



HAL
open science

Le processus de reconstruction des relations sociales après une épreuve majeure : l'exemple des femmes séropositives VIH à Hô Chi Minh-Ville

Vu Huong Giang Nguyen

► **To cite this version:**

Vu Huong Giang Nguyen. Le processus de reconstruction des relations sociales après une épreuve majeure : l'exemple des femmes séropositives VIH à Hô Chi Minh-Ville. Sociologie. Université Bourgogne Franche-Comté, 2020. Français. NNT : 2020UBFCC020 . tel-03201802

HAL Id: tel-03201802

<https://theses.hal.science/tel-03201802v1>

Submitted on 19 Apr 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



THÈSE DE DOCTORAT DE L'ETABLISSEMENT UNIVERSITÉ BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ

PRÉPARÉE À L'UNIVERSITÉ BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ

Ecole doctorale n° 594

SOCIÉTÉS, ESPACE, PRATIQUES, TEMPS

Doctorat de Sociologie

Par

Madame NGUYEN Vu Huong Giang

Le processus de reconstruction des relations sociales après une épreuve majeure :

l'exemple des femmes séropositives VIH à Hồ Chí Minh- Ville

Thèse présentée et soutenue à « Besançon », le « 25 septembre 2020 »

Composition du jury :

Monsieur FERRÉOL Gilles	Professeur des Universités, Université de Franche - Comté	Président
Monsieur BAROU Jacques	Directeur de recherche émérite, Laboratoire PACTE, IEP de Grenoble	Rapporteur
Monsieur LEGROS Patrick	Maître de conférences, Université de Tours	Rapporteur
Monsieur LE-HUU Khoa	Professeur des Universités, Université Bourgogne Franche - Comté	Directeur de thèse

REMERCIEMENTS

Pour commencer, continuer et terminer cette thèse, j'ai cru comprendre qu'il était difficile de passer outre une page de remerciements. Voici donc mes remerciements à l'égard de celles et ceux qui ont accompagné ce processus.

En premier lieu, je tiens à remercier mon directeur de thèse, Monsieur le Professeur LE-HUU Khoa, pour vos généreuses disponibilités, pour vos respectueux échanges et pour ces moments sincères et stimulants. Votre confiance totale fut le socle de cet encadrement à l'intérieur duquel vous m'avez accordé l'autonomie nécessaire pour vivre agréablement cette expérience doctorale.

Ensuite, je remercie le Professeur FERREOL Gilles et le laboratoire « Culture, Sport Santé, Société » (C3S) qui m'ont accueillie et m'ont fourni le support interactionnel, pédagogique et administratif pour travailler dans de bonnes conditions. Les séminaires, les journées des jeunes chercheurs et des doctorants ont toujours été un lieu d'émulation intellectuelle et de libations des plus agréables, rompant, souvent de manière opportune, la routine du thésard. Je remercie tous les chercheurs-enseignants titulaires du laboratoire C3S, je ne suis pas près d'oublier la bonne humeur et l'ouverture d'esprit qui accompagnent les membres du C3S.

Au fil des 27 entrevues menées, j'ai rencontré non seulement des « données de recherche », mais bel et bien des femmes vivant avec le VIH à Hô Chí Minh - Ville qui ont accepté de témoigner de leur vie. Sans cette confiance, cette générosité et cette sincérité à chaque rencontre, la recherche n'aurait pu être possible. Leurs voix, réécoutées au cours des retranscriptions, elles m'ont transféré une partie de leurs pensées, leur confiance, un brin de leur appréhension et de leurs doutes. De chacune d'elles, j'ai retenu les traits du visage, l'attitude ainsi que leur lieu de travail. Elles m'ont ainsi offert une partie de leur quotidien. C'est avant tout à elles que je dédie ces efforts, car ce don de soi est précieux.

Je tiens également à remercier Mme. TRẦN Thị Phụng, M. LÊ Quang Minh pour le contact sur le terrain, ainsi que Mme. NGUYỄN Thị Bích Liễu, pour leur relecture attentive des retranscriptions d'entretiens.

Je ne peux pas non plus oublier Mme. DUPRAT Isabelle, M. KIM Van qui ont lu et relu mes écrits français dont ils ont corrigé les erreurs avec patience. Leur bienveillance et leur esprit critique auront été les deux moteurs les plus importants de cette recherche.

La réalisation d'une thèse de doctorat est une longue « entreprise » qui nécessite l'encouragement et l'aide précieuse de ma petite famille. Mon époux, ma fille et mes fils m'ont permis de m'engager dans cette aventure. Je loue leur sacrifice, leur loyauté, leur patience et leurs encouragements. À vous : Van, Antonia, Joseph et Hervé, ce travail est dédié en gage de mon amour pour vous.

Enfin, je n'oublie pas le soutien et les encouragements de toute ma famille au Việt Nam (mes parents, mes beaux-parents, ma sœur et mes belles-sœurs).

SOMMAIRE

LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS	viii
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
PARTIE I	5
SITUATION DU VIH/SIDA	5
Chapitre I Épidémie du VIH/Sida dans le monde.....	6
1.1 VIH/Sida de la pathologie aux questions sociales.....	6
1.1.1 Comment le Sida a-t-il été découvert ?	6
1.1.2 Comment le Sida a-t-il changé le monde ?.....	9
1.1.3 Le Sida n'est pas notre propre maladie	11
1.2 VIH/Sida dans le monde	13
1.2.1 VIH/Sida en Afrique	17
1.2.2 VIH/Sida en Europe.....	18
1.2.3 VIH/Sida en Asie	19
Chapitre II Situation du VIH/Sida au Viêt Nam.....	24
2.1 Épidémie du VIH/Sida et réaction du Viêt Nam face au VIH/Sida	24
2.1.1 Épidémie du VIH/Sida au Viêt Nam	24
2.1.2 Réaction du Viêt Nam face à l'épidémie du VIH/Sida : stratégie, politique et action	29
2.2 Hồ Chí Minh-Ville face au VIH/Sida.....	42
2.3 Système des services médico-sociaux de la ville face à l'épidémie du VIH	46
2.4 VIH/Sida et femmes à Hồ Chí Minh - Ville.....	47
2.4.1 Situation générale des femmes à Hồ Chí Minh - Ville	48
2.4.2 VIH/Sida et femmes à Hồ Chí Minh -Ville.....	49
Chapitre III La revue des travaux de recherche liés aux personnes vivant avec le VIH/Sida au Viêt Nam et dans le monde	52
PARTIE II.....	57
APPROCHE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE	57
Chapitre IV Approche théorique et conceptuelle de l'étude	58
4.1 Théorie de la construction sociale.....	58
4.2 Théorie de l'étiquetage.....	61
4.3 Définition des relations sociales des femmes séropositives	65
4.4 Théorie de la construction sociale à travers différentes recherches	66
Chapitre V Méthode de recherche.....	69

5.1 Question, objectif et hypothèse de recherche.....	69
5.2 Instruments de collecte des données	70
5.3 Traitement et analyse des données	83
5.3.1 Traitement des données	83
5.3.2 Analyse des données.....	84
PARTIE III.....	88
PROCESSUS DE RECONSTRUCTION DES RELATIONS SOCIALES APRÈS UNE	
ÉPREUVE MAJEURE : L'EXEMPLE DES FEMMES SÉROPOSITIVES VIH À HỒ CHÍ MINH	
- VILLE	88
Chapitre VI Femmes séropositives VIH à Hồ Chí Minh - Ville.....	89
6.1 Portrait des femmes séropositives VIH à Hồ Chí Minh - Ville d'après leur récit de vie	89
6.1.1 Portrait général	89
6.1.1.1 Situation familiale	89
6.1.1.2 Niveau d'instruction.....	96
6.1.1.3 Âge et état matrimonial	97
6.1.1.4 Résidence actuelle.....	98
6.1.1.5 Cause de l'infection au VIH et santé des femmes.....	99
6.1.1.6 Actes liés aux lois : tomber dans la drogue et exercer la prostitution	107
6.1.2 Portraits représentatifs	111
6.1.2.1 Femmes mariées deux fois et contaminées par leur mari	111
6.1.2.2 Femmes contaminées pour des raisons objectives.....	114
6.1.2.3 Femmes contaminées en se prostituant	116
6.1.2.4 Femmes toxicomanes et prostituées.....	120
6.2 Vérité ou un choc sur le VIH/Sida	122
6.2.1 Choc, désarroi et négation.....	123
6.2.2 Colère	124
6.2.3 Soucis, panique	124
6.2.4 Dépression et désespoir	125
6.2.5 Solitude.....	125
6.2.6 Acceptation et espoir	126
6.3 Emploi	128
6.4 Identité des femmes séropositives	144
Chapitre VII Éléments influant le processus de reconstruction des relations sociales.....	153
7.1 Éléments individuels	153
7.1.1 Conscience de soi.....	153

7.1.2 Auto-stigmatisation	157
7.1.3 Confiance et secret	160
7.1.4 Vie spirituelle	166
7.2 Éléments familiaux.....	170
7.2.1 Mariage/vie en couple : désir ou contraignant/partage	170
7.2.2 Présence d'enfant(s) et/ou désir de procréation : rôle et responsabilité des femmes séropositives	176
7.2.3 Réaction de la famille envers les femmes infectées par le VIH	181
7.2.4 Soutien familial.....	185
7.3 Éléments sociaux	187
7.3.1 Aide des amis, de la communauté.....	187
7.3.2 Services médico-sociaux.....	188
7.3.3 Stigmatisation et discrimination de la communauté	189
Chapitre VIII Processus de reconstruction des relations sociales des femmes vivant avec le VIH/Sida.....	206
8.1 Contexte du processus de reconstruction des relations sociales.....	206
8.2 Reconstruction des relations sociales au niveau individuel	209
8.3 Reconstruction des relations sociales au niveau du groupe.....	220
8.3.1 Intégration des femmes séropositives aux groupes	220
8.3.2 Reconstruction les relations sociales à travers des activités liées au VIH.....	225
8.4 Rêve et espoir	229
PARTIE IV	232
DISCUSSION, CONCLUSION ET PERSPECTIVES	232
Chapitre IX Discussion et conclusion	233
9.1 Discussion.....	233
9.2 Conclusion.....	243
9.3 Limites de la recherche	247
9.4 Voies de recherche.....	247
BIBLIOGRAPHIE	249
ANNEXES.....	270

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Évolution de la politique publique concernant le PVVIH au Viêt Nam	37
Tableau 2	Nombre des PVVIH et morts liées au Sida à Hồ Chí Minh - Ville en 2015	73
Tableau 3	Récapitulatif des rencontres	79
Tableau 4	Relevé de thèmes en analyse des données	85
Tableau 5	Population occupée âgée de 15 ans et plus au 1 ^{er} juillet de l'année par profession et par situation dans la profession	128
Tableau 5a	Population occupée âgée de 15 ans par profession et par situation dans la profession	129
Tableau 6	Salaire moyen/mois des travailleurs du sexe et des métiers en 2014	142
Tableau 7	Répartition (%) des répondants selon leur statut VIH, le type de leur foyer et leur groupe d'âge	234
Tableau 8	Répartition (%) des répondants selon leur niveau d'instruction	235
Tableau 9	Répartition (%) des répondants selon leur profession	236

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Nombre de personnes vivant avec le VIH en 2017	14
Figure 2	Répartition des nouvelles infections à VIH par groupe de population en 2018	15
Figure 3	Nombre de personnes vivant avec le VIH et ayant accès au traitement dans le monde	16
Figure 4	Nombre de nouvelles infections à VIH en 2018 et évolution depuis 2010	17
Figure 5	Taux d'infection au VIH au Viêt Nam en 2015 (cas pour 100 000 habitants)	28
Figure 6	Site étudié de Hồ Chí Minh - Ville	77
Figure 7	Site étudié de 8 ^e arrondissement de Hồ Chí Minh - Ville	78
Figure 8	État psychologique des femmes séropositives	123
Figure 9	Statut d'emploi	139
Figure 10	Revenu mensuel moyen par ménage	143
Figure 11	Niveaux de revenu mensuel des ménages	144
Figure 12	Chanteuses vietnamiennes dans la période coloniale française	147
Figure 13	Hôtesse du bar de karaoké	148
Figure 14	Éléments de l'auto-stigmatisation	159
Figure 15	Non-divulgence du statut par sexe	164
Figure 16	Avis des travailleurs sur l'annonce des résultats du test VIH en milieu de travail	165
Figure 17	Triangle de la stigmatisation	191
Figure 18	Expériences de stigmatisation et de discrimination communautaires/sociales au cours des 12 derniers mois	197
Figure 19	Éléments de la stigmatisation	202
Figure 20	Éléments de la discrimination	203
Figure 21	Cadre conceptuel, cadre de stigmatisation du VIH	203
Figure 22	Causes de la stigmatisation et de la discrimination liées au Sida	204
Figure 23	Expériences de stigmatisation et de discrimination communautaires/sociales au cours des 12 derniers mois	204
Figure 24	Statut scolaire	235
Figure 25	Cadre conceptuel : Stigmatisation, discrimination et stigmatisation interne	239
Figure 26	Interaction entre la société, la famille et l'individu dans le contexte du VIH/Sida	241

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ANRS	Agence nationale de recherches sur le Sida
ARV	Antirétroviraux
AusAIDS	Australian Agency for International Development [Agence australienne pour le développement international]
CDC	Centers for Disease Control and Prevention [Centres pour le Contrôle et la Prévention des catastrophes]
CD4	Cluster de différenciation 4
CE1	Cours élémentaire de première année
CERPOS	Centre de recherche Populations et Sociétés
CNSida	Comité national de prévention et de lutte contre le Sida
CP	Chính phủ [Gouvernement]
CT	Chỉ thị [Directive]
C3S	Laboratoire Culture, Sport Santé, Société
FHI	Family Health International [Santé familiale internationale]
IAS	International AIDS Society [Société internationale du Sida]
IDE	Investissement direct étranger
IIE	Investissement indirect étranger
GIPA	Greater Involvement of People Living with HIV/AIDS [Plus grande implication des personnes vivant avec le VIH/Sida]
GSO	General Statistics Office of Việt Nam [Office général des statistiques du Việt Nam]
GRID	Gay-related immunodeficiency syndrome [Syndrome d'immunodéficience gay]
HAART	Highly active antiretroviral therapy [Thérapie antirétrovirale hautement active]
HCMV	Hồ Chí Minh - Ville

HSH	Les Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes
HTLV	Human T- cell lymphotropic virus [Virus lymphotrope des lymphocytes-T humains]
LAV	Lymphadenopathy associated virus [Virus associé à la lymphadénopathie]
KAB	Knowledge, Attitudes, Behavior [Connaissances, attitudes, comportement]
NIH	National Institute of Health [Institut national de la santé]
OFS	Office fédéral de la statistique
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies ONUSIDA (UNAIDS en anglais) – Programme commune des Nations Unies sur le VIH/Sida
PEPFAR	Plan présidentiel d'aide d'urgence à la lutte contre le sida
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RDS	Respondent-driven sampling [Échantillonnage mené par les répondants]
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
TW	Trung ương [Central]
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VNP+	Việt Nam National Network of People Living with HIV/AIDS [Réseau national Vietnamien des personnes vivant avec le VIH/Sida]
VNU	Volontaires des Nations Unies
WHO	Organisation mondiale de la Santé

INTRODUCTION GÉNÉRALE

J'ai commencé à m'intéresser au VIH/Sida il y a près de vingt ans quand j'étais étudiante de deuxième cycle de sociologie. En 2001, j'ai réalisé avec une camarade universitaire une étude sur les travailleuses du sexe qui sont accueillies dans le centre de rééducation N° 06 à Ba Vì (Hà Nội). Ce fut là notre première recherche qualitative auprès de participantes dites « sensibles », « marginalisées » ou « cas sociaux ». Parmi les femmes participant à cette étude, certaines étaient porteuses du VIH. Ce fut donc ma première confrontation à des femmes séropositives. Leur récit de vie m'a interpellée quant à leurs conditions de vie après leur sortie du centre de rééducation. Je me demandais comment elles continueraient à vivre avec une telle discrimination sociale ? Et combien de temps elles pourraient survivre avec le Sida ? Est-ce le « Sida » ou « le rejet de la société » qui finirait par les « tuer » ? Ce sont les réponses à ces questions qui m'ont poursuivi et au long de mes études et décidée à clore ce travail.

Mes études précédentes sur les *connaissances, attitudes, comportements (KAB)* d'étudiants ou d'agriculteurs confrontés au VIH/Sida, sans en être atteints eux-mêmes, m'avait déjà alertée sur le problème de l'exclusion dont auraient à souffrir les porteuses du VIH : les personnes interviewées lors des études KAB reconnaissaient toutes avoir eu des comportements stigmatisants ou discriminatoires à l'égard des séropositifs de leur entourage, y compris familial. Cela s'explique sans doute par la propagande négative d'une communication associant le VIH à la drogue et à la prostitution. Or ni les usagers de drogue, ni les clients de la prostitution (ou prostituées elles-mêmes) ne leur inspiraient de sympathie. Cette enquête ne portait donc pas sur les victimes porteuses du VIH, mais uniquement sur leur entourage.

En 2006, j'ai eu l'occasion de travailler en tant que volontaire en charge du projet « *Promoting the Greater Involvement of People Living with HIV/AIDS (GIPA) in Việt Nam* » [*Plus grande implication des personnes vivant avec le VIH/Sida au Việt Nam*] à Hồ Chí Minh – Ville (HCMV), dans le cadre d'une coopération entre le programme des Volontaires des Nations-Unies (VNU) au Việt Nam et l'Union des femmes du Việt Nam. Dans le cadre de ce travail, ces femmes séropositives m'ont fait partager leur quotidien et leur histoire. À cette occasion, j'ai remarqué la palette d'émotions contradictoires qui se dégageaient de leurs confidences : oscillant entre espoir de guérison, optimisme, instinct de vie, confiance en l'autre et, simultanément, désespoir, crainte de la mort, pessimisme, peur de l'abandon. Cette

expérience m'a interpellée et a suscité de nombreuses questions : Comment les patients atteints du sida supportent leur maladie ? Quels changements interviennent dans leur vie après l'infection au VIH ? Comment nouer des relations sociales « normales » ? Comment parvenir à vivre dans un environnement hostile et discriminant ?

En 2011, dans le cadre de la formation de Master 2 en sociologie à l'Université de Nanterre Paris X, pour mon mémoire, j'ai étudié cinq femmes séropositives à HCMV. Les résultats ont montré qu'après l'infection au VIH, les personnes séropositives rencontraient des difficultés d'intégration sociale et qu'en plus de l'aspect purement thérapeutique propre à la prise de médicaments, elles devaient aussi s'adapter aux réactions ambivalentes de l'entourage, ce qui modifiait leurs relations sociales. La réponse purement médicale ne suffisait pas à leur chemin de guérison.

Car cette maladie hautement transmissible a soulevé, de la part des États, trois types de réactions, prioritairement en fonction de l'intérêt de la société plutôt que celui du malade : réaction de prévention, on verra qu'au Viêt Nam cela a été fait (plus ou moins bien, on verra pourquoi), réaction de recherche pharmaceutique et en effet de gros progrès ont été accomplis, et enfin, l'aide à la réinsertion de la malade victime d'exclusion. C'est ce dernier volet qui nous intéresse, car c'est là que de grosses lacunes subsistent. Tant que l'on ne disposait pas de traitements reconnus, le Sida, à la fois maladie mortelle, transmissible, et inconnue a inspiré de la frayeur.

En effet : en tant que maladie mortelle, les porteurs du VIH, voués une mort certaine, devaient supporter le rejet que l'inéluctabilité de leur destin inspirait à la société, société qui se veut généralement « optimiste », mais, coupable de ne pouvoir soigner ces malades, la société préférait ne pas les voir, quitte à les rendre « responsables » de leur maladie, évacuant ainsi sa propre culpabilité.

En tant que maladie transmissible, le Gouvernement vietnamien, comme les pays occidentaux avant lui, dès l'apparition de la maladie, a immédiatement créé une agence de santé spécialisée dans la prévention. Cette agence a isolé trois comportements « à risque » : prostitution, toxicomanie et vie sexuelle hors mariage. Comportements jugés de facto immoraux, « maux sociaux », car nuisibles à la société. Mais cette mesure prophylactique, nécessaire sur le plan sanitaire, n'a pas pris en compte les problèmes sociaux interactionnels

rencontrés alors par les malades. La propagande de prévention s'est même révélée contreproductive pour le malade lui-même, étiqueté « cas social », « hors normes », donc « responsable » de sa maladie. Ce qu'il n'était évidemment pas, mais c'est comme tel que le malade sanctionné s'est perçu. Changeant d'identité à ses propres yeux.

Le Sida, maladie inconnue, peu à peu s'est fait connaître. On l'a apprivoisé, en quelque sorte. Et les porteurs du virus ont profité de ce nouveau regard. Et grâce à la recherche médicale et à l'apparition des antirétroviraux la vie de ces malades a enfin pu sortir des ténèbres où ils étaient tenus. Cela devient peu à peu une maladie « curable » n'inspirant plus la même inquiétude, le Sida peut même être considéré comme une maladie chronique plus ou moins ordinaire. Pourtant, malgré ces succès, cette enquête a montré qu'il restait de gros progrès à faire concernant la stigmatisation dont restent victimes les porteurs du VIH. La mort des personnes atteintes ne fait plus peur, mais un ostracisme moral demeure. Les séropositifs sont considérés « cas sociaux », plus exactement au Viêt Nam : « maux sociaux ». Changer le regard de la société vietnamienne reste un défi. En effet, par peur des réactions de rejet, car trop souvent mal considérés, les malades n'informent ni leur famille ni leur environnement. C'est un cercle vicieux, car ce manque d'informations augmente la stigmatisation et la discrimination et réduit la capacité positive que pourrait opérer l'entourage sur ces patients. S'ensuivent des liens sociaux détruits et des statuts fragilisés, tout cela malgré les progrès de la médecine. La guérison des malades reste impactée et la société vietnamienne est confrontée à un problème d'ordre social. L'ostracisme ralentit la guérison et met en danger la société entière.

Notre dernière enquête, menée cette fois-ci, auprès de 27 participantes, porte principalement sur le processus d'intégration et de renforcement social de ces femmes APRES leur infection par le VIH. Utilisant des questionnaires semi-structurés, cette étude se développe en quatre parties :

La première partie présente la situation générale du VIH/Sida dans le monde, au Vietnam en particulier, et informe sur les femmes vivant avec le VIH/Sida. Nous décrivons également les stratégies politiques que l'État du Viêt Nam adoptées pour faire face à l'épidémie du VIH/Sida et les différentes politiques de soutien médico-social appliquées.

La deuxième partie expose les théories sur lesquelles s'est fondée cette recherche et les concepts en permettant l'analyse critique. Il s'agit principalement de la *Construction sociale*

de Peter Berger et Thomas Luckmann (1966), de l'*Interactionnisme* d'Herbert Blumer (1937), de la théorie de l'*Étiquetage* de George Herbert Mead, Frank Tannenbaum et Edwin Lemert (1950), et de la théorie de l'*Étiquetage modifié* de Howard Saul Becker et d'Erving Goffman (1963).

La troisième partie présente les portraits de femmes infectées par le VIH, leur processus d'intégration et de renforcement social. Elle examine les facteurs qui ont et continuent d'affecter ce processus de reconstruction relationnelle et comment les éléments interactionnels qui se jouent au long de ce processus peuvent le modifier.

La quatrième partie est consacrée aux discussions et aux conclusions résultant de l'enquête en comparant les sujets de notre recherche avec d'autres études.

PARTIE I
SITUATION DU VIH/SIDA
DANS LE MONDE ET AU VIỆT NAM

Chapitre I Épidémie du VIH/Sida dans le monde

Dans ce chapitre, nous présentons la situation générale du VIH/Sida dans le monde et au Viêt Nam. Ce chapitre est divisé en deux sections : pour mieux comprendre l'épidémie du VIH/Sida et son origine, la première section présente le VIH/Sida de la pathologie aux questions sociales ; au cours de la deuxième section, nous décrivons en détail, la situation du VIH dans le monde entier et au Viêt Nam.

1.1 VIH/Sida de la pathologie aux questions sociales

L'engagement à mettre fin à l'épidémie du Sida d'ici à 2030 (UNAIDS, 2016, p. 1) est un défi mondial non négligeable, car près de 2 millions de personnes sont nouvellement infectées dans le monde, les pays pauvres ou en développement étant les plus touchés à ce jour.

Par ailleurs, cette maladie a d'immenses conséquences sociales sur ses victimes, directes ou indirectes. Les mesures médicales, sanitaires ou de prévention contre la maladie ne suffisent pas, les Etats sont conscients de la nécessité d'instaurer des programmes sociaux spécifiques en faveur des personnes infectées, en imposant la création d'emplois ciblés par exemple, mais surtout en créant une propagande positive à l'égard de cette population doublement fragilisée par la maladie et par la discrimination qui s'y attache. Doublement victimes. D'autant qu'au Viêt Nam la discrimination touche aussi la famille.

Les avancées médicales et les mouvements sociaux type AIDS, visant à changer le regard des pays occidentaux sur cette maladie, ont fait prendre conscience que quand le malade cessait de se sentir culpabilisé ou responsable du stigmat qui lui était infligé, la société le traitait différemment, et les progrès qui en découlaient étaient bénéfiques aussi bien au malade qu'à la société.

1.1.1 Comment le Sida a-t-il été découvert ?

L'histoire du Sida peut se diviser en trois temps : la première période (1980 à 1996) serait celle de la découverte : des cas sont répertoriés, puis au cours des années quatre-vingt jusqu'en 1996, les modes de transmission sont étudiés et connus. Le virus enfin est isolé. Des traitements lourds interviennent. La deuxième période (1997 à 2010) est marquée par

l'extension de la maladie au monde entier, par une mortalité importante et par les efforts de prévention de la communauté mondiale pour en réduire la transmission. C'est l'étape importante préparant à la troisième période (2011 à nos jours) où la maladie, devenue « chronique », fait moins peur, mais continue de tuer, par manque d'informations et d'argent, en particulier dans les pays en développement.

La première étape : le plus ancien échantillon du virus (VIH) date d'un don de sang fait par un homme en 1959, à Léopold ville, au Congo (UNAIDS, 2006, p. 1). Jusqu'en 1981, Michael Gottlieb et ses collègues ont rendu publics cinq cas d'infection chez des homosexuels masculins touchés par une pneumonie, causés par une infection due au *Pneumocystiscarinii*, à Los Angeles, Californie (Centers for Disease Control and Prevention, 1981). Les médecins découvrent des cas similaires dans la communauté homosexuelle Américaine vivant à New York et en Californie au cours de cette période (UNAIDS, 2008, pp7-8) ; (AVERT, 2017). Ce nouveau syndrome a été dénommé « Gay-related immunodeficiency syndrome » (GRID) [Syndrome d'immunodéficience gay]. Ce sont principalement des hommes qui sont touchés.

Mais au cours des années suivantes, on trouve le virus indifféremment sur des femmes, des toxicomanes, et même des enfants. Et ce n'est qu'en 1982, que la CDC a adopté pour la première fois le terme Sida (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) et a précisé les trois grands modes de transmission : voie sanguine, voie de la mère à l'enfant et voie sexuelle. La pandémie a touché non seulement les États-Unis mais également l'Europe, la Belgique et la France (principalement due au retour d'Africains et d'Européens partis visiter les régions équatoriales), l'Australie, la Nouvelle-Zélande et certains pays d'Amérique latine (UNAIDS, 2008, pp7-8). Le Sida s'est donc répandu à tous les continents. Un peu plus tard en Chine où l'on constate un retard d'environ dix années.

Le virus responsable du Sida ne fut isolé qu'en mai 1983, résultat des recherches menées par Luc Montagnier, François BarréSinoussi et le laboratoire de l'Institut Pasteur, à Paris. Le virus ainsi découvert, soupçonné de causer la maladie fut dénommé : LAV (*Virus Lymphadéno-Associé (LAV)* virus apparenté aux ganglions lymphatiques).

Parallèlement 1984, Gallo et son équipe travaillant à l'Institut national du cancer [*National Cancer Institut*] et aux Instituts américains de la santé [*National Institute of Health-NIH*] ont isolé un virus semblable et l'ont appelé HTLV (*Human T-cell-Lymphotropicvirus*)

(virus T-lymphotropique humain) (AVERT, 2017), (Curran & Jaffe, 2011), (NIH History, 2016). Ces découvertes, respectivement française et américaine, ont été majeures.

Cependant, le nombre de morts n'a cessé d'augmenter à cette époque, les chercheurs étant impuissants à trouver un traitement opérationnel. Aux États-Unis par exemple, le nombre de malades atteints « doublait d'une année à l'autre » (Krim, 1985).

Si, à la fin de l'année 1981, aux USA, seuls 270 cas d'infection avaient été détectés chez les homosexuels, et seulement 121 morts, en revanche en 1983, on recensait 3 064 cas (AVERT, 2017), et, en 1986, on recensait déjà 1 292 morts et 40 000 personnes contaminées (Krim, 1985). Le Sida se propageait donc de façon fulgurante : 50 280 cas entre 81 et 87, 202 520 entre 88 et 92. Chiffres concernant essentiellement des hommes.

La stigmatisation à l'égard des patients du Sida est apparue dès le début de l'épidémie. Principalement à l'égard des homosexuels, pour lesquels l'interdiction de don de sang date de 1985. Et l'obligation faite à certains chauffeurs de bus de San Francisco de porter des masques date de 1983 (*Human Rights Campaign*, 1981). Les mœurs homosexuelles sont rendues responsables de la maladie et il leur est difficile de déclarer leur infection au VIH. Le réseau mondial de personnes vivant avec le VIH n'a été créé qu'en 1986. En revanche en Afrique subsaharienne, à la fin de cette décennie, les femmes infectées par le VIH représentaient déjà la moitié du nombre d'adultes infectés (UNAIDS, 2006).

La deuxième étape (1996-2006) est marquée par l'apparition du traitement HAART (*Highly Active Antiretroviral Therapy*) en 1996 : dès ce moment les médecins l'appliquent largement ce qui a permis de réduire de 30 % le taux de mortalité due au Sida, passant de 80 % à 50 %. Grâce à ce traitement, la charge virale a été contrôlée, et les symptômes initiaux et leur évolution en Sida ont été ralentis et prévenus. Cette thérapie a contribué à transformer la maladie « globale » en « une maladie chronique contrôlée » (Delaney, 2006). Il s'agit là d'une avancée cruciale.

Pourtant, c'est au cours de cette période que les contaminations chez les hétérosexuels se sont multipliées. Alors que les hommes, majoritairement homosexuels étaient les plus concernés, les hétérosexuels, eux, ne se sont pas suffisamment protégés. La maladie touche indifféremment homos, femmes ou hommes, jeunes ou vieux : certaines personnes ayant subi

des années auparavant une transfusion apprennent qu'elles sont séropositives. Le personnel hospitalier est lui-même touché via des seringues contaminées. C'est la période où se met en place un système d'alerte beaucoup mieux ciblé.

La troisième étape s'étend de 2007 à nos jours. La situation de l'épidémie a considérablement évolué, notamment dans les pays à forte prévalence. Les progrès de la médecine permettent de minimiser la contamination grâce à l'utilisation des ARV (antirétroviraux) prescrits dès l'annonce de la contamination (selon les dernières prescriptions de l'OMS) et à l'utilisation des thérapies PrEP¹ (association de deux antirétroviraux), et TAR² (association de trois antirétroviraux), que l'on peut prendre immédiatement après un comportement à risque (Stone & Jerome, 2013). Quant aux thérapies génétiques, encore à l'étude, elles semblent prometteuses. Et la mise au point d'un vaccin thérapeutique permettant de protéger les receveurs VIH a été testée en Thaïlande en 2009, avec une efficacité de 30 %, résultats parus en 2018. On pense donc arriver à un traitement, ou une vaccination, qui entraînerait des taux indétectables prolongés, comme ce fut le cas pour l'hépatite C, sans nécessiter de traitement régulier.

L'accès aux soins au niveau mondial se fait désormais sur des critères de richesse ou de développement. Et ce sont les pays pauvres qui paient le tribut le plus élevé. Soit que les traitements coûtent trop cher, soit que l'information, mal faite, ne passe pas (Afrique), soit que le rejet du malade modifie le système social de pays où la solidarité familiale joue un rôle économique majeur (Asie et Afrique).

1.1.2 Comment le Sida a-t-il changé le monde ?

Le Sida met l'homme au défi de trouver un remède, car il figure toujours dans la liste des maladies incurables comme le cancer, le vieillissement prématuré (progeria), la myosite ossifiante (fibrodysplasia – ossificans - progressiva), l'insomnie fatale familiale (fatal familial insomnia), le diabète (diabetes), l'Ebola, l'asthme (asthma) ou l'encéphalopathie spongiforme (Creutzfeldt Jakob) et beaucoup d'autres maladies. Le Sida est une des rares maladies auxquelles la médecine moderne ne trouve toujours pas de remède (ELIST10, 2015). Bien que des prévisions sur le vaccin contre le Sida aient été faites depuis 1984 (AIDSMAP, 2017)

¹ Prophylaxie Pré-Exposition (ou Pre-Exposure Prophylaxis en anglais)

² Élément de réponse de trans-activation du VIH (ou trans-activation responsive element en anglais)

jusqu'à présent, après trente ans, l'homme ne trouve toujours pas de vaccin ou de médicament permettant d'éliminer complètement le VIH, mais seulement des inhibiteurs du virus.

En faisant des efforts pour trouver un vaccin, les scientifiques ont rencontré de nombreux obstacles. On peut citer comme exemple les tests sur l'être humain. Le VIH lui-même est difficile à anéantir, car c'est ce virus qui envahit et détruit le système immunitaire du corps. Dans le but de trouver un vaccin permettant de créer un système immunitaire ou d'accroître la résistance du corps à l'invasion de la maladie, on a besoin de dizaines d'années de recherche et de test avant de l'utiliser sur l'homme (Hurford, 2017), (College of Physicians of Philadelphia, 2017). Par exemple, il a fallu 105, 92 et 16 ans pour trouver les vaccins contre, respectivement, la typhoïde, l'*Haemophilus* et l'Hépatite B (Kahn, 2005, p. 8).

L'absence d'un remède signifie que les nouvelles infections et les morts du Sida continuent à se produire, malgré la prévention et l'utilisation beaucoup plus massive des antirétroviraux. Mais le nombre annuel de morts du Sida met toujours les scientifiques au défi de trouver un remède.

Le Sida est une maladie qui a un taux de mortalité élevé et qui touche le monde entier. Elle figure constamment dans la liste des épidémies les plus dévastatrices de l'Histoire qui coûte la vie de plusieurs millions de personnes (World atlas, 2018), (Garnier, 2012). En effet, à compter du début de l'épidémie jusqu'à la fin de 2015, le monde entier comptait environ 78 millions de personnes infectées et environ 35 millions de personnes mortes du Sida (UNAIDS, 2017). Et ce chiffre ne fait que progresser au fil des années depuis l'apparition officielle de l'épidémie au cours des premières années de la décennie 1980.

Le nombre de patients du Sida recensé a augmenté d'une année à l'autre, de 50 280 (1981-1987) jusqu'à 202 520 (1988 - 1992). Ce chiffre concerne essentiellement les hommes représentant plus de 87 % du nombre de malades dans cette étape. Par ailleurs, le nombre de personnes mortes du Sida est également élevé, environ près de 90 % (Centers for Disease Control and Prevention, 2001). Ces chiffres concernent non seulement le groupe des hommes homosexuels, mais aussi d'autres groupes de population tels que le groupe des usagers de drogues par voie intraveineuse, le groupe des personnes ayant des rapports hétérosexuels avec des personnes infectées ou des personnes appartenant à des groupes à haut risque (Centers for Disease Control and Prevention, 2001).

En effet, non seulement les personnes qui sont considérées comme appartenant au groupe « à risque », mais aussi des personnes « normales » qui n'appartiennent pas au groupe ayant des comportements à risque peuvent être infectées au VIH. Ce sont des femmes mariées, ou non, qui ont été infectées par leur mari ou partenaire des jeunes filles lors d'un premier rapport sans préservatif, ou des enfants qui ont été infectés par leur père ou leur mère ou leurs deux parents séropositifs pendant la grossesse ; ce sont des personnes qui ont été accidentellement infectées lorsqu'elles étaient en service dans le secteur médical ou dans la vie quotidienne, par des seringues usagées.

1.1.3 Le Sida n'est pas notre propre maladie

Cette maladie ne distingue pas les personnes en fonction de leur race, leur nation, leur religion ou leur classe dans la société. Tout au plus, la distinction ici est maintenant liée à l'opportunité d'avoir accès aux sites hospitaliers en lien avec le VIH/Sida. Pour les pays développés, où les gens peuvent accéder aux informations, ont des moyens financiers et bénéficient des aides accordées par leur gouvernement, la population a l'opportunité d'être soignée et de prendre des médicaments plus tôt et correctement. Par contre, les pays les moins avancés, les communautés désavantagées, les personnes défavorisées et pauvres, les populations minoritaires, les personnes ayant un faible niveau d'instruction et n'ayant pas accès régulièrement aux services de santé, ces personnes doivent subir *des risques face à cette épidémie* (Gayle & Hill, 2001), (Pellowski *et al.*, 2013).

À la suite de la découverte du Sida chez les homosexuels ainsi que la propagation de la maladie chez les « marginaux » tels que les prostitués, les toxicomanes, les personnes atteintes de syphilis (*haemophilias*) ou les Haïtiens vivant aux États-Unis, toutes ces populations ont été stigmatisées. Elles sont victimes non seulement au sein de leur famille ou de la communauté où elles vivent, mais aussi de la part des institutions religieuses. Elles pensent que c'est la punition et/ou la vengeance du Dieu car ils ont eu des comportements sexuels déviants ou ont connu plusieurs partenaires sexuels (UNAIDS, 2008, p. 10).

La stigmatisation vis-à-vis des personnes infectées est indépendante de la richesse, de la pauvreté et des institutions sociales. Elle se produit dans tous les pays quel que soit le niveau économique. Une maladie dont on ne guérit pas signifie une vie en lutte incessante contre la mort. En outre, la maladie aggrave les maux sociaux de certains pays : les voisins n'aident plus

l'entourage des séropositifs, la solidarité fait défaut, ce qui accentue le rejet des malades. Les malades craignant ce rejet refusent de parler, ou refusent de se rendre dans les lieux soins, de crainte d'être vus et de perdre leur travail, ou par souci de l'honneur de leur famille, et tout cela impacte dangereusement la prévention et accentue la propagation du Sida dans ces communautés.

Quant aux personnes infectées elles-mêmes, elles ne sont pas toutes conscientes de leur séropositivité ni de leur état de leur santé. Le rapport de l'ONUSIDA montre que le nombre de personnes infectées par le VIH sans être conscientes de leur séropositivité s'établirait entre 19 et 35 millions, chiffres inquiétants. Ce qui pose également un défi au monde, c'est de réduire l'écart entre les personnes infectées qui peuvent avoir accès aux soins et celles qui ne peuvent pas avoir accès aux soins (UNAIDS, 2014, p. 5). On compte actuellement 1,1 million d'Américains vivant avec le VIH, dont 1/7 ne serait pas conscient (Centers for Disease Control and Prevention, 2017).

Le Sida constitue également un défi puisque les recherches pour trouver un remède exigent la participation de tous les pays, de tous les régimes politiques et sociaux. Les soutiens politiques et juridiques cherchent à garantir l'opportunité, avoir accès à un traitement et maintenir leur survie avec le VIH. Les calculs de l'ONUSIDA montrent que les ressources financières destinées au Sida ont presque quintuplé, de 4,9 milliards de dollars américains (en 2001) à 21,7 milliards de dollars américains (en 2015) et selon les prévisions, ce chiffre s'élèvera jusqu'à 32 milliards de dollars américains (en 2030) (UNAIDS, 2015).

C'est une maladie dont les conséquences affectent profondément les valeurs humaines basiques. Que ce soit sur le plan moral, sur le plan des droits sociaux, sur le plan des sentiments individuels, sur le plan du travail, sur le plan du logement, sur celui des relations sociales ou des valeurs familiales, toutes les valeurs humaines se retrouvent concernées par la stigmatisation de ces malades. Afin de rétablir la dignité de ces personnes, il faut mettre beaucoup de moyens en termes éducatifs et médiatiques. Sensibiliser l'opinion à considérer le Sida comme une maladie normale, comme tant d'autres maladies chroniques est le défi de notre époque. C'est le seul moyen pour que les patients osent en parler et osent se guérir. Et qu'ainsi sa propagation régresse, dans l'attente du fameux vaccin dont on sait que cela prendra beaucoup de temps.

1.2 VIH/Sida dans le monde

Dans le monde, 74,9 millions de personnes ont été infectées par le VIH depuis le début de l'épidémie (UNAIDS, 2019, p. 1) et 37,9 millions de personnes vivant avec le VIH en 2018 (dont 18,8 millions de femmes en pleine maturité et 1,7 million d'enfants de moins de 15 ans) ont été recensées³. Ce qui équivaut presque à la population d'un continent comme l'Australie (42 millions d'habitants en 2019)⁴. Mais aujourd'hui, c'est l'Afrique qui compte le plus grand nombre de personnes infectées par le VIH (25,7 millions en 2018)⁵. L'Afrique du Sud (7,7 millions de cas séropositifs) étant le premier sur la liste (AVERT, 2019).

Le ratisage terrible causé par le virus se traduit par le nombre de personnes mortes des maladies liées au VIH/Sida jusqu'à présent. 32 millions de personnes sont mortes depuis le début de l'épidémie en 1981 (UNAIDS, 2019, p. 1). Le nombre de personnes infectées par le VIH et mortes il y a douze ans (en 1997) a franchi le seuil d'un million et a augmenté à près de 1,7 million de cas de morts (de 2003 à 2005). Ce chiffre a eu tendance à diminuer lentement à 770 000 cas (en 2018)⁶.

Dans l'ensemble, le VIH/Sida ne figure plus sur la liste des principales maladies causant la mort chez l'homme avec le changement du classement des causes de décès – de la 7^e position (en 2000) à la 14^e position (en 2016). Pourtant, quant aux pays à *faible revenu*, la mortalité causée par le Sida est toujours classée en 4^e position (en 2016) (WHO, 2018). Dans de nombreuses zones d'épidémie spécifiques, le nombre de morts liés au VIH/Sida a visiblement diminué. En effet, en Afrique de l'Est et du Sud, le nombre de morts causés par le Sida a rapidement diminué de près de la moitié après dix ans (690 000 cas en 2008 contre 310 000 cas en 2018), l'Asie et l'Océanie, ainsi que l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale ont connu une baisse moins forte (environ 100 000 cas) ; cependant, le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord ont recensé une croissance du nombre de morts causés par le Sida dans la même période. En particulier pour les femmes âgées de 15 à 49 ans, dans la période de 2000 à 2016, le VIH est la principale cause de décès. Il est estimé que chaque jour 50 adolescentes (âgées entre 10 – 19 ans) meurent du Sida (en 2017) (UNAIDS, 2019a, p. 6-8).

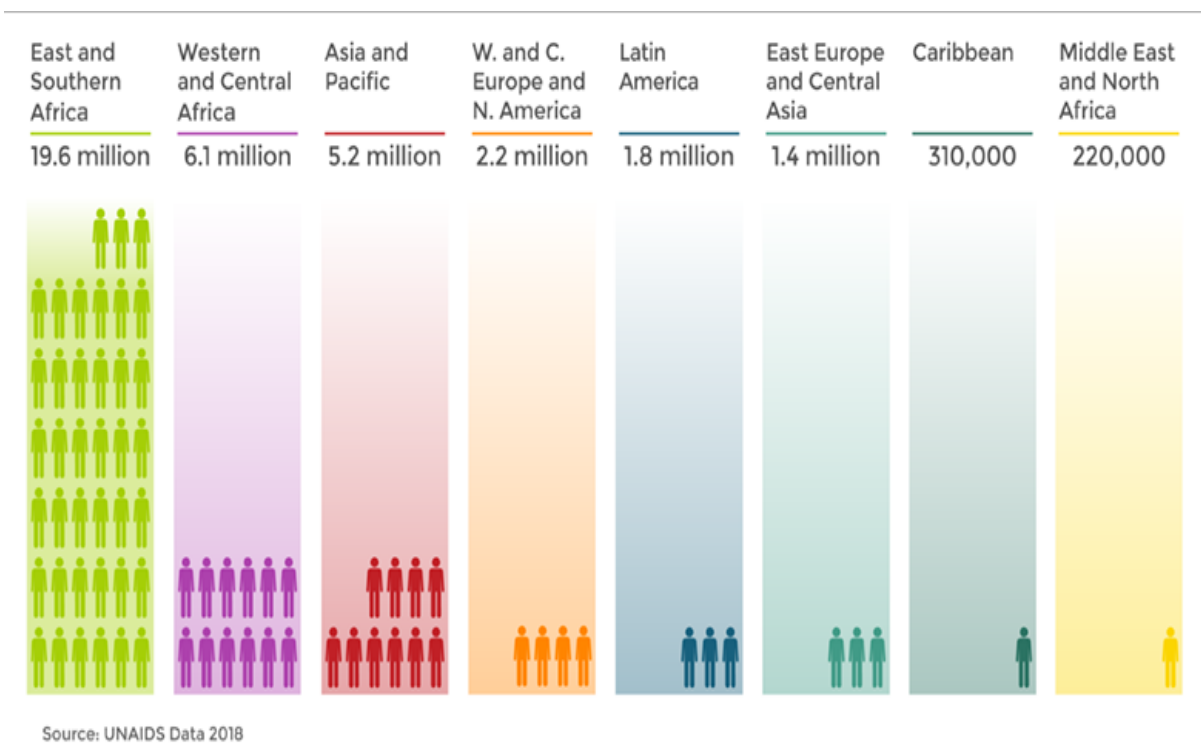
³Source : https://www.who.int/hiv/data/2018_summary-global-hiv-epi.png?ua=1, consulté le 22 août 2019

⁴Source : <http://worldpopulationreview.com/continents/>, consulté le 22 août 2019

⁵Source : <http://apps.who.int/gho/data/view.main.22100WHO?lang=en>, consulté le 22 août 2019

⁶Source : <http://aidsinfo.unaids.org/>

Figure 1 Nombre de personnes vivant avec le VIH en 2017



Avert www.avert.org

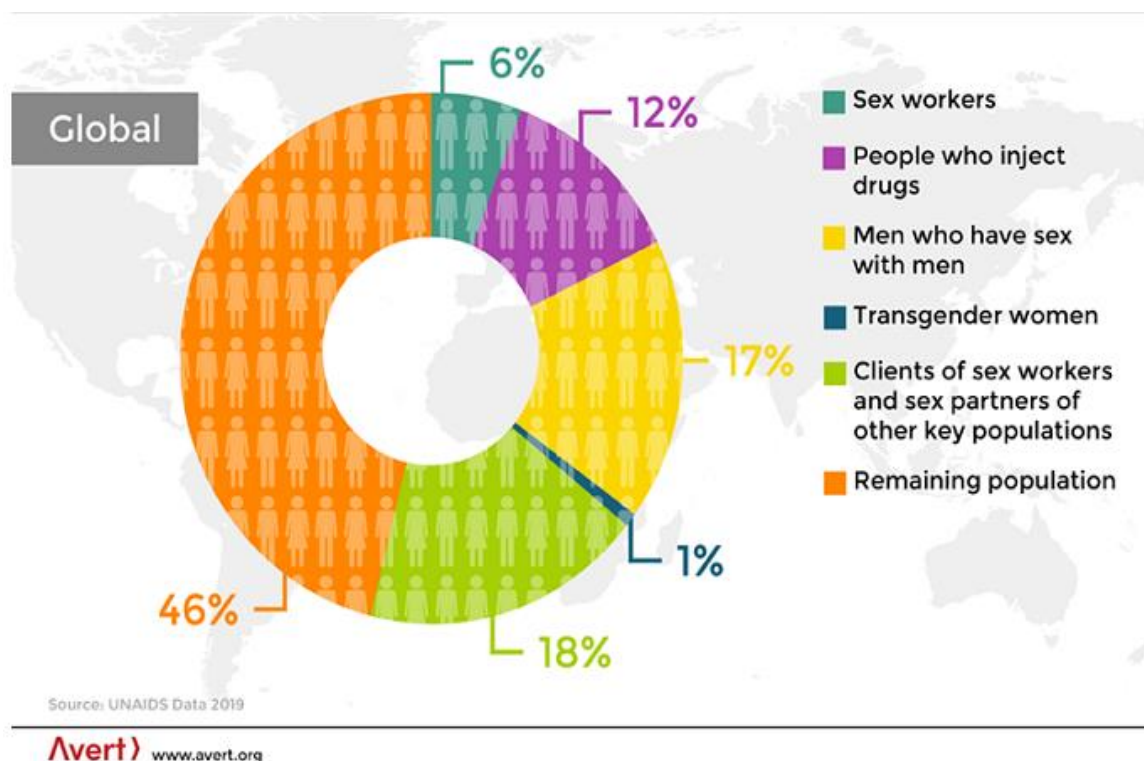
Cité par Avert, 2018

Selon le rapport de l’OMS, le monde compte 23,3 millions d’utilisateurs d’ARV et l’Afrique compte le plus grand nombre d’utilisateurs de ce médicament avec 16,3 millions d’utilisateurs. Il s’agit là d’un chiffre impressionnant puisque la croissance est très élevée depuis 2010 (7,7 millions de personnes). En particulier, pour le groupe de personnes de plus de quinze ans, les femmes représentent un pourcentage plus élevé que les hommes (les femmes représentant 68 %, les hommes représentant 55 %). En Amérique et dans le Pacifique occidental, le nombre d’hommes ayant accès aux médicaments est un peu plus élevé que celui de femmes (2018).

À l’heure actuelle, l’épidémie se propage principalement par voie sexuelle. Le groupe de *key population* est celui qui présente le risque le plus élevé d’être infecté par le VIH (UNAIDS, 2019b, pp. 5-9), bien qu’il représente une faible proportion de la population totale. Ce sont des homo-sexuels, d’autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des usagers de drogues, des personnes pratiquant la prostitution (homme/femme) et leurs clients,

ainsi que des personnes transgenres, des prisonniers et d'autres personnes détenues (UNAIDS, 2015b, p. 31). Le risque d'être infecté par le virus chez eux est de 12 à 22 fois plus élevé que chez les adultes dans la même tranche d'âge de 15 à 49 ans. Plus de la moitié des nouvelles infections en 2018 appartenait à ce groupe et leurs partenaires sexuels (UNAIDS, 2019b, p. 9).

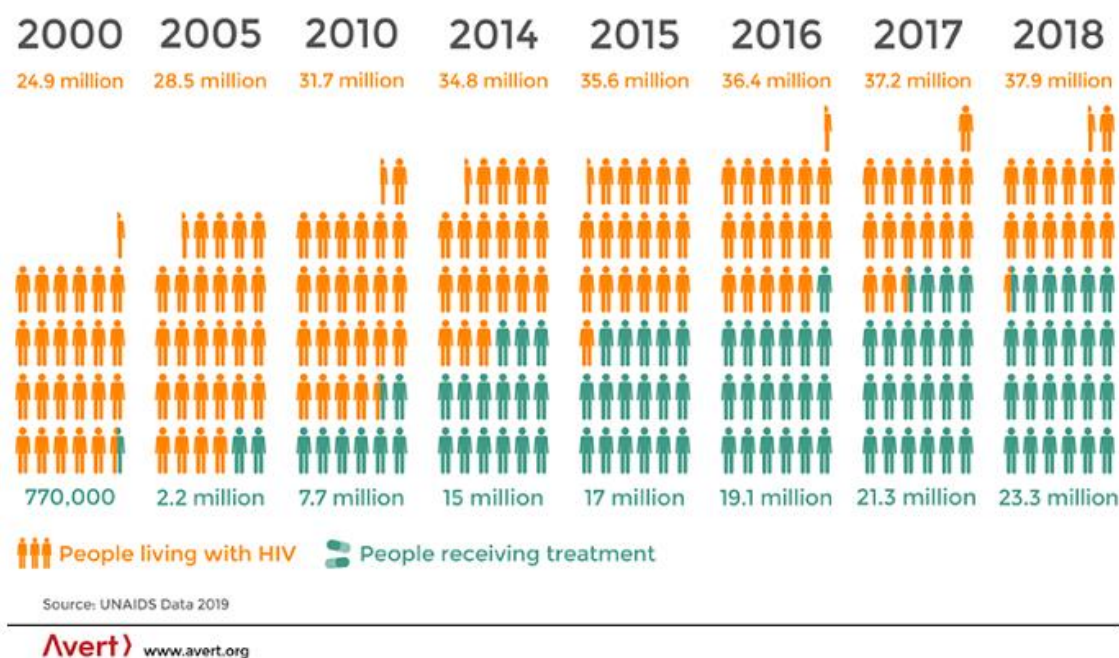
Figure 2 Répartition des nouvelles infections à VIH par groupe de population 2018



Cité par Avert, 2018

Le résultat des recherches médicales récentes montre que « *si les personnes infectées par le VIH prennent des ARV prescrits par le médecin jusqu'à ce que la charge virale soit indétectable, ils ne risqueront plus de transmettre le VIH par voie sexuelle à leurs partenaires séronégatifs au VIH* » (BP, 2018). Ce résultat permet de réduire la propagation du virus à travers des rapports sexuels entre les personnes séropositives et les personnes séronégatives. Actuellement, en plus des personnes qui sont traitées par des ARV, il reste plus de 14 millions de personnes séropositives qui n'atteignent pas encore le stade d'utilisation des médicaments ou qui n'y ont pas encore accès. L'objectif consistant à atteindre 90 % des personnes qui ont été déjà traitées par des ARV et dont la charge virale est inférieure au seuil requis pour réduire le risque de transmission d'ici 2020 demeure difficile.

Figure 3 Nombre de personnes vivant avec le VIH et ayant accès au traitement dans le monde



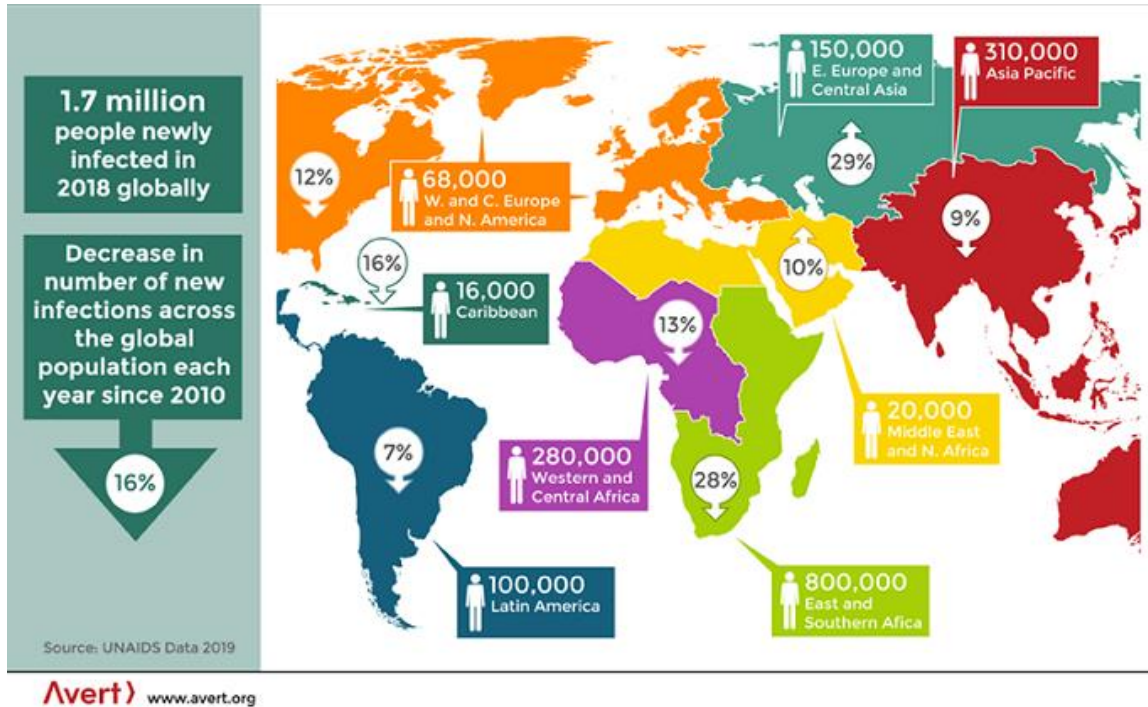
Cité par Avert, 2018

Ce chiffre reste très élevé (WHO, 2019, p. 2), bien que le nombre de nouvelles infections ait considérablement baissé au fil des ans, afin d'atteindre l'objectif mondial d'ici 2020. En 2018, le monde a été témoin de 1,7 million de nouvelles infections, ce qui correspond à environ 5 000 personnes détectées séropositives chaque jour. Parmi celles-ci, jusqu'à 47 % sont des femmes en pleine maturité (UNAIDS, 2019b, pp. 16-17). Dans la plupart des continents, le nombre de nouvelles infections a eu tendance à diminuer au cours de l'année dernière. À l'apogée de l'épidémie, 3,4 millions de personnes ont été infectées (1995 - 1996). Néanmoins, dans certaines parties du monde, le nombre de nouvelles infections double chaque année en moins de deux décennies (Moyen-Orient, Afrique du Nord, Europe de l'Est, Asie centrale)⁷.

Ainsi, l'objectif de mettre fin à l'épidémie de VIH/Sida en 2030 demeure un défi aigu pour la communauté mondiale, notamment les pays où le VIH/Sida reste un fardeau de maladie, financier, et social en particulier pour le groupe de population qui est touchée par le VIH et qui est abandonné (UNAIDS, 2016b).

⁷Source : <http://aidsinfo.unaids.org/>

Figure 4 Nombre de nouvelles infections à VIH en 2018 et évolution depuis 2010



Cité par Avert, 2018

1.2.1 VIH/Sida en Afrique

L'Afrique est le deuxième plus grand continent du monde non seulement en termes de surface, mais aussi en termes de population. La population africaine représente actuellement 16,96 % de la population mondiale⁸. En 2018, ce continent comptait 25,7 millions de personnes séropositives au VIH, représentant environ 67,81 % du nombre de personnes infectées dans le monde⁹.

L'Afrique détient également le record du nombre de nouvelles infections au VIH chaque année, ainsi que du nombre des morts à cause des maladies liées au Sida. Rien que dans la région sub-saharienne, 3 050 personnes sont infectées au VIH chaque jour, soit 61 % du nombre mondial de personnes infectées chaque jour. Le nombre de morts dû au Sida dans ce continent reste assez élevé par rapport à celui du monde. En 2018, 61 % cas de morts causés par le Sida du monde appartenaient à l'Afrique¹⁰. Cependant, selon la tendance générale, le taux de mortalité dans ce continent a légèrement baissé. Plus de 700 000 personnes sont mortes à cause

⁸Source : <http://worldpopulationreview.com/continents/>, consulté le 22 août 2019.

⁹Source : <http://apps.who.int/gho/data/view.main.23300REGION?lang=en>, consulté le 04 septembre 2019.

¹⁰Source : <http://apps.who.int/gho/data/node.main.623?lang=en>, consulté le 30 août 2019

des maladies liées au VIH/Sida, ce qui est en deuxième position et représente 8,1 % des cas de morts en Afrique (2016) (WHO, 2019a, p. 14). Le premier cas d'infection a été détecté en Afrique du Sud vers la fin de 1981, début 1982 (Simelela *et al.*, 2014). Aujourd'hui, ce continent compte 1 million de nouvelles infections en 2018. Toutes les évaluations récentes de l'ONUSIDA et l'OMS montrent une évolution de l'épidémie dans ce continent. En effet, le nombre de nouvelles infections a tendance à baisser et le nombre de personnes ayant accès aux ARV augmente. Actuellement, 16 331 000 personnes infectées sont traitées par des ARV¹¹.

En parallèle à l'évolution de l'épidémie dans ce continent, le problème de la stigmatisation à l'égard des personnes infectées reste très grave. Bien que de nombreuses études aient indiqué qu'il y a eu un certain changement, la discrimination vis-à-vis des personnes infectées demeure très élevée. Par exemple, une étude menée dans plusieurs pays d'Afrique du Nord montre que 80 % des personnes participant à l'étude n'achèteraient pas des légumes des personnes infectées. En outre, la stigmatisation dans les services cause également le fait que les personnes infectées craignent d'accéder aux services liés au VIH (UNAIDS, 2019b, p. 297).

1.2.2 VIH/Sida en Europe

Le VIH est apparu en Europe dès le début des années quatre-vingt. En 2018, ce continent comptait 2,5 séropositives dont 1 404 000 personnes ont reçu un traitement antirétroviral (ART)¹². Le nombre de personnes infectées se concentre majoritairement dans l'Europe de l'Est. En effet, 82 % des nouveaux cas diagnostiqués en 2017 appartenaient à la partie Est. 14% restant des nouveaux cas d'infection se concentraient dans la partie Ouest et 4% dans la région centrale (WHO, 2018, p. 37). Les pays européens fortement touchés par l'épidémie jusqu'à présent, par exemple la Russie, représentent 65,5 % des nouveaux cas d'infection de ce continent¹³.

L'Europe est le lieu où l'accès a eu lieu le plus tôt. La comparaison avec les autres continents montre qu'en 2000, 182 000 des 830 000 personnes infectées en Europe recevaient un traitement ARV, soit 22 %, ce taux était de 18 % en Amérique et presque de 0 % en Asie et en Afrique : des malades traitées faibles étaient sous traitement seules où le nombre d'utilisateurs d'ARV était très faible : 9 000 des 17 600 000 de personnes infectées à cette

¹¹Source : <http://apps.who.int/gho/data/view.main.23300REGION?lang=en>, consulté le 04 septembre 2019

¹²Source : <https://www.who.int/hiv/data/en/>, consulté le 04 septembre 2019

¹³Source : <https://www.aidsmap.com/news/dec-2018/stigma-access-and-testing-why-hiv-still-rising-europe>

époque-là (en Afrique). En 2018, 55 % des personnes infectées recevaient un traitement (WHO-slide). Le nombre de décès dus à des maladies liées au Sida approchait 38 000 cas.

Une question récemment soulevée : « Pourquoi le VIH augmente -t- il encore en Europe ? » a montré une réalité sur la différence entre les régions de ce continent. La Russie a été considérée comme un pays représentant deux tiers des cas d'infection en Europe.

Ce qui est remarquable dans la région européenne, c'est que plusieurs pays ont respecté l'engagement 90 - 90 - 90 pris par l'Organisation des Nations unies. Ce sont les pays à l'économie développée, appartenant au groupe des pays « riches ». Les politiques liées aux personnes infectées ont été prises en compte, et notamment le consensus des gouvernements dans la mise en œuvre des programmes visant à mettre fin à l'épidémie de VIH/Sida. Les politiques de base liées à la santé de la population sont assurées. Les pays tels que l'Angleterre, la France, l'Allemagne en sont de bons exemples. Le traitement à base d'ARV de la France est assez élevé par rapport aux pays dans la région.

Au cours des années quatre-vingt, les cas de Sida se concentraient dans le groupe des homosexuels et des toxicomanes. En Europe, en 1985, les homosexuels adultes ou les bisexuels représentaient 67 % des cas de Sida. Ce taux a diminué à 42 % au début de 1992. Ce taux varie également d'un pays à l'autre. Le taux des cas de Sida dans le groupe des toxicomanes a augmenté de 5 % en 1985 à 36 %. Le mode de transmission du Sida est différent entre les pays. En effet, en Espagne et en Italie, le VIH/Sida se transmet par voie sanguine chez les toxicomanes tandis qu'en France, en Allemagne et en Angleterre, ce virus se transmet par voie sexuelle chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes.

1.2.3 VIH/Sida en Asie

Possédant une superficie de 31 033 131 km² et une population d'ordre de 4 533 737 729, soit 59,66 % de la population mondiale et étant donc le continent le plus peuplé¹⁴, l'Asie occupe une position importante dans la carte du monde sur le plan économique - politique – sociale. Aujourd'hui, ce continent compte 49 pays (Hong Kong et Macao appartiennent à la Chine ; Taiwan a été séparé de la Chine et devenu un pays reconnu par quelques pays¹⁵.

¹⁴Source: <http://www.worldometers.info/world-population/asia-population/>, consulté le 22.03.2018

¹⁵Source: https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_diplomatic_missions_of_Taiwan, consulté le 09 janvier 2017

Sur le plan démographique, la Chine est le plus peuplé de l'Asie et du monde avec 1 386 000 000 habitants, tandis que les Maldives sont le pays asiatique le moins peuplé avec seulement 420 000 habitants (Pison, 2017, p. 4). Les Asiatiques vivent beaucoup en milieu rural (49,6 % de la population)¹⁶. La plupart des pays en Asie figurent dans le groupe des pays en voie de développement. Seul le Japon est dans le groupe des pays développés (United Nation, 2017, p. 108). Par conséquent, les pays dans la région ne sont pas au même niveau de développement des infrastructures et de l'économie. Même certains pays de cette région font encore face à des instabilités politiques ou des conflits armés ; certains pays viennent de sortir de la guerre. Par exemple la Syrie, l'Iraq, le Pakistan, l'Afghanistan sont parmi les pays en conflits militaires (Hoa An, 2015), (Institute for Economics & Peace, 2016, p. 25).

L'Asie est aussi une région caractérisée par la diversité des religions et des croyances. En plus, des religions principales comme le Bouddhisme, le Christianisme, l'Islam, l'Hindouisme et le Judaïsme, sont aussi pratiquées dans ce continent des religions et des croyances autochtones (Pew Research Center's Forum on Religion & Public Life, 2012). Des conflits à caractère religieux dans certains pays asiatiques exercent aussi certaines influences sur la vie des habitants d'ici (Imtiyaz Yusuf, 2014).

Dans la carte du VIH dans le monde, l'Asie compte également le troisième nombre le plus élevé des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Dans cette région, la Chine et l'Inde sont deux des pays dont le nombre de PVVIH est le plus élevé. Le pays qui compte le plus petit nombre des PVVIH est le Sri Lanka (4 000 personnes) (UNAIDS, 2017a). Pourtant, pour plusieurs différentes raisons, dans les statistiques sur le VIH dans les pays asiatiques, il manque de nombreuses informations sur certains d'autres pays auxquelles les auteurs n'ont pas de moyens d'accéder dans le cadre de cette étude. En sont des exemples les pays musulmans arabes, la Corée du Nord. La raison de cette restriction réside dans le fait qu'en plus des difficultés d'accès, les auteurs constatent qu'il existe une pénurie d'informations sur ce problème et que ces informations ne sont pas largement partagées comme dans certains d'autres pays. Même, dans les rapports de l'ONUSIDA, l'OMS auxquels les auteurs peuvent accéder des données sur la situation du VIH dans ces pays, elles sont absentes.

¹⁶Source: www.worldometers.info/ et <http://www.worldometers.info/world-population/asia-population/>, consulté le 08 décembre 2017

En Asie du Sud-est, c'est aussi la région avec un nombre élevé des PVVIH. Selon une étude récente de l'OMS, onze pays de cette région ayant des PVVIH sont le deuxième rang après l'Afrique subsaharienne. On estime que les PVVIH sont 3,5 millions de personnes dont 180 000 nouvelles infections et 130 000 décès en 2015. Ce nombre est principalement concentré dans les groupes des usagers de drogues (Viêt Nam, Philippines), les travailleuses du sexe (Viêt Nam), les hommes gays (Thaïlande, Philippines). Parmi les PVVIH de cette région, la proportion de femmes de plus de 15 ans représentait environ 50 % (1,3 million de femmes sur 3,5 millions des PVVIH en 2015) (Pendse *et al.*, 2016, p. 1). En outre, le nombre de nouveaux cas d'infection a tendance à baisser dans certains pays tandis que certains d'autres comme la Malaisie, l'Indonésie, les Philippines. Ce nombre a récemment augmenté.

Concernant le traitement des PVVIH dans cette région, en Thaïlande et aux Maldives, tous les PVVIH bénéficient d'un traitement antirétroviral tandis que les PVVIH dans d'autres pays ne bénéficient de ce traitement sous conditions de leur taux de cellules CD4, soit en dessous de la barre des 500 cellules/mm³. Récemment, le nombre de PVVIH bénéficiant de ce traitement a considérablement augmenté, passant de 20 % (en 2010) à 39 % (en 2015) (Pendse *et al.*, 2016, p. 1). Le Viêt Nam compte un nombre de PVVIH plus bas que celui de certains pays comme l'Inde (2 100 000 PVVIH en 2016), l'Indonésie (690 000 PVVIH en 2015)¹⁷ et le pays voisin, par exemple la Chine (501 000 PVVIH en fin 2014) (UNAIDS, 2015a, p. 3), la Thaïlande (440 000 PVVIH en 2015). Pourtant, le nombre de PVVIH du Viêt Nam est nettement plus élevé que celui en 2015 du Cambodge (74 000 PVVIH), des Philippines (42 000 PVVIH) et du Laos (11 958 PVVIH) (UNAIDS, 2016a, p. 8).

En 1985, la Chine a détecté le premier cas d'infection au VIH chez un étranger (Li ; Teng et Miao, 2017), (Huang *et al.*, 2015, p. 2). Au cours des premières années de l'épidémie en Chine (1985-1988), le nombre de cas d'infections déclarés était petit. Ces cas étaient essentiellement chez les étrangers ; notamment les Chinois infectés à l'étranger et par des produits sanguins importés. Au cours des années quatre-vingt-dix, l'épidémie commençait à s'accélérer rapidement chez les usagers de drogues par voie intraveineuse. Le nombre d'usagers de drogue infectés au VIH représentait jusqu'à 60 - 70 % du nombre de PVVIH déclarés. En ce moment-là, l'épidémie de VIH ne se limitait plus que dans quelques provinces/localités, mais s'est répandue à toutes les provinces/régions autonomes de la Chine. En plus, le nombre

¹⁷ Source: www.unaids.org

de cas d'infections au VIH par le don de sang, par le rapport sexuel a également augmenté régulièrement (Huang, 2005). En fin 2014, le nombre de PVVIH a atteint 501 000 cas (UNAIDS, 2015a). L'épidémie de VIH est concentrée essentiellement dans certains groupes de population spécifiques à savoir les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les jeunes et les usagers de drogue par voie intraveineuse. Le taux de contamination par le VIH chez ces personnes reste élevé. En effet, selon les estimations, chaque année les HSH infectés représentent plus d'un quart du nombre de nouveaux cas d'infection ; jusqu'à 6 % des usagers de drogue ont été infectés au VIH en 2014 ; les jeunes dans la tranche d'âge de 15 à 24 ans représentaient 14,7 % du nombre de nouveaux cas d'infection en 2015.

En effet, dans la première étape, la Chine a concentré la prévention contre l'infection au VIH depuis l'étranger, en interdisant aux étudiants étrangers, si ces derniers n'observaient pas le programme de dépistage du VIH ; elle a établi un programme national de prévention et de contrôle du Sida et le programme intitulé « Four frees and one care » : 1) fourniture gratuite des ARV aux PVVIH résidant à la campagne, les PVVIH résidant en milieu urbain et ayant des difficultés financières; 2) dispense des frais de consultation et de dépistage volontaire; 3) fourniture gratuite des médicaments aux femmes séropositives dans la prévention contre la transmission mère - enfant du VIH et test de dépistage gratuit du VIH chez les nouveau-nés; 4) dispense des frais de scolarité en faveur des orphelins du VIH/Sida et des soins ainsi que des aides financières en faveur des familles touchées par le VIH/Sida¹⁸. Pourtant, les politiques du gouvernement chinois ont également révélé certaines limites. En sont des exemples l'interdiction des actes impliquant des éléments étrangers et l'omission du groupe à comportement à haut risque comme les HSH. Aujourd'hui, la Chine doit encore faire face à la stigmatisation et la discrimination envers des PVVIH et fournir des programmes destinés aux HSH, aux usagers de drogue par voie intraveineuse et aux jeunes (AVERT, 2016).

La Chine est un pays où il existe encore beaucoup de préjugés sociaux vis-à-vis des femmes et des HSH, beaucoup de normes morales provoquant la stigmatisation de la société envers des PVVIH. Comme au Viêt Nam, la transmission du VIH en Chine se fait essentiellement par l'injection de drogue et les rapports sexuels non protégés.

¹⁸Source : www.who.int/

Conclusion du chapitre I

Le VIH/Sida est devenue une maladie émergente lors qu'elle est exposée non seulement dans les pays pauvres, mais aussi dans les pays développés. Elle est une des rares maladies auxquelles la médecine moderne ne trouve toujours pas de traitement. Le nombre de patients du Sida recensé a augmenté d'une année à l'autre. Cette maladie crée donc une barrière dans tout le domaine de la société, en particulière, les conséquences liées au VIH/Sida affectent profondément les valeurs humaines. Elle a abordé les questions concernées par la stigmatisation en faveurs des personnes porteuses du VIH. Ces personnes sont isolées, elles perdent leur droit fondamental à la vie dans la société.

Chapitre II Situation du VIH/Sida au Việt Nam

Nous aborderons ce chapitre en présentant l'épidémie du VIH/Sida au Việt Nam, dans le but d'analyser plus précisément la situation des femmes vietnamiennes et celle des femmes de Hồ Chí Minh – Ville (HCMV) en particulier. Quelles sont les stratégies, politiques et actions du Việt Nam face à cette épidémie ? Ce chapitre est divisé en trois sections : la première section présente la situation du VIH au Việt Nam, plus particulièrement les moyens mis en œuvre par ce pays pour lutter contre cette épidémie ; au cours de la deuxième section, nous examinons la population à risque ; enfin, la dernière section analyse la situation particulière d'un groupe de femmes de HCMV.

2.1 Épidémie du VIH/Sida et réaction du Việt Nam face au VIH/Sida

2.1.1 Épidémie du VIH/Sida au Việt Nam

Par rapport aux pays dans le monde, le Việt Nam est au 15^e rang quant au nombre de séropositifs (en 2014)¹⁹ et au troisième rang quant au nombre de séropositifs (5 100 000 personnes infectées) (UNAIDS, 2017, p. 14).

En effet, au cours des six premiers mois de 2017, le Việt Nam comptait 209 591 séropositifs (Bộ Y tế, 2017, p. 2) et en moyenne environ 12 000 à 15 000 nouveaux cas d'infection par an (Bộ Y tế, 2016, p. 1) et environ 32 nouveaux cas d'infection par jour sont rapportés. Ce nombre de nouveaux cas d'infection a considérablement diminué par rapport aux dix années précédentes (100 nouveaux cas d'infection par jour en 2005) (T.H, 2005).

Près de trois décennies, après la découverte du premier cas d'infection à HCMV en 1990, centaines de milliers de séropositifs s'est multiplié. En termes de morphologie, le Việt Nam se trouve dans l'étape où l'épidémie ne se concentre plus que dans quelques groupes, mais se propage dans la communauté entière. Néanmoins, cette dernière vitesse de propagation reste faible et a été identifiée, il y a seulement quelques années. Jusqu'à présent, l'épidémie se concentre essentiellement dans les groupes à haut risque, à savoir les usagers de drogue par voie intraveineuse, les personnes exerçant la prostitution et les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes.

¹⁹Source : <http://www.indexmundi.com>

Le nombre de personnes infectées au VIH se concentre principalement dans un groupe en fonction de l'étape d'évolution de l'épidémie. Cependant, selon une récente évaluation du Ministère de la Santé, l'épidémie « a commencé à se propager dans la communauté ». Cela se manifeste par le fait que « *les nouveaux cas d'infection commencent à être identifiés chez les proches* » des usagers de drogue, des femmes exerçant la prostitution et leurs clients (Bô Y té, 2016, p. 1).

L'épidémie de VIH au Viêt Nam divise en trois périodes de dix ans chacune : la première période, de 1990 à 2000 ; la deuxième, de 2001 à 2010 ; la dernière, de 2011 jusqu'à nos jours.

La période de 1990 à 2000 (dix ans après la découverte du premier cas d'infection dans le monde)

Le VIH a été identifié pour la première fois en 1990 chez une femme à HCMV. En 1992, on dénombrait onze cas²⁰ et en 1993, ce nombre a brutalement augmenté jusqu'à atteindre 445 cas, dont 75 se retrouvaient dans la population étrangère (Bô Y té, 1993).

En 1995, dans les provinces du sud du Viêt Nam, la contamination ne se concentrait plus exclusivement dans le groupe des toxicomanes, des prostituées et leurs clients, mais elle s'est rapidement propagée aux femmes et aux enfants. Dans les provinces du nord qui semblaient être à l'abri des « maux sociaux », on a constaté toute la présence du VIH/Sida, bien que ce taux d'infection soit resté limité, en raison du peu d'usagers de drogues (Phạm, 2006).

En décembre 1996, les cas d'infection au VIH ont été identifiés dans 42/53 provinces, soient 5 767 cas, dont la majorité se concentrait dans les régions près des frontières communes avec la Chine et le Cambodge (Lindan *et al.*, 1997). Fin 1997, ce nombre s'est élevé à 7 737 cas (Fleury, 1998). En 1998, le VIH/Sida était présent dans 64 provinces et villes (USAID, 2001).

Les types de groupes de séropositifs se sont diversifiés au fur et à mesure de l'augmentation annuelle du nombre de séropositifs. Les données de surveillance épidémiologique montrent que le taux de transmission augmente dans tous les groupes, y compris ceux à bas risque. Le taux de personnes infectées par voie intraveineuse reste élevé par rapport à la transmission par voie sexuelle. Le taux de contamination chez les femmes enceintes

²⁰Source : <http://www.ngocentre.org.vn>

s'est multiplié par dix entre 1994 et 2000. Les personnes contaminées sont de plus en plus jeunes (âgées de moins de 30 ans triplé entre 1995 et 2000), plus la probabilité d'avoir des rapports sexuels est élevée, ce qui explique la propagation du VIH dans la population générale. La période de 1996 à 2001 peut être considérée comme la phase de transition où l'épidémie s'est étendue aux populations plus jeunes, pas forcément à risque, avant d'atteindre la population générale. Une phase d'extension est très importante.

Cette croissance s'est non seulement traduite par le nombre de nouveaux cas d'infection, mais aussi par l'augmentation du nombre de provinces et de villes où les cas d'infections ont été identifiés et le nombre de gens touchés, du genre de personnes touchées :

« Au cours des premiers mois de 1993, l'épidémie a explosé à Hồ Chí Minh - Ville, puis s'est étendue à 16 autres provinces du Sud (Tiền Giang, Tây Ninh, Sóc Trăng, Đồng Tháp, Đồng Nai, Minh Hải, Cần Thơ, Sông Bé, Trà Vinh, An Giang et Lâm Đồng), du Centre (Khánh Hòa, Quảng Nam – Đà Nẵng, Thừa Thiên Huế, Phan Rang) et du delta du Nord (Nam Hà) » (Bộ Y tế, 1993).

La majorité des cas d'infection au VIH/Sida étaient chez les usagers de drogue par voie intraveineuse, chez les femmes exerçant la prostitution. Sur 380 cas infectés au VIH les toxicomanes représentaient 91,5 % (38 cas) et 1,3 % des travailleuses de sexe. La plupart des personnes infectées recensées étaient toxicomanes (65,3 %), prostitués (4,5 %) et les personnes atteintes des maladies sexuellement transmissibles (2,9 %). En outre, elles étaient essentiellement des hommes dans la tranche d'âge de 20 à 40 ans. Le taux de jeunes femmes infectées avait tendance à augmenter, et étaient plus jeune que les hommes (WHO, 1998, pp.2-3). À la fin de 1999, les hommes représentaient 85 % des séropositifs (USAID, 2001).

La période de 2001 à 2010

Le VIH au Việt Nam était au stade de concentration et pas encore devenu une pandémie (Đức Tùng, 2006), le nombre de nouveaux cas d'infection a atteint un sommet en 2007 (entre 1993 et 2014) et le nombre de femmes infectées avait tendance à augmenter entre 2007 et 2014 (Bộ Y tế, 2014a, p. 3).

Bien que les premiers cas de Sida dans le monde aient été identifiés chez les HSH, ce groupe « était plutôt inconnu et peu abordé » au Viêt Nam lors de la première étape de l'épidémie au cours des années 90. L'étude du docteur Donn J. Colby a souligné que très peu de personnes homosexuelles avaient affirmé qu'elles couraient un risque élevé en ayant des rapports sexuels. La plupart des HSH à HCMV ne croyaient pas que leur comportement sexuel les mettait dans un groupe à haut risque. Il semblerait que leur illusion ait été renforcée par les messages des médias qui ne se concentrent que sur les rapports hétérosexuels et l'usage de drogues. Cette population n'a été abordée ni dans les statistiques rédigées par les autorités vietnamiennes ni dans celles rédigées par les autorités internationales.

En 2008, le nombre de nouveaux cas d'infection continuait à apparaître dans les usagers de drogue par voie intraveineuse, les femmes exerçant la prostitution et leurs clients, les HSH, bien que des signes de ralentissement aient été constatés. Le taux de personnes infectées ayant besoin du traitement antirétroviral a beaucoup augmenté dans les provinces et villes (BỘ Y TẾ, 2009).

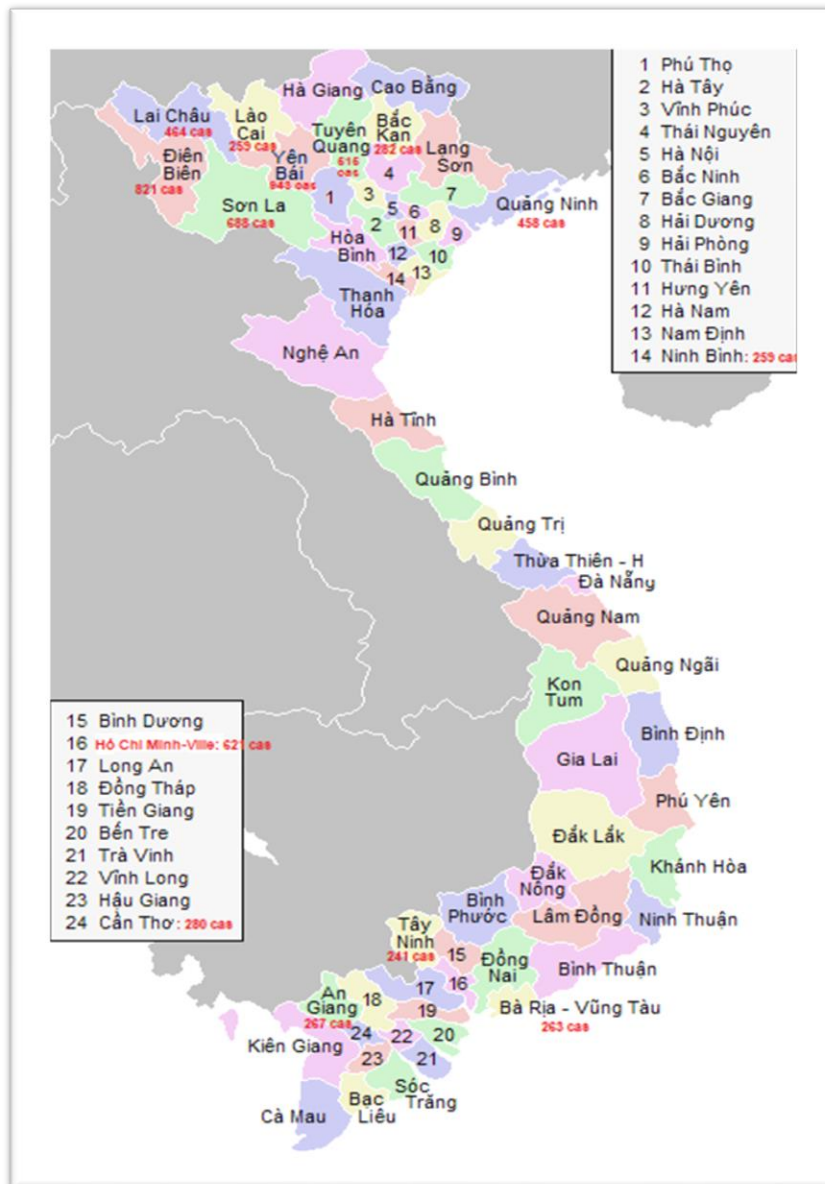
La période 2011 au présent

Les hommes sont proportionnellement plus nombreux à être infectés par le VIH que les femmes (trois hommes pour une femme de 2011 à 2015). Il s'agit d'une tendance à la hausse de l'infection des hommes vers les femmes, épouses ou partenaires. Tel que rapporté par le Ministère de la Santé du Viêt Nam en 2014, le nombre de personnes séropositives a atteint un maximum en 2007 (soit 30 846 personnes) et le nombre de décès du Sida a atteint un sommet en 2008. Selon le rapport du Ministère de la Santé en 2014, le VIH/Sida reste l'une des principales causes de maladie et de mortalité au Viêt Nam. La transmission se fait principalement par voie sexuelle (57,8 %) et par voie sanguine (31,9 %) (BỘ Y TẾ, 2017, p. 1).

Selon *les données sur le VIH/Sida et la mortalité jusqu'en fin 2015* du Département général des statistiques du Viêt Nam, le nombre de personnes vivant avec le VIH se concentrent dans dix provinces et villes selon l'ordre suivant : 49 561 cas à HCMV, 18 441 cas à Hà Nội, 6 045 cas à Thái Nguyên, 7 793 cas à Sơn La, 7 478 cas à Hải Phòng, 5 746 cas à An Giang, 5 651 cas à Đồng Nai, 5 494 cas à Quảng Ninh, 5 192 cas à Thanh Hóa et 4 840 cas à Nghệ An.

Le taux national d'infection au VIH selon les statistiques rapportées est de 267 cas pour 100 000 habitants. La province de Điện Biên se classe toujours au premier rang dans le pays (821 cas), Sơn La (668 cas) et HCMV (621 cas) se classent au deuxième. Les provinces occupant la troisième place sont Thái Nguyên (515 cas), Yên Bái (493 cas), Lai Châu (464 cas), Quảng Ninh (458 cas), Bắc Kạn (282 cas), Cần Thơ (280 cas), An Giang (267 cas), Ninh Bình et Lào Cai (259 cas), Tây Ninh (241 cas), Bà Rịa - Vũng Tàu (236 cas) (Cục phòng chống HIV/AIDS Việt Nam, 2015).

Figure 5 Taux d'infection au VIH au Việt Nam en 2015 (cas pour 100 000 habitants)



Cité par Nguyễn, 2020

Selon le rapport intitulé *Bilan de la prévention et de la lutte contre le VIH/Sida au cours du 1^{er} semestre de 2016 et la tâche clé pour le 2^e semestre de 2016* du Ministère de la Santé (BỘ Y TẾ, 2016, p. 1), au cours des 6 premiers mois de 2016, le Viêt Nam a recensé 3 684 nouveaux séropositifs, 2 366 patients atteints du Sida et 862 personnes mortes du Sida. En août 2016, le Viêt Nam comptait 227 225 PVVIH déclarées, 85 753 séropositifs atteints du Sida et plus de 89 210 séropositifs morts. Parmi les séropositifs au VIH, seulement environ entre 80 % et 85 % des cas étaient gérés et surveillés. Le taux des nouveaux cas d'infection découverts chez les hommes était de 69,8 % contre 30,2 % pour les femmes, la transmission par voie sexuelle représentait 34 % des cas et 2,0 % de cas concernant la transmission mère-enfant et le reste était inconnu (BỘ Y TẾ, 2014).

Par rapport à la même période de 2015, le nombre de nouveaux cas d'infection a diminué de 89 cas, les patients du Sida ont augmenté de 822 cas et les morts du Sida ont également augmenté de 267 cas. Cependant, selon le rapport du Ministère de la Santé, la baisse du nombre de nouveaux cas d'infection pouvait s'expliquer par la diminution du financement des programmes de prévention et suppression du service de conseil et de dépistage.

Le portrait de l'épidémie du VIH/Sida au Viêt Nam a donc beaucoup changé. Aujourd'hui, les nouveaux cas d'infection ne se concentrent plus dans le groupe à haut risque, mais dans le groupe des personnes vulnérables comme les femmes, les partenaires sexuelles des séropositifs, plus précisément les femmes et les partenaires sexuelles des usagers de drogue par voie intraveineuse.

2.1.2 Réaction du Viêt Nam face à l'épidémie du VIH/Sida : stratégie, politique et action

Parallèlement aux efforts mondiaux en matière de recherche de médicaments pour guérir le Sida, la réponse à l'épidémie a connu des progrès considérables dans le domaine de la prévention et le traitement du Sida. Le budget consacré au traitement de cette maladie a augmenté et plusieurs réactions politiques après les nouvelles mesures contre le VIH ont été prises.

Grâce aux efforts des organisations internationales de réduction du taux de mortalité lié au Sida a considérablement diminué ces dernières années. Les patients en transition vers le stade de Sida ayant accès aux ARV a augmenté, notamment dans les pays à revenu faible et

intermédiaire. Ces médicaments ont permis d'empêcher 2,5 millions de morts depuis 1995. Selon les estimations les plus récentes de l'ONUSIDA, les ARV ont retardé la mort de 300 000 personnes en Asie, en Océanie et en Amérique latine. En 2010, 700 000 morts dans les pays à revenu faible et intermédiaire ont été retardés et les enfants de moins de 15 ans n'en représentaient que 4,0 % (100 000/2 500 000 cas) (UNAIDS, 2011, p. 21).

Au Viêt Nam, pour faire face à l'épidémie VIH/Sida, le Gouvernement a progressivement construit un système de politiques sociales. Il a promulgué des textes juridiques tels que la Loi sur la prévention et lutte contre la contamination du virus de l'immunodéficience humaine (VIH/Sida), entrée en vigueur depuis janvier 2007. Il a élaboré une stratégie nationale de prévention et lutte contre le Sida jusqu'en 2010 avec une vision à 2020. Cela visait à renforcer les aides au travail de prévention, de soins et de traitement, de réduction des méfaits en faveur des utilisateurs de drogues et des prostitué(e)s. De plus, des aides internationales et nationales (des programmes, des projets de prévention et lutte contre le VIH) ont été créées au Viêt Nam.

Tout d'abord, les politiques destinées aux personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sont construites sur la base de la Constitution et de Lois spécifiques relatives à la question du VIH/Sida et des PVVIH.

Toutes les Constitutions²¹ du Viêt Nam promulguées au cours de son histoire contiennent des dispositions sur « les droits et les devoirs fondamentaux d'un citoyen ». Plus précisément, récemment le chapitre II de la Constitution promulguée en 2013 (Quốc hội Việt Nam, 2013) stipule que « *les droits de l'Homme, les droits et les devoirs fondamentaux des citoyens sont respectés et protégés par l'État en conformité avec la Constitution et la loi dans les conditions sine qua non pour des raisons de sécurité, de moralité ou de santé publique* » (article 14); « *Chacun a droit à l'inviolabilité du corps humain et est protégée par la loi en termes de santé, d'honneur et de dignité; nul ne doit être soumis à la torture, à la violence, à la contrainte, au châtement corporel ou à toute autre forme de traitement portant atteinte au corps humain, à la santé, à l'honneur, à la dignité.* » (article 20). Chacun a également droit à

²¹ De la première Constitution promulguée en 1946 par la République démocratique du Viêt Nam (amendée en 1959) à la Constitution de la République du Viêt Nam (promulguée en 1956, 1967) et la Constitution de la République socialiste du Viêt Nam (promulguée en 1980, 1992 amendés en 2001, 2013).

l'inviolabilité de la vie privée, au secret personnel et familial, à la défense de son honneur et de sa réputation (article 21).

L'article 38 de ce chapitre stipule ceci : « *Chacun a droit à la protection, aux soins de la santé, à l'égalité dans l'utilisation des services de santé et est tenu d'exécuter les dispositions relatives à la prévention, à la consultation et aux traitements médicaux* » et « *sont interdits les actes menaçant la vie et la santé des autres et de la communauté.* » Par ailleurs, l'article 39 stipule clairement que les citoyens ont le droit et le devoir de s'instruire; l'article 41 prévoit le droit de jouir et d'avoir accès aux valeurs culturelles, d'utiliser des installations culturelles. Pour les femmes et les enfants, la Constitution précise également les dispositions relatives à « *l'interdiction de la discrimination fondée sur le sexe et à la création de toutes les conditions permettant aux femmes de se développer intégralement et de faire valoir leur rôle dans la vie sociale.* » (article 26) (Quốc hội Việt Nam, 2013).

Ces articles constituent donc une base solide à la promulgation, au complément et au perfectionnement des textes juridiques relatifs au VIH/Sida, y compris les PVVIH au Việt Nam.

Immédiatement après le premier cas d'infection au VIH au Việt Nam en 1990, le VIH a été abordé dans les textes de loi du Parti ainsi que dans leurs avenants. En 1992, le Gouvernement a promulgué le Décret N°16-CP du 18 décembre, prévoyant un certain nombre de questions relatives à la prévention et à la lutte contre le VIH/Sida. Ce décret comprenait des dispositions spécifiques sur les personnes infectées²² et la responsabilité des organismes d'État et des individus dans la prévention et la lutte VIH/Sida (article 17 et article 18) (Chính phủ Việt Nam, 1992).

En 1993²³, le gouvernement du Việt Nam a promulgué la Résolution N°6-CP du 29 janvier sur *le renforcement de la direction de la prévention, la lutte et le contrôle des drogues* (Chính phủ Việt Nam, 1993); la Résolution N°20-CP du 05 mai 1993 sur *le renforcement de*

²²Les personnes infectées par le VIH/Sida sont encouragées de prendre le traitement et le traitement préventif (article 12); sont interdites d'exercer certaines professions susceptibles de comporter un risque de contamination (article 13); sont interdites de se marier (article 14).

²³Au Việt Nam, à compter jusqu'au 21 avril 1993, le nombre de séropositifs découverts est de 304, dont 229 Vietnamiens et 75 étrangers, dont 7 patients de Sida. Les personnes infectées par le VIH/Sida sont majoritairement toxicomanes et prostituées, dans 13 provinces et villes, surtout à Hồ Chí Minh - Ville (selon la Résolution N°20-CP).

la prévention de la contamination au VIH/Sida (Chính phủ Việt Nam, 1993) et la Résolution N°5/CP du 29 novembre 1993 sur *la prévention et la lutte contre la prostitution*, marquant les premiers jalons des documents juridiques liés au VIH/Sida.

La Résolution N°6-CP a déclaré la toxicomanie, l'injection et le trafic de drogue comme étant des fléaux sociaux. « *Ces fléaux sociaux sont contraires à la morale traditionnelle du peuple, produisant un grand impact négatif sur le développement économique, entraînant des effets néfastes sur la santé d'une partie de la population, nuisant à la race du peuple, laissant des conséquences graves aux générations futures.* » Cette Résolution prévoit que « *tous les toxicomanes doivent subir un sevrage obligatoire dans les centres médicaux de l'État, les établissements médicaux privés ou au domicile. En même temps, il faut organiser la formation professionnelle, créer des emplois et résoudre les problèmes sociaux concernés.* »

La Résolution N°20-CP indiquait le caractère désastreux du Sida pour la santé de la population, l'économie sociale du pays. Pour participer à la prévention et à la lutte contre le Sida, la Résolution soulignait des travaux à mener : mobiliser toutes les forces sociales (tous les citoyens, les organisations de masses du niveau central au niveau local) dans la prévention et la lutte contre le Sida; associer la prévention et la lutte contre le Sida à la prévention et à la lutte contre la dépendance de drogue et la prostitution; renforcer régulièrement l'éducation, l'information, la communication sur le risque de contamination au VIH/Sida dans la société tout entière, en se concentrant sur les jeunes et les personnes à haut risque (toxicomanes, prostitués): assigner les responsabilités spécifiques, dans la prévention et la lutte contre le Sida, la drogue et la prostitution, aux Ministère de la Santé, Ministère de l'Intérieur, Ministère du Travail, des Invalides de guerre et des Affaires sociales, Ministère des Finances et à l'Union des jeunes communistes Hồ Chí Minh.

La Résolution gouvernementale N°5/CP indique que « *la prostitution est un fléau social, érodant la morale et les bonnes mœurs du peuple, affectant négativement la vie sociale et culturelle ainsi que l'ordre et la sécurité publique et pouvant répandre le Sida* » et stipule que le Ministère du Travail, des Invalides de guerre et des Affaires sociales « *doit construire un certain nombre de Centres de rééducation, de traitement, de formation professionnelle et créer des emplois pour ces femmes (qui font la prostitution).* »

Toutes les résolutions sur le contrôle, la prévention et la lutte contre la drogue et la prostitution insistent sur la responsabilité des individus et des organisations politiques et sociales pour l'élimination de ces fléaux sociaux. Cette responsabilité comprend la sensibilisation, l'éducation des gens pour qu'ils aient une connaissance complète quant aux dangers de la drogue et de la prostitution sur la santé des personnes et de la communauté, notamment par l'institution de peines judiciaires en cas de manquement.

La Directive N°52-CT/TW du 11 mars 1995 (Đảng cộng sản Việt Nam, 1995) relative à la direction de la prévention et de la lutte contre le Sida du Secrétariat du Parti central de la 7^e législature VII insiste sur le fait que la sensibilisation, l'éducation morale et l'éducation aux risques de propagation du VIH/Sida auprès de chaque individu et chaque foyer constituent la première tâche dans la prévention et la lutte contre le VIH/Sida. Cette Directive précise que les autorités médicales sont tenues d'assurer la stérilisation dans les services médicaux, notamment les services médicaux liés au sang et qu'il faut associer étroitement la prévention et la lutte contre le VIH/Sida et des fléaux sociaux (drogue, prostitution).

L'Ordonnance N°40-LC/CTN du 12 mai 1995 du Comité permanent de l'Assemblée nationale du Việt Nam sur la prévention et la lutte contre l'infection au virus provoquant le syndrome d'immunodéficience (VIH/Sida) (Ủy ban thường vụ Quốc hội, 1995) précise que « *la prévention et la lutte contre le VIH sont de la responsabilité de chaque individu, chaque foyer et de toute la société* » et que le rôle de l'État est de « *mettre en œuvre des politiques en temps opportun afin d'assurer l'efficacité de la prévention et la lutte contre le VIH/Sida.* » (article 1). Afin de les organisations et les individus étrangers, « *l'État du Việt Nam met en œuvre des politiques sociales en vue d'encourager les organisations et les individus nationaux et internationaux à coopérer et à aider sous toute forme à la prévention et à la lutte contre le VIH/Sida.* » (article 6). En plus des instructions, des demandes en termes de spécialité médicale, cette Ordonnance met également en évidence la responsabilité des malades, PVVIH. En effet, l'article 4 de l'Ordonnance précise que « *les personnes infectées par le VIH/Sida ne sont pas discriminées, mais doivent exécuter des mesures de prévention et de lutte contre la propagation de la maladie afin de protéger la santé communautaire conformément à la loi.* »

Le Gouvernement du Việt Nam a publié, le 1^{er} juin 1996, le Décret N°34/CP guidant l'exécution de l'Ordonnance sur la prévention et la lutte contre le VIH/Sida (Chính phủ Việt

Nam, 1996). En plus de la détermination du rôle et de la responsabilité des Ministères, le Décret énumère également les responsabilités des personnes infectées et leur demande d'informer leur époux(se) ou partenaires afin de prévenir la transmission de la maladie. Si ces personnes n'en informent pas, l'établissement médical a la responsabilité de le faire (article 4). L'article 4 de ce Décret précise que « *les personnes porteuses du VIH sont interdites de mener des actes menaçant de transmettre la maladie à leur entourage et elles doivent s'acquitter des mesures de prévention ordonnées par les médecins : ne pas donner leur sang, leurs spermes, leurs tissus, leurs organes ou une de leurs parties du corps aux autres.* »

Ces personnes ne peuvent pas continuer à exercer les métiers favorisant la transmission du VIH/Sida figurant sur la liste des métiers vulnérables à la transmission du VIH/Sida, selon le Circulaire interministérielle du Ministère du Travail, des Invalides de guerre et des Affaires sociales et du Ministère de la Santé.

Ainsi, les responsables de la santé, au niveau de l'arrondissement ou des autorités supérieures, ont le droit de demander aux groupes à haut risque de subir des tests de dépistage du VIH. Cela signifie souvent que ces personnes appartiennent au groupe des usagers de drogues ou des prostituées ayant subi, à la demande des autorités locales, un test de dépistage du VIH dont le résultat est suivi de près par les autorités locales. En outre, les clauses des articles de 7 à 10 de ce Décret précisent la responsabilité des services médicaux dans les soins et l'éducation des personnes porteuses du VIH.

La Directive N°54/2005/CT-TW du 30 novembre 2005, promulguée par le Comité central du Parti communiste sur *le renforcement de la direction de la prévention et la lutte contre le VIH/Sida dans la nouvelle situation*, contient de nombreux amendements et elle est plus complète que les textes précédents relatifs à la mise en œuvre de la prévention et de la lutte contre le VIH/Sida (Đảng cộng sản Việt Nam, 2005). Afin de créer un environnement juridique sur la promulgation des politiques et des régimes favorisant les soins des personnes séropositives, cette Directive donne aux services concernés des instructions sur le perfectionnement du système des documents juridiques synchrones.

Après une série de documents sous-loi promulgués et amendés, l'Assemblée nationale a promulguée le 29 juin 2006 la Loi N°64/2006/QH11 sur la prévention et la lutte contre l'infection au VIH/Sida et a été entrée en vigueur début 2007 (Quốc hội Việt Nam, 2006).

Il s'agit là d'un texte de loi spécifiquement destiné au groupe des PVVIH et d'autres personnes concernées par le VIH. Les points principaux de cette loi sont les suivants :

Cette loi comprend 6 chapitres et 50 articles stipulant clairement les droits ainsi que les devoirs des personnes vivant avec le VIH/Sida au Viêt Nam. Par ailleurs, elle clarifie également les réponses des établissements médico-sociaux dans l'aide aux personnes infectées en termes de santé, emploi, lutte contre la discrimination et la stigmatisation envers les personnes infectées. Les détails sont les suivants :

Concernant l'objet et la portée de la Loi, le chapitre I, article 1 : *« 1/ Cette loi prévoit les mesures de prévention et de lutte contre le VIH/Sida, les soins, le traitement, l'aide en faveur des personnes porteuses du VIH et les conditions nécessaires dans le but d'assurer la mise en œuvre des mesures de prévention et de lutte contre le VIH/Sida. 2 / Cette loi s'applique aux services, aux organisations et aux individus nationaux et internationaux au Viêt Nam. »*

En ce qui concerne le principe de la prévention et de la lutte contre le VIH/Sida, cette loi stipule ceci : *« Associer des mesures sociales et sanitaires dans la prévention et la lutte contre le VIH/Sida sur le principe de privilégier la prévention dans laquelle l'information, l'éducation et la communication pour changer le comportement sont les mesures principales (article 3 et article 1) ; Ne pas stigmatiser, discriminer les personnes porteuses du VIH et les membres de leurs familles ; Créer des conditions favorables à ces personnes et les membres de leurs familles pour qu'ils puissent participer à des activités sociales, notamment les activités de prévention et de lutte contre le VIH/Sida. »* (article 3, article 4).

Les droits et les devoirs des PVVIH sont détaillés dans l'article 4 :

1. Les personnes porteuses du VIH ont les droits suivants :

- a) vivre de façon intégrée à la communauté et la société ;*
- b) bénéficier d'un traitement et d'une prise en charge sanitaire ;*
- c) faire des études classiques ou professionnelles, travailler ;*
- d) bénéficier du respect de la confidentialité de ce qui a trait au VIH/Sida ;*
- đ) refuser les consultations sanitaires, les soins lors du traitement de la phase terminale du Sida ;*
- e) bénéficier du respect des autres droits selon les règles de cette loi qui lui sont liées .*

2. Les personnes porteuses du VIH ont les devoirs suivants :

- a) *mettre en œuvre des mesures de prévention contre la transmission du VIH aux autres;*
- b) *informer à leur époux (se) actuel ou futur (e) du résultat positif de leur test VIH ;*
- c) *mettre en œuvre les décisions relatives au traitement antirétroviral ;*
- d) *respecter les devoirs institués par cette loi et par les autres lois qui lui sont liées.*

La Loi soulève aussi dans ce chapitre la responsabilité des services, des organisations de masse, des unités des forces armées, des organisations et des individus nationaux et internationaux au Viêt Nam et des familles dans la prévention et la lutte contre le VIH, dans l'exécution des dispositions de la loi sur le VIH. Par ailleurs, la Loi encourage également la participation des organisations et des individus aux activités de prévention et de lutte contre le VIH/Sida (article 5, article 6). En particulier, « *L'État encourage les lignages, le voisinage, les amis de personnes séropositives à les mobiliser moralement, à les prendre en charge, à les aider et à créer les conditions de la communauté et de la société.* » (article 17).


La Loi encourage également le développement du modèle d'auto-soins des personnes infectées (article 6 et article 1) ainsi que le soutien à la prévention de la transmission de mère à enfant (article 6, article 7). L'article 8 de la Loi énumère aussi les actes interdits liés au VIH. En outre, cette loi encourage la participation de la famille aux soins des personnes infectées au domicile, la responsabilité de la famille et le fait que les individus subissent volontairement un test de dépistage dans leur propre intérêt et dans l'intérêt de la communauté.

« *La famille a la responsabilité de sensibiliser, éduquer ses membres sur la lutte contre le VIH/Sida ; d'appliquer de sa propre initiative les règles de prévention de la transmission du VIH ; d'encourager le test volontaire du VIH par les futurs mariés, ceux qui prévoient d'avoir un enfant et les femmes enceintes. La famille des personnes séropositives a la responsabilité de nourrir ; prendre en charge ; stimuler ; aider moralement les personnes séropositives à l'intégrer à la famille, à la communauté et à la société, en coordination avec les établissements, les organisations et la société dans la lutte contre le VIH/Sida.* » (article 13).

La Loi encourage également la participation des personnes infectées aux activités liées au VIH, ce qui est dans l'intérêt non seulement des personnes infectées, mais aussi de la communauté. « *L'État encourage et crée des conditions favorables à la participation des personnes infectées à des activités telles que les soins et le soutien aux personnes infectées ; à la participation aux groupes des pair-éducateurs, aux clubs et aux activités menées par des*

personnes infectées conformément à la loi ; à la participation à la sensibilisation sur le VIH et les soins ; à la participation à l'élaboration des politiques sociales destinées aux personnes infectées. » (article 20). En vue d'aider les personnes infectées en termes d'intérêts liés au traitement et aux soins de la santé, les personnes infectées sont traitées de manière égale que les autres patients (article 38). La loi assure les droits de l'Homme aux personnes infectées en gardant la confidentialité du résultat des tests, en assurant que les personnes affectées jouissent des conseils avant et après l'annonce du résultat des tests et que les tests doivent être effectués sur une base volontaire (articles 26, 27, 30). Le Gouvernement a promulgué, le 26 juin 2007, le Décret N°108 avec des instructions sur la mise en œuvre de la réduction des méfaits, le traitement antirétroviral et le travail des PVVIH comme des paire-éducateurs (Chính phủ Việt Nam, 2007).

Tableau 1 Évolution de la politique publique concernant le PVVIH au Việt Nam

Temps 					
1992 :	Décret N°16-CP	18 décembre	2005 :	Directive N°54/2005/CT-TW	30 novembre
1993 :	Résolution N°6-CP	29 janvier	2005 :	Loi de la jeunesse N°53/2005/QH11	29 novembre
1993 :	Résolution N°20-CP	05 mai	2006 :	Loi sur le VIH/Sida N°64/2006/QH11	29 juin
1993 :	Résolution N°5/CP	29 novembre	2007 :	Décret n°108	26 juin
1995 :	Directive N°52-CT/TW	11 mars	2014 :	Loi sur l'assurance sociale N°58/2014/QH13	20 novembre
1995 :	Ordonnance N°40-LC/CTN	12 mai	2016 :	Loi sur les enfants N°102/2016/QH13	05 avril
1996 :	Décret N°34/CP	1 ^{er} juin			

Cité par Nguyễn, 2019

En plus des textes de loi, il faut mentionner les programmes d'action nationaux de prévention du Sida. Le Programme national VIH/Sida a été entamé en tant que « programme national de prévention et de lutte contre les maladies contagieuses » au cours des dernières

années quatre-vingt. Le principe directeur en était de « *prendre la prévention comme une base et la communication comme une clé.* » Le programme a rapidement dépassé le cadre d'un programme de santé manière à devenir un programme à caractère social (Face au risque de propagation dangereuse et néfaste de l'épidémie du VIH/Sida).

Le Programme national VIH/Sida pour la première période de 1991 à 1993 a été élaboré et déployé, avec l'aide de l'Organisation mondiale de la Santé, dans 9 provinces/villes sur 53 provinces/villes. Fin 1993, le Programme global de prévention et de lutte contre le VIH/Sida de l'ONU a aidé le Viêt Nam dans l'élaboration de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre le VIH/Sida pour la période de 1994 à 2000.

Depuis 1996, les activités de prévention et de lutte contre le VIH/Sida au Viêt Nam sont mises en œuvre dans le cadre du Programme d'objectif national avec des objectifs à long terme fixés. Les plans de déploiement sont concrètement déterminés pour chaque année dans de façon à réaliser les objectifs immédiats fixés pour chaque année.

Ainsi, les années de 1996 à 2001 sont la période où le programme national VIH/Sida a transformé la volonté politique en action. Les trois textes comprenant la Directive N°52 du Comité exécutif du Comité central du Parti, l'Ordonnance de l'Assemblée nationale et le Décret N°34 du gouvernement promulgués en 1995 et en 1996 ont créé le cadre juridique et donné des instructions à l'élaboration des politiques publiques et des programmes sur le VIH/Sida dans le pays (Bộ Kế hoạch và Đầu tư, 2001). Ensuite, il existe des Programmes nationaux VIH/Sida à travers des périodes : de 2001 à 2006 (La Directive N°36/2004/QĐ-TTg du 17 mars 2004) et de 2006 à 2010 (La Directive N° 177/2008/QĐ-TTg du 19 décembre 2008) et le Programme national VIH/Sida de 2010 jusqu'en 2020 avec une vision à 2030 (La Directive N° 608/QĐ-TTg du 25 mai 2012).

Les stratégies nationales sur la prévention et la lutte contre le VIH/Sida soulignent les secteurs d'action prioritaires : communication (information, éducation et sensibilisation) ; réduction des méfaits, soins et aide ; prévention de la transmission de mère à enfant ; gestion des maladies sexuellement transmissibles ; sécurité transfusionnelle ; construction des capacités de supervision/suivi et d'évaluation et des groupes de solutions de contrôle du VIH/Sida. En particulier, dans la mise en œuvre de la stratégie visant à réduire le VIH/Sida et à soigner des PVVIH d'une manière efficace, ces stratégies répartissent les responsabilités spécifiques des

organisations sociales et politiques (Khuát, 2007, p. 11). Plus précisément, les Programmes nationaux VIH/Sida ont construit un système d'organisation relativement complet en vue de la prévention et la lutte contre le Sida dans le pays entier.

Dans le but de mener des activités de prévention importantes permettant de ralentir la propagation de l'épidémie, ce système a pu mobiliser les ressources gouvernementales et internationales. Grâce aux activités de ce programme, la population a eu connaissance du Sida, de ses voies de transmission et a enfin pris conscience des mesures de prévention, l'accès aux tests a été simplifié pour tous et a pu se faire par toutes les populations concernées. Quant aux transfusions, un tri a été largement effectué à l'échelle nationale, réduisant de beaucoup les risques liés à ce mode de transmission.

Cependant ces programmes présentent encore des points faibles :

1/ les organisations non gouvernementales (ONG) et privées participent trop peu et pas du tout à la mobilisation officielle ;

2/ l'absence de concertation entre les organismes centraux et locaux, ce qui se manifeste par un manque de synchronie dans l'application des programmes, par exemple la politique envisagée sur les groupes à risque, différente selon tel ou tel lieu ;

3/ le manque de communication entre les décideurs, les gestionnaires de programmes, les chercheurs, les malades, les bailleurs de fonds, les ONG et les médias sur les questions concernant la politique à mener ou les lois à formuler et les mises à jour des informations et des données ainsi que l'orientation et les programmes (Khuát, 2007, p.11).

Dans le but de rendre efficaces les Programmes nationaux et l'aide aux PVVIH, le Gouvernement a également promulgué des décisions spécifiques liées à l'aide financière telles que la Décision N°60/2007/QĐ-TTg du 07 mai 2007 sur *la création du Fonds de soutien aux personnes atteintes du VIH/Sida* (Chính phủ Việt Nam, 2007a), la Décision N°1899/QĐ-TTg du 16 octobre 2013 portant approbation du projet *Assurer le financement des activités de prévention et de lutte contre le VIH/Sida pour la période de 2013 à 2020* ; la Décision N°2188/QĐ-TTg du 15 novembre 2016 relatives aux « *dispositions sur le paiement des médicaments antirétroviraux acquis au niveau national pour l'achat centralisé financé par la*

Caisse de consultation et de traitement d'assurance maladie et de soutien aux usagers de médicaments antirétroviraux. » (article 1) ; la Décision N°570/QĐ-TTg sur l'approbation du plan d'action nationale pour les enfants touchés par le VIH/Sida pour la période de 2014 à 2020.

En plus des textes de loi abordant directement le VIH/Sida et les PVVIH, il existe d'autres lois avec les dispositions relatives aux PVVIH en fonction de chaque type et chaque cas particulier, tels que la Loi sur les enfants N°102/2016/QH13 du 05 avril 2016 (Quốc hội Việt Nam, 2016) qui classe les enfants vivant avec le VIH/Sida dans un des groupes d'enfants en situation particulière nécessitant d'être soignés, nourris et protégés (article 10) ou la Loi de la jeunesse N°53/2005/QH11 du 29 novembre 2005 (Quốc hội Việt Nam, 2005) qui précise dans les paragraphes 2 et 3 de l'article 27 que :

« Les jeunes infectés par le VIH/Sida, les jeunes après le sevrage des drogues et après la rééducation jouissent des conditions favorables au traitement de la maladie, aux soins, au rétablissement de la santé, à l'éducation, à la formation professionnelle, à la recherche du travail, à l'élimination du complexe d'infériorité et à la réintégration communautaire.

Les jeunes infectés par le VIH/Sida qui sont sans appui ou dont la famille n'a pas de moyens pour soigner sont soignés dans les établissements créés par l'État, des organisations publics ou privés conformément à la loi.

Les services, les organisations, les familles et les individus sont encouragés à soigner et aider les jeunes handicapés, les jeunes infectés par le VIH/Sida, les jeunes après le sevrage des drogues, après la rééducation à se réintégrer à la communauté. »

La Loi sur l'assurance sociale N°58/2014/QH13 du 20 novembre 2014 (Quốc hội Việt Nam, 2014) relative à l'assurance sociale et au régime de retraite des personnes séropositives précise des conditions de jouissance de la pension de retraite mensuelle et de la pension sociale versée en une seule fois respectivement dans l'article 54 et l'article 60.

En outre, il existe de nombreux autres documents juridiques stipulant le soutien et la création des conditions permettant aux PVVIH de se réintégrer à la communauté à savoir : exonération d'impôt en faveur des entreprises qui emploient des PVVIH dans leur production,

leur commerce des biens et services; octroi de crédits préférentiels aux ménages et aux PVVIH; mise en œuvre d'autres politiques sociales favorisant la réintégration communautaire des PVVIH : familles pauvres, familles qui méritent de la patrie, enfants, toxicomanes, personnes porteuses du VIH en milieu de travail, femmes; création des emplois aux PVVIH, aux femmes vivant avec le VIH (Cục phòng chống HIV/AIDS, 2015b).

Outre le fondement de base des textes juridiques sur le VIH/Sida, le gouvernement du Viêt Nam a créé des organisations et des institutions spécialisées au niveau central et local afin de gérer et de surveiller les activités de prévention et de lutte contre le VIH/Sida et d'aider les PVVIH.

Dès l'apparition de l'épidémie du VIH/Sida au Viêt Nam, le gouvernement du Viêt Nam a mis en place le Comité de prévention et de lutte contre les maladies infectieuses, directement géré par l'Institut national d'hygiène et d'épidémiologie et ensuite par le Comité national de prévention et de lutte contre le Sida, dont l'organe permanent est le Département d'hygiène et de prévention des épidémies relevant du Ministère de la santé.

En 1994, ce Comité national a été séparé du Ministère de la Santé et transformé en *Comité national de prévention et de lutte contre le Sida* (CNSida) dont le président est le vice-premier ministre et l'organe permanent est le Bureau du CNSida. Dans le but de remplacer ce comité, le Ministère de la santé a créé le Comité de prévention et de lutte contre le Sida pour effectuer la tâche de prévention et de lutte contre le Sida dans le cadre du secteur de la santé.

Le Premier ministre a publié la Décision N°61/QĐ-TTg du 05 juin 2000 relative à la création du *Comité national de prévention et de lutte contre le Sida, la drogue et la prostitution* sous la présidence du vice-premier ministre (Chính phủ Việt Nam, 2000). Le Ministère de la Santé jouait deux rôles : Le bureau permanent de prévention et de lutte contre le Sida et Comité de prévention et de lutte contre le Sida relevant du Ministère de la Santé, dont l'organe coordinateur est la Chambre de contrôle, de prévention et de lutte contre le VIH/Sida relevant du Département de médecine préventive, de prévention et de lutte contre le VIH/Sida.

Face à l'aggravation et la propagation de l'épidémie de VIH/Sida, le 20 mai 2005, le Premier ministre a signé la Décision N°432 relative à la création du *Département de prévention et de lutte contre le VIH/Sida du Viêt Nam* relevant du Ministère de la Santé sur la base de la

séparation du Département de médecine préventive, de prévention et de lutte contre le VIH/Sida (Chính phủ Việt Nam, 2005).

Le Ministre de la Santé a également signé la décision N°21/2005/QĐ-BYT sur la réglementation des fonctions, des tâches, des pouvoirs et de la structure organisationnelle du Département de prévention et de lutte contre le VIH/Sida (Cục phòng chống HIV/AIDS, 2015a).

Ainsi, dès les premières années de l'épidémie de VIH, le Việt Nam a mené des actions concrètes à travers des textes de loi et des textes sous loi donnant naissance à des politiques en faveur des PVVIH et visant à soutenir les programmes nationaux de prévention et de lutte contre le VIH (de 2004 à 2012).

Les Décrets, les Ordonnances sur le VIH/Sida promulgués entre 1995 et 2006 sont les textes de loi reflétant le point de vue du gouvernement sur le VIH/Sida et les personnes atteintes du VIH. Ces textes de loi comprennent des dispositions relatives au traitement des PVVIH par des mesures de prévention telles que la diffusion de l'information. Pourtant, ils n'abordent pas des programmes spécifiques tels que l'échange de seringues, la distribution de préservatifs et surtout ne résolvent pas de manière adéquate la protection des droits des PVVIH.

Seulement après l'adoption de la Loi sur le VIH en juin 2006, les droits des PVVIH ont été considérablement améliorés. La loi contient des dispositions relatives à la confidentialité des tests de dépistage du VIH, à l'interdiction de la stigmatisation et la discrimination à l'égard des PVVIH, à la création des emplois et des services sociaux pour les PVVIH. La loi stipule également le remboursement des frais médicaux aux personnes séropositives qui sont titulaires de l'assurance maladie et qui ont accès à un traitement gratuit à base d'ARV.

2.2 Hồ Chí Minh-Ville face au VIH/Sida

Hồ Chí Minh – Ville (HCMV) a été identifiée comme une des villes ayant le plus grand nombre de séropositifs au Việt Nam. Au cours de différentes étapes selon l'évolution de l'épidémie, immédiatement après la découverte du premier cas d'infection, la ville a eu certains comportements positifs dans les activités de prévention et de lutte contre le VIH/Sida. En effet, en plus de l'exécution des textes promulgués par des organes centraux dans la prévention et la

lutte contre le VIH/Sida, la ville a également promulgué des politiques, des directives et des résolutions claires pour faire face à l'épidémie de VIH.

La période de 1993 à 1998 : la période où l'épidémie se développait dans le groupe des usagers de drogues par injection.

Le Comité populaire de HCMV a promulgué la Directive N°02/CT-UB du 04 janvier 1993 sur *la détermination d'éliminer la prostitution, de sanctionner strictement les personnes enfreignant* (Ủy ban nhân dân Thành phố Hồ Chí Minh, 1993). Cette Directive a souligné les travaux urgents à mener afin de juguler la prostitution et le risque d'infection au Sida : éducation et création des emplois légitimes pour les femmes exerçant la prostitution ; punition stricte pour les établissements profitant du titre d'entreprise de manière à exercer la prostitution ; condamnation à des amendes maximales et dressage d'un procès-verbal pour des gens qui achètent du sexe.

Le Comité populaire de HCMV a publié la Directive N°23/CT-UB sur la prévention et la lutte contre la prostitution et la drogue et l'enrayement du Sida avec quatre objectifs principaux jusqu'en 1995 (Ủy ban nhân dân Thành phố Hồ Chí Minh, 1993a) :

1) Mise en œuvre des mesures de gestion, d'éducation et de rééducation de tous les tenanciers de la maison de close et de foyer de drogue existant dans la ville ;

2) Envoyer toutes les prostituées professionnelles, tous les toxicomanes graves aux établissements du Ministère du Travail, des Invalides de guerre et des Affaires sociales afin de leur faire subir des traitements, de les faire travailler et d'apprendre des métiers ; confier le reste de ces personnes aux autorités locales qui sont tenues de les éduquer et aider à trouver du travail sur place dans leur localité ;

3) Juguler et éliminer la prostitution, la drogue dans les lieux publics ; éliminer la prostitution dans les hôtels, les restaurants, les lieux touristiques, les bordels déguisés en cafés ;

4) Enrayer et réduire au minimum l'infection au VIH/Sida dans la ville.

La Directive a également réparti d'une manière claire les tâches à mener aux unités compétentes de la ville telles que le service de la culture et de l'information, le service de

l'éducation et de la formation, le comité du Front de la Patrie, le comité populaire des quartiers. Les activités à mener ont été clairement précisées, par exemple effectuer la communication sur *les méfaits de la toxicomanie et la prostitution* ; aider la population à bien comprendre que *les maux sociaux sont la cause principale entraînant la catastrophe du Sida*. La ville a également exigé l'utilisation de diverses formes de communication : « *sensibilisation par la presse ou diffusion des documents lors des réunions des groupes d'habitants, des organes, des usines; organisation des réunions, des conférences spéciales, dressage des panneaux-affiches dans les lieux publics.* » La ville a exigé que le secteur d'éducation étudie le contenu de l'éducation sur le Sida dans les écoles et que « *le Service de la santé en collaboration avec le Service du Travail, des Invalides de guerre et des Affaires sociales et les secteurs concernés organise la gestion, la surveillance, l'activité de conseil, le traitement pour les séropositifs et leur accordent des prêts et leur créent des emplois.* » (Ủy ban nhân dân Thành phố Hồ Chí Minh, 1993a).

D'ailleurs, au cours de cette période, HCMV a établi un Bureau permanent du Comité de prévention et de lutte contre le Sida et sept bureaux de Conseil sur le VIH/Sida dans le Centre de communication et d'éducation sanitaire, l'Union municipale de la jeunesse communiste Hồ Chí Minh, l'Union municipale des femmes, Fédération municipale du travail, La Croix Rouge municipale, le Centre municipal de médecine préventive, l'Hôpital de dermatologie; la ville a construit des modèles d'éducation sur la prévention et la lutte contre le Sida dans les écoles; des modèles de prévention et de lutte contre le Sida en milieux de travail.

La ville a également mis en œuvre des interventions visant à réduire des méfaits en faveur des groupes de toxicomanes et de prostituées telles que l'éducation par les pairs, la distribution des préservatifs, l'échange des seringues et des aiguilles et la création du modèle de centre de conseil communautaire sous le nom *Cà phê hi vọng* [Café de l'espoir] (au 1^{er} arrondissement) et *Cà phê niềm tin* [Café à la foi] (au 4^e arrondissement). Ainsi, les activités de prévention et de lutte contre le Sida durant période étaient les suivantes : communication et éducation afin de renforcer la conscience vigilante et la connaissance des gens pour qu'ils puissent se protéger contre le danger de l'épidémie ; activités visant à assurer la sécurité transfusionnelle et surveillance épidémiologique des groupes à haut risque.

La période 1998 à 2005 : la période où l'épidémie du VIH explosait chez un nouveau groupe d'usagers de drogue par injection (héroïne) et a été contrôlée.

Pour la prévention et la lutte efficaces contre l'usage de drogues, la ville s'est concentrée dans la mise en œuvre du programme de diminution de trois « maux sociaux » (la drogue, la prostitution et la criminalité). En plus des mesures telles que la communication et l'éducation sur la prévention et la lutte contre la drogue, la destruction des réseaux de trafic de drogue, vingt centres de rééducation N°05, N°06 ont été établis, regroupant plus de 30 000 toxicomanes pour les sevrer, soigner leur santé, les rééduquer et restaurer leur dignité. Les activités de prévention et de lutte contre le VIH/Sida, de soins sanitaires et de traitement des maladies ont été également renforcées dans les centres.

Dans la communauté, le modèle de Centre de Conseil et de Soutien communautaire a été établi dans l'arrondissement de 1^{er}, 2^e, 4^e, 6^e, 8^e et arrondissement de Binh Thanh comme le Centre de prévention et de lutte contre le Sida des arrondissements afin de mettre en œuvre des activités telles que conseil et dépistage du VIH, intervention visant à réduire les méfaits pour les groupes à haut risque, soins et traitement des personnes contaminées par le VIH et des malades du Sida.

Le modèle de clinique ambulante (Bus compagnon) a été créé. Ces bus allaient aux endroits où fréquentaient de nombreuses personnes à haut risque pour s'approcher de ces derniers, leur distribuer des préservatifs et des seringues, examiner et soigner les infections sexuellement transmissibles et les infections opportunistes, les vacciner contre l'hépatite B.

La période de 2005 à 2010 : la période où l'intervention a été renforcée afin de continuer à repousser l'épidémie de VIH/Sida.

La stratégie d'intervention mise en œuvre au cours de cette période était de préparer la réintégration communautaire des toxicomanes après un sevrage de drogue, d'élargir des programmes de prévention et de traitement dans toute la ville tels que le programme de conseil et dépistage volontaire du VIH ; le programme d'intervention visant à réduire les méfaits; le programme de soins et de soutien aux malades dans leur réintégration communautaire; le programme de prévention de la contamination de mère à enfant; le programme de traitement de la dépendance d'héroïne par médicament remplaçant la Méthadone; le programme de soins et de traitement gratuits destinés aux personnes atteintes du VIH/Sida; le programme de soins et de soutien aux enfants infectés par le VIH/Sida et affectés par le VIH/Sida.

D'après le plan établi pour la période de 2011 à 2015 (qualité et durabilité), en plus de la poursuite des programmes de la période de 2005 à 2010, s'est ajouté à cette période le programme d'information, d'éducation et de communication visant à changer les comportements de prévention de la contamination au VIH afin de contrôler le taux d'infection par le VIH et de réduire les effets néfastes du VIH/Sida pour le développement de la société.

2.3 Système des services médico-sociaux de la ville face à l'épidémie du VIH

À HCMV, afin d'aider ces patients dans l'accès et la participation aux services socio-médicaux, la ville dispose d'un système de services médicaux répartis dans tous les arrondissements et districts, spécialisés dans le traitement du VIH/Sida. Bien que la ville couvre une vaste superficie et comporte une grande population, les 24 districts et arrondissement disposent de Centres de conseil et dépistage volontaires, gratuits et anonymes, dont 19 sont équipés de cliniques ambulatoires. Ces centres desservent les patients ayant besoin d'examen médicaux et de traitements liés au VIH. HCMV dispose aussi d'établissements de recherches spécialisés sur les maladies associées au VIH, tels que l'Institut Pasteur et l'hôpital des maladies tropicales. Surtout, cette ville est le point d'arrivée des patients ayant besoin de traitement pour les provinces méridionales.

Après des services médicaux spécialisés d'État, les organisations internationales participent et fournissent des financements aux programmes liés au VIH/Sida afin de renforcer les activités de recherche, communication, soin, prévention et diminution du taux de nouvelles infections, d'aider les patients atteints de Sida et d'aider les familles de séropositifs VIH à avoir accès aux traitements. Nous pouvons citer quelques organisations et programmes comme : Programme de prévention et lutte contre le VIH/Sida de l'ONU [*ONUSIDA*] ; Plan présidentiel d'aide d'urgence à la lutte contre le Sida (PEPFAR) ; Santé familiale internationale (FHI) [*Family Health international*] ; Care International au Viêt Nam ; Programme de prévention et lutte contre le VIH/Sida du Fond Mondial [*Global Fund*] ; Médecins du Monde.

À ceci s'ajoute la participation d'organisations communautaires locales comme la Communauté des personnes infectées par le VIH et leurs proches. Ce sont des groupes volontaires, des groupes autonomes créés par des PVVIH à HCMV. La ville est donc non seulement un centre économique et culturel, mais aussi le point de rencontre de groupes autonomes et de groupes volontaires provenant de provinces voisines comme Vũng Tàu, Tiền

Giang, An Giang et Cà Mau. Si le Viêt Nam compte 52 groupes autonomes (qui rendent publics leurs noms et activités), HCMV comprend 20 groupes/clubs. Bien que le nombre des membres des groupes dans tout le pays ne représente qu'une petite partie des personnes porteuses du VIH, cela a apporté une contribution significative à la création d'un réseau national des PVVIH au Viêt Nam (GIPA Viêt Nam, 2008).

Surtout, il faut noter l'existence des groupes d'entraide [*nhóm tự lực*]. Ces groupes sociaux sont créés par les personnes infectées elles-mêmes (presque 100,0 % des membres sont séropositifs VIH). Leurs activités se concentrent principalement sur l'aide médicale et l'accompagnement des familles des personnes porteuses du VIH pour les soins, les conseils, l'accès aux services médicaux. Ce sont non seulement des lieux de rencontre, d'activité pour les personnes séropositives de la ville, mais aussi des points de rencontre pour personnes séropositives de provinces voisines, leur permettant de recevoir des aides morales, des supports dans l'accès aux services médicaux, des soins si besoin.

2.4 VIH/Sida et femmes à Hồ Chí Minh - Ville

Au total, 5 % à 10 % des cas infectés VIH l'ont été par le biais de rapports non protégés chez les hommes homosexuels. En Asie de l'Est, les études ont estimé que 3 % à 5 % des hommes ont eu des relations homosexuelles dans leur vie. Ce taux est de 6 % à 18 % en Asie du Sud-est (UNAIDS, 2007b, p. 7). Pourtant, les études sur ce groupe restent limitées à cause des préjugés de la société et de la sensibilité au problème sous l'angle culturel.

Plusieurs hommes ont des rapports sexuels à la fois avec des hommes et des femmes. Cela a un impact sur la transmission du VIH dans la communauté. Le taux d'infection dans ce groupe est toujours plus élevé que dans la population générale. Par exemple en Thaïlande, le taux d'infection est de 1,4 % chez les adultes hétéros et de 28 % chez les homosexuels à Bangkok. Ou bien au Viêt Nam, le taux d'infection est de 0,5 % dans la population hétéro et de 8,0 % chez homosexuels à HCMV (UNAIDS, 2007a, p. 91).

En raison du manque de connaissances du VIH, les hommes ont des rapports homosexuels non protégés et, en moyenne, les hommes ayant des rapports homosexuels sont élevés mais leur utilisation du préservatif est plus faible que celle des travailleurs du sexe (UNAIDS, 2007b, p. 11-12).

2.4.1 Situation générale des femmes à Hồ Chí Minh - Ville

Hồ Chí Minh – Ville (HCMV) se situe au Sud du Viêt Nam, au centre de la région Sud-est. Selon les chiffres de l'Office des statistiques de HCMV en 2011, la ville est d'une superficie de 2 095,01 km² avec 24 districts dont 19 arrondissements intramuros. Elle est peuplée de 8 247 829 habitants, la densité démographique en 2015 est de 3 937 personnes/km², 81,60 % de la population vivent en zone urbaine et 18,40 % vivent en zone rurale (Tổng cục thống kê thành phố Hồ Chí Minh, 2015).

Sur le plan économique, la ville est la plus grande municipalité du Viêt Nam en ce qui concerne le montant de l'investissement direct étranger (IDE) et l'investissement indirect étranger (IIE) ainsi que les investissements nationaux. Jusqu'en mars 2012, le produit intérieur brut (PIB) de la ville représente 99 384 milliards dongs, soit une augmentation de 7,4 % par rapport au premier trimestre de 2011. Le secteur des services a connu une croissance de 8,0 %, le secteur industriel et la construction ont la même croissance de 6,6 % et le secteur agricole, sylvicole et aquatique de son côté a enregistré une croissance de 4,5 % dans la croissance générale. Cette ville figure parmi les municipalités les plus attrayantes pour les investisseurs étrangers et constitue le terrain d'accueil de 4 186 projets, d'un montant total de 31 586,8 millions dollar américain (Tổng cục thống kê thành phố Hồ Chí Minh, 2012).

Selon le recensement de population et de logement de 1999 (GSO, 2009), la population urbaine au Viêt Nam est de 7 162 864 habitants sur les 85 846 997 formant la population urbaine, soit 8,34 %, les femmes représentant plus de 50 % de la population. Elles représentent la force principale sur le marché du travail de HCMV.

Pendant 5 ans, de 2007 à 2011, HCMV a embauché 1 383 174 travailleurs, dont plus de 55 % de femmes. Le nombre total d'employées féminines travaillant dans les entreprises est de plus de 3,5 millions de personnes, soit 50,3 %.

Les statistiques du Service du Travail, des Invalides de guerre et des Affaires sociales de HCMV montrent que la plupart des travailleuses sont employées dans l'industrie textile, du cuir, de l'artisanat (73,13 %) et de l'agriculture-foresterie-pêche (34,7 %). En particulier, la plupart des femmes ayant rencontré des difficultés ne peuvent espérer qu'un emploi précaire et un revenu faible ; elles peuvent facilement perdre leur emploi (Trần, 2012).

2.4.2 VIH/Sida et femmes à Hồ Chí Minh -Ville

Le premier cas d'une femme infectée par le VIH a été détecté en 1990 et jusqu'en 2005, le nombre de femmes infectées s'est élevé à 15 633. Selon les rapports de Ministère de la Santé en 2005, le sexe-ratio (taux comparé du nombre d'hommes et de femmes) était resté stable à environ 6 : 1 depuis 1993 (Nguyễn *et al.*, 2008, p. 3) mais ce taux a augmenté chaque année aussi bien au sein des prostituées que des femmes rurales et urbaines (Nguyễn *et al.*, 2008, p.4)

Pour les femmes prostituées, les études récemment réalisées à HCMV auprès de plus de 300 femmes prostituées en 2011 montrent que les prostituées ont tendance à utiliser des préservatifs régulièrement et correctement. Elles peuvent se rendre compte de l'état des clients, et décider d'utiliser des préservatifs si elles le jugent nécessaires. Elles ont la possibilité de décider et d'utiliser des préservatifs même dans l'état de crise de manque à la drogue pendant les rapports sexuels. D'autre part, elles ont aussi tendance à faire appel à des services de dépistage, de consultation gratuite sur le VIH réservés à celle qui pensent courir un risque d'être infectée par le VIH.

Les données du Ministère du Travail, des Invalides de guerre et des Affaires sociales du Viêt Nam en juin 2011 montrent que les femmes représentent environ 10 % des utilisateurs de drogue. La plupart des femmes droguées par injection ont souvent des rapports sexuels. Ces femmes vivent avec leur mari ou leur copain (92 % des femmes à HCMV contre 75 % des femmes à Hà Nội) et elles gagnent leur vie essentiellement en se prostituant (63 % des femmes à Hà Nội contre 30 % des femmes à HCMV) (AusAIDS, 2011, p. 3 et p. 19).

En général, les femmes droguées n'utilisent des seringues et des aiguilles en commun qu'avec leurs partenaires sexuels habituels ou leurs amis proches. Leur réseau de drogue se limite à leurs partenaires sexuels et aux copains de drogue habituels tandis que le réseau sexuel auquel elles participent est beaucoup plus large. Ces femmes elles-mêmes peuvent transmettre le VIH à leurs clients par les rapports sexuels sans préservatifs. Dans les zones principales des villes telles que HCMV, Hà Nội et An Giang (la zone frontière), le taux d'infection du VIH chez les prostituées s'est élevé à 14 % en 2004 (Nguyễn *et al.*, 2008).

Le fait que les prostituées n'utilisent pas de préservatifs régulièrement trouve encore son origine dans la demande des clients eux-mêmes. Les clients masculins sont ceux qui décident

d'utiliser ou ne pas utiliser des préservatifs pendant les rapports sexuels. Plusieurs prostituées infectées par le VIH ont failli à convaincre leurs clients d'utiliser les préservatifs, à cause de certains éléments tels que l'état d'ivresse des clients ou le bonus proposé par les clients pour les rapports sexuels sans préservatif. À part des avantages économiques, certaines prostituées ne sont pas conscientes du fait qu'elles sont susceptibles de transmettre le VIH aux autres. Elles pensent qu'elles sont jeunes, en bonne forme et respectent bien des normes hygiéniques.

Malgré les efforts dans la réduction du taux d'infection du VIH dans le groupe des prostituées et leurs clients, la transmission du VIH s'opère au sein même des familles, entre conjoints, ou entre femmes célibataires et partenaires sexuels. Les femmes ont du mal à se protéger, à refuser les rapports sexuels sans préservatif ou à demander à leurs partenaires d'utiliser des préservatifs. Elles ne sont pas éduquées à la prise en charge de leur corps et vivent dans des familles sans ouverture vis-à-vis des problèmes sexuels.

Selon certaines études sur la connaissance du VIH, 90 % des femmes âgées de 15 à 49 ans ont entendu en parler, 67 % à 81 % savent qu'une personne en bonne santé peut être infectée par le VIH et 82,5 % disent que le préservatif peut permettre d'empêcher la transmission du VIH (Nguyễn *et al.*, 2008). La connaissance de la prévention et la lutte contre la transmission du VIH est différente selon le niveau de vie intellectuelle, la région ou l'ethnie des groupes de femmes. Ce taux est plus élevé chez les femmes ayant un niveau scolaire secondaire technique, voire plus, ainsi que chez celles qui proviennent de familles riches. La proportion de femmes qui ont entendu parler du VIH est aussi plus faible parmi celles provenant des ethnies minoritaires, comme les Kinh. Les femmes âgées de 15 à 49 ans dans le Delta du Mékong ont le plus bas niveau de connaissance du VIH/Sida, soit 33,7 % (GSO, 2011, p. 190).

La distance entre la connaissance du VIH/Sida et les actions de prévention et lutte contre la contamination du VIH est très forte. Les femmes hésitent souvent à parler de rapports sexuels avec leurs partenaires. Pour les femmes ne faisant pas partie des groupes à risque, la contamination est causée par leurs partenaires sexuels, leurs petits amis et leur mari, ils sont soit les usagers de la drogue, soit clients des prostituées. Il s'agit, par exemple de chauffeurs de long trajet, d'ouvriers travaillant dans des chantiers et vivant loin de leur famille, de travailleurs provinciaux. Les femmes mariées utilisent rarement des préservatifs tout en sachant que les hommes peuvent avoir des relations hors couple (Nguyễn *et al.*, 2008).

Ainsi, si les objectifs de la prévention et la lutte contre le VIH/Sida ne ciblent que des groupes de sujets à risque, ils négligent la majorité de la population. Or, ce groupe n'a pas de connaissance claire du VIH/Sida et la plupart des femmes ne cherchent pas à savoir si elles font partie ou non du groupe à risque.

Conclusion du chapitre II

Ce chapitre a été l'occasion de montrer en quoi l'épidémie du VIH/Sida, au niveau national, peut être présentée à travers des statistiques et des rapports scientifiques qui nous rappellent ainsi où en est la connaissance de l'épidémie du VIH/Sida, et la réaction du Viêt Nam face à cette épidémie.

Au cours des dernières années, grâce aux bons résultats de la prévention du VIH/Sida dans le monde, le nombre de décès du Sida a été réduit de façon spectaculaire, le nombre des personnes ayant accès aux services médicaux, notamment sous traitement antirétroviral, est élevé dans les pays à revenu faible et intermédiaire, mais le nombre de nouvelles infections continue d'augmenter chaque année. Au Viêt Nam, les PVVIH sont apparues dans 63 provinces/villes, et les plus concentrées se trouvent à HCMV, où le nombre de nouvelles infections a augmenté de façon significative chez les femmes âgées de 35 à 39 ans (concentré chez les prostituées). La plupart des cas sont dus au manque d'informations sur les risques des rapports sexuels non protégés. Pour faire face à l'épidémie VIH, le Gouvernement du Viêt Nam a construit progressivement un système de politiques sociales et de développement de services médicaux et d'aide des ONG.

Chapitre III La revue des travaux de recherche liés aux personnes vivant avec le VIH/Sida au Viêt Nam et dans le monde

Avec l'explosion de l'épidémie de VIH au cours des dernières décennies, les recherches liées au VIH/Sida s'épanouissent dans différentes disciplines. À côté des travaux de recherche purement médicaux, traitements et possibles préventions, ont été réalisés des travaux en sciences sociales focalisés sur les séropositifs eux-mêmes, étudiant les facteurs liés à leur vie familiale, leur carrière et leurs maladies. Parmi ceux-ci figurent de nombreux projets de recherche sur le sujet des PVVIH, dont plusieurs concernent plus spécifiquement les femmes vivant avec le VIH. On peut citer un certain nombre de sujets de recherche liés aux personnes porteuses du VIH tels que l'étude sur la stigmatisation, l'emploi pour des PVVIH, les femmes et le VIH.

La stigmatisation symbolique liée au VIH résulte d'un jugement de valeur morale attachée aux PVVIH et a des conséquences négatives sur les plans de la santé publique et des droits de l'homme. On connaît relativement mal les différentes façons dont s'opère la stigmatisation symbolique à partir des différentes cultures au niveau mondial.

Dans le but d'informer à cet effet, Kate Winskell a mené une étude comparative sur six pays africains, intitulée : *comparaison de la stigmatisation symbolique liée au VIH dans six pays africains: Représentations sociales dans les récits des jeunes [Comparing HIV-related symbolic stigma in six African countries : social representations in young people's narratives]* (Winskell & Obyerodhyambo, 2011), avec un échantillon aléatoire stratifié (n = 586 = 5 %) de 11 354 idées créatives apportées par six pays à un concours d'écriture de scénarisation²⁴ lié au VIH qui a eu lieu entre février et avril 2005. L'étude apporte un aperçu général d'interférences culturelles spécifiques à la stigmatisation symbolique, identifie les besoins de chaque pays et dévoile des stratégies-modèles pour les futurs programmes de lutte contre la stigmatisation symbolique attachée au VIH.

²⁴ Les récits ont été rédigés par un nombre égal d'hommes et de femmes dans la tranche d'âge de 10 à 24 ans vivant dans des zones urbaines et rurales du Swaziland, de la Namibie, du Kenya, du sud-est du Nigéria, du Burkina Faso et du Sénégal.

L'étude de Ky-Zerbo *et al.* (2004)²⁵ montre que l'auto-stigmatisation des PVVIH est la principale forme de stigmatisation après la stigmatisation dans les relations interpersonnelles et la stigmatisation dans les services de santé. Ces résultats montrent que les programmes de prise en charge doivent bénéficier de l'intégration d'un composant psychologique plus approprié que ceux actuellement fournissent aux PVVIH. Des activités de soutien socio-psychologique doivent être développées parallèlement aux traitements d'ARV dans les associations.

Une étude qualitative auprès de 250 PVVIH à Hải Phòng et Cần Thơ menée par Khuất *et al.* (2004 et 2014) intitulée *Comprendre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/Sida au Việt Nam [Understanding HIV and AIDS-related Stigma and Discrimination in Việt Nam]*, elle a déterminé les causes de la stigmatisation, la manifestation et ces effets sur la vie des PVVIH et de leurs familles. L'étude montre que la cause la plus importante de la stigmatisation réside dans la peur d'être infecté lors des contacts normaux, les jugements moraux et les hypothèses sur la vie et le mode de vie des personnes infectées par le VIH. Cependant, l'étude ne précise pas comment ils vivent avec la stigmatisation de la famille et de la société.

Une autre étude qualitative (auprès de 10 PVVIH, 10 membres de leur famille, 10 membres de la communauté et 5 agents médicaux) menée par Gaudine *et al.* (2009)²⁶, elle montre les différentes manifestations de la stigmatisation liée au VIH/Sida dans la famille et la communauté telles que la peur, le rejet, le mépris, le refus de contact, la discrimination des agents médicaux. Les résultats de cette étude ont contribué à l'élaboration de stratégies visant à la stigmatisation liée au VIH au Việt Nam.

Une autre étude liée à la stigmatisation et la discrimination vis-à-vis des PVVIH dans le cadre de la thèse doctoral de Luru (2010)²⁷, montre que « *le VIH/Sida entre dans les familles*

²⁵Ky-Zerbo, O *et al.* (2014). La stigmatisation des PVVIH en Afrique : analyse de ses formes et manifestations au Burkina Faso. *Sante Publique*, 26 (3), 375–384.

²⁶Gaudine, A. *et al.* (2009). Perspectives of HIV-related stigma in a community in Việt Nam. *International Journal of Nursing Studies*, 47 (2010), 38–48.

²⁷Luru, B.N. (2010). *La famille vietnamienne face au VIH/Sida : Connaissances, stigmatisation et exclusion : étude cas-témoin à Ha-Long, province de Quảng Ninh, Việt Nam*, [Thèse de doctorat], Nanterre : Université Paris Ouest Nanterre La Défense.

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. » (Luu, 2010, p.53). Les familles des PVVIH doivent changer de fonction ; elles doivent désormais jouer un rôle important dans la prévention et le traitement des PVVIH. Ce rôle est malgré tout limité en raison du niveau d'informations, des familles et de la société sur la maladie.

À ce propose, les résultats d'une étude typique qualitative et quantitative menée par Myriam Loenzien²⁸ sur le rôle de la famille dans la prévention du VIH/Sida et la prise en charge des séropositifs montrent l'impact du VIH/Sida sur le ménage et la famille agrandie.

Une étude sur ce sujet fut menée en 2004 par Khuât, Nguyễn & Ogden, utilisant une approche qualitative. Cette étude détermine les raisons et les formes que la stigmatisation prend 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.

L'étude de Pharris-Ciurej (2011), intitulée *Stigmatisation liée au VIH au Viêt Nam : implications pour la prévention et le contrôle des situations d'épidémie non concentrées pour le VIH [HIV-related stigma in Viêt Nam : implications for the prevention and control of HIV inconcentrated epidemic settings]*, montre que la stigmatisation est un obstacle à la prévention et au traitement du VIH au Viêt Nam. La fourniture de services gratuits tels qu'un dépistage volontaire de VIH de haute qualité pourrait aider à normaliser le processus de dépistage de VIH et le rendre plus accessible aux Vietnamiens. L'étude souligne que la famille et les pair-éducateurs peuvent aider les PVVIH dans la bonne observance du traitement antirétroviral. Les associations de PVVIH peuvent être utilisées pour améliorer l'accès aux services de soins de santé afin de réduire la stigmatisation et d'améliorer la qualité de vie des PVVIH.

L'étude de *l'Index de stigmatisation* menée dans cinq provinces (Cần Thơ, Điện Biên, Hà Nội, Hải Phòng et HCMV) par le réseau des PVVIH du Viêt Nam (VNP+) a identifié la situation réelle de la stigmatisation et la discrimination dans trois groupes à haut risque

²⁸Cette étude fut réalisée en 2006 et 2008 dans la province de Quảng Ninh, au Nord - Est du Viêt Nam.

d'infection. L'étude montre les différentes sortes de discrimination et de stigmatisation liées au VIH, ainsi que la « double » stigmatisation vis-à-vis des PVVIH.

Cervera (2013) a présenté dans sa thèse en Sciences économiques une analyse socioéconomique de l'accompagnement associatif des PVVIH vers l'emploi en France. Les résultats montrent que « *la valeur ajoutée de l'accompagnement associatif vers l'emploi est d'inscrire la relation d'accompagnement dans une dynamique collective en la désindividualisant* » et que « *les institutions associatives sont difficiles à modifier et que les pratiques résistent aux dynamiques de changements institutionnels tout en s'en nourrissant* » (Cervera, 2013, p. 10).

En matière d'études sur le VIH/Sida dans le lieu de travail, il faut citer les études suivantes : *le VIH/Sida au lieu de travail : évaluation des besoins en politiques et des interventions* menée en 2002 par Bui et associés ; *Le contrôle du VIH/Sida au lieu travail* menée en 2003 par l'Institut de recherche pour le développement social et l'étude menée en 2004 par les Nations Unies sur *la réduction de la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/Sida au lieu de travail au Viêt Nam*.

Ces études montrent que l'existence de la stigmatisation se manifeste par le fait que certaines entreprises licencient directement les employés infectés ou demandent aux candidats de subir un test de dépistage de VIH obligatoire.

La stigmatisation et la discrimination sont dues au manque de connaissance des modes de transmission du Sida et ou lien établie entre VIH/Sida et « maux sociaux » sont toxomanie et prostitution. Les études soulèvent également des lacunes politiques et les institutionnelles et juridiques au Viêt Nam, y compris les mesures de prévention ainsi que des lacunes de la part de certaines organisations de premier plan dans le domaine du travail et de l'emploi.

Les récits des femmes vivant avec le VIH de Gibson²⁹ (2012) montrent que les femmes vivant avec le VIH établissent des relations relâchées et complexes avec elles-mêmes. Ces relations varient selon les facteurs culturels, les changements dans le corps (liés aux maladies)

²⁹Gibson, M.V. (2012). Climbing a Mountain: Stories of Women Living with HIV on Body Imaging. *Women's Health and Urban Life*, 11 (2), 26-41.

et la stigmatisation liée au VIH. Les découvertes de l'étude démontrent que les femmes connaissent des relations à « caractère de défi » avec leur corps. Elles mettent leurs corps en danger car il leur fait honte. Ces récits permettent aux assistantes sociales s'occupent des femmes séropositives de mieux comprendre à quel point une réhabilitation de l'estime de soi doit passer par le corps pour éviter que les femmes sombrent encore plus dans la marginalité.

L'étude menée par Bui *et al.* (2010),³⁰ auprès de 13 femmes à Quảng Ninh (Viêt Nam) qui ont avorté après avoir été diagnostiquées séropositives au VIH, montre que les femmes enceintes infectées par le VIH ont fait de leur mieux pour équilibrer le désir d'avoir un enfant et la responsabilité d'être une mère. Même si elles ont un fort désir d'être mère, les femmes dans cette étude ont choisi de mettre fin à leur grossesse par crainte de ne pas pouvoir prendre correctement soin de l'enfant qu'elles attendaient. Ces résultats montrent que lors de la mise en place de services de consultation en matière de santé reproductive et de soutien aux femmes infectées par le VIH et leurs familles, il est nécessaire de tenir compte des éléments socioculturels qui entourent la santé reproductive des femmes.

Conclusion du chapitre III

Ainsi, de nombreuses études du Viêt Nam et du monde ont porté les différents thèmes sur le sujet des PVVIH au Viêt Nam. Ces études mettent principalement l'accent sur des questions relatives à l'auto-discrimination, à la stigmatisation au sein de famille, du lieu de travail et de la société à l'égard des PVVIH (homme et femme), mais peu d'études analysent les conséquences de la stigmatisation sur les personnes porteuses du VIH, y compris les femmes positives. C'est une section ouverte pour que nous puissions mener notre sujet de recherche.

³⁰Bui, K. C *et al.* (2010). Induced abortion among HIV-positive women in Northern Viêt Nam: exploring reproductive dilemmas. *Culture, Health & Sexuality*, 12 (S1), 41–54.

PARTIE II
APPROCHE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE

Chapitre IV Approche théorique et conceptuelle de l'étude

Pour appréhender la problématique de recherche, il est utile d'adopter une posture théorique susceptible d'apporter un éclairage sociologique pertinent, le choix d'une théorie sociologique plutôt qu'une autre implique souvent une conception particulière de la société.

Comme mon travail de terrain a commencé avant mes réflexions théoriques sur le sujet, j'ai donc tenté de trouver un cadre théorique pertinent pour rendre compte de mon objet de recherche et non pas essayer de faire correspondre la réalité sociale à un engagement théorique particulier. J'ai alors cherché depuis mon mémoire de maîtrise la théorie sociologique la plus adaptée avant de décider de ne pas m'inscrire dans une mouvance théorique unique. Je prends le parti de m'approprier plusieurs approches sociologiques complémentaires afin de cumuler leurs vertus cognitives et d'en limiter les insuffisances à travers une approche pluridimensionnelle.

Ainsi, 1) Il est pertinent d'analyser le processus de la reconstruction sociale des relations sociales des femmes séropositives a fin de comprendre comment ces femmes reconstruisent des relations sociales qui dépendent notamment de facteurs sociaux (individuel, familial et communautaire) et comment elles adoptent des stratégies plus ou moins conscientes qui s'affrontent sous l'influence d'un contexte social déterminant. Je parle ainsi d'une construction sociale; 2) Dans ce contexte social, il est aussi intéressant, d'une part, d'appréhender les femmes séropositives selon qu'elles adoptent des stratégies individuelles et collectives, particulièrement face à l'exclusion, stigmatisation et discrimination de la société et d'autre part, les interactions entre ces femmes et les autres individus dans la société, aux niveaux structurels et interindividuels. Je parle ici d'approche interactionniste et également de la théorie de l'étiquetage.

4.1 Théorie de la construction sociale

La construction sociale est présentée par Berger et Luckmann dans leur célèbre ouvrage « *La construction sociale de la réalité* » publié en 1966. L'objectif principal de la théorie de la construction sociale consiste à trouver comment les individus et les groupes participent à la construction de la réalité. Il s'agit de la façon dont nous créons la réalité à partir des événements, des institutions, des coutumes et des traditions.

Berger et Luckmann affirment que la connaissance comprend la connaissance la plus élémentaire de tous les jours et qu'elle est maintenue par des interactions sociales.

L'individu mène des interactions grâce à la connaissance qu'il a de la réalité. Ces actions sont consolidées par la connaissance générale et l'individu accorde sur la connaissance portant le sens commun de la communauté.

L'idée principale est que la connaissance formée par l'interaction sociale est le résultat de processus sociaux. Le modèle de la réalité sociale est construit sur la base d'un consensus social et d'interactions sociales.

La construction sociale a besoin d'un, deux ou davantage de facteurs. Chaque facteur doit impliquer un modèle d'interactions construit. Les interactions sont réalisées grâce au langage et à l'action. D'autres facteurs, qui peuvent influencer les interactions sont, entre autres, la culture. La culture peut influencer l'interaction sociale à travers la norme et la valeur ainsi qu'à travers ce que l'individu peut apprendre dans l'interaction.

À travers cette théorie, nous pouvons voir que l'individu construit son monde social à travers l'interaction sociale. L'interaction sociale joue un rôle très important dans la construction d'un monde social non seulement au niveau individuel, mais aussi au niveau du groupe. Grâce à l'analyse des interactions sociales entre des femmes séropositives ainsi qu'entre ces femmes et les autres (famille, ami et collègue), nous pouvons étudier le processus de la reconstruction des relations sociales des femmes vivant avec VIH à HCMV, nous allons comprendre comment ces femmes reconstruiront leur vie après l'infection au VIH et comment elles intégreront la société Viêt Namienne. Selon l'argument ci-dessus, ce processus de reconstruction des relations sociales est en outre affecté par des facteurs culturels, les règlements, les coutumes, les normes et valeurs sociales de la société du Viêt Nam.

4.2 Théorie de l'interactionnisme symbolique et théorie de l'étiquetage

4.2.1 Théorie de l'interactionnisme symbolique

La théorie de l'interactionnisme symbolique est une approche issue de la sociologie américaine. Elle est influencée par certaines écoles philosophiques, biologiques et les théories de psychologie avec des représentants comme John Dewey, Wilhelm Wundt, William James,

John Edward Lee Thorndike et B. Watson. C'est dans les travaux de ces auteurs et au sein du « pragmatisme social » qu'il faut chercher les intuitions centrales dont sortira l'interactionnisme symbolique (De Queiroz & Ziolkowski, 1997, p. 14).

Les auteurs principaux de la théorie de l'interactionnisme symbolique sont Cooley (1902), Mead (1934), Goffman (1959) et Blumer qui a inventé le terme interactionnisme symbolique (Symbolic Interactionism) en 1937 (Le, 2002, p. 277), (Le Breto, 2012, pp. 9-43).

Les principes fondamentaux de l'interactionnisme symbolique sont, suivant Blumer (1969), les suivants (De Queiroz & Ziolkowski, p. 31) :

- 1) Les humains agissent à l'égard des choses en fonction du sens que les choses ont pour eux.
- 2) Ce sens est dérivé, ou provient, des interactions de chacun avec autrui.
- 3) C'est dans un processus d'interprétation mis en œuvre par chacun dans le traitement des objets rencontrés que ce sens est manipulé et modifié.

Ces trois principes constituent, ensemble, l'approche spécifiquement interactionniste.

Selon Blumer, ce concept de l'interactionnisme symbolique nous montre les caractéristiques de l'interaction entre individus. L'individu ne répond que simplement aux actions de l'autre mais il doit toujours définir et expliquer l'action de l'autre individu. L'interaction symbolique n'est pas l'ensemble des actions de chaque individu, mais un processus, une forme de société qui est créée à partir des actions des individus, et chaque action est effectuée sur la base de l'interprétation sur le sens et la motivation de l'action à travers des symboles et des icônes.

Blumer a expliqué que l'interaction entre les individus n'est pas simplement entre le stimulus (S) et la réponse (R) dans le modèle de John Broadus Watson-fondateur du béhaviorisme, mais également que l'élément intermédiaire est « l'interprétation » (I). Selon le modèle (S-I-R), il explique que l'individu A a une action (S) avec un individu B et l'individu B doit comprendre (I) l'actions de A et répond à cette action (R). Au contraire, l'individu A comprend (I) l'individu B à travers les réponses de l'individu B (R) (Le, 2002, p. 293). Ainsi, les interactions entre les individus sont réalisées à travers l'explication du sens des actions entre eux. C'est un processus d'interaction fondé sur l'interprétation de la signification, des motivations et des besoins des actions.

On peut identifier trois thématiques communes aux interactionnistes (Connein, 2005. P. 369) : *a*) une thématique contextualiste de la sous-détermination de la situation et de sa construction par les acteurs ; *b*) une thématique de l'ordre social qui refuse d'expliquer l'action par les normes intériorisées ; et *c*) une thématique du primat de l'action conjointe sur toute forme d'action collective. Parmi ces trois thèmes, la contribution du contexte à la construction de l'ordre social et de son interprétation est un thème interactionniste central. Une autre spécificité de l'interactionnisme est son rejet du modèle d'un ordre social fondé sur l'intériorisation de normes communes (Connein, 2005, p. 370).

En utilisant cette théorie pour l'analyse des interactions des femmes vivant avec le VIH dans la société, en particulier leurs interactions avec les personnes dans la même situation, nous voulons montrer le processus de reconstruction des anciennes relations sociales et de construction des nouvelles relations sociales des femmes séropositives à travers leurs interactions lors qu'elles réintègrent la société et rejoignent le groupe des personnes séropositives pour avoir l'occasion de développer des interactions les unes avec les autres aux différents niveaux (individu-individu et interprétation, individu-groupe et interprétation et individu-communauté et interprétation).

4.2 Théorie de l'étiquetage

En suivant le chemin des prédécesseurs : Mead, Tannenbaum³¹ et Lemert³², à la fin des années 1950, certains chercheurs ont focalisé leurs recherches autour de la question de la

³¹Historien et criminologue Frank Tannenbaum (1893-1969), auteur de *Crime and the Community* (1938), dans lequel il met en évidence le rôle de l'« épingle » dans la création de la déviance. Son concept principal est ce qu'il appelle la dramatisation du mal (théorie de la dramatisation du mal).

³² Sociologue Edwin Lemert (1912-1996), qui cherche à élaborer une théorie socio-criminologique de la déviance en essayant d'aller au-delà de la vision en termes de pathologie individuelle ou sociale. Il a introduit les notions de *déviance primaire* et *déviance secondaire* et a expliqué comment l'impact du fait qu'une personne est considérée comme déviante peut changer ses comportements ultérieurs. Une personne est étiquetée comme déviant pour la première fois, ce qui est appelé *la déviance primaire*. Mais une fois qu'une personne est considérée comme déviante, cette étiquette devient une partie de l'identité sociale et son auto-perception de soi-même. Ce mécanisme lui fait réaliser « l'espoir » des autres, ou plutôt, réaliser selon ce que la société lui a assigné, en effectuant des comportements de déviance suivants. Ces comportements de déviance suivants sont appelés *la déviance secondaire*. Une personne qui est étiquetée comme « grasse et dodue » - une déviance primaire – pourra effectuer des comportements de déviance secondaire par exemple mentir sur son poids, éviter des activités telles que la danse, la natation...

« déviance. » Parmi ceux-ci, il faut mentionner les trois auteurs qui ont apporté des contributions majeures à la naissance de la théorie de l'étiquetage : Becker avec « Outsiders » (1963), Goffman avec « Stigmate » (1963), Humphreys avec « Le commerce des pissotières » (1970) (Humphreys, 2007). Ils ont contribué à la construction d'un « nouveau regard sur la déviance », qui s'est diffusée sous le nom de « Labeling theory » ou théorie de l'étiquetage.

La théorie de l'étiquetage ou aussi appelé la théorie de la désignation, la théorie de la réaction sociale ou bien encore « l'analyse stigmatique » offre un cadre théorique créatif afin de réfléchir sur le phénomène de la déviance avec la naissance de nouveaux concepts tels que la réaction sociale, la stigmatisation, l'identité. Cette théorie découle des points de vue principaux de Goffman et Becker dans deux ouvrages « Stigmate » et « Outsiders. »

Goffman avec Stigmate

La contribution que Goffman a apportée à la théorie de l'étiquetage se manifeste dans son œuvre appelé *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps*. Dans cette œuvre, il se concentrait sur la recherche de la stigmatisation et de l'interactionnisme, il réfléchissait à la « lui-disant », « l'information sociale » ; *information que l'individu transmet directement à propos de lui-même* » (Goffman, 2012, p. 8).

Goffman a distingué trois types de stigmates (Goffman, 2012, p. 14) : les stigmates corporels ou monstruosité du corps sont la stigmatisation liée aux déformations physiques (handicaps physiques, troubles de la vision, défauts du visage ou du corps : difformité, bec de lièvre, nanisme, etc.) ; les stigmates liée à une insuffisance de la personnalité, par exemple ceux qui sont considérés comme manquant d'énergie, ou ceux qui ont des passions anormales, ou malhonnêtes (troubles de caractère, antécédents psychiatriques, alcoolisme, etc.); et enfin les stigmates tribaux (*tribal stigma*) à savoir la stigmatisation liée à la race, l'éthnie, la nationalité ou la religion, ou vis-à-vis des membres d'un groupe social méprisé. Chaque individu peut être membre d'un groupe ou de plusieurs groupes. Par conséquent, « la stigmatisation tribale » peut être rattachée à la famille et affecte également tous les membres d'une famille.

Ainsi, la stigmatisation est le résultat de l'étiquetage social à travers des normes sociales, que ce soit officiel (les dispositions de la loi) ou non officiel (les jugements personnels). Goffman définit son concept ainsi :

« La notion de stigmaté implique moins l'existence d'un ensemble d'individus concrets séparables en deux colonnes, les stigmatisés et les normaux, que l'action d'un processus social omniprésent qui amène chacun à tenir les deux rôles, au moins sous certains rapports et dans certaines phases de sa vie. Le normal et le stigmatisé ne sont pas des personnes mais des points de vue. Ces points de vue sont socialement produits lors des contacts mixtes, en vertu des normes insatisfaites qui influent sur la rencontre. »

(Goffman, 2012, pp. 160-161).

Goffman ne voulait pas utiliser le terme « déviance », car il était trop général. Il préférait les termes « dévieur » et « déviation » (Goffman, 2012, pp. 160-161) tandis que H. Becker a poursuivi les recherches de Goffman sur les types de stigmatisation, en faisant des recherches du phénomène de l'étiquetage et de la déviance.

Becker et Outsiders

Dans l'œuvre nommé *Outsiders* (1963), Becker a développé la théorie de l'étiquetage abordant la construction dans la société de la notion de déviance. Selon l'auteur, la déviance n'est pas une chose en soi, mais ses origines se trouvent chez le dévieur et plutôt un genre construit lors du processus interactif entre ceux qui sont considérés comme déviants et ceux qui doivent respecter les normes (culturelles et juridiques).

Becker considérait « la déviance³³ comme le produit d'une transaction effectuée entre un groupe social et un individu qui, aux yeux du groupe, a transgressé une norme » et « les groupes sociaux créent la déviance en instituant des normes dont la transgression constitue la déviance, en appliquant ces normes à certains individus et en les étiquetant comme des déviants. De ce point de vue, la déviance n'est pas une qualité de l'acte commis par une personne, mais plutôt une conséquence de l'application, par d'autres, de normes et de sanctions à « un transgresseur ». Le déviant est celui auquel cette étiquette a été appliquée avec succès et le comportement déviant est celui auquel la collectivité attache cette étiquette. » (Becker, 1985, pp. 32-33). Becker y ajoute « l'individu peut voir les choses autrement. Il se peut qu'il n'accepte

³³Dans le dictionnaire de sociologie de Ferréol (Ferréol *et al.*, 1995, p. 59), la déviance désigne « les comportements (individuels ou collectifs) qui, s'écartant de la norme, créent des dysfonctionnements et donnent lieu à une sanction. »

pas la norme selon laquelle on le juge ou qu'il dénie à ceux qui le jugent la compétence ou la légitimité pour le faire » (Becker, 1985, p. 25).

Selon Becker, *« les causes de la déviance se trouveraient dans la situation sociale du déviant ou dans les « facteurs sociaux » qui sont à l'origine de son action »* (Becker, 1985, p. 32) et il existe les différences de degré dans la capacité des groupes ainsi distingués à établir des normes pour les autres :

« Les groupes les plus capables de faire appliquer leurs normes sont ceux auxquels leur position sociale donne des armes et du pouvoir. Les différences d'âge, de sexe, de classe et d'origine ethnique sont toutes liées à des différences de pouvoir. »

(Becker, 1985, p. 41).

Becker s'est donc concentré sur l'analyse du mécanisme et de la cause entraînant un certain comportement défini comme déviant ou criminel alors que les mêmes comportements ne l'étaient pas. La théorie de Becker met l'accent sur la réaction des autres, ainsi que les conséquences de cette réaction qui sont de créer de la déviance. Quand une personne est étiquetée comme déviante, cette personne se détachera de la société, fréquentera des gens qui partagent la même situation qu'elle, et jusqu'à une certaine mesure, réagira exactement en fonction de ce que la société lui attribue. Par exemple pour des travailleuses du sexe, des usagers de drogue par injection ou des personnes infectées par le VIH, l'étiquetage, l'étiquette que la société vietnamienne leur colle à la peau : « déviants » « fléaux sociaux » provient de normes éthiques et sociales sur la base desquelles la société considère ces comportements comme non conformes.

Dans notre étude, la théorie de l'étiquetage est utilisée dans le but d'analyser des types de stigmatisation sociale à l'égard des femmes vivant avec le VIH et leurs réactions à cette stigmatisation. Plus précisément, ce sont les réactions de ces femmes à la stigmatisation de la société, de la famille et des individus à travers des normes écrites (la loi) et des formes non écrites telles que l'opinion publique, les rumeurs, les jugements personnels. De plus, nous appliquons la théorie de l'étiquetage de manière à décrire comment la société fait l'étiquetage vis-à-vis des femmes exerçant la prostitution, utilisant des drogues et enfin étant infectées par le VIH.

4.3 Définition des relations sociales des femmes séropositives

Selon Bajoit (2009), « *la relation sociale peut être définie comme un échange entre deux acteurs, qui éveille chez eux des attentes culturellement définies...et qui se déroule sous des contraintes sociales... Du même coup, une relation sociale est une forme de coopération..., qui tend nécessairement vers l'inégalité...* » (Bajoit, 2009, pp. 51-65).

Dans cette étude, les relations sociales étudiées sont les interactions sociales entre les femmes séropositives et les autres acteurs de la société car, selon les sociologues, on a divisé les relations sociales en trois sens différents (Langois, 2005, p. 595). « *Le premier considère les interactions entre les auteurs sociaux qui donnent naissance à des formes sociales institutionnalisées comme le groupe ou non officielles comme les réseaux sociaux. Les relations d'interdépendance désignent pour leur part l'action de chaque acteur en tant qu'elle a un effet sur les autres acteurs dans un système. Les relations de rôle, enfin, caractérisent l'aspect signifiant et symbolique des comportements et des conduites.* » Nous étudierons donc les interactions de ces femmes en deux étapes spécifiques du cycle de vie de la femme. C'est le temps d'avant et d'après l'infection au VIH.

Les interactions des femmes séropositives peuvent créer différents types de relations sociales. Simmel a classé les relations sociales en trois grands types : le groupe, le réseau et le groupement. Ces trois formes se fondent à partir de différents types de relations sociales : la solidarité, la sociabilité et la socialité-distinguée par Baechler (1992) (Langois, 2005, p. 595).

Selon Dumont (1981), le groupe et le groupement se distinguent par le mode d'intégration. Il a nous donné trois types de rassemblement humain qui impliquent chacun des procédés différents d'intégrations et de construction identitaire : « *Le premier type est le groupe d'appartenance dans lequel les individus sont en interaction face à face. Les groupements par intégration sont constitués à partir des rôles et des statuts des individus et ils caractérisent les diverses formes de participation à la société telles les classes sociales. Le troisième type, les groupements par référence sont définis par le sentiment d'appartenance et par la conscience de former une communauté plus large.* » Un nouveau type de relations sociales s'est mis en place dans les sociétés très développées sur le plan organisationnel : la relation clinique et la relation expert-client (Langois, 2005, p. 596).

Concrètement, dans notre étude, les interactions sociales des femmes séropositives à Hô Chí Minh - Ville sont examinées en fonction de trois niveaux différents (individuel, groupe et société) : Au niveau individuel, les relations sociales créées entre les femmes dans l'interaction avec la société sont toujours des relations d'amitié. Concrètement, dans cette étude, il s'agit des relations des femmes séropositives avec les anciens amis ou avec ceux souffrant de la même pathologie ; Au niveau du groupe : il s'agit des interactions entre ces femmes séropositives et le groupe dont elles sont membres (famille ou groupe des personnes séropositives) ; Au niveau de la communauté : c'est le regard de la société envers les PVVIH. Dans les faits, il s'agit de l'attitude stigmatisant ou d'empathie rencontrée dans la société, obligeant ces femmes à réagir, donc à se reconstruire.

Ainsi, en étudiant ces interactions, nous allons mieux comprendre les relations sociales nécessaires à ces femmes pour leur reconstruction des relations sociales.

4.4 Théorie de la construction sociale à travers différentes recherches

La théorie sur la construction sociale est utilisée par les auteurs dans nombre d'études appliquées, y compris celles appliquées au VIH/Sida. Dans l'étude de Martin & Peterson (2009), intitulée *La construction sociale de la chronicité - une clé pour comprendre les transformations des soins chroniques* » [*The social construction of chronicity-a key to understanding chronic care transformations*], appliquant cette théorie, ces auteurs veulent examiner les idées historiques, les théories empiriques sur les tensions dans la construction sociale de la maladie chronique par les personnes affligées et sur les réponses de la société (professionnel médical, service médical). Pour les constructivistes, « *la santé, les maladies chroniques et les soins médicaux sont des faits sociaux, comportant un consensus social à plus ou moins de degrés différents. L'interprétation d'un comportement ou d'une expérience particulière, comme les symptômes d'une maladie, dépend des valeurs culturelles, des normes sociales et des règles culturelles* » (Martin & Peterson, 2009, p. 579).

Par ailleurs, selon cette étude, les médecins et les autres professionnels de la santé traitent presque toujours la maladie dans sa phase aiguë dans les hôpitaux. Les autres phases de la maladie sont principalement gérées par l'individu à la maison ou chez le médecin. Donc, le travail principal est conduit par les malades chroniques eux-mêmes, soutenus par la famille

(conjoint, enfant, proches et amis). Cette aide se manifeste sous plusieurs formes : financière, amicale sexuelle, économique, sociale et professionnelle (Martin & Peterson, 2009, p. 580).

Dans l'étude intitulée *La construction sociale de la routine personnelle de la sexualité, les perceptions de l'expérience sexuelle et la sexualité des femmes à Porto Rico [The social construction of sexuality personal meanings, perceptions of sexual experience, and females' sexuality in Puerto Rico]*, Villanueva (1997) a utilisé la théorie de la construction sociale dans le but d'expliquer la construction sociale de la sexualité féminine à Porto Rico. L'auteur suppose que « *la sexualité est une construction sociale marquée par les influences de traditions sociales, politiques et économiques et qu'elle se modifie tout au long de la vie* » (Villanueva, 1997, p. 2). Les résultats de cette étude montrent que la construction sociale de la sexualité féminine à Porto Rico est guidée et nourrie principalement par la religion et la culture. En particulier, la famille est la première influence dans leur vie, les femmes apprennent chez elles les réalités d'appartenance sexuelle à être « une femme » (appartenance vécue généralement comme négative) et les avantages d'être « un homme ». Enfin, à travers des témoignages de participantes, l'auteur nous a livré quatre discours dominants sur la sexualité féminine : « *source of guilt and shame, vulnerability and sexual victimization, ambivalence, and empowerment* » (Villanueva, 1997, p. 84).

Selon Jahan (2007), dans son étude intitulée *La construction sociale de soi et de la féminité dans un village hindou du Bangladesh [The social construction of self and womanhood in a Hindu village of Bangladesh]*, qui vise à présenter la réalité crue de la vie intérieure des femmes hindoues dans un village au Bangladesh ; les femmes sont vulnérables, car elles peuvent être à la fois « femmes » et en plus appartenir à une population « minoritaire » (Jahan, 2007, p. 41). Les résultats de l'étude montrent donc comment ces femmes construisent leur image à la fois par rapport à leur féminité propre et comment cette image diffère aussi, en plus, en fonction de leurs origines sociales. La plupart des femmes construisent leur image par rapport à la société dans son ensemble (c'est-à-dire par rapport à leurs maris, pères, beaux-parents, frères, fils, etc.) ainsi qu'en fonction de leur position relationnelle dans la structure sociale du village (Jahan, 2007, p. 44). Enfin, cette étude met en évidence les changements récents, qui sont continuellement en train de déterminer et redéterminer la notion d'identité des femmes hindoues en fonction des nouvelles normes sociales.

Cette théorie a été utilisée par Zhou (2007) dans son étude intitulée *Si vous attrapez le Sida ...vous devez le supporter seul : comprendre les constructions sociales du VIH/Sida en Chine [If you get AIDS...you have to endure it alone : understanding the social constructions of HIV/AIDS in China]*. Basé sur une étude qualitative sur les expériences de la maladie des PVVIH chinois, cette étude explore comment le VIH/Sida, comme toute construction sociale, est comprise par ces personnes selon le contexte de leurs rencontres quotidiennes. Les résultats montrent que, malgré leur connaissance du VIH/Sida, les perceptions et les réponses des PVVIH à propos de cette maladie sont grandement influencées par leurs expériences d'interaction avec autrui (familles, amis, et professionnels de la santé). L'étude suggère qu'il ne suffit pas de maîtriser la connaissance de la maladie elle-même pour aider les patients, mais de tenir aussi compte des dimensions interpersonnelles que ceux-ci entretiennent avec leur entourage et des efforts qu'ils fournissent pour combattre les discriminations rencontrées.

Conclusion du chapitre IV

Ces théories nous fournissent une base théorique pour expliquer et analyser le problème en particulier. La théorie de l'interaction symbolique et la théorie de l'étiquetage sont fondamentales afin d'expliquer la manière dont les femmes sont stigmatisées et discriminées dans la société et comment elles peuvent établir des relations sociales après ces stigmatisation discriminations. La théorie de la construction sociale appliquée à l'étude montre comment opère le processus de construction sociale des femmes infectées par le VIH dans une société. Après avoir présenté ces théories, nous allons chercher à analyser les relations sociales nécessaires à la survie des femmes vivant avec le VIH, celles dont elles ont besoin pour se reconstruire, les relations nécessaires au processus d'intégration.

Chapitre V Méthode de recherche

Dans le but de résoudre cette problématique, une démarche scientifique s'impose et nous allons présenter la méthode suivie, adaptée à nos objectifs de recherche afin de rendre compte des étapes de la démarche choisie et de juger de la pertinence des outils utilisés et pour mieux comprendre la situation des femmes vivant avec VIH, des entretiens complémentaires ont été réalisés avec des femmes séropositives à HCMV.

Ainsi, le présent chapitre, subdivisé en trois sections, expose la démarche empirique adoptée : la première section expose le cadre dans lequel se situe l'analyse : la question, objectifs et hypothèses préalables ; la seconde section présente les instruments utilisés pour recueillir les données ; la troisième section est relative au traitement et à l'analyse des données.

5.1 Question, objectif et hypothèse de recherche

Question de recherche : L'objectif principal de cette étude est d'une part, de parvenir à décrire le processus de reconstruction des relations sociales des femmes séropositives à HCMV. Et d'autre part, de mieux comprendre comment ces femmes s'adaptent et se reconstruisent dans la société. En tenant compte de ce qui précède, la question générale sur laquelle nous nous pencherons est la suivante : *Comment s'opère la reconstruction des relations sociales des femmes vivant avec le VIH/Sida à HCMV ?* Et les questions concrètes :

- *Comment les femmes de HCMV ont réagi à l'annonce de leur maladie ? Qu'est ce qui a changé en elles depuis cette annonce ?*

- *Quels éléments sociaux ont affecté leurs relations sociales ? Quel est le rôle de l'enfant, de la famille et de la société dans la vie de ces femmes ?*

- *Comment font les femmes séropositives pour maintenir leurs relations anciennes ou en construire de nouvelles ?*

Objectif de recherche : cette étude vise à comprendre l'identité des femmes séropositives à HCMV. Elle vise dans un second temps à identifier les éléments impactant leurs relations sociales, et leur reconstruction sociale. Enfin, il nous faudra examiner les différents niveaux des

interactions sociales les femmes séropositives pour mieux comprendre le processus de reconstruction de leurs relations sociales.

Hypothèse de recherche : D'une manière générale, « *une hypothèse de recherche est une réponse provisoire à la question de départ de la recherche, issue de la théorie, elle s'opère par une démarche hypothético-déductive (ou observation de la réalité par une démarche inductive). Cette réponse provisoire sera corroborée ou infirmée lors de l'étape suivante de la démarche scientifique (tests empiriques).* » (Battagliola et al., 1991, p. 162).

À partir d'observations de terrain et d'une approche théorique, nous proposons quatre hypothèses de recherche, comme les quatre réponses provisoires à la question sur la situation des femmes séropositives suivantes :

i) La plupart des femmes de notre étude ont été infectées par leur mari et elles sont passées par de multiples états psychologiques après cette annonce douloureuse.

ii) Après l'annonce de la maladie, les femmes séropositives ne veulent plus entrer en contact avec leurs anciennes relations. Ces liens sont souvent rompus et elles éprouvent le désir de construire de nouvelles amitiés. Tout cela va dépendre des relations qu'elles entretiennent avec leur entourage, et de l'entourage lui-même : Saura-t-il dépasser les préjugés sociaux, en ne cédant pas à la stigmatisation ? Saura-t-il inverser la nature des préjugés ? Et, ce faisant, lui-même influencer sur la nature discriminante de la société ? On voit que tout est lié.

iii) Ce sont ces interactions sociales, entre ces trois niveaux : individu, groupe et communauté qui aideront au processus de reconstruction relationnelle de ces femmes.

iv) La famille, en particulier les enfants, lorsqu'elles en ont, joue un rôle important dans la vie de ces femmes séropositives, car, en se responsabilisant pour eux, elles reçoivent en échange de nombreux encouragements.

5.2 Instruments de collecte des données

Cette recherche est élaborée en utilisant, en analysant et en synthétisant différentes sources de données et d'archives exigées par les différentes méthodes de la recherche. Les sources documentaires ont fourni des éléments sur le cadre d'étude. Les entretiens m'ont permis

de recueillir des renseignements non accessibles avec la documentation pour comprendre la situation des femmes vietnamiennes en général et des femmes vivant avec VIH à HCMV en particulier. L'observation libre et directe a donné des renseignements qui ont permis de vérifier et de « trianguler » certaines données sur le terrain.

Recherche documentaire

Pour réaliser cette recherche, j'ai utilisé non seulement la méthode de la recherche documentaire classique (dans les livres ou articles de périodiques imprimés), mais aussi des sources d'information très valables sous diverses formes-imprimés, électroniques, Internet dans le but de collecter des documents et rapports disponibles liés au VIH/Sida. Des documents publiés récemment sur les sujets de « femme séropositive » ont été collectés comme référence. Des ouvrages, des articles et des mémoires de master en psychologie, en sociologie et en travail social sur les sujets concernant « femme et VIH/Sida » ont été étudiés. Les principales sources documentaires proviennent des archives d'Office générale des statistiques du Viêt Nam, de GIPA, et d'ONUSIDA. Les bibliothèques de l'Université ont été visitées.

Observation sur les sites

L'observation dont il est question ici est participante, c'est-à-dire « l'immersion totale de la chercheuse dans la situation sociale à l'étude » (Laperrier, 2004, p. 271). Elle est directe et objective avec le seul but de décrire les événements, qui se sont déroulés pendant mon séjour sur le terrain.

Alors, une fois le travail de terrain entamé, lors des années que j'ai passées à HCMV, l'observation de ces femmes m'a aussi été utile pour accéder à des données que les entretiens seuls eux-mêmes ne pouvaient pas permettre. Les notes prises dans ces moments d'observation ont été des compléments d'informations précieux. Elles résument l'examen des situations les plus significatives, et de ce fait ont été très utiles pour analyser les données des entretiens.

Entretiens approfondis

Choix du lieu d'enquête

Le 8^e arrondissement de HCMV, choisi comme lieu d'enquête, est un quartier urbain, situé dans le sud-ouest de la ville. Il a une forme allongée dans le sens nord-sud et se trouve entrecoupé par un système de canaux. Il est peuplé de 400 000 habitants, avec plus de 97 000 ménages, ce sont principalement des ouvriers, des emplois instables et un faible revenu général. Leur niveau d'éducation est bas.

Le premier cas de VIH a été détecté en 1994. Depuis et jusqu'en 2005, le nombre annuel de personnes infectées s'est concentré chez les usagers de drogues, chez les prostituées et chez les homosexuels. Pendant la période de 2003 à 2005, des personnes séropositives ont été présentes dans tous les quartiers du 8^e arrondissement. Selon les statistiques du Comité national de lutte contre le Sida de HCMV, le 8^e arrondissement a découvert 2 717 personnes séropositives à compter du 31 octobre 2015, dont 734 femmes. En comparaison avec les autres arrondissements de la ville, le nombre de découvertes de séropositivité de cet arrondissement est le plus élevé et le taux des femmes infectées est aussi le plus haut.

Choix de l'échantillon

Cette étude