội và những suy nghĩ xây dựng con người Việt Nam trong giai đoạn mới". *Tap chí Nghiên cứu con người*, Tháng 1 (Truy cập tại: http://www.chungta.com/Desktop.aspx/ChungTa-SuyNgam/Luan-Ly/Ve_su_bien_doi_moi/). [VU Van Hac (2007). "Sur le changement de la relation individu –

- société et les pensées sur l'édification du Vietnamien dans la nouvelle période. *Magazine Etudes sur l'homme*, janvier (consulté à l'adresse: http://www.chungta.com/Desktop.aspx/ChungTa-SuyNgam/Luan-Ly/Ve_su_bien_doi_moi/)
229. WAGSTAFF A. (2007). *Health insurance for the Poor: Initial Impact of Việt-Nam's Health Care Fund for the Poor*. World Bank Policy Research Working Paper 4134, February. Development Research Group, The World Bank, Washington DC, USA, 33 pages.
230. WARDLAW L. (2000). "Sustaining informal caregivers for persons with AIDS". In LEMELLE. A. et all. *Readings in the sociology of AIDS*. Practice Hall Edition, Saddle River, pp: 345-358.
231. WHITEHEAD Margaret, DAHLGREN Göran, EVANS Timothy (2001). "Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap?". *Lancet* 2001; 358, pp: 833-836.
232. Wikipedia (2009). *Việt Nam* (Truy cập tại http://vi.wikipedia.org/wiki/Vi%E1%BB%87t_Nam) [Wikipedia (2009). *Việt-Nam* (consulté à l'adresse : http://vi.wikipedia.org/wiki/Vi%E1%BB%87t_Nam)]
233. World Bank (1999). "Phân tích tác hại của HIV/AIDS đến hộ gia đình Việt Nam". Trong *Đương đầu với AIDS, những ưu tiên của Chính phủ trong một bệnh dịch toàn cầu*. Báo cáo, 167 trang. [Banque mondiale (1999). "Analyse des séquelles du VIH/sida sur le foyer vietnamien" dans *Faire face au sida, les priorités du gouvernement face à une épidémie mondiale*. Rapport, 167 pages.]
234. World Bank (2001). *Growing healthy: a review of Vietnam's health sector*. East Asia and Pacific Region, Vietnam Country Unit, Human Development Sector Unit. Washington D.C, Jun. Report No. 22210-VN, 202 pages.
235. World Bank (2007). *Vietnam development report 2008 : Social protection*. World Bank Working Paper, December, 184pages.
236. WU Z., SULLIVAN S.G., WANG Y., ROTHERRAM-BORUS M.J., DETELS R. (2007). "Evolution of China's response to HIV/AIDS". *Lancet* 369, pp: 679-690.
237. YVES MARTIN Jean (2004). "L'exception éducative vietnamienne à l'épreuve de l'ouverture". Dans *Le Việt-Nam à l'aube du XXI siècle: Bilan et perspectives politiques, économiques et sociales*, sous la direction de GIRONDE Christophe et MAURER Jean-Luc. IUED, Genève, Editions Karthala, Paris; CRAM (IUHEI/IUED), Genève; pp: 303-323.

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1.1 - Prévisions de la transmission du VIH/sida en nombre de personnes pour la période 2005-2010
- Tableau 2.1 - Taille d'échantillon de FAVIHVIET 2006 et VPAIS 2005 à Ha-Long
- Tableau 2.2 - Répartition des entretiens et discussions de groupe selon le type de participant
- Tableau 2.3 - Répartition (%) des répondants selon leur statut VIH, le type de leur foyer et leur sexe
- Tableau 2.4 - Répartition (%) des répondants selon leur statut VIH, le type de leur foyer et leur groupe d'âge (3 groupes)
- Tableau 2.5 - Répartition (%) des répondants selon leur statut VIH, le type de leur foyer et leur groupe d'âge (5 groupes)
- Tableau 2.6 - Répartition (%) des répondants selon leur niveau d'instruction
- Tableau 2.7 - Répartition (%) des répondants selon leur statut d'emploi
- Tableau 2.8 - Répartition (%) des répondants selon leur profession
- Tableau 2.9 - Répartition (%) des répondants selon leur statut VIH, le type de leur foyer et leur statut matrimonial
- Tableau 2.10 - Répartition (%) des répondants selon les organisations sociales auxquelles ils participent
- Tableau 2.11 - Répartition (%) des foyers selon leur taille et leur statut VIH
- Tableau 2.12 - Répartition (%) des foyers selon leur structure en termes de nombre de générations cohabitant et leur statut VIH
- Tableau 2.13 - Répartition (%) des foyers selon leur structure familiale en termes nucléaire et élargie et leur statut VIH
- Tableau 3.1 - Notes des connaissances des voies de transmission du VIH/sida selon le statut VIH du répondant et celui de son foyer

- Tableau 3.2 - Notes des connaissances de la prévention du VIH/sida selon le statut VIH du répondant et celui de son foyer**
- Tableau 3.3 - Note des connaissances de la prévention du VIH dans l'ensemble selon le statut VIH du répondant et celui de son foyer**
- Tableau 3.4 - Note de connaissance de la prévention du VIH dans le contexte familial selon le statut VIH du répondant et celui de son foyer**
- Tableau 3.5 - Note des connaissances des soins aux séropositifs selon le statut VIH du répondant et celui de son foyer**
- Tableau 3.6 - Note de connaissance globale du VIH/sida selon le statut VIH du répondant et celui de son foyer**
- Tableau 3.7 - Répartition (%) des réponses sur les voies de transmission du VIH/sida selon le statut VIH du répondant et celui de son foyer**
- Tableau 3.8 - Répartition (%) des réponses aux questions à modalités suggérées sur les voies de transmission du VIH dans les enquêtes FAVIHVET et VPAIS selon la source de données, le statut VIH du répondant et celui de son foyer (pour FAVIHVIET)**
- Tableau 3.9 - Proportion des répondants ayant indiqué au moins une voie de transmission incorrecte du VIH selon leur statut VIH et celui de leur foyer**
- Tableau 3.10 - Répartition (%) des réponses relatives aux mesures de prévention du VIH selon le statut VIH du répondant et celui de son foyer**
- Tableau 3.11 - Proportion des répondants ayant donné une réponse affirmative aux questions à modalités suggérées sur la prévention du VIH selon leur statut VIH et celui de leur foyer**
- Tableau 3.12 - Répartition (%) des réponses relatives aux mesures de prévention du VIH dans le contexte familial selon le statut VIH du répondant et celui de son foyer**
- Tableau 3.13 - Proportion de répondants ayant cité les mesures nécessaires à l'identification d'une séropositivité VIH selon leur statut VIH et celui de leur foyer**
- Tableau 3.14 - Proportion de répondants indiquant un établissement fournissant un service de dépistage du VIH selon leur statut VIH et celui de leur foyer**

- Tableau 3.15 - Proportion des répondants ayant mentionné un traitement d'appui aux séropositifs selon leur statut VIH et celui de leur foyer
- Tableau 3.16 - Proportion des répondants ayant entendu parler d'ARVet connaissant une source d'approvisionnement selon leur statut VIH et celui de leur foyer
- Tableau 3.17 - Proportion des répondants ayant cité un endroit où l'on peut acheter ou recevoir des antirétroviraux selon leur statut VIH et celui de leur foyer
- Tableau 3.18 - Répartition (%) des réponses données à la question des problèmes sociaux importants à Ha-Long selon le statut VIH du répondant et celui de son foyer
- Tableau 3.19 - Proportion des réponses à la question relative aux personnes à haut risque d'attraper le VIH à Ha-Long selon le statut VIH du répondant et celui de son foyer
- Tableau 3.20 - Proportions des réponses aux problèmes de santé sérieux à Ha-Long selon le statut VIH du répondant et celui de son foyer
- Tableau 3.21 - Répartition (%) des répondants qui connaissent une (autre) personne séropositive selon le statut VIH du répondant et celui de son foyer
- Tableau 3.22 - Répartition (%) des répondants selon leur évaluation du risque de transmission du VIH dans leur quartier d'habitation, leur statut VIH et celui de leur foyer
- Tableau 3.23 - Répartition (%) des répondants selon leur évaluation de leur risque d'être séropositif, leur statut VIH et celui de leur foyer
- Tableau 3.24 - Répartition (%) des répondants ayant entendu parler du VIH/sida selon la source d'information, le statut VIH du répondant et celui de son foyer
- Tableau 3.25 - Note moyenne pour la connaissance globale obtenue par les répondants en fonction de leur accès aux sources d'information, leur statut VIH et celui de leur foyer
- Tableau 3.26 - Influence de la diffusion d'informations relatives au VIH/sida par différentes sources sur le niveau de connaissance globale de l'épidémie selon le statut VIH du répondant et celui de son foyer : régression logistique

- Tableau 3.27 - Répartition (%) des répondants selon les personnes avec lesquelles ils ont discuté du VIH/sida durant les six mois précédant l'enquête, leur statut VIH et celui de leur foyer**
- Tableau 3.28 - Note moyenne de connaissance globale obtenue par les répondants selon le type de personnes (après regroupement) avec lesquelles ils ont discuté du VIH/sida durant les six mois précédant l'enquête, leur statut VIH et celui de leur foyer**
- Tableau 3.29 - Note moyenne de connaissance globale obtenue par les répondants selon le type de personnes avec lesquelles ils ont discuté du VIH/sida durant les six mois précédant l'enquête, leur statut VIH et celui de leur foyer**
- Tableau 3.30 - Impact sur le niveau de connaissance globale du VIH/sida des discussions sur le VIH/sida avec différentes personnes selon le statut VIH du répondant et celui de son foyer : régression logistique**
- Tableau 3.31 - Note moyenne de connaissance globale des répondants selon leurs capacités personnelles et leurs opportunités de contacts sociaux, selon leur statut VIH et celui de leur foyer**
- Tableau 3.32 - Impact des facteurs concernant la capacité personnelle et les opportunités de contacts sociaux sur le niveau de connaissance globale du VIH/sida selon le statut VIH du répondant et celui de son foyer**
- Tableau 3.33 - Note moyenne pour la connaissance globale selon la possession de certains objets et équipements importants dans le foyer, le statut VIH du répondant et celui de son foyer**
- Tableau 3.34 - Impact de la possession de certains biens matériels sur le niveau de connaissance globale du VIH/sida selon le statut VIH du répondant et celui de son foyer : régression logistique**
- Tableau 4.1 - Répartition (%) des répondants séronégatifs selon leur attitude d'achat de légumes frais auprès du propriétaire d'un magasin ou d'un vendeur séropositif VIH, le statut VIH de leur foyer (pour l'enquête FAVIHVIET) et l'enquête menée**
- Tableau 4.2 - Répartition (%) des répondants séronégatifs selon leur attitude à l'égard de l'enseignement par un enseignant séropositif, le statut VIH de leur foyer (pour l'enquête FAVIHVIET) et l'enquête menée**

- Tableau 4.3 - Répartition (%) des répondants séronégatifs selon le point de vue les « séropositifs devraient avoir honte », le statut VIH de leur foyer (pour l'enquête FAVIHVIET) et l'enquête menée**
- Tableau 4.4 - Répartition (%) des répondants séronégatifs selon leur point de vue sur « la faute attribuée aux séropositifs », le statut VIH de leur foyer (pour l'enquête FAVIHVIET) et l'enquête menée**
- Tableau 4.5 - Répartition (%) des foyers selon leur niveau de stigmatisation des séropositifs dans la société et leur statut VIH**
- Tableau 4.6 - Répartition (%) des répondants ayant donné une raison de non-participation aux activités communautaires selon la raison donnée, le statut VIH personnel et le statut VIH du foyer**
- Tableau 4.7 - Répartition (%) des répondants se déclarant séronégatifs selon leur attitude de stigmatisation des séropositifs dans les situations quotidiennes et le statut VIH de leur foyer**
- Tableau 4.8 - Répartition (%) des foyers selon le niveau de stigmatisation des séropositifs dans différentes situations quotidiennes et le statut VIH du foyer**
- Tableau 4.9 - Répartition (%) des répondants séronégatifs selon leur attitude vis-à-vis des soins accordés à leur proche séropositif et le statut VIH de leur foyer**
- Tableau 4.10 - Répartition (%) des foyers selon le niveau de stigmatisation des séropositifs dans les soins de santé et leur statut VIH**
- Tableau 4.11 - Répartition (%) des séropositifs selon leur perception de leur mise à l'écart par la société et leur auto-stigmatisation dans leur participation aux activités communautaires**
- Tableau 4.12 - Répartition (%) des séropositifs selon la perception qu'ils ont de leur mise à l'écart par la société et leur auto-stigmatisation dans leur choix du lieu des soins de santé**
- Tableau 4.13 - Répartition (%) des séropositifs selon leur auto-stigmatisation dans leur participation aux activités communautaires et la stigmatisation par leur foyer des séropositifs dans la société**

- Tableau 4.14 - Répartition (%) des séropositifs selon leur auto-stigmatisation dans leur participation aux activités communautaires et le niveau de stigmatisation par leur foyer des séropositifs dans la société
- Tableau 4.15 - Répartition (%) des séropositifs selon leur auto-stigmatisation dans les soins de santé et la stigmatisation par leur foyer des séropositifs dans les soins de santé
- Tableau 4.16 - Répartition (%) des séropositifs selon leur auto-stigmatisation dans les soins de la santé et le niveau de stigmatisation des séropositifs par les foyers dans les soins de santé
- Tableau 4.17 - Répartition (%) des MemF+ selon leur stigmatisation des PVVIH dans la société et leur auto-stigmatisation dans leur participation aux activités communautaires
- Tableau 4.18 - Répartition (%) des MemF+ selon leur stigmatisation des PVVIH dans la société et leur stigmatisation des PVVIH dans les situations quotidiennes
- Tableau 4.19 - Répartition (%) des MemF- selon leur stigmatisation des PVVIH dans la société et leur stigmatisation des PVVIH dans les situations quotidiennes
- Tableau 4.20 - Répartition (%) des MemF+ selon leur stigmatisation des PVVIH dans la société et leur stigmatisation des PVVIH dans les soins de santé
- Tableau 4.21 - Répartition (%) des MemF- selon leur stigmatisation des PVVIH dans la société et leur stigmatisation des PVVIH dans les soins de santé
- Tableau 4.22 - Répartition (%) des répondants selon la taille de leur foyer, leur statut VIH et le statut VIH de leur foyer
- Tableau 4.23 - Répartition (%) des répondants ayant une attitude de stigmatisation liée au VIH/sida selon la taille de leur foyer, leur statut VIH et le statut VIH de leur foyer
- Tableau 4.24 - Répartition (%) des répondants selon le modèle de leur foyer, leur statut VIH et le statut VIH de leur foyer
- Tableau 4.25 - Répartition (%) des répondants adoptant une attitude de stigmatisation liée au VIH/sida selon le modèle de leur foyer, leur statut VIH et le statut VIH de leur foyer

- Tableau 4.26 - Répartition (%) des répondants selon le modèle de leur foyer en termes de nombre de générations, leur statut VIH et le statut VIH de leur foyer
- Tableau 4.27 - Répartition (%) des répondants adoptant une attitude de stigmatisation liée au VIH/sida selon le modèle de leur foyer en termes de nombre de générations, leur statut VIH et le statut VIH de leur foyer
- Tableau 5.1 - Variables indépendantes dans l'analyse de régression logistique binaire sur les types d'attitude de stigmatisation liée au VIH/sida
- Tableau 5.2 - Paramètres du modèle de régression logistique binaire sur la probabilité de stigmatisation des PVVIH dans la société par les MemF+ (1^{ère} analyse)
- Tableau 5.3 - Paramètres du modèle de régression logistique binaire sur la probabilité de stigmatisation des PVVIH dans la société par les MemF- (1^{ère} analyse)
- Tableau 5.4 - Paramètres du modèle de régression logistique binaire sur la probabilité de stigmatisation des PVVIH dans la société par les MemF+ (2^{ème} analyse)
- Tableau 5.5 - Paramètres du modèle de régression logistique binaire sur la probabilité de stigmatisation des PVVIH dans la société par les MemF- (2^{ème} analyse)
- Tableau 5.6 - Paramètres de la régression logistique binaire de la probabilité d'auto-stigma. des séropositifs dans la participation aux activités communautaires (2^{ème} analyse)
- Tableau 5.7 - Paramètres de la régression logistique binaire de la probabilité d'auto-stigmatisation des séropositifs dans le choix du lieu des soins de santé (1^{ère} analyse)
- Tableau 5.8 - Paramètres de la régression logistique binaire de la probabilité d'auto-stigma. des séropositifs dans le choix du lieu des soins de santé (2^{ème} analyse)
- Tableau 5.9 - Paramètres de la régression logistique binaire de la probabilité de la stigma. des séropositifs par MemF+ dans les situations quotidiennes en famille (3^{ème} analyse)
- Tableau 5.10 - Paramètres de la régression logistique binaire de la probabilité de stigma. des séropositifs par MemF- dans les situations quotidiennes (3^{ème} analyse)

- Tableau 5.11 - Paramètres de la régression logistique binaire de la probabilité de la stigmatisation des séropositifs par les MemF+ dans les soins de santé (1^{ère} analyse)
- Tableau 5.12 - Paramètres de la régression logistique binaire de la probabilité de stigmatisation des séropositifs par les MemF- dans les soins de santé (1^{ère} analyse)
- Tableau 5.13 - Paramètres de la régression logistique binaire de la probabilité de la stigmatisation des séropositifs par les MemF+ dans les soins de santé (2^{ème} analyse)
- Tableau 5.14 - Paramètres de la régression logistique binaire de la probabilité de stigmatisation des séropositifs par les MemF+ dans les soins de santé (2^{ème} analyse)
- Tableau 5.15 - Paramètres de la régression logistique binaire de la probabilité de stigmatisation des séropositifs par les MemF+ dans les soins de santé (3^{ème} analyse)
- Tableau 5.16 - Paramètres de la régression logistique binaire de la probabilité de la stigmatisation des séropositifs dans les soins de santé par les MemF- (3^{ème} analyse)
- Tableau 6.1 - Répartition (%) des répondants ayant participé aux activités communautaires durant les 12 mois précédant l'enquête selon leur statut VIH et celui de leur foyer
- Tableau 6.2 - Répartition (%) des répondants selon leur niveau de participation aux activités communautaires durant les 12 mois précédant l'enquête, leur statut VIH et celui de leur foyer
- Tableau 6.3 - Nombre moyen d'activités communautaires auxquelles participent les séropositifs et les membres de leurs foyers au cours des 12 mois précédant l'enquête selon leur attitude d'auto-stigmatisation dans la participation aux activités communataires
- Tableau 6.4 - Répartition (%) des séropositifs selon leur niveau de participation aux activités communautaires au cours des 12 mois précédant l'enquête et leur auto-stigmatisation

- Tableau 6.5 - Répartition (%) des MemF+ selon leur niveau de participation aux activités communautaires durant les 12 mois précédant l'enquête et leur auto-stigmatisation**
- Tableau 6.6 - Répartition (%) des séropositifs selon le niveau de participation aux activités communautaires et la stigmatisation par les foyers-cas des PVVIH dans la société**
- Tableau 6.7 - Répartition (%) des séropositifs selon leur niveau de participation aux activités communautaires et le niveau de stigmatisation des PVVIH dans la société par les foyers-cas**
- Tableau 6.8 - Répartition (%) des répondants selon les lieux de soins de santé au cours des dernières années, leur statut VIH et celui de leur foyer**
- Tableau 6.9 - Répartition (%) des répondants selon la personne qui a pris soin d'eux en cas de problème de santé ces dernières années, leur statut VIH et le statut VIH de leur foyer**
- Tableau 6.10 - Répartition (%) des séropositifs selon leur auto-stigmatisation dans le choix du lieu des soins de santé et leur exclusion des soins de santé de leur foyer**
- Tableau 6.11 - Répartition (%) des séropositifs selon leur exclusion des soins de santé de leur foyer et l'attitude de stigmatisation des PVVIH dans les soins de santé par les membres de leur foyer**
- Tableau 6.12 - Répartition (%) des séropositifs selon leur exclusion des soins de santé de leur foyer et le niveau de stigmatisation des PVVIH dans les soins de santé par les membres de leurs foyers**
- Tableau 6.13 - Répartition (%) des répondants selon leur partage du plateau repas en famille, leur statut VIH et le statut VIH de leur foyer**
- Tableau 6.14 - Répartition (%) des répondants selon leur partage du lit en famille, leur statut VIH et le statut VIH de leur foyer**
- Tableau 6.15 - Répartition (%) des répondants selon la lessive commune des vêtements, leur statut VIH et le statut VIH de leur foyer**
- Tableau 6.16 - Répartition (%) des foyers-cas selon leur niveau de stigmatisation des PVVIH dans différentes situations quotidiennes de leur foyer**

- Tableau 6.17 - Répartition (%) des séropositifs selon le niveau de stigmatisation des PVVIH par leur foyer dans différentes situations quotidiennes de leur foyer
- Tableau 6.18 - Répartition (%) des séropositifs selon leur exclusion, l'attitude de stigmatisation des PVVIH dans les situations quotidiennes de leurs foyers et leur statut matrimonial
- Tableau 6.19 - Répartition (%) des séropositifs selon leur niveau de stigmatisation et leur exclusion d'au moins une situation quotidienne de leur foyer
- Tableau 6.20 - Répartition (%) des séropositifs selon leur exclusion et le niveau de stigmatisation des PVVIH par les membres de leur foyer relative au partage du lit
- Tableau 6.21 - Répartition (%) des séropositifs selon leur exclusion et le niveau de stigmatisation des PVVIH par les membres de leur foyer relative à la lessive commune des vêtements
- Tableau 6.22 - Répartition (%) des séropositifs selon leur exclusion et le niveau de stigmatisation des PVVIH par les membres de leur foyer dans le partage du lit et la lessive commune des vêtements
- Tableau 6.23 - Répartition (%) des séropositifs selon l'attitude de stigmatisation des PVVIH dans la société par les membres de leurs foyers et leur séparation dans les situations quotidiennes
- Tableau 6.24 - Répartition (%) des séropositifs selon les niveaux de stigmatisation des PVVIH dans la société par les membres de leurs foyers et leur séparation dans les situations quotidiennes
- Tableau 6.25 - Répartition (%) des MemF+ selon leur exercice d'une séparation dans au moins une situation quotidienne et leur attitude de stigmatisation des PVVIH dans au moins une situation
- Tableau 6.26 - Répartition (%) des MemF+ selon la pratique de séparation des lits et leur attitude de stigmatisation des PVVIH dans cette situation
- Tableau 6.27 - Répartition (%) des MemF+ selon leur séparation dans la lessive des vêtements au foyer et leur stigmatisation des PVVIH relative à cette situation

LISTE DES FIGURES

- Figure 1.1- Les liens des connaissances à l'attitude et au comportement
- Figure 1.2 - La relation entre les connaissances, l'attitude de stigmatisation et l'exclusion
- Figure 1.3 - Position géographique du Viêt-Nam en Asie du Sud-est
- Figure 1.4 - Carte administrative du Viêt-Nam
- Figure 1.5 - 10 provinces et villes ayant les proportions de séropositifs VIH/sida déclarés sur 100 000 habitants les plus élevées du Viêt-Nam au 31 décembre 2008
- Figure 2.1 - Site étudié dans l'enquête FAVIHVIET Ha-Long 2006
- Figure 2.2 - Enquête FAVIHVIET Ha-Long 2006 sur terrain
- Figure 3.1 - Proportion de répondants indiquant au moins une méthode de prévention du VIH erronée selon leur statut VIH et celui de leur foyer
- Figure 3.2. - Proportion de répondants indiquant au moins une voie de transmission ou une méthode de prévention incorrecte selon leur statut VIH et celui de leur foyer
- Figure 3.3 - Répartition (%) des répondants selon le groupes de personnes avec qui ils ont discuté sur le VIH/sida dans les six mois précédant l'enquête, leur statut VIH et celui de leur foyer
- Figure 4.1 - Proportion des répondants non séropositifs de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long qui ont au moins une attitude de stigmatisation des PVVIH dans la société selon le statut VIH de leur foyer
- Figure 4.2 - Répartition des séropositifs de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long selon leur déclaration relative à leur sentiment d'une mise à l'écart par la communauté après la révélation de leur séropositivité
- Figure 4.3 - Proportion de séropositifs de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long estimant que d'autres personnes se mettent à l'écart d'eux selon le type de personne citée

- Figure 4.4 - Proportion des PVVIH et des MemF+ de l'enquête FAVIHVIET Ha-Long adoptant une attitude d'auto-stigmatisation dans sa participation aux activités communautair**
- Figure 4.5 - Répartition des séropositifs de l'enquête FAVIHVIET Ha- Long selon leurs réponses quant aux lieux où les séropositifs doivent être soignés**
- Figure 4.6 - Répartition des séropositifs de l'enquête FAVIHVIET Ha- Long selon leur adoption d'une attitude d'auto-stigmatisation dans le choix du lieu de soin de santé**
- Figure 4.7 - Répartition des MemF+ et des MemF- de l'enquête FAVIHVIET Ha- Long selon leur adoption d'une attitude de stigmatisation des séropositifs dans les situations quotidiennes**
- Figure 4.8 - Répartition des MemF+ et MemF- de l'enquête FAVIHVIET Ha- Long selon le lieu de soins indiqué pour les séropositifs en cas de problème de santé**
- Figure 4.9 - Répartition des MemF+ et des MemF- de l'enquête FAVIHVIET Ha- Long selon leur attitude de stigmatisation des séropositifs dans les soins de santé**
- Figure 6.1 - Proportion des répondants de l' enquête FAVIHVIET Ha-Long qui ne partage jamais leur lit selon leur statut matrimonial, leur statut VIH et le statut VIH de leur foyer**
- Figure 6.2 - Proportion des répondants de l' enquête FAVIHVIET Ha-Long qui ne font jamais la lessive de leurs vêtements en commun avec leur famille selon leur statut matrimonial, leur statut VIH et le statut VIH de leur foyer**
- Figure 6.3 - Proportion de répondants de l' enquête FAVIHVIET Ha-Long séparés dans au moins une situation quotidienne selon leur statut VIH et le statut VIH de leur foyer**
- Figure 7.1 - Interactions entre la société, la famille et l'individu dans le contexte du VIH/sida**

LISTE DES ENTRETIENS

I. Entretiens approfondis

1.1. Personnes séropositives

1. **101 - femme, séropositive**, 28 ans, ayant terminé le collège, coiffeuse, divorcée, ayant une fille de 5 ans, participant au Club « Vì ngày mai tương sáng » (*Pour un lendemain radieux*), quartier Cao-Xanh, Ha-Long. Entretien mené par : Nguyễn Thi Van.
2. **333 – femme, séropositive**, 23 ans, terminé le collège, au chômage, mariée, ayant un fils, participant au club « Hoa Xương Rồng » (*Fleur de cactus*), quartier Ha-Lâm, Ha-Long. Entretien mené par : Nguyễn Thi Van.
3. **443 - femme, séropositive**, 26 ans, bachelière, au chômage, mariée, ayant un fils de 5 ans, quartier Trần-Hung Dao, Ha-Long. Entretien mené par : Nguyễn Thi Van.
4. **507 – homme, séropositif**, 32 ans, bachelier, maçon, célibataire, quartier Cao-Xanh, Ha-Long. Entretien mené par : Trần Ngọc Yên.
5. **527 – homme, séropositif**, 29 ans, ayant terminé le collège, au chômage, séparé, vivant avec sa mère et ses deux enfants en bas âge, quartier Cao-Thang, Ha-Long. Entretien mené par : Trần Ngọc Yên
6. **601 – homme, séropositif** : 21 ans, n'étant jamais allé à l'école, au chômage, vivant dans une famille de 8 enfants, quartier Cao-Xanh, Ha-Long. Entretien mené par : Nguyễn Thi Van.
7. **627 - femme, séropositive**, 35 ans, bachelière, pratiquant le petit commerce, veuve, ayant deux fils, quartier Cao-Thang, Ha-Long. Entretien mené par : Luu Bich Ngoc.
8. **639 – homme, séropositif**, 44 ans, ayant terminé le collège, chauffeur de moto-taxi, marié, ayant 2 enfants, quartier Ha-Lâm, Ha-Long. Entretien mené par : Luu Bich Ngoc.
9. **Femme, séropositive**, 27 ans, bachelière, au chômage, veuve, ayant une fille de 3 ans, quartier Trần-Hung Dao, Ha-Long. Entretien mené par : Trần Ngọc Yên.

1.2. Personnes non séropositives

1. **324 - femme, non séropositive**, 49 ans, mère de 4 enfants dont 2 mariés, vivant avec son époux et leurs deux enfants, quartier Cao-Thang, Ha-Long. Entretien mené par : Trân Ngoc Yên.
2. **502 - femme, non séropositive**, 30 ans, mariée, ayant 2 enfants, quartier Cao-Xanh, Ha-Long. Entretien mené par : Trân Ngoc Yên.
3. **640 – homme, non séropositif**, 30 ans, marié, ayant un enfant, quartier Ha-Lâm, Ha-Long. Entretien mené par : Trân Ngoc Yên.

1.3. Membres de familles de personnes séropositives

1. **301 – frère d'une séropositive**, 36 ans, ayant terminé le collège, maçon et marin, marié, vivant avec sa mère, son épouse et sa sœur séropositive, quartier Cao-Xanh, Ha-Long. Entretien mené par : Luu Bich Ngoc.
2. **323 – père des séropositifs**, 67 ans, ayant 2 séropositifs, un fils décédé, quartier Cao-Thang, Ha-Long. Entretien mené par : Nguyễn Thi Van.
3. **401 – soeur d'un séropositif**, 24 ans, célibataire, vivant avec ses parents, son petit frère et la famille de son grand frère séropositif, ayant terminé le collège, vendeuse, quartier Cao-Xanh, Ha-Long. Entretien mené par : Luu Bich Ngoc.
4. **515 – mère d'un séropositif**, 50 ans, ayant deux enfants dont le fils aîné est séropositif, quartier Cao-Thang, Ha-Long. Entretien mené par : Trân Ngoc Yên.
5. **625 – épouse d'un séropositif**, 34 ans, vivant avec son époux séropositif, bachelier, employé en marketing, quartier Cao-Thang, Ha-Long. Entretien mené par : Nguyễn Thi Van.

1.4. Personnel sanitaire ou en charge de la prévention du VIH/sida

1. **Directeur du Centre de prévention du sida de la province de Quang-Ninh**,. Entretien mené par : Nguyễn Thi Van.
2. **Directrice du centre médical de Ha-Long**,. Entretien mené par : Nguyễn Thi Van.
3. **Chef du centre médical du quartier Cao-Xanh, Ha-Long**,. Entretien mené par : Luu Bich Ngoc.

1.5. Membres des groupes/associations d'aide aux séropositifs

1. **Présidente du club « Đồng Cảm »** (Compassion), quartier Cao-Thang, Ha-Long. Entretien mené par : Nguyễn Thi Van.
2. **Présidente du club « Hoa Xương Rồng »**, (Fleur de cactus), Ha-Long. Entretien mené par : Nguyễn Thi Van.

II. Entretiens collectifs :

1. Discussion de groupe des mères de séropositifs, quartier Cao-Thang, Ha-Long

Lieu : Maison culturelle de la zone 4, quartier Cao-Thang

Temps : 14h30 - 16h30, le 12/11/2006

Modératrice : Nguyễn Thi Van

Participants :

N°	Âge	Niveau d'instruction	Profession
1	67 ans	terminé l'école primaire	Femme au foyer
2	67 ans	N'est pas allé à l'école	Femme au foyer
3	70 ans	terminé l'école primaire	Femme au foyer
4	65 ans	terminé le collège	Femme au foyer
5	50 ans	terminé le collège	Service
6	55 ans	terminé le collège	Retraitée

2. Discussion de groupe des mères de séropositifs, quartier Cao-Xanh, Ha-Long

Lieu : Maison culturelle de la zone 8, quartier Cao-Xanh

Temps : 19h30 – 21h20, le 17/11/2006

Modératrice: Nguyễn Thi Van

Participants :

N°	Âge	Niveau d'instruction	Profession
1	57 ans	terminé le collège	Femme au foyer
2	54 ans	terminé le collège	Retraitée
3	56 ans	terminé le collège	Retraitée
4	56 ans	terminé le collège	Retraitée
5	46 ans	terminé l'école primaire	Femme au foyer

3. Groupe des pères des séropositifs, quartier Cao-Xanh, Ha-Long

Lieu : Maison culturelle de la zone 8, quartier Cao-Xanh

Temps : 9h00 – 11h00, le 17/11/2006

Modératrice: Luu Bich Ngoc

Participants :

N°	Âge	Neveau d'nstruction	Profession
1	60 ans	terminé le collège	Retraité
2	50 ans	terminé le collège	Blessé de guerre
3	50 ans	terminé le collège	Commerçant
4	60 ans	terminé le collège	Retraité
5	53 ans	terminé le collège	Homme au foyer
6	53 ans	terminé le collège	Homme au foyer

4. Groupe des frères et soeurs des séropositifs, quartier Cao-Xanh, Ha-Long

Lieu : maison d'un habitant, zone 7, quartier Cao-Xanh

Temps : 19h45 – 22h15, le 17/11/2006

Modératrice: Luu Bich Ngoc

Participants :

N°	Âge	Neveau d'nstruction	Profession
1	40 ans	bachelière	Ouvrier
2	35 ans	terminé le collège	Réparation*
3	37 ans	terminé le collège	Petit commerce
4	43 ans	terminé l'école primaire	Petit commerce
5	41 ans	terminé le collège	Femme au foyer
6	43 ans	terminé le collège	Homme au foyer

* Réparation* d'appareil de réfrigération

INSTITUT POPULATION ET SOCIÉTÉ - UNIVERSITÉ NATIONALE D'ÉCONOMIE À HANOI

ENQUÊTE POPULATION ET SANTÉ À QUANG NINH

QUESTIONNAIRE MÉNAGE

TOUTES LES INFORMATIONS SUR CE
FORMULAIRE SONT CONFIDENTIELLES

VILLE/ARRONDISSEMENT :				<input type="text"/>
QUARTIER/COMMUNE :				<input type="text"/>
ZONE D'ENQUÊTE N° :				<input type="text"/>
MÉNAGE N° :				<input type="text"/>
Mode d'identification du ménage				<input type="text"/>
1 – Par une association; 2 – Liste du Comité sida;				<input type="text"/>
8 - Autre (Préciser):.....				<input type="text"/>
Accord pour la passation des questionnaires				<input type="text"/>
1 - Tout le ménage; 2 – Seulement certains membres du ménage (Préciser):.....				<input type="text"/>
PASSAGES DE L'ENQUÊTEUR				
	1	2	3	DERNIER PASSAGE
JOUR/MOIS/ ANNEE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	JOUR <input type="text"/>
				MOIS <input type="text"/>
				ANNEE <input type="text"/>
NOM ENQUÊTEUR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CODE ENQUÊTEUR <input type="text"/>
RESULTAT (**)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	RESULTAT <input type="text"/>
PASSAGES SUIVANTS				
- JOUR	<input type="text"/>	<input type="text"/>		NOMBRE TOTAL DE <input type="text"/>
- HEURE	<input type="text"/>	<input type="text"/>		PASSAGES
(**) CODE DU RESULTAT:				
1= MENE A BIEN				NB TOTAL DE MEMBRES DU MEN. <input type="text"/>
2= ENQUÊTE ABSENT OU NE PEUT PAS REpondRE				NB DE FEMMES À ENQUÊTER <input type="text"/>
3= MEMBRES DU MENAGE ABSENTS POUR LONGTEMPS				NB D'HOMMES À ENQUÊTER <input type="text"/>
4= REPORTE				
5= REFUS				
6= HABITATION VIDE OU L'ADRESSE N'EST PAS UNE HABITATION				
7= HABITATION DETRUITE				
8= HABITATION NON TROUVEE				
9= AUTRE (PRECISER) _____				
ENQUÊTEUR	SUPERVISEUR		AGENT DE SAISIE	
NOM <input type="text"/>	NOM <input type="text"/>		NOM <input type="text"/>	
DATE <input type="text"/>	DATE <input type="text"/>		DATE <input type="text"/>	

1ERE PARTIE. INFORMATIONS SUR LA PERSONNE ENQUETEE

PRESENTATION DE L'ENQUETEUR ET CONSENTEMENT DE L'ENQUETE

RECUEIL DU CONSENTEMENT

Bonjour monsieur/madame. Je m'appelle _____ et je travaille pour l'Institut Population et Société de l'Université Nationale d'Economie à Hanoi. Nous réalisons une enquête sur la Population et la Santé à Quang Ninh. Nous accordons beaucoup d'importance à votre participation à cette enquête. Je voudrais vous poser quelques questions à propos de problèmes de santé importants. Ces informations nous aideront à disposer d'une base pour élaborer des recommandations à destination des services afin d'aider à l'amélioration de la situation sanitaire de la population de la province.

La passation de notre questionnaire prend environ 30 minutes. Toutes les informations que vous fournirez seront fidèlement transcrites et resteront confidentielles.

Votre participation à cette enquête repose sur le volontariat et vous pouvez à tout moment refuser de répondre à une question posée ou à l'ensemble des questions posées. Cependant, nous espérons que vous participerez à cette enquête car votre opinion est très importante.

Maintenant, souhaitez-vous poser une question quelconque à poser à propos de l'enquête?
Puis-je commencer l'entretien?

Signature de la personne qui mène l'entretien _____ date: _____

D'accord pour qu'on l'interroge → 1 Début de l'entretien

Pas d'accord pour qu'on l'interroge → 2 Fin

1. QUESTIONNAIRE MENAGE

Bonjour
monsieur/madame, je
voudrais vous
demander quelques
informations à propos
des personnes qui
vivent dans votre
ménage ou qui habitent
avec vous.

*CODE QUESTION 3 (RELATION AVEC LE CHEF DE MENAGE)	* CODE QUESTION 7 (ÉTAT MATRIMONIALE)	* CODE QUESTION 10 (STATUT RÉSIDENTIEL)
01= CHEF DE MENAGE 09= COUSIN(E) 02= EPOUX(SE) 10= NEVEU, NIECE 03= ENFANT (BIOL.) 11= AUTRE PARENT 04= GENDRE/BELLE- FILLE 12= ENFANT ADOPTE/ 05= PETIT-ENFANT 13= PAS DE CONFIE/ D'UN CONJOINT 06= PERE/MERE 13= PAS DE RELATION 07= BELLE-MERE, BEAU-PERE 98= NE SAIT PAS 08= FRÈRE OU SOEUR	1= MARIE(E) / CONCUBIN(E) 2= DIVORCE(E) / SEPRE(E) 3= VEUF(VE) 4= CELIBATAIRE NON CONCUBIN	1= PERMANENT 2= TEMPORAIRE 3= SOUVENT ABSENT

NUMÉRO DE LIGNE	PRÉNOM	RELA- TION AVEC LE CHEF	SEXE		MOIS ET ANNEE DE NAISSANCE		ÂGE	ÉTAT MATRIM ONIAL	ÉLIGIBLE POUR LE QUES- TION- NAIRE INDIVI- DUEL	VIT ICI DE- PUIS COM- BIEN D'AN- NEES	STATUT RÉSI- DEN- TIEL	SCOLA- RITÉ	REMAR- QUES
			H	F	MOIS	ANNÉE							
(1)	(2)	(3)	(4)		(5)		(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
01		<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	01	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
02		<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	02	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
03		<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	03	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
04		<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	04	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
05		<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	05	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
06		<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	06	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
07		<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	07	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
08		<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	08	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
09		<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	09	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
10		<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	10	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	


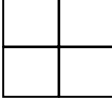
Je voudrais m'assurer que nous avons inscrit tous les membres du ménage. Y a-t-il quelqu'un d'autre tel qu'un jeune enfant, un nouveau-né ou une personne âgée qui vit dans le ménage et n'a pas été inscrit sur ce formulaire ?

OUI → INSCRIRE CHAQUE PERSONNE SUR LE FORMULAIRE) NON

2EME PARTIE. INFORMATIONS SUR LES CONDITIONS DE VIE DE LA FAMILLE

QUESTION N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER A LA QUEST.
201	Quelle est la principale source d'eau potable des membres de votre ménage? (plusieurs réponses possibles)	ROBINET RACCORDEMENT PRIVE 11 RACCORDEMENT COLLECTIF 12 PUITS, SOURCE SOUTERRAINE PUITS PRIVE 21 PUITS COLLECTIF 22 EAU EN SURFACE RUISSEAU 31 RIVIERE, FLEUVE 32 ÉTANG, LAC 33 RESERVOIR, BARRAGE 34 EAU DE PLUIE 41 CAMION 51 BOUTEILLES, BIDONS 61 AUTRE (PRÉCISER) _____ 96	
202	Quels sanitaires utilisez-vous?	TOILETTES PRIVEES AVEC CHASSE D'EAU 11 TOILETTES DEUX CONDUITS 21 LATRINES 31 IL N'Y A PAS DE SANITAIRES 41 AUTRE (PRÉCISER) _____ 96	→ 204
203	Partagez-vous ces toilettes avec d'autres ménages?	OUI 1 NON 2	
204	Votre ménage dispose-t-il de: L'électricité? Une radio/radio cassette? Une télévision? Un téléphone (tous types)? Un réfrigérateur? Une machine à laver le linge? Une pompe à eau? Une armoire? Une table et des chaises?	OUI NON ELECTRICITE 1 2 RADIO/RADIO CASSETTE 1 2 TELEVISION 1 2 TELEPHONE 1 2 REFRIGERATEUR 1 2 MACHINE A LAVER LE LINGE 1 2 POMPE A EAU 1 2 ARMOIRE 1 2 TABLE ET CHAISES 1 2	
205	Quel combustible utilisez-vous pour cuisiner?	ÉLECTRICITE 01 GAZ 02 ÉLECTRICITE ET GAZ 03 ESSENCE 04 CHARBON 05 BOIS 06 FEUILLES, COPEAUX 07 AUTRE (PRECISER) _____ 96	

QUESTION N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER À LA QUEST.
206	PRINCIPAL MATERIAU UTILISE POUR LE SOL: OBSERVER ET NOTER	SOL NATUREL TERRE, SABLE 11 SOL EN MATERIAUX RUDIMENTAIRES PLANCHES DE BOIS 21 LATANIER, BAMBOU 22 SOL EN MATERIAUX ELABORES PARQUET OU BOIS POLI 31 LINOLEUM, VINYL 32 BRIQUES 33 CIMENT 34 TAPIS 35 AUTRE (PRECISER) _____ 96	
207	PRINCIPAL MATERIAU UTILISE POUR LE TOIT OBSERVER ET NOTER	TOIT NATUREL CHAUME/FEUILLES 11 HERBE 12 TOIT EN MATERIAUX RUDIMENTAIRES RUSTIQUE, PAILLE, CHAUME 21 LATANIER, BAMBOU 22 BOIS GROSSIER 23 TOIT EN MATERIAUX ELABORES ALUMINIUM, METAL 31 BOIS POLI 32 FIBRES DE CIMENT 33 TUILES 34 BETON 35 COUCHES DE BOIS 36 AUTRE (PRECISER) _____ 96	
208	Combien de pièces sont utilisées pour dormir dans votre ménage?	NOMBRE DE PIÈCES	<input type="text"/>
209	Dans votre ménage y a-t-il: Un vélo? Un vélomoteur/deux roues à moteur? Une charrue? Une voiture/camionnette? Un bateau à moteur? Un bateau sans moteur?	OUI NON VELO 1 2 MOTO/DEUX ROUES A MOTEUR 1 2 CHARRUE 1 2 VOITURE/CAMIONNETTE 1 2 BATEAU A MOTEUR 1 2 BATEAU SANS MOTEUR 1 2	
210	Quelle est la dépense mensuelle moyenne de votre ménage pour la nourriture ?	MONTANT _____ (DÔNG)	
211	Combien de temps faut-il pour aller de chez vous à l'école primaire la plus proche? MOINS D'UNE HEURE, DONNER LES MN SINON ECRIRE LE NB D'HEURES	NOMBRE DE MINUTES 1 NOMBRE D'HEURES 2 LOCOMOTION : _____	<input type="text"/>

QUESTION N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER A LA QUEST.
212	Combien de temps faut-il pour aller de chez vous au collègue le plus proche? MOINS D'UNE HEURE, DONNER LES MN SINON ECRIRE LE NB D'HEURES	NOMBRE DE MINUTES 1 NOMBRE D'HEURES 2 LOCOMOTION : _____	
213	Combien de temps faut-il pour aller de chez vous à l'hôpital ou au centre de santé le plus proche? MOINS D'UNE HEURE, DONNER LES MN SINON ECRIRE LE NB D'HEURES	NOMBRE DE MINUTES 1 NOMBRE D'HEURES 2 LOCOMOTION : _____	

1ERE PARTIE. INFORMATIONS SUR LA PERSONNE ENQUETEE

PRESENTATION DE L'ENQUETEUR ET CONSENTEMENT DE L'ENQUETE

RECUEIL DU CONSENTEMENT

Bonjour monsieur/madame. Je m'appelle _____ et je travaille pour l'Institut Population et Société de l'Université Nationale d'Economie à Hanoi. Nous réalisons une enquête sur la Population et la Santé à Quang Ninh. Nous accordons beaucoup d'importance à votre participation à cette enquête. Je voudrais vous poser quelques questions à propos de problèmes de santé importants. Ces informations nous aideront à disposer d'une base pour élaborer des recommandations à destination des services afin d'aider à l'amélioration de la situation sanitaire de la population de la province.

La passation de notre questionnaire prend environ 30 minutes. Toutes les informations que vous fournirez seront fidèlement transcrites et resteront confidentielles.

Votre participation à cette enquête repose sur le volontariat et vous pouvez à tout moment refuser de répondre à une question posée ou à l'ensemble des questions posées. Cependant, nous espérons que vous participerez à cette enquête car votre opinion est très importante.

Maintenant, souhaitez-vous poser une question quelconque à poser à propos de l'enquête?
Pouvons-nous commencer le questionnaire ?

Signature de l'enquêteur : _____ Date : _____

ENQ. D'ACCORD PR ENTRET. 1 \searrow ENQ. PAS D'ACCORD POUR ENTRETIEN 2 \rightarrow FIN

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER À LA QUEST.
101	INDIQUER QUELLE HEURE IL EST	HEURES..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	Quel est le mois et l'année de votre naissance selon le calendrier solaire?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAIT PAS LE MOIS 99 ANNEE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAIT PAS L'ANNEE 9999	
103	Quel est votre âge selon le calendrier solaire? COMPARER AVEC LA REPONSE A 102 ET CORRIGER SI DIVERGENCE	ANNÉES RÉVOLUES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	Depuis combien de temps vivez-vous ici de façon continue? SI MOINS D'UN AN, ECRIRE '00'	ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/> EST NE ET A GRANDI ICI 98	\rightarrow 106
105	Avant de venir ici, où habitez-vous (ville, bourg, milieu rural)?	VILLE..... 1 BOURG 2 MILIEU RURAL..... 3	
106	Avez-vous été scolarisé?	OUI 1 NON 2	\rightarrow 109
107	Quel est le plus haut niveau d'étude que vous avez atteint? Primaire, collège, lycée d'enseignement général, école technique supérieure/ université et plus?	PRIMAIRE 1 COLLEGE 2 LYCEE 3 ÉCOLE SUP. TECHN/UNIV. ET PLUS 4	

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER À LA QUEST.
108	Quelle est la classe/année la plus élevée que vous ayez fréquentée ou terminée avec succès? CLASSE = 0,1,2,3.....,12 SUPERIEUR = 13 NE SAIT PAS = 98	ANNEE D'ETUDE/ CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/> NBRE DE CLASSES DE REF. <input type="text"/> <input type="text"/>	
109	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous exercé une activité rémunérée?	OUI..... 1 NON 2	→ 112
110	Dans quel domaine travaillez-vous?	INTITUTION PUBLIQUE..... 1 TRAVAIL EN ENTREPRISE..... 2 AGRICULTURE 3 PETIT COMMERCE..... 4 JOURNALIER..... 5 ÉTUDES ET TRAVAIL..... 6 AUTRE 8	
111	Quel est votre revenu mensuel moyen?	REVENU (milliers de dông) _____	
112	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous participé à une organisation socio-politique ou une association? PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES	NON, PAS PARTICIPE 1 UNION DES FEMMES..... 2 FEDERATION DE LA JEUNESSE..... 3 ASSOC. DES ANCIENS COMBATTANTS... 4 ASSOCIATION DES PERSONNES AGEES.. 5 ASSOC./GR. D'AIDE AUX SEROP. VIH..... 6 SYNDICATS..... 7 AUTRE (PRECISER)..... 8	

2EME PARTIE. MARIAGE ET FAMILLE

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER A LA QUEST.
201	Quel est votre état matrimonial actuel?	CELIBATAIRE 1 MARIE(E), VIT AVEC SON CONJOINT..... 2 SÉPARÉ(E) 3 DIVORCÉ(E)... 4 VEUF(VE)..... 5	
202	Combien avez-vous d'enfants vivants? Parmi eux, combien avez-vous de fils ? Combien de filles? SI PAS ENCORE D'ENFANT OU PAS D'ENFANT VIVANT, ECRIRE '00'	NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE FILS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE FILLES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	SI '00' ALLER A 207
203	Combien de vos enfants vivants <u>vivent actuellement</u> avec vous dans ce ménage? Combien de fils? Combien de filles? ACTUELLEMENT, AUCUN NE VIT AVEC - ECRIRE '00'	NB D'ENFANTS QUI VIVENT AVEC <input type="text"/> <input type="text"/> NB DE FILS QUI VIVENT AVEC..... <input type="text"/> <input type="text"/> NB DE FILLES QUI VIVENT AVEC <input type="text"/> <input type="text"/>	
204	Combien de vos enfants vivants <u>ne vivent pas avec</u> vous? Combien de garçons? Combien de filles? ACTUELLEMENT IL N'Y A PAS D'ENFANT QUI VIT AVEC - ECRIRE '00'	NB D'ENF. QUI NE VIVENT PAS AVEC <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE GARÇONS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE FILLES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	SI '00' ALLER A 207
205	Vos enfants qui ne vivent plus avec vous dans votre ménage, actuellement où vivent-ils? ENQUETEUR : ENTOURER TOUS LES CODES CORRESPONDANT AUX LIEUX CITES PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES	DANS LE MEME QUARTIER..... 1 AUTRE QUARTIER, MEME ARRT 2 AUTRE ARRONDISSEMENT DE QN..... 3 AUTRE PROVINCE 4 À L'ÉTRANGER..... 5	
206	ENQUETEUR CONTROLER : NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS (202) = NBRE D'ENF. QUI VIVENT AVEC (203) + NBRE D'ENF. QUI NE VIVENT PAS AVEC (204)		
207	Actuellement, vos parents vivent-ils avec vous dans ce ménage?	OUI (AU MOINS LE PERE OU LA MERE) .. 1 NON, VIVENT AILLEURS..... 2 NON, ILS SONT DECEDES 3	
208	Combien avez-vous de frères et soeurs encore en vie? Combien avez-vous de frères encore en vie et combien avez-vous de soeurs encore en vie? SI PAS DE FRERE ET SŒUR, ECRIRE '00'	NB DE FRERES ET SOEURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE FRERES <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE SŒURS <input type="text"/> <input type="text"/>	
209	Actuellement, combien de vos frères et soeurs <u>vivent avec</u> vous dans ce ménage? SI PAS DE FRERE ET SOEUR VIVANT AVEC, ECRIRE '00'	NB DE FRERES ET SŒURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE FRERES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE SŒURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

3EME PARTIE. CONNAISSANCES GENERALES SUR LE VIH/SIDA

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER À LA QUEST.																														
	Maintenant, je voudrais parler avec vous de quelques sujets de société, de votre santé, de celles de votre famille et des habitants de Halong.																																
301	<p>Selon vous à Halong actuellement, quels sont les problèmes de société les plus sérieux?</p> <p>ENQUETEUR ENTOURER TOUS LES SUJETS EVOQUES ET ENCOURAGER LA PERSONNE A EN AJOUTER.</p>	PROSTITUTION..... 1 DROGUE, TOXICOMANIE..... 2 BEAUCOUP DE SEROPOSITIFS VIH/SIDA 3 CORRUPTION..... 4 POLLUTION DE L'ENVIRONNEMENT 5 LES VOLS 6 LES ACCIDENTS DE LA CIRCULATION ... 7 AUTRE (PRECISER) _____ 8 AUTRE (PRECISER) _____ PAS DE PROBLEME _____ 9																															
302	<p>D'après vous, à Halong actuellement, quels sont les problèmes de santé sérieux?</p>	GRIPPE AVIAIRE 1 FIEVRE PETECHIALE 2 CANCER. 3 TUBERCULOSE, MALAD. PULMONAIRE . 4 VIH/SIDA..... 5 LES IST (AUTRES QUE LE VIH/SIDA)..... 6 HEPATITE B..... 7 AUTRE (PRECISER) _____ 8 AUTRE (PRECISER) _____ PAS DE PROBLEME _____ 9																															
305	<p>Où avez-vous entendu parler du VIH/sida?</p> <p>radio</p> <p>télévision/TV</p> <p>journaux, magazines</p> <p>réunions communautaires</p> <p>école</p> <p>lieu de travail</p> <p>hôpital, infrastructure sanitaire</p> <p>club d'aide aux séropositifs ou à leur famille</p> <p>autre (préciser)</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">CITÉ</th> <th style="text-align: center;">NON CITÉ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RADIO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>JOURNAUX, MAGAZINES</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>REUNIONS COMMUNAUT.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>ECOLE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>LIEU DE TRAVAIL</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>HOP., INFRASTR. SANITAIRE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>CLUB D'AIDE AUX SEROPOSITIFS OU A LEUR FAMILLE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>AUTRE (PRECISER) _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		CITÉ	NON CITÉ	RADIO	1	2	TELEVISION	1	2	JOURNAUX, MAGAZINES	1	2	REUNIONS COMMUNAUT.	1	2	ECOLE	1	2	LIEU DE TRAVAIL	1	2	HOP., INFRASTR. SANITAIRE	1	2	CLUB D'AIDE AUX SEROPOSITIFS OU A LEUR FAMILLE	1	2	AUTRE (PRECISER) _____			
	CITÉ	NON CITÉ																															
RADIO	1	2																															
TELEVISION	1	2																															
JOURNAUX, MAGAZINES	1	2																															
REUNIONS COMMUNAUT.	1	2																															
ECOLE	1	2																															
LIEU DE TRAVAIL	1	2																															
HOP., INFRASTR. SANITAIRE	1	2																															
CLUB D'AIDE AUX SEROPOSITIFS OU A LEUR FAMILLE	1	2																															
AUTRE (PRECISER) _____																																	

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE			ALLER À LA QUEST.
306	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous parlé du VIH/sida avec l'une des personnes suivantes?		OUI	NON	
	Père, mère	PERE, MERE	1	2	
	Epoux(se)/ Petit(e) ami(e)	EPOUX(SE)/ P. AMI(E)	1	2	
	Frère, soeur	FRERE, SOEUR	1	2	
	Cousin(e), autre apparenté	COUSIN(E), AUTRE AP.	1	2	
	Ami(e) ou collègue	AMI(E) OU COLLEGUE	1	2	
	Voisin(e)	VOISIN(E)	1	2	
	Personnel de santé/population	PERS. DE SANTE/POP.	1	2	
	Pair éducateur	PAIR EDUCATEUR	1	2	
	Conseiller(ère)	CONSEILLER(ERE)	1	2	
	Enseignant(e)	ENSEIGNANT(E)	1	2	
	Autre personne (préciser)	AUTRE PERS. (PRECISER)_____			
307	Selon vous, comment le VIH/sida peut-il se transmettre? ENQUETEUR : ENCOURAGER L'ENQUETE(E) A REpondre ET INDIQUER TOUTES LES REponses DONNEES	RELATIONS SEXUELLES	1		
		INJECTION DE DROGUE	2		
		TRANSFUSION SANGUINE.....	3		
		CONTACT AVEC PERS.			
		SEROPOSITIVE QUI SAIGNE.....	4		
		PIQURE DE MOUSTIQUE	5		
		EN S'EMBRASSANT	6		
		EN SE SERRANT LA MAIN	7		
		DE LA MERE A L'ENFANT	8		
		AUTRE (PRÉCISER).....	9		
308	Selon vous, une personne peut-elle attraper le VIH/sida par une piqûre de moustique?	OUI, POSSIBLE.....	1		
		NON, IMPOSSIBLE	2		
		NE SAIT PAS.....	9		
309	Selon vous, peut-on attraper le VIH/sida en partageant un repas, une boisson avec une personne atteinte ?	OUI, POSSIBLE.....	1		
		NON, IMPOSSIBLE	2		
		NE SAIT PAS.....	9		
310	Selon vous, peut-on attraper le VIH/sida en utilisant la seringue qu'une autre personne a utilisée?	OUI, POSSIBLE.....	1		
		NON, IMPOSSIBLE	2		
		NE SAIT PAS.....	9		
311	Selon vous, une personne qui a l'air en bonne santé peut-elle être infectée par le virus qui provoque le sida?	OUI, POSSIBLE.....	1		
		NON, IMPOSSIBLE	2		
		NE SAIT PAS.....	9		
312	Selon vous, le VIH peut se transmettre de la mère à l'enfant:		OUI	NON	NE SAIT PAS
	Pendant la grossesse?	LA GROSSESSE	1	2	9
	Pendant l'accouchement?	L'ACCOUCHEMENT	1	2	9
	Pendant l'allaitement?	L'ALLAITEMENT	1	2	9

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER À LA QUEST.
313	Selon vous, quelles sont les personnes qui ont le plus de risque d'être infectées par le VIH/sida? PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES	LES PROSTITUEES 1 CEUX QUI S'INJECTENT DE LA DROGUE 2 CEUX QUI VOYAGENT BEAUCOUP 3 LES PARTENAIRES DES PROSTITUEES.... 4 LES INFIDELES 5 LES CONJOINTS DES PERSONNES TOXICOMANES OU SEROPOSITIVES..... 6 AUTRE (A PRECISER) 7 TOUT LE MONDE 8 NE SAIT PAS 9	
314	Personnellement, connaissez-vous quelqu'un qui serait infecté par le VIH ou qui aurait le sida?	OUI 1 NON..... 2	→ 317
315	Quelles sont vos relations avec cette(ces) personne(s)? PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES	PERSONNE PROCHE QUI VIT AVEC MOI DANS CE MENAGE..... 1 PERSONNE PROCHE, APPARENTEE QUI NE VIT PAS AVEC MOI 2 AMIS, COLLEQUE 3 VOISIN..... 4 PAS DE RELATION..... 5 AUTRE (PRÉCISER) 8	
316	Avez-vous déjà eu des contacts avec cette(ces) personne(s)?	OUI, A EU DES CONTACT..... 1 JAMAIS DE CONTACT 2 NE SE SOUVIENT PAS 9	
317	Selon vous, quelle est l'importance du risque de transmission du VIH/sida dans votre environnement/quartier?	PAS DE RISQUE 1 RISQUE DE TRANSMISSION MOYEN..... 2 RISQUE DE TRANSMISSION ELEVE..... 3 NE SAIT PAS, N'EST PAS SUR(E) 9	
319	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous participé aux activités suivantes?		
	Rendre visite à des amis	VISITE A DES AMIS	OUI 1 NON 2
	Rendre visite à de la famille	VISITE A DE LA FAMILLE	OUI 1 NON 2
	Particip. à une fête, un anniv. de décès	FETE, ANNIV. DE DECES	OUI 1 NON 2
	Aller à un enterrement, des funérailles	ENTERRT, FUNERAILLES	OUI 1 NON 2
	Aller à un mariage	MARIAGE	OUI 1 NON 2
	Aller à une réunion communautaire	REUNION COMMUNAUT.	OUI 1 NON 2
	Fête du village, pagode	FETE DU VILLAGE, PAGODE	OUI 1 NON 2

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER À LA QUEST.
320	Si vous n'avez participé à aucune activité citée ci-dessus, pourriez-vous me donner la raison? PLUSIEURS RAISONS POSSIBLES	PROBLEME DE SANTE..... A NE VOULAIT PAS CES RENCONTRES..... B N'A JAMAIS AIME C TRISTE, NE VOULAIT PAS PARTICIPER.. D PAS LE TEMPS DE PARTICIPER E PAS LES MOYENS ECONOMIQUES F FAMILLE EN DEUIL..... G PAS D'OPPORTUNITE..... H COMPLEXE PAR SA SEROPOSITIVITE I AUTRE RAISON (PRECISER) W _____	
321	Après avoir appris votre séropositivité, les gens de votre entourage ont-ils été plus distants avec vous?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS, N'Y FAIT PAS ATTENTION 9	→ 401 → 401
322	Quelles sont ces personnes? PLUSIEURS RAISONS POSSIBLES	UNE PERSONNE DE LA FAMILLE 1 UNE PERSONNE APPARENTEE 2 UN(E) AMI(E)..... 3 UN(E) COLLEGE 4 UN(E) VOISIN 5 UN RESPONSABLE COMMUNAUTAIRE... 6 UN RESPONSABLE SANITAIRE..... 7 AUTRE (PRECISER)..... 8 _____	

4EME PARTIE. PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH/SIDA

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER À LA QUEST.
401	Selon vous, existe-t-il une façon de faire pour éviter ou abaisser le risque d'une transmission du VIH/sida?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS..... 9	→ 403 → 403
402	Que peut-on faire ? Y a-t-il une autre façon de faire? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES	ABSTINENCE SEXUELLE A UTILISATION DU PRESERVATIF B REL. SEX. AVEC UN SEUL PART./ FIDELITE A UN SEUL PARTENAIRE... C LIMITER LE NB DE PARTENAIRE D ÉVITER LES REL. SEX. AVEC LES PROSTITUEES E EVITER LES REL. SEX. AVEC LES GENS QUI ONT BEAUCOUP DE PART. F EVITER LES REL. HOMOSEXUELLES G EVITER LES REL. SEX. AVEC CEUX QUI S'INJECTENT DE LA DROGUE H EVITER LES TRANSF. SANGUINES I EVITER LES INJECTIONS DE DROGUE..... J EVITER LE PARTAGE DE RASOIR OU DE BROSSE A DENT..... K EVITER LE PARTAGE DE SERINGUES L NE PAS S'EMBRASSER M EVITER LES PIQUES DE MOUSTIQUE... N DEMANDER AU MEDICASTRE UNE METHODE PREVENTIVE O AUTRE(PRECISER) X AUTRE (PRECISER)..... W NE SAIT PAS..... Z	
403	Selon vous, peut-on limiter le risque d'être infecté par le VIH/sida en n'ayant qu'un seul partenaire qui ne soit pas séropositif et n'ait pas d'autre partenaire?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS..... 9	
404	Selon vous, peut-on limiter le risque d'être infecté par le VIH/sida en évitant toute relation sexuelle?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS..... 9	
405	Selon vous, existe-t-il un médicament spécial que le médecin ou l'infirmier(ère) peut donner à une femme enceinte séropositive VIH/sida pour faire baisser le risque de transmission du VIH d'elle à son enfant?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS..... 9	

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER À LA QUEST.
406	Selon vous, peut-on limiter le risque d'être infecté par le VIH/sida en utilisant un préservatif à chaque relation sexuelle?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS..... 9	
407	Connaissez-vous un endroit où l'on peut aller pour se recevoir ou acheter des préservatifs?	OUI..... 1 NON 2	→ 409
408	Où ça? Y a-t-il un autre endroit? ÉCRIRE TOUS LES ENDROITS CITES	<p>INFRASTR. SANITAIRE PUBLIQUE</p> <p>HOPITAL D'ETAT A MATERNITE B C. DE SANTE COMMUNE/QUARTIER.. C CENTRE DE CONSEIL, DEPISTAGE VOLONTAIRE..... D CENTRE DE PLANIF. FAMILIALE E CENTRE DE CONSULT. AMBULANT... F PERS. DE SANTE/POPULAIRE LOCAL G AUTRE(PRECISER)..... H</p> <hr/> <p>INFRASTR. DE SANTE PRIVEE</p> <p>HOP./ SALLE DE CONSULT. PRIVEE I CENTRE DE CONSEIL, DEPISTAGE VOLONTAIRE PRIVE..... J PHARMACIE PRIVEE K MEDECIN/ AUXIL. DE SANTE PRIVE ... L AUTRE (PRECISER)..... M</p> <hr/> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>EPICERIE..... N MARCHE O BUVETTE/CAFE..... P AMI/ PERSONNE PROCHE Q AUTRE(PRECISER)..... X</p> <hr/>	
409	Pour éviter la transmission du VIH/sida, accepteriez-vous d'utiliser un préservatif au cours de relations sexuelles?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS/N'EST PAS SUR(E) 9	

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER À LA QUEST.
410	<p>Dans votre famille, (si il y a(vait) une personne séropositive VIH/sida, quelle sont (seraient) les façons de prévenir une transmission du VIH/sida à la famille?</p> <p>ENCOURAGER L'ENQUETE A REpondre ET INSCRIre TOUTES LES REponses DONNEES</p>	<p>DORMIR SEPARÉ A REPAS SEPARÉ.....B PRESERVATIFS LORS DE REL. SEX.C PAS D'ALLAITEMENT D'ENFANT..... D PAS DE PARTAGE DE BROSSE A CHEVEUX OU A DENTSE PAS DE PARTAGE DE SERV. DE TOIL. DE SERV. POUR VISAGE, D'HABIT.F PAS DE PARTAGE DE COUPE-ONGLE ET DE MAQUILLAGE..... G LESSIVE SEPARÉE..... H PRUDENCE SI ON SAIGNEI PAS DE PARTAGE DES TOILETTES.....J EVITER LES INFECTIONS OPPORTUNISTES..... K AUTRE (PRECISER)..... X</p> <hr/> <p>AUTRE (PRECISER)</p> <hr/>	

5EME PARTIE. PRISE EN CHARGE DES SEROPOSITIFS VIH/SIDA

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER À LA QUEST.
502	Connaissez-vous un endroit où l'on peut aller pour faire un test de dépistage du VIH/sida dans la ville de Halong?	OUI 1 NON 2	→ 505
503	<p>Quels sont ces lieux?</p> <p>SI LE LIEU DE DEPISTAGE EST UN HOPITAL, UN CENTRE DE SANTE OU UNE SALLE DE CONSULTATION POLYCLINIQUE, ECRIRE LE NOM DU LIEU, SA LOCALISATION, POSER DES QUESTIONS POUR QUE L'ON PUISSE DEFINIR LE TYPE DE SOURCE ET CERCLER LE CODE APPROPRIE</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(NOM DU LIEU)</p> <p>y a-t-il un autre lieu?</p> <p style="text-align: center;">INSCRIRE TOUTES LES RÉPONSES</p>	<p>INFRASTR. SANITAIRE PUBLIQUE</p> <p>HOPITAL D'ETAT A</p> <p>CENTRE DE CONSEIL, DEPISTAGE VOLONTAIRE B</p> <p>CENTRE DE PLANIF. FAMILIALE C</p> <p>AUTRE (PRECISER) D</p> <p>_____</p> <p>INFRASTR. DE SANTE PRIVEE</p> <p>HOP./ SALLE DE CONSULT. PRIVEE E</p> <p>CENTRE DE CONSEIL, DEPISTAGE VOLONTAIRE PRIVE F</p> <p>LABORATOIRE PRIVE G</p> <p>AUTRE (PRECISER) H</p> <p>_____</p> <p>AUTRE (PRECISER) X</p> <p>_____</p>	
505	Combien de fois avez-vous fait un test de dépistage?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SE SOUVIENT PAS/ NE REP. PAS 98	
506	Quand avez-vous fait le dernier test de dépistage?	IL Y A MOINS DE 12 MOIS 1 IL Y A 12 A 23 MOIS 2 IL Y A PLUS DE DEUX ANS 3 NE SE SOUVIENT PAS/ NE REpond PAS . 9	

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER À LA QUEST.
507	<p>Pourquoi avez-vous fait ce test de dépistage?</p> <p>PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES</p> <p>ET NOTAMMENT LORSQUE LA PERSONNE REpond QU'ELLE A « VOULU CONFIRMER UN RESULTAT ANTERIEUR »</p>	<p>MALADE 1</p> <p>ENCEINTE ET ALLAIT ACCOUCHER..... 2</p> <p>CONSULT. POUR INTEGRER L' ARMEE ... 3</p> <p>PENSAIT QUE ÉPOUX(SE)/</p> <p>PARTENAIRE ETAIT SEROPOSITIF VIH... 4</p> <p>PENSAIT QU' AMI DE PARTAGE</p> <p>DE DROGUE INJECTEE ETAIT</p> <p>SEROPOSITIF VIH 5</p> <p>CONFIRMATION D'UN RESULTAT</p> <p>PLUS ANTERIEUR..... 6</p> <p>AUTRE (PRECISER)..... 8</p> <p>_____</p> <p>NE SE SOUVIENT PAS/ NE REpond PAS . 9</p>	
508	<p>La dernière fois que vous avez fait le test, y êtes-vous allé de vous-même, avez-vous accepté la proposition de quelqu'un ou était-ce une demande ?</p>	<p>DE MOI-MEME..... 1</p> <p>PROPOSITION QUE J'AI ACCEPTEE..... 2</p> <p>DEMANDE 3</p> <p>NE SE SOUVIENT PAS/ NE REpond PAS . 9</p>	
509	<p>Dans quelle infrastructure avez-vous fait le test?</p>	<p>HOP./ SALLE DE CONSULT. POLYCLIN. .. 1</p> <p>CENTRE DE MEDECINE PREVENTIVE 2</p> <p>CENTRE CONSEIL, DEPIST. VOLONT. 3</p> <p>SALLE DE CONSULTATION PRIVEE..... 4</p> <p>AUTRE (PRECISER)..... 8</p> <p>_____</p> <p>NE SE SOUVIENT PAS/ NE REpond PAS . 9</p>	
510	<p>Où est cette infrastructure?</p>	<p>VILLE DE HALONG 1</p> <p>AUTRE ARROND. DE LA PROVINCE..... 2</p> <p>À HANOI 3</p> <p>AUTRE (PRECISER)..... 8</p> <p>_____</p> <p>NE SE SOUVIENT PAS/ NE REpond PAS . 9</p>	
511	<p>Quelqu'un vous a-t-il accompagné lorsque vous êtes allé(e) faire le test cette fois-là?</p> <p>PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES</p>	<p>NON, PERSONNE..... 0</p> <p>PERE, MERE 1</p> <p>ÉPOUX(SE) 2</p> <p>FRERE, SOEUR..... 3</p> <p>COUSIN, APPARENTE 4</p> <p>AMI/ COLLEGUE 5</p> <p>FILS/FILLE..... 6</p> <p>AUTRE (PRECISER)..... 8</p> <p>_____</p> <p>NE SE SOUVIENT PAS/ NE REpond PAS . 9</p>	
512	<p>Quand vous avez fait le test, avez-vous dû donner des informations privées sur vous?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SE SOUVIENT PAS/ NE REpond PAS . 9</p>	
513	<p>Si oui, avez-vous dit la vérité ou avez-vous caché votre identité (autre nom, autre adresse)?</p>	<p>DIT LA VERITE..... 1</p> <p>CACHE MON IDENTITE 2</p> <p>NE SE SOUVIENT PAS/ NE REpond PAS . 9</p>	

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER À LA QUEST.
514	Avez-vous reçu le résultat de votre dernier test?	OUI..... 1 NON 2 NE SE SOUVIENT PAS/ NE REpond PAS.. 9	
514B	Quel est le résultat que vous avez reçu?	NEGATIF 1 POSITIF 2 NE SE SOUVIENT PAS/ NE REpond PAS.. 9	
515	Qui vous a donné le résultat? UNE SEULE REponse POSSIBLE	PERE, MERE 1 ÉPOUX(SE)..... 2 FRERE, SOEUR..... 3 COUSIN, APPARENTE 4 AMI/ COLLEgue 5 FILS/FILLE..... 6 UN MEMBRE D'UNE INFRASTRUCTURE DE TEST VIH 7 AUTRE (PRECISER)..... 8 NE SE SOUVIENT PAS/ NE REpond PAS.. 9	
516	Qui avez-vous informé des résultats de votre test ? PLUSIEURS REponses POSSIBLES	PERE, MERE A ÉPOUX(SE)..... B FRERE, SOEUR..... C FILS/FILLE..... D PERSONNE APPARENTEE E AMI/ COLLEgue F RESPONSABLE DU QUARTIER G PERSONNEL DE SANTE DU QUARTIER .. H AUTRE (PRECISER)..... X PERSONNE..... Y NE SAIT PAS/NE SE SOUVIENT PAS..... Z	

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER À LA QUEST.
521	En matière de santé, est-ce que vous avez besoin de soins?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS, N'EST PAS SUR(E)..... 9	
522	Ces dernières années, quand vous avez eu un problème de santé, qui est la principale personne à avoir pris soin de vous ? PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES	PERE/MERE A BEAUX-PARENTS B EPOUX(SE) C FRERE, SOEUR..... D COUSIN, APPARENTE E FILS/FILLE..... F PERSONNEL DE SANTE..... G AMI/COLLEGE H MEMBRE D'UNE ASSOC./GROUPE..... I VOISIN J MOI-MEME K PAS DE PROBLEME DE SANTE L AUTRE (PRECISER)..... W PERSONNE X	
523	Qui souhaiteriez-vous voir s'occuper de vous lorsque vous avez un problème de santé? PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES	PERE/MERE A BEAUX-PARENTS B EPOUX(SE) C FRERE, SOEUR..... D COUSIN, APPARENTE E FILS/FILLE..... F PERSONNEL DE SANTE..... G AMI/COLLEGE H MEMBRE D'UNE ASSOC./GROUPE..... I VOISIN J MOI-MEME K PAS DE PROBLEME DE SANTE L AUTRE (PRECISER)..... W PERSONNE X	

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER À LA QUEST.
524	Lorsque vous avez un problème de santé, où vous faites-vous soigner? PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES	DANS LA FAMILLE..... 1 CENTRE DE SANTE DU QUARTIER..... 2 HOPITAL PUBLIC..... 3 SALLE DE CONSULTATION PRIVEE 4 PAS MALADE, PAS BESOIN DE SOINS 5 AUTRE (PRECISER)8	
525	Lorsque vous avez un problème de santé, où vous souhaitez-vous vous faire soigner? PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES	DANS LA FAMILLE..... 1 CENTRE DE SANTE DU QUARTIER..... 2 HOPITAL PUBLIC..... 3 SALLE DE CONSULTATION PRIVEE 4 PAS MALADE, PAS BESOIN DE SOINS 5 AUTRE (PRECISER)..... 8 NE SE SOUVIENT PAS/ NE REpond PAS . 9	
526	Selon vous, les personnes séropositives VIH/sida ont-elles besoin de soins de santé?	OUI..... 1 NON 2 CA DEPEND..... 3 NE SAIT PAS/ N'EST PAS SUR..... 9	
527	Selon vous, actuellement existe-t-il un traitement ou une méthode pour aider les pers. sérop. VIH/sida?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS/ N'EST PAS SUR..... 9	→ 534 → 534
528	Selon vous, quelle est cette méthode? PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES	MEDICAMENT ANTIRETROVIRAL 1 MEDIC. DE PREV. DES INFECT. OPPORT...2 MEDICAMENTS TRADITIONNELS 3 ACUPUNCTURE..... 4 COMPLEMENT ALIMENTAIRE 5 AUTRE (PRECISER)..... 8	
529	Parmi les méthodes que vous avez citées ci-dessus, existe-t-il une méthode qui permette de guérir complètement du sida ou du VIH?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS/ N'EST PAS SUR..... 9	→ 533 → 533
530	Quelle est cette méthode?	MEDICAMENT ANTIRETROVIRAL 1 MEDIC. DE PREV. DES INF. OPPORT..... 2 MEDICAMENTS TRADITIONNELS 3 ACUPUNCTURE..... 4 COMPLEMENT ALIMENTAIRE 5 AUTRE (PRECISER)..... 8	
533	VERIFIER LES QUESTIONS 528 ET 530 SI LA PERSONNE A CITE LES ANTIRETROVIRAUX 1 → QUESTION 535 SI LA PERSONNE N'A PAS CITE LES ANTIRETROVIRAUX 2 → QUESTION 534		

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER À LA QUEST.
534	Avez-vous déjà entendu parler des médicaments antirétroviraux?	ENTENDU PARLER 1 JAMAIS ENTENDU PARLER..... 2 → 542 NE SE SOUVIENT PAS 9 → 542	
535	Savez-vous où peut-on acheter ou recevoir ces médicaments?	OUI..... 1 NON 2 → 537 NE SAIT PAS/ N'EST PAS SUR..... 8 → 537	
536	Où est-ce? PLUSIEURS REponses POSSIBLES	HOPITAL PROVINCIAL 1 INFIRMERIE DE COMMUNE/QUART 2 PHARMACIE PRIVEE..... 3 SALLE DE CONSULTATION PRIVEE..... 4 PERSONNEL DE SANTE..... 5 AUTRE (PRECISER)..... 8	
537	Avez-vous déjà utilisé des antirétroviraux?	OUI 1 NON 2 → 542 NE SAIT PAS/ N'EST PAS SUR..... 9 → 542	
538	Quand avez-vous utilisé les médicaments antirétroviraux pour la première fois?	MOIS ANNEE NE SAIT PAS, NE REpond PAS 99	
QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER À LA QUEST.
540	Maintenant, en utilisez-vous?	OUI 1 NON 2 → 542 NE SAIT PAS/ N'EST PAS SUR..... 9 → 542	
541	Où vous les procurez-vous? PLUSIEURS RÉponses POSSIBLES	HOPITAL PROVINCIAL 1 INFIRMERIE DE COMMUNE/QUART 2 PHARMACIE PRIVEE..... 3 SALLE DE CONSULTATION PRIVEE..... 4 PERSONNEL DE SANTE..... 5 AUTRE (PRECISER)..... 8	
542	Selon vous, où les personnes séropositives VIH/sida devraient-elles être soignées quand elles ont des problèmes de santé? PLUSIEURS REponses POSSIBLES	DANS LEUR FAMILLE..... 1 HOPITAL D'ETAT 2 CENTRE SANTE DE COMMUNE/QUART.. 3 HOP./ SALLE DE CONSULT. PRIVEE 4 LIEU RESERVE AUX PERSONNES SEROPOSITIVES VIH..... 5 AUTRE (PRECISER)..... 8	
543	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la vie dans votre famille. Dans votre famille, est-ce que vous partagez le même plateau que toute la famille?	MANGENT SOUVENT ENSEMBLE..... 1 MANGENT PARFOIS ENSEMBLE..... 2 NE MANGENT JAMAIS ENSEMBLE..... 3 NE REpond PAS 9	

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER À LA QUEST.
544	Dans votre famille, est-ce que vous partagez votre lit avec quelqu'un?	OUI SOUVENT 1 OUI PARFOIS..... 2 NON JAMAIS 3 NE REpond PAS 9	
545	Dans votre famille, est-ce que vous lavez vos vêtements en commun avec les autres membres de la famille?	OUI TOUJOURS..... 1 OUI PARFOIS..... 2 NON JAMAIS 3 NE REpond PAS 9	
546	Sur le plan économique, avez-vous actuellement besoin d'une aide?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS/ N'EST PAS SUR(E)..... 9	
547	Lorsque vous avez des problèmes économiques, qui vous aide? PLUSIEURS REponses POSSIBLES	PERE, MERE A BEAU-PERE, BELLE-MERE B ÉPOUX(SE) C FRERE, SOEUR..... D PERSONNE APPARENTEE E FILS/FILLE..... F AMI/ COLLEgue G MEMBRE D'UNE ASSOC./GROUPE H VOISIN I PAS DE DIFFICULTE Y PERSONNE NE M'AIDE X AUTRE (PRECISER)..... W	
548	Pour votre travail actuellement, avez-vous besoin d'une aide?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS/ N'EST PAS SUR(E)..... 9	
549	Lorsque vous avez des difficultés dans votre travail, qui vous aide? PLUSIEURS REponses POSSIBLES	PERE, MERE A BEAU-PERE, BELLE-MERE B ÉPOUX(SE) C FRERE, SOEUR..... D PERSONNE APPARENTEE E FILS/FILLE..... F AMI/ COLLEgue G MEMBRE D'UNE ASSOC./GROUPE H VOISIN I PAS DE DIFFICULTE Y PERSONNE NE M'AIDE..... X AUTRE (PRECISER) W	
550	D'un point de vue psychologique, avez-vous besoin d'une aide?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS/ N'EST PAS SUR(E)..... 9	

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER À LA QUEST.
551	Lorsque vous avez des problèmes psychologiques, qui vous aide? PLUSIEURS REponses POSSIBLES	PERE, MERE..... A BEAU-PERE, BELLE-MERE..... B ÉPOUX(SE)..... C FRERE, SOEUR..... D PERSONNE APPARENTEE E FILS/FILLE F AMI/ COLLEGE..... G MEMBRE D'UNE ASSOC./GROUPE..... H VOISIN I PAS DE DIFFICULTE Y AUTRE (PRECISER) W PERSONNE NE M'AIDE..... X	
552	Au cours des 12 derniers mois, combien avez-vous dépensé en consultations et soins de santé pour vous?	MONTANT _____ Dôngs	
553	Actuellement, avez-vous une assurance santé?	OUI 1 NON..... 2 → 601 NE SAIT PAS/ N'EST PAS SUR(E) 9 → 601	
554	D'où vient votre assurance santé?	DE MON LIEU DE TRAVAIL 1 ACHAT DANS COMMUNE/QUARTIER 2 D'UN PROCHE 3 AUTRE (PRECISER) 8 NE SAIT PAS/ NE REpond PAS 9	

6EME PARTIE. INFLUENCE DU VIH/SIDA SUR LA FAMILLE

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER À LA QUEST.
601	Selon vous, si dans votre famille il y avait une personne séropositive VIH/sida, les relations dans la famille resteraient-elles comme avant, empireraient-elles ou chacun s'intéresserait-il davantage aux autres?	COMME AVANT 1 EMPIRERAIENT..... 2 S'INTERESSERAIENT DAVANTAGE..... 3 NE SAIT PAS/ NE REpond PAS 9	
602	Selon vous, si dans votre famille il y avait une personne séropositive VIH/sida, la situation économique de votre famille resterait-elle la même, empirerait-elle ou serait-elle améliorée?	COMME AVANT 1 EMPIRERAIT 2 AMELIORATION 3 NE SAIT PAS/ NE REpond PAS 9	

Merci d'avoir consacré du temps pour répondre à ce questionnaire!

REMARQUES DE L'ENQUETEUR

Enquêteur, veuillez répondre aux questions ci-dessous à l'issue de la passation du questionnaire.

(La personne qui vient d'être interrogée et les membres de la famille ne doivent pas voir cette page)

N1	Heure de fin de la passation du questionnaire :	
----	---	--

N2	Comment la personne interrogée a-t-elle réagi aux questions posées dans le questionnaire ?	
	Avait l'air de se plaire, à l'aise	1
	Avait l'air de ne pas aimer mais n'était ni lasse ni gênée	2
	Avait l'air ennuyée	3
	Avait l'air gênée	4

N3	Avez-vous trouvé que la personne interrogée était prête à collaborer avec vous ?	
	Voulait vraiment aider	1
	D'accord pour participer sans plus	2
	N'aime pas participer mais a quand-même accepté	3
	A trouvé ce moment très pénible	4

N4	Pensez-vous que la personne interrogée avait du mal à répondre à certaines questions ?	
	Avez-vous dû répéter des questions ou changer leur formulation ?	
	Non, pas besoin	1
	Oui, quelques questions	2
	Oui, beaucoup de questions	3
	Oui, la plupart des questions	4

N5	Avez-vous rencontré beaucoup de difficultés pendant la passation du questionnaire ?	
	1ère partie. Informations sur la personne enquêtée	1
	2ème partie. Mariage et famille	2
	3ème partie. Connaissances générales sur le VIH/sida	3
	4ème partie. Prévention de la transmission du VIH/sida	4
	5ème partie. Prise en charge des séropositifs VIH/sida	5
	6ème partie. Influence du VIH/sida sur la famille	6

N6	D'après vous, à quoi sont liées ces difficultés ?	
	Questions auxquelles il est difficile de répondre (contenu)	1
	Faible niveau d'instruction de l'enquêté	3
	Environnement pendant l'entretien inadapté	4
	Difficulté à comprendre ce que disait la personne interrogée	6
	Autre (préciser)	8

N7	Autres remarques :	
----	--------------------	--

1ERE PARTIE. INFORMATIONS SUR LA PERSONNE ENQUETEE

PRESENTATION DE L'ENQUETEUR ET CONSENTEMENT DE L'ENQUETE

RECUEIL DU CONSENTEMENT

Bonjour monsieur/madame. Je m'appelle _____ et je travaille pour l'Institut Population et Société de l'Université Nationale d'Economie à Hanoi. Nous réalisons une enquête sur la Population et la Santé à Quang Ninh. Nous accordons beaucoup d'importance à votre participation à cette enquête. Je voudrais vous poser quelques questions à propos de problèmes de santé importants. Ces informations nous aideront à disposer d'une base pour élaborer des recommandations à destination des services afin d'aider à l'amélioration de la situation sanitaire de la population de la province.

La passation de notre questionnaire prend environ 30 minutes. Toutes les informations que vous fournirez seront fidèlement transcrites et resteront confidentielles.

Votre participation à cette enquête repose sur le volontariat et vous pouvez à tout moment refuser de répondre à une question posée ou à l'ensemble des questions posées. Cependant, nous espérons que vous participerez à cette enquête car votre opinion est très importante.

Maintenant, souhaitez-vous poser une question quelconque à poser à propos de l'enquête?
Pouvons-nous commencer le questionnaire ?

Signature de l'enquêteur : _____ Date : _____

ENQ. D'ACCORD PR ENTRET. 1 \searrow ENQ. PAS D'ACCORD POUR ENTRETIEN 2 \rightarrow FIN

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER À LA QUEST.
101	INDIQUER QUELLE HEURE IL EST	HEURES..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	Quel est le mois et l'année de votre naissance selon le calendrier solaire?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAIT PAS LE MOIS 99 ANNEE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAIT PAS L'ANNEE 9999	
103	Quel est votre âge selon le calendrier solaire? COMPARER AVEC LA REPONSE A 102 ET CORRIGER SI DIVERGENCE	ANNÉES RÉVOLUES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	Depuis combien de temps vivez-vous ici de façon continue? SI MOINS D'UN AN, ECRIRE '00'	ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/> EST NE ET A GRANDI ICI 98	\rightarrow 106
105	Avant de venir ici, où habitez-vous (ville, bourg, milieu rural)?	VILLE..... 1 BOURG 2 MILIEU RURAL..... 3	
106	Avez-vous été scolarisé?	OUI 1 NON 2	\rightarrow 109
107	Quel est le plus haut niveau d'étude que vous avez atteint? Primaire, collège, lycée d'enseignement général, école technique supérieure/ université et plus?	PRIMAIRE 1 COLLEGE 2 LYCEE 3 ÉCOLE SUP. TECHN/UNIV. ET PLUS 4	

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER À LA QUEST.
108	Quelle est la classe/année la plus élevée que vous ayez fréquentée ou terminée avec succès? CLASSE = 0,1,2,3.....,12 SUPERIEUR = 13 NE SAIT PAS = 98	ANNÉE D'ÉTUDE/ CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/> NBRE DE CLASSES DE REF. <input type="text"/> <input type="text"/>	
109	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous exercé une activité rémunérée?	OUI..... 1 NON 2	→ 112
110	Dans quel domaine travaillez-vous?	INTITUTION PUBLIQUE..... 1 TRAVAIL EN ENTREPRISE..... 2 AGRICULTURE 3 PETIT COMMERCE..... 4 JOURNALIER..... 5 ÉTUDES ET TRAVAIL..... 6 AUTRE 8	
111	Quel est votre revenu mensuel moyen?	REVENU _____ đồng	
112	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous participé à une organisation socio-politique ou une association? PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES	NON, PAS PARTICIPE 1 UNION DES FEMMES..... 2 FEDERATION DE LA JEUNESSE..... 3 ASSOC. DES ANCIENS COMBATTANTS... 4 ASSOCIATION DES PERSONNES AGEES.. 5 ASSOC./GR. D'AIDE AUX SEROP. VIH..... 6 SYNDICATS..... 7 AUTRE (PRÉCISER)..... 8	

2EME PARTIE. MARIAGE ET FAMILLE

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER À LA QUEST.
201	Quel est votre état matrimonial actuel?	CELIBATAIRE 1 MARIE(E), VIT AVEC SON CONJOINT..... 2 SÉPARÉ(E) 3 DIVORCÉ(E)... 4 VEUF(VE)..... 5	
202	Combien avez-vous d'enfants vivants? Parmi eux, combien avez-vous de fils ? Combien de filles? SI PAS ENCORE D'ENFANT OU PAS D'ENFANT VIVANT, ECRIRE '00'	NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE FILS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE FILLES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	SI '00' ALLER A 207
203	Combien de vos enfants vivants <u>vivent actuellement</u> avec vous dans ce ménage? Combien de fils? Combien de filles? ACTUELLEMENT, AUCUN NE VIT AVEC - ECRIRE '00'	NB D'ENFANTS QUI VIVENT ENSEMBLE <input type="text"/> <input type="text"/> NB DE FILS QUI VIVENT AVEC..... <input type="text"/> <input type="text"/> NB DE FILLES QUI VIVENT AVEC... <input type="text"/> <input type="text"/>	
204	Combien de vos enfants vivants <u>ne vivent pas avec</u> vous? Combien de garçons? Combien de filles? ACTUELLEMENT IL N'Y A PAS D'ENFANT QUI VIT AVEC - ECRIRE '00'	NB D'ENF. QUI NE VIVENT PAS AVEC..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE GARÇONS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE FILLES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	SI '00' ALLER A 207
205	Vos enfants qui ne vivent plus avec vous dans votre ménage, actuellement où vivent-ils? ENQUETEUR : ENTOURER TOUS LES CODES CORRESPONDANT AUX LIEUX CITES PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES	DANS LE MEME QUARTIER..... 1 AUTRE QUARTIER, MEME ARRT 2 AUTRE ARRONDISSEMENT DE QN..... 3 AUTRE PROVINCE 4 À L'ÉTRANGER 5	
206	ENQUETEUR CONTROLER : NBRE D'ENF. VIVANTS (202) = NBRE D'ENF. QUI VIVENT AVEC (203) + NBRE D'ENF. QUI NE VIVENT PAS AVEC (204)		
207	Actuellement, vos parents vivent-ils avec vous dans ce ménage?	OUI (AU MOINS LE PERE OU LA MERE) .. 1 NON, VIVENT AILLEURS..... 2 NON, ILS SONT DECEDES 3	
208	Combien avez-vous de frères et soeurs encore en vie? Combien avez-vous de frères encore en vie et combien avez-vous de soeurs encore en vie? SI PAS DE FRERE ET SOEUR, ECRIRE '00'	NB DE FRERES ET SOEURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE FRERES <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE SŒURS <input type="text"/> <input type="text"/>	
209	Actuellement, combien de vos frères et soeurs <u>vivent avec</u> vous dans ce ménage? SI PAS DE FRERE ET SOEUR VIVANT AVEC, ECRIRE '00'	NB DE FRERES ET SOEURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE FRERES <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE SŒURS <input type="text"/> <input type="text"/>	

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE			ALLER À LA QUEST.
306	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous parlé du VIH/sida avec l'une des personnes suivantes?		OUI	NON	
	Père, mère	PERE, MERE	1	2	
	Epoux(se)/ Petit(e) ami(e)	EPOUX(SE)/ P. AMI(E)	1	2	
	Frère, soeur	FRERE, SOEUR	1	2	
	Cousin(e), autre apparenté	COUSIN(E), AUTRE AP.	1	2	
	Ami(e) ou collègue	AMI(E) OU COLLEGUE	1	2	
	Voisin(e)	VOISIN(E)	1	2	
	Personnel de santé/population	PERS. DE SANTE/POP.	1	2	
	Pair éducateur	PAIR EDUCATEUR	1	2	
	Conseiller(ère)	CONSEILLER(ERE)	1	2	
	Enseignant(e)	ENSEIGNANT(E)	1	2	
	Autre personne (préciser)	AUTRE PERS. (PRECISER)_____			
307	Selon vous, comment le VIH/sida peut-il se transmettre? ENQUETEUR : ENCOURAGER L'ENQUETE(E) A REpondre ET INDIQUER TOUTES LES REponses DONNEES	RELATIONS SEXUELLES	1		
		INJECTION DE DROGUE	2		
		TRANSFUSION SANGUINE.....	3		
		CONTACT AVEC PERS.			
		SEROPOSITIVE QUI SAIGNE.....	4		
		PIQURE DE MOUSTIQUE	5		
		EN S'EMBRASSANT	6		
		EN SE SERRANT LA MAIN	7		
		DE LA MERE A L'ENFANT	8		
		AUTRE (PRÉCISER).....	9		
308	Selon vous, une personne peut-elle attraper le VIH/sida par une piqûre de moustique?	OUI, POSSIBLE.....	1		
		NON, IMPOSSIBLE	2		
		NE SAIT PAS.....	9		
309	Selon vous, peut-on attraper le VIH/sida en partageant un repas, une boisson avec une personne atteinte ?	OUI, POSSIBLE.....	1		
		NON, IMPOSSIBLE	2		
		NE SAIT PAS.....	9		
310	Selon vous, peut-on attraper le VIH/sida en utilisant la seringue qu'une autre personne a utilisée?	OUI, POSSIBLE.....	1		
		NON, IMPOSSIBLE	2		
		NE SAIT PAS.....	9		
311	Selon vous, une personne qui a l'air en bonne santé peut-elle être infectée par le virus qui provoque le sida?	OUI, POSSIBLE.....	1		
		NON, IMPOSSIBLE	2		
		NE SAIT PAS.....	9		
312	Selon vous, le VIH peut se transmettre de la mère à l'enfant: Pendant la grossesse? Pendant l'accouchement? Pendant l'allaitement?		OUI	NON	NE SAIT PAS
		LA GROSSESSE	1	2	9
		L'ACCOUCHEMENT	1	2	9
		L'ALLAITEMENT	1	2	9

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER À LA QUEST.
313	Selon vous, quelles sont les personnes qui ont le plus de risque d'être infectées par le VIH/sida? PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES	LES PROSTITUEES 1 CEUX QUI S'INJECTENT DE LA DROGUE 2 CEUX QUI VOYAGENT BEAUCOUP 3 LES PARTENAIRES DES PROSTITUEES.... 4 LES INFIDELES 5 LES CONJOINTS DES PERSONNES TOXICOMANES OU SEROPOSITIVES..... 6 AUTRE (A PRECISER) 7 TOUT LE MONDE 8 NE SAIT PAS 9	
314	Personnellement, connaissez-vous quelqu'un qui serait infecté par le VIH ou qui aurait le sida?	OUI 1 NON..... 2	→ 317
315	Quelles sont vos relations avec cette(ces) personne(s)? PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES	PERSONNE PROCHE QUI VIT AVEC MOI DANS CE MENAGE..... 1 PERSONNE PROCHE, APPARENTEE QUI NE VIT PAS AVEC MOI 2 AMIS, COLLEQUE 3 VOISIN..... 4 PAS DE RELATION..... 5 AUTRE (PRÉCISER) 8	
316	Avez-vous déjà eu des contacts avec cette(ces) personne(s)?	OUI, A EU DES CONTACT..... 1 JAMAIS DE CONTACT 2 NE SE SOUVIENT PAS 9	
317	Selon vous, quelle est l'importance du risque de transmission du VIH/sida dans votre environnement/quartier?	PAS DE RISQUE 1 RISQUE DE TRANSMISSION MOYEN 2 RISQUE DE TRANSMISSION ELEVE..... 3 NE SAIT PAS, N'EST PAS SUR(E) 9	
318	Selon vous, quel risque courez-vous d'être atteint par le VIH/sida?	AUCUN RISQUE..... 1 RISQUE TRES FAIBLE..... 2 RISQUE FAIBLE 3 RISQUE ELEVE 4 NE SAIT PAS, N'EST PAS SUR(E) 9	
319	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous participé aux activités suivantes?		
		OUI NON	
	Rendre visite à des amis	VISITE A DES AMIS 1 2	
	Rendre visite à de la famille	VISITE A DE LA FAMILLE 1 2	
	Particip. à une fête, un anniv. de décès	FETE, ANNIV. DE DECES 1 2	
	Aller à un enterrement, des funérailles	ENTERRT, FUNERAILLES 1 2	
	Aller à un mariage	MARIAGE 1 2	
	Aller à une réunion communautaire	REUNION COMMUNAUT. 1 2	
	Fête du village, pagode	FETE DU VILLAGE, PAGODE 1 2	

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER A LA QUEST.
320	Si vous n'avez participé à aucune activité citée ci-dessus, pourriez-vous me donner la raison? PLUSIEURS RAISONS POSSIBLES	PROBLEME DE SANTE..... A NE VOULAIT PAS CES RENCONTRES..... B N'A JAMAIS AIME C TRISTE, NE VOULAIT PAS PARTICIPER.. D PAS LE TEMPS DE PARTICIPERE PAS LES MOYENS ECONOMIQUESF FAMILLE EN DEUIL..... G PAS D'OPPORTUNITE..... H AUTRE RAISON(PRECISER) W	
323	Achèteriez-vous des légumes frais auprès d'une personne dont vous sauriez que le propriétaire ou le vendeur serait séropositif VIH/sida?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 9	
324	Selon vous, un enseignant atteint de VIH/sida mais non malade doit-il être autorisé à continuer à enseigner dans une école?	AUTORISE..... 1 NON AUTORISE..... 2 NE SAIT PAS, N'EST PAS SUR(E) 9	
325	Etes-vous d'accord avec l'opinion suivante? Une personne qui a le VIH/sida devrait avoir honte d'elle-même.	D'ACCORD 1 PAS D'ACCORD..... 2 CA DEPEND 3 NE SAIT PAS, N'EST PAS SUR(E) 9	
326	Etes-vous d'accord avec l'opinion suivante? Une personne qui a le VIH/sida est en faute car elle apporte la maladie à la communauté.	D'ACCORD 1 PAS D'ACCORD..... 2 CA DEPEND 3 NE SAIT PAS, N'EST PAS SUR(E) 9	

4EME PARTIE. PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH/SIDA

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER À LA QUEST.
401	Selon vous, existe-t-il une façon de faire pour éviter ou abaisser le risque d'une transmission du VIH/sida?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS..... 9	→ 403 → 403
402	Que peut-on faire ? Y a-t-il une autre façon de faire? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES	ABSTINENCE SEXUELLE A UTILISATION DU PRESERVATIF B REL. SEX. AVEC UN SEUL PART./ FIDELITE A UN SEUL PARTENAIRE... C LIMITER LE NB DE PARTENAIRE D ÉVITER LES REL. SEX. AVEC LES PROSTITUEESE EVITER LES REL. SEX. AVEC LES GENS QUI ONT BEAUCOUP DE PART. F EVITER LES REL. HOMOSEXUELLES G EVITER LES REL. SEX. AVEC CEUX QUI S'INJECTENT DE LA DROGUE H EVITER LES TRANSF. SANGUINESI EVITER LES INJECTIONS DE DROGUE.....J EVITER LE PARTAGE DE RASOIR OU DE BROSSE A DENT..... K EVITER LE PARTAGE DE SERINGUESL NE PAS S'EMBRASSERM EVITER LES PIQUES DE MOUSTIQUE... N DEMANDER AU MEDICASTRE UNE METHODE PREVENTIVE O AUTRE(PRECISER)X AUTRE (PRECISER)..... W NE SAIT PAS.....Z	
403	Selon vous, peut-on limiter le risque d'être infecté par le VIH/sida en n'ayant qu'un seul partenaire qui ne soit pas séropositif et n'ait pas d'autre partenaire?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS..... 9	
404	Selon vous, peut-on limiter le risque d'être infecté par le VIH/sida en évitant toute relation sexuelle?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS..... 9	
405	Selon vous, existe-t-il un médicament spécial que le médecin ou l'infirmier(ère) peut donner à une femme enceinte séropositive VIH/sida pour faire baisser le risque de transmission du VIH d'elle à son enfant?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS..... 9	

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER À LA QUEST.
406	Selon vous, peut-on limiter le risque d'être infecté par le VIH/sida en utilisant un préservatif à chaque relation sexuelle?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS..... 9	
407	Connaissez-vous un endroit où l'on peut aller pour se recevoir ou acheter des préservatifs?	OUI..... 1 NON 2	→ 409
408	Où ça? Y a-t-il un autre endroit? ÉCRIRE TOUS LES ENDROITS CITES	<p>INFRASTR. SANITAIRE PUBLIQUE</p> <p>HOPITAL D'ETAT A MATERNITE B C. DE SANTE COMMUNE/QUARTIER.. C CENTRE DE CONSEIL, DEPISTAGE VOLONTAIRE..... D CENTRE DE PLANIF. FAMILIALE E CENTRE DE CONSULT. AMBULANT... F PERS. DE SANTE/POPULAIRE LOCAL G AUTRE (PRECISER)..... H</p> <hr/> <p>INFRASTR. DE SANTE PRIVEE</p> <p>HOP./ SALLE DE CONSULT. PRIVEE I CENTRE DE CONSEIL, DEPISTAGE VOLONTAIRE PRIVE..... J PHARMACIE PRIVEE K MEDECIN/ AUXIL. DE SANTE PRIVE ... L AUTRE (PRECISER)..... M</p> <hr/> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>EPICERIE..... N MARCHE O BUVETTE/CAFE..... P AMI/ PERSONNE PROCHE Q AUTRE (PRECISER)..... X</p>	
409	Pour éviter la transmission du VIH/sida, accepteriez-vous d'utiliser un préservatif au cours de relations sexuelles?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS/N'EST PAS SUR(E)..... 9	

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER À LA QUEST.
410	Dans votre famille, (si) il y a(vait) une personne séropositive VIH/sida, quelle sont (seraient) les façons de prévenir une transmission du VIH/sida à la famille? ENCOURAGER L'ENQUETE A REpondre ET INSCRIre toutes les REponses DONNEES	DORMIR SEPARÉ A REPAS SEPARÉ.....B PRESERVATIFS LORS DE REL. SEX.C PAS D'ALLAITEMENT D'ENFANT..... D PAS DE PARTAGE DE BROSSE A CHEVEUX OU A DENTSE PAS DE PARTAGE DE SERV. DE TOIL. DE SERV. POUR VISAGE, D'HABIT. F PAS DE PARTAGE DE COUPE-ONGLE ET DE MAQUILLAGE G LESSIVE SEPARÉE..... H PRUDENCE SI ON SAIGNEI PAS DE PARTAGE DES TOILETTES.....J EVITER LES INFECTIONS OPPORTUNISTES..... K AUTRE (PRECISER)..... X _____ AUTRE (PRECISER) _____	
411	Dans votre famille, une personne séropositive VIH/sida pourrait-elle manger avec les autres et partager un même plateau avec toute la famille?	POSSIBLE..... 1 IMPOSSIBLE..... 2 NE SAIT PAS/N'EST PAS SUR(E)..... 9	
412	Dans votre famille, une personne séropositive VIH/sida pourrait-elle dormir sur le même lit que le vôtre?	POSSIBLE..... 1 IMPOSSIBLE..... 2 NE SAIT PAS/N'EST PAS SUR(E)..... 9	
413	Dans votre famille, une personne séropositive VIH/sida pourrait-elle avoir ses habits lavés en commun avec ceux des autres membres de la famille?	TOUT EN COMMUN..... 1 COMMUN EN PARTIE..... 2 LESSIVE SEPARÉE..... 3 NE REpond PAS/NE SAIT PAS 9	

5EME PARTIE. PRISE EN CHARGE DES SEROPOSITIFS VIH/SIDA

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER À LA QUEST.
501	<p>Selon vous, si une personne veut savoir si elle est séropositive VIH ou non, comment doit-elle faire?</p> <p style="text-align: center;">PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES</p>	ALLER CONSULTER LE MEDECIN..... 1 FAIRE UN DEPISTAGE 2 S'AUTO-OBSERVER..... 3 DEMANDER AVIS D'UN AMI/PROCHE 4 AUTRE (PRECISER) 8 _____ NE SAIT PAS CE QU'IL FAUT FAIRE 9	
502	<p>Connaissez-vous un endroit où l'on peut aller pour faire un test de dépistage du VIH/sida dans la ville de Halong?</p>	OUI 1 NON 2	→ 504
503	<p>Quels sont ces lieux?</p> <p style="text-align: center;">SI LE LIEU DE DEPISTAGE EST UN HOPITAL, UN CENTRE DE SANTE OU UNE SALLE DE CONSULTATION POLYCLINIQUE, ECRIRE LE NOM DU LIEU, SA LOCALISATION, POSER DES QUESTIONS POUR QUE L'ON PUISSE DEFINIR LE TYPE DE SOURCE ET CERCLER LE CODE APPROPRIE</p> <p style="text-align: center;">_____ (NOM DU LIEU)</p> <p>y a-t-il un autre lieu?</p> <p style="text-align: center;">INSCRIRE TOUTES LES RÉPONSES</p>	INFRASTR. SANITAIRE PUBLIQUE HOPITAL D'ETATA CENTRE DE CONSEIL, DEPISTAGE VOLONTAIREB CENTRE DE PLANIF. FAMILIALE.....C AUTRE (PRECISER)D _____ INFRASTR. DE SANTE PRIVEE HOP./ SALLE DE CONSULT. PRIVEE....E CENTRE DE CONSEIL, DEPISTAGE VOLONTAIRE PRIVE F LABORATOIRE PRIVEG AUTRE (PRECISER)H _____ AUTRE (PRECISER)X _____	
504	<p>Avez-vous déjà fait un test de dépistage du VIH/sida?</p>	OUI 1 NON 2	→ 518
505	<p>Combien de fois avez-vous fait un test de dépistage?</p>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SE SOUVIENT PAS/ NE REP. PAS 98	
506	<p>Quand avez-vous fait le dernier test de dépistage?</p>	IL Y A MOINS DE 12 MOIS 1 IL Y A 12 A 23 MOIS..... 2 IL Y A PLUS DE DEUX ANS 3 NE SE SOUVIENT PAS/ NE REpond PAS . 9	

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER À LA QUEST.
507	<p>Pourquoi avez-vous fait ce test de dépistage?</p> <p>PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES SURTOUT SI LA PERSONNE REpond « POUR CONFIRMER LE RESULTAT D'UN TEST VIH »</p>	<p>MALADE..... 1</p> <p>ENCEINTE ET ALLAIT ACCOUCHER..... 2</p> <p>CONSULT. POUR INTEGRER L' ARMEE ... 3</p> <p>PENSAIT QUE ÉPOUX(SE)/ PARTENAIRE ETAIT SEROPOSITIF VIH... 4</p> <p>AMI DE PARTAGE DE DROGUE INJ. SOUPÇONNE SEROPOSITIF VIH 5</p> <p>AUTRE (PRECISER) 8</p> <p>_____</p> <p>NE SE SOUVIENT PAS/ NE REpond PAS . 9</p>	
508	<p>La dernière fois que vous avez fait le test, y êtes-vous allé de vous-même, avez-vous accepté la proposition de quelqu'un ou était-ce une demande ?</p>	<p>DE MOI-MEME..... 1</p> <p>PROPOSITION QUE J'AI ACCEPTEE 2</p> <p>DEMANDE 3</p> <p>NE SE SOUVIENT PAS/ NE REpond PAS . 9</p>	
509	<p>Dans quelle infrastructure avez-vous fait le test?</p>	<p>HOP./ SALLE DE CONSULT. POLYCLIN. .. 1</p> <p>CENTRE DE MEDECINE PREVENTIVE 2</p> <p>CENTRE CONSEIL, DEPIST. VOLONT..... 3</p> <p>SALLE DE CONSULTATION PRIVEE..... 4</p> <p>AUTRE (PRECISER) 8</p> <p>_____</p> <p>NE SE SOUVIENT PAS/ NE REpond PAS . 9</p>	
510	<p>Où est cette infrastructure?</p>	<p>VILLE DE HALONG 1</p> <p>AUTRE ARROND. DE LA PROVINCE 2</p> <p>À HANOI 3</p> <p>AUTRE (PRECISER) _____ 8</p> <p>NE SE SOUVIENT PAS/ NE REpond PAS . 9</p>	
511	<p>Quelqu'un vous a-t-il accompagné lorsque vous êtes allé(e) faire le test cette fois-là?</p> <p>PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES</p>	<p>PERE, MERE 1</p> <p>ÉPOUX(SE) 2</p> <p>FRERE, SOEUR 3</p> <p>COUSIN, APPARENTE 4</p> <p>AMI/ COLLEGUE 5</p> <p>AUTRE (PRECISER) 6</p> <p>PERSONNE N'EST VENU AVEC 7</p> <p>NE SE SOUVIENT PAS/ NE REpond PAS . 9</p>	
512	<p>Quand vous avez fait le test, avez-vous dû donner des informations privées sur vous?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SE SOUVIENT PAS/ NE REpond PAS . 9</p>	
513	<p>Si oui, avez-vous dit la vérité ou avez-vous caché votre identité (autre nom, autre adresse)?</p>	<p>DIT LA VERITE..... 1</p> <p>CACHE MON IDENTITE 2</p> <p>NE SE SOUVIENT PAS/ NE REpond PAS . 9</p>	

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER À LA QUEST.
514	Avez-vous reçu le résultat de votre dernier test?	OUI..... 1 NON 2 NE SE SOUVIENT PAS/ NE REpond PAS . 9	
514B	Quel résultat avez-vous reçu pour votre test?	POSITIF 1 NEGATIF..... 2 NE SE SOUVIENT PAS/ NE REpond PAS . 9	
515	Qui vous a donné le résultat? UNE SEULE REponse POSSIBLE	MEMBRE D'UNE INFRASTR. DE TEST.....1 PERE, MERE 2 ÉPOUX(SE) 3 FRERE, SOEUR 4 COUSIN, APPARENTE 5 AMI/ COLLEgue 6 AUTRE (PRECISER) 8 NE SE SOUVIENT PAS/ NE REpond PAS . 9	
516	Qui avez-vous informé des résultats de votre test ? PLUSIEURS REponses POSSIBLES	PERE, MEREA ÉPOUX(SE)B FRERE, SOEURC FILS/FILLE.....D PERSONNE APPARENTEE.....E AMI/ COLLEgueF RESPONSABLE DU QUARTIERG PERSONNEL DE SANTE DU QUARTIER ...H AUTRE (PRECISER)X PERSONNEY NE SAIT PAS/NE SE SOUVIENT PASZ	
517	VERIFIER LES REponses A LA QUESTION 504 SI LA PERSONNE A FAIT UN TEST VIH/SIDA —→ QUESTION 521 SI LA PERSONNE N'A PAS ENCORE FAIT UN TEST —→ QUESTION 518		
518	Si vous n'avez pas encore fait de test de dépistage du VIH/sida, voulez-vous en faire?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS, N'EST PAS SUR(E)..... 9	→ 521
519	Après avoir fait le test, souhaiteriez-vous recevoir le résultat?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS, N'EST PAS SUR(E)..... 9	→ 521

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER A LA QUEST.
520	Si vous aviez un résultat positif, qui informeriez-vous de votre séropositivité? PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES	PERE, MEREA ÉPOUX(SE)B FRERE, SOEURC FILS/FILLE.....D PERSONNE APPARENTEE.....E AMI/ COLLEGUEF RESPONSABLE DU QUARTIERG PERSONNEL DE SANTE DU QUARTIER...H AUTRE (PRECISER)X _____ PERSONNEY NE SAIT PAS/NE SE SOUVIENT PASZ	
521	En matière de santé, est-ce que vous avez besoin de soins?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS, N'EST PAS SUR(E)..... 9	
522	Ces dernières années, quand vous avez eu un problème de santé, qui est la principale personne à avoir pris soin de vous ? PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES	PERE/MEREA BEAUX-PARENTSB EPOUX(SE)C FRERE, SOEURD COUSIN, APPARENTEE FILS/FILLE.....F PERSONNEL DE SANTE.....G AMI/COLLEGUEH MEMBRE D'UNE ASSOC./GROUPE.....I VOISINJ MOI-MEME.....K PAS DE PROBLEME DE SANTEL AUTRE (PRECISER)_____W _____ PERSONNEX	
523	Qui souhaiteriez-vous voir s'occuper de vous lorsque vous avez un problème de santé? PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES	PERE/MEREA BEAUX-PARENTSB EPOUX(SE)C FRERE, SOEURD COUSIN, APPARENTEE FILS/FILLE.....F PERSONNEL DE SANTE.....G AMI/COLLEGUEH MEMBRE D'UNE ASSOC./GROUPE.....I VOISINJ MEMBRE D'UNE ASSOC, UN GROUPE....K PAS DE PROBLEME DE SANTEL AUTRE (PRECISER)_____W _____ PERSONNEX	

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER À LA QUEST.
524	Lorsque vous avez un problème de santé, où vous faites-vous soigner? PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES	DANS LA FAMILLE..... 1 CENTRE DE SANTE DU QUARTIER..... 2 HOPITAL PUBLIC..... 3 SALLE DE CONSULTATION PRIVEE 4 PAS MALADE, PAS BESOIN DE SOINS 5 AUTRE (PRECISER)..... 8	
525	Lorsque vous avez un problème de santé, où vous souhaitez-vous vous faire soigner? PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES	DANS LA FAMILLE..... 1 CENTRE DE SANTE DU QUARTIER..... 2 HOPITAL PUBLIC..... 3 SALLE DE CONSULTATION PRIVEE 4 PAS MALADE, PAS BESOIN DE SOINS 5 AUTRE (PRECISER)..... 8 NE SE SOUVIENT PAS/ NE REpond PAS . 9	
526	Selon vous, les personnes séropositives VIH/sida ont-elles besoin de soins de santé?	OUI..... 1 NON 2 CA DEPEND..... 3 NE SAIT PAS/ N'EST PAS SUR..... 9	
527	Selon vous, actuellement existe-t-il un traitement ou une méthode pour aider les personnes séropositives VIH/sida?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS/ N'EST PAS SUR..... 9	→ 532 → 532
528	Selon vous, quelle est cette méthode? PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES	MEDICAMENT ANTIRETROVIRAL 1 MEDIC. DE PREV. DES INFECT. OPPORT...2 MEDICAMENTS TRADITIONNELS 3 ACUPUNCTURE 4 COMPLEMENT ALIMENTAIRE 5 AUTRE (PRECISER)..... 8	
529	Parmi les méthodes que vous avez citées ci-dessus, existe-t-il une méthode pour guérir du sida ou VIH?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS/ N'EST PAS SUR..... 9	→ 532 → 532
530	Quelle est cette méthode?	MEDICAMENT ANTIRETROVIRAL 1 MEDIC. DE PREV. DES INF. OPPORT..... 2 MEDICAMENTS TRADITIONNELS 3 ACUPUNCTURE 4 AUTRE (PRECISER)..... 8	
532	Si dans votre famille il y avait par malchance une pers. sérop. VIH/sida, seriez-vous prêt(e) à lui prodiguer des soins en cas de problème de santé?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS/ N'EST PAS SUR..... 9	
533	VERIFIER LES QUESTIONS 528 ET 530 SI LA PERSONNE A CITE LES ANTIRETROVIRAUX → QUESTION 535 SI LA PERSONNE N'A PAS CITE LES ANTIRETROVIRAUX → QUESTION 534		

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER À LA QUEST.
534	Avez-vous déjà entendu parler des médicaments antirétroviraux?	ENTENDU PARLER..... 1 JAMAIS ENTENDU PARLER..... 2 NE SE SOUVIENT PAS..... 9	→ 542 → 542
535	Savez-vous où peut-on acheter ou recevoir ces médicaments?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS/ N'EST PAS SUR..... 9	→ 542 → 542
536	Où est-ce? PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES	HOPITAL PROVINCIAL..... 1 INFIRMERIE DE COMMUNE/QUART 2 PHARMACIE PRIVEE..... 3 SALLE DE CONSULTATION PRIVEE..... 4 PERSONNEL DE SANTE..... 5 AUTRE (PRECISER)..... 8	
542	Selon vous, où les personnes séropositives VIH/sida devraient-elles être soignées quand elles ont des problèmes de santé? PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES	DANS LEUR FAMILLE..... 1 HOPITAL D'ETAT 2 CENTRE SANTE DE COMMUNE/QUART.. 3 HOP./ SALLE DE CONSULT. PRIVEE..... 4 LIEU RESERVE AUX PERSONNES SEROPOSITIVES VIH..... 5 AUTRE (PRECISER)..... 8	
543	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la vie dans votre famille. Dans votre famille, est-ce que vous partagez le même plateau que toute la famille?	MANGENT SOUVENT ENSEMBLE..... 1 MANGENT PARFOIS ENSEMBLE..... 2 NE MANGENT JAMAIS ENSEMBLE..... 3 NE REpond PAS 9	

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER À LA QUEST.
544	Dans votre famille, est-ce que vous partagez votre lit avec quelqu'un?	OUI SOUVENT 1 OUI PARFOIS..... 2 NON JAMAIS 3 NE REPOND PAS 9	
545	Dans votre famille, est-ce que vous lavez vos vêtements en commun avec les autres membres de la famille?	OUI TOUJOURS..... 1 OUI PARFOIS..... 2 NON JAMAIS 3 NE REPOND PAS 9	
546	Sur le plan économique, avez-vous actuellement besoin d'une aide?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS/ N'EST PAS SUR(E)..... 9	
547	Lorsque vous avez des problèmes économiques, qui vous aide? PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES	PERE, MERE A BEAU-PERE, BELLE-MERE B ÉPOUX(SE) C FRERE, SOEUR..... D PERSONNE APPARENTEE E FILS/FILLE..... F AMI/ COLLEGE G MEMBRE D'UNE ASSOC./GROUPE H VOISIN I PAS DE DIFFICULTE Y PERSONNE NE M'AIDE X AUTRE (PRECISER) W	
548	Pour votre travail actuellement, avez-vous besoin d'une aide?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS/ N'EST PAS SUR(E)..... 9	
549	Lorsque vous avez des difficultés dans votre travail, qui vous aide? PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES	PERE, MERE A BEAU-PERE, BELLE-MERE B ÉPOUX(SE) C FRERE, SOEUR..... D PERSONNE APPARENTEE E FILS/FILLE..... F AMI/ COLLEGE G MEMBRE D'UNE ASSOC./GROUPE H VOISIN..... I PAS DE DIFFICULTE Y PERSONNE NE M'AIDE X AUTRE (PRECISER)..... W	
550	D'un point de vue psychologique, avez-vous besoin d'une aide?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS/ N'EST PAS SUR(E)..... 9	

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER À LA QUEST.
551	Lorsque vous avez des problèmes psychologiques, qui vous aide? PLUSIEURS REponses POSSIBLES	PERE, MERE..... A BEAU-PERE, BELLE-MERE..... B ÉPOUX(SE)..... C FRERE, SOEUR..... D PERSONNE APPARENTEE E FILS/FILLE F AMI/ COLLEGE..... G MEMBRE D'UNE ASSOC./GROUPE..... H VOISIN..... I PAS DE DIFFICULTE Y AUTRE (PRECISER)..... W PERSONNE NE M'AIDE..... X	
552	Au cours des 12 derniers mois, combien avez-vous dépensé en consultations et soins de santé pour vous?	MONTANT _____ Dôngs	
553	Actuellement, avez-vous une assurance santé?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS/ N'EST PAS SUR(E) 9	→ 601 → 601
554	D'où vient votre assurance santé?	DE MON LIEU DE TRAVAIL 1 ACHAT DANS COMMUNE/QUARTIER 2 D'UN PROCHE 3 AUTRE (PRECISER) 8 NE SAIT PAS/ NE REpond PAS 9	

6EME PARTIE. INFLUENCE DU VIH/SIDA SUR LA FAMILLE

QUEST N°	QUESTION ET FILTRE	CODE	ALLER À LA QUEST.
601	Selon vous, si dans votre famille il y avait une personne séropositive VIH/sida, les relations dans la famille resteraient-elles comme avant, empireraient-elles ou chacun s'intéresserait-il davantage aux autres?	COMME AVANT 1 EMPIRERAIENT 2 S'INTERESSERAIENT DAVANTAGE..... 3 NE SAIT PAS/ NE REpond PAS 9	
602	Selon vous, si dans votre famille il y avait une personne séropositive VIH/sida, la situation économique de votre famille resterait-elle la même, empirerait-elle ou serait-elle améliorée?	COMME AVANT 1 EMPIRERAIT 2 AMELIORATION 3 NE SAIT PAS/ NE REpond PAS 9	

Merci d'avoir consacré du temps pour répondre à ce questionnaire!

REMARQUES DE L'ENQUETEUR

Enquêteur, veuillez répondre aux questions ci-dessous à l'issue de la passation du questionnaire.

(La personne qui vient d'être interrogée et les membres de la famille ne doivent pas voir cette page)

N1	Heure de fin de la passation du questionnaire :	
----	---	--

N2	Comment la personne interrogée a-t-elle réagi aux questions posées dans le questionnaire ?	
	Avait l'air de se plaire, à l'aise	1
	Avait l'air de ne pas aimer mais n'était ni lasse ni gênée	2
	Avait l'air ennuyée	3
	Avait l'air gênée	4

N3	Avez-vous trouvé que la personne interrogée était prête à collaborer avec vous ?	
	Voulait vraiment aider	1
	D'accord pour participer sans plus	2
	N'aime pas participer mais a quand-même accepté	3
	A trouvé ce moment très pénible	4

N4	Pensez-vous que la personne interrogée avait du mal à répondre à certaines questions ? Avez-vous dû répéter des questions ou changer leur formulation ?	
	Non, pas besoin	1
	Oui, quelques questions	2
	Oui, beaucoup de questions	3
	Oui, la plupart des questions	4

N5	Avez-vous rencontré beaucoup de difficultés pendant la passation du questionnaire ?	
	1ère partie. Informations sur la personne enquêtée	1
	2ème partie. Mariage et famille	2
	3ème partie. Connaissances générales sur le VIH/sida	3
	4ème partie. Prévention de la transmission du VIH/sida	4
	5ème partie. Prise en charge des séropositifs VIH/sida	5
	6ème partie. Influence du VIH/sida sur la famille	6

N6	D'après vous, à quoi sont liées ces difficultés ?	
	Questions auxquelles il est difficile de répondre (contenu)	1
	Faible niveau d'instruction de l'enquêté	3
	Environnement pendant l'entretien inadapté	4
	Difficulté à comprendre ce que disait la personne interrogée	6
	Autre (préciser)	8

N7	Autres remarques :	
----	--------------------	--

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
PARTIE 1	9
CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE	
CHAPITRE 1 : CONTEXTE	10
1.1. Stigmatisation et exclusion dans le contexte du VIH/sida	10
1.1.1. <i>Contexte de l'épidémie VIH/sida</i>	10
1.1.2. <i>Théories sur la stigmatisation et sur la stigmatisation liée au VIH/sida</i>	12
1.1.3. <i>Les relations entre connaissance, attitude de stigmatisation et exclusion liées au VIH/sida</i>	17
1.1.4. <i>La stigmatisation et l'exclusion liées au VIH/sida dans les études effectuées dans les pays en voie de développement</i>	22
1.2. L'expression de ces phénomènes au Viêt Nam	28
1.2.1. <i>Le Viêt-Nam – « un dragon prenant son envol » en Asie du Sud-Est</i>	28
1.2.2. <i>VIH/SIDA au Viêt Nam : caractéristiques et tendance</i>	38
1.2.3. <i>Stigmatisation des séropositifs VIH/sida dans la société : peur de la maladie et lien avec les « fléaux sociaux »</i>	46
1.2.4. <i>Les réponses du réseau médical et de la communauté</i>	50
1.3. La famille vietnamienne au carrefour de ces problématiques	55
1.3.1. <i>La transition démographique de la famille Vietnamiennne : « la famille nucléaire remplace celle traditionnelle de trois ou quatre générations »</i>	56
1.3.2. <i>Les changements contemporains de perception des fonctions, relations entre les générations et rôles de genre</i>	58

1.3.3.	<i>La famille et ses liens avec le VIH/sida, la stigmatisation et l'exclusion</i>	61
1.4.	Etude: “La famille vietnamienne face au VIH/sida: Connaissances, Stigmatisation et Exclusion (Etude de cas-témoins à Ha-Long, Quang-Ninh)”	64
1.4.1.	<i>Justification de l'étude</i>	64
1.4.2.	<i>Résultats attendus et place de l'étude</i>	67
CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE		70
2.1.	Objectifs de recherche, hypothèses et cadre d'analyse	70
2.1.1.	<i>Objectifs de recherche</i>	70
2.1.2.	<i>Hypothèses scientifiques</i>	71
2.1.3.	<i>Cadre théorique de la recherche</i>	72
2.2.	Sources de données et d'archives utilisées	74
2.2.1.	<i>Documents disponibles</i>	74
2.2.2.	<i>Données secondaires : « Population et indicateurs VIH/sida Viêt-Nam 2005 » (Vietnam Population and HIV/AIDS indicators 2005 - VPAIS 2005)</i>	74
2.2.3.	<i>Base de données: Enquête FAVIHVIET Ha-Long 2006</i>	76
2.3.	Méthodes de traitement et d'analyse des données	97
2.3.1.	<i>Traitement des données</i>	97
2.3.2.	<i>Analyse des données quantitatives</i>	98
2.3.3.	<i>Analyse des données qualitatives</i>	99
2.4.	Limites de l'étude	99
2.4.1.	<i>Limites liées au sujet et méthodes de recherche</i>	99

2.4.2.	<i>Limites liées aux sources de données, erreurs possibles</i>	100
2.4.3.	<i>Autres limites</i>	103
	PARTIE 2	104
	RÉSULTATS	
	CHAPITRE 3 : CONNAISSANCES DU VIH/SIDA	105
3.1.	Niveau de connaissance du VIH/sida	106
3.2.	Connaissance de l'existence du VIH/sida et des voies de transmission	116
3.3.	Connaissance de la prévention	120
3.4.	Connaissance de la prise en charge aux séropositifs	131
3.5.	Perception du VIH/sida et propagation de l'épidémie	140
3.6.	Influence des facteurs de la connaissance du VIH/sida	147
3.6.1.	<i>Diversification des sources d'informations reçues par les répondants sur le VIH/sida</i>	148
3.6.2.	<i>Discussions sur le VIH/sida</i>	155
3.6.3.	<i>Facteurs concernant la capacité personnelle et les opportunités de contacts sociaux</i>	163
3.6.4.	<i>Conditions matérielles dans le foyer</i>	168
	CHAPITRE 4 : ATTITUDES DE STIGMATISATION LIEES AU VIH/SIDA	171
4.1.	Stigmatisation des PVVIH dans la société	174
4.2.	Stigmatisation ressentie par les personnes séropositives	188
4.3.	Autostigmatisation de la personne se déclarant séropositive et des membres non séropositifs de son foyer	194
4.3.1.	<i>Autostigmatisation de la personne se déclarant séropositive et des</i>	196

	<i>membres de son foyer dans la participation aux activités communautaires</i>	
4.3.2.	<i>Autostigmatisation de personnes se déclarant séropositives dans le choix du lieu de soins de santé</i>	198
4.4.	Stigmatisation des PVVIH au sein du foyer par les membres non séropositifs des foyers-cas et les membres des foyer-témoins	202
4.4.1.	<i>Stigmatisation des PVVIH par les membres des foyers dans les situations quotidiennes</i>	204
4.4.2.	<i>Stigmatisation par les membres de foyers des PVVIH dans les soins de santé</i>	209
4.5.	Relations entre les différents types de stigmatisation	214
4.5.1.	<i>Perception qu'ont les séropositifs de leur mise à l'écart par la société et autostigmatisation des séropositifs</i>	216
4.5.2.	<i>Stigmatisation des PVVIH par les membres non séropositifs des foyers-cas et autostigmatisation des séropositifs</i>	219
4.5.3.	<i>Stigmatisation par les membres non séropositifs des foyers-cas des PVVIH dans la société et auto-stigmatisation des PVVIH</i>	223
4.5.4.	<i>Stigmatisation par les membres non séropositifs des foyers-cas et les membres des foyers-témoins des PVVIH dans la société et dans le foyer</i>	225
4.6.	Structure des foyers et stigmatisation liée au VIH/sida	229
4.6.1.	<i>Taille du foyer et stigmatisation liée au VIH/sida</i>	230
4.6.2.	<i>Modèle du foyer et stigmatisation liée au VIH/sida</i>	233
	CHAPITRE 5 : LIEN ENTRE CONNAISSANCES ET ATTITUDES DE STIGMATISATION	240
5.1.	Connaissance du VIH/sida et stigmatisation des PVVIH dans la société	244

5.2.	Connaissances du VIH/sida et auto-stigmatisation des séropositifs et des membres de leurs foyers	250
5.2.1.	<i>Dans la participation aux activités communautaires</i>	250
5.2.2.	<i>Dans les soins de santé</i>	252
5.3.	Connaissance du VIH/sida et stigmatisation des PVVIH dans la famille	256
5.3.1.	<i>Dans les activités quotidiennes</i>	256
5.3.2.	<i>Dans les soins de santé</i>	260
CHAPITRE 6 : RELATION ENTRE STIGMATISATION ET EXCLUSION		270
6.1.	Stigmatisation et exclusion des séropositifs et des membres de leurs foyers des activités communautaires	271
6.1.1.	<i>Participation des séropositifs et des membres de leurs foyers aux activités communautaires</i>	271
6.1.2.	<i>Autostigmatisation des séropositifs et des membres de leurs foyers et exclusion des activités communautaires</i>	274
6.1.3.	<i>Stigmatisation des PVVIH dans la société par les foyers et exclusion des séropositifs des activités communautaires</i>	277
6.2.	Stigmatisation et exclusion des séropositifs des soins de santé	280
6.2.1.	<i>Lieu et personne pour soigner les séropositifs</i>	282
6.2.2.	<i>Auto-stigmatisation des séropositifs dans le choix du lieu de soins de santé et exclusion des soins du foyer</i>	287
6.2.3.	<i>Stigmatisation des PVVIH dans le foyer et exclusion des séropositifs des soins de santé du foyer</i>	288
6.3.	Stigmatisation et exclusion des séropositifs de situations quotidiennes	291

6.3.1.	<i>Situations quotidiennes des séropositifs</i>	292
6.3.2.	<i>Stigmatisation des PVVIH dans les situations quotidiennes des foyers et exclusion des séropositifs de ces situations</i>	299
6.3.3.	<i>Stigmatisation des PVVIH dans la société par les foyers et exclusion des séropositifs des situations quotidiennes</i>	309
6.4.	Stigmatisation et séparation des membres non séropositifs des foyers-cas dans les situations quotidiennes	313
6.4.1.	<i>Séparation des membres non séropositifs des foyers-cas dans les situations quotidiennes</i>	313
6.4.2.	<i>Stigmatisation des PVVIH dans les situations quotidiennes par les membres non séropositifs des foyers-cas et séparation dans ces situations</i>	315
	CHAPITRE 7 : LA FAMILLE FACE AU VIH/SIDA	319
7.1	Interactions entre la société – LA FAMILLE – l’individu dans le contexte du VIH/sida	319
7.1.1.	<i>Le VIH/sida du contexte social au contexte familial</i>	320
7.1.2.	<i>Réaction de la famille à l’égard du le séropositif</i>	331
7.1.3.	<i>Impacts de l’apparition du VIH/sida sur les membres non séropositifs dans la famille</i>	336
7.1.4.	<i>Le rôle des séropositifs et de leur famille dans le contrôle de la transmission du VIH/sida dans la société</i>	343
7.2.	Le VIH/sida et les changements des fonctions de la famille	350
7.2.1.	<i>Changements de la fonction psychologique et émotionnelle</i>	350
7.2.2.	<i>Changements de la fonction de soins de santé</i>	353
7.2.3.	<i>Changements de la fonction éducative et de transmission de connaissances</i>	355

7.2.4. <i>Changements de la fonction économique</i>	357
7.2.5. <i>Changement de la fonction de procréation humaine</i>	359
CONCLUSION	362
RECOMMANDATIONS	380
BIBLIOGRAPHIE	384
LISTE DE TABLEAUX	410
LISTE DE FIGURES	420
ANNEXE 1 : Liste des entretiens	422
ANNEXE 2 : Questionnaire ménage	426
ANNEXE 3 : Questionnaire individuel	432
ANNEXE 4 : Questionnaire membre de ménage	452
TABLE DES MATIERES	472

Résumé

Le VIH/sida est considéré comme le phénomène causant « le plus grand renversement dans le processus de développement humain dans l'histoire contemporaine ». La stigmatisation liée au VIH/sida est un obstacle majeur à la prévention de l'épidémie. Bien qu'au Viêt-Nam la propagation de l'épidémie VIH/sida soit moins forte qu'en Thaïlande et au Cambodge, il a tendance à se propager à l'ensemble de la population. Les familles font de plus en plus face au VIH/sida. Les résultats scientifiques de cette thèse ont montré que le VIH/sida entre dans les familles comme un « choc ». Il a un impact sur la vie de tous les membres de la famille. Les séropositifs et les membres non séropositifs doivent faire face à de nouvelles réactions. Le VIH/sida cause des changements dans les fonctions de la famille. Toutefois, la famille joue un rôle important dans la prévention et les soins aux séropositifs. Malgré cela, la mise en œuvre de ce rôle a de nombreuses limites. Les séropositifs et les membres de leurs foyers manquent de connaissances sur le VIH/sida. La stigmatisation des séropositifs par les membres de leurs foyers et dans la société est forte. Les séropositifs et les membres de leurs foyers font de l'auto-stigmatisation et ne veulent pas communiquer sur leur séropositivité. Des facteurs influant le niveau des connaissances du VIH/sida, les attitudes de stigmatisation ont été identifiés pour aider à formuler des recommandations pour la mise en œuvre d'interventions contre le VIH/sida.

Mots clés : Viêt-Nam, Ha-Long, VIH/sida, séropositivité, personne séropositive, famille, foyer, cas-témoin, connaissance, stigmatisation, exclusion.

Summary

HIV/AIDS is considered as the phenomenon causing "the greatest reversal in human development process in modern history". The stigma related to HIV/AIDS is a major obstacle to prevention of the epidemic. Although in Viet Nam HIV/AIDS is less widespread than in Thailand and Cambodia, the epidemic tends to spread to the entire population. Families increasingly face HIV/AIDS. The scientific results of this thesis have shown that HIV/AIDS enters families as a "shock". It leaves many impacts on the lives of all family members. People with HIV/AIDS and their relatives must cope with new reactions. HIV/AIDS is causing changes in the functions of the family. However, the family plays an important role in prevention and care for people living with HIV/AIDS. Despite this, implementation of this role have many limitations. People with HIV/AIDS and members of their households lack knowledge of HIV/AIDS. The stigma of members of households to people with HIV/AIDS in the society and in the family is at high level. People with HIV/AIDS and members of their household have self-stigma and do not want to disclose their HIV-positive status. Factors influencing the level of knowledge of HIV/AIDS, the attitudes of stigma have been identified to help offering recommendations for the implementation of interventions against HIV/AIDS.

Key works : Vietnam, Halong, HIV/AIDS, HIV positive status, people living with HIV, family, household, case-control, knowledge, stigmatisation, exclusion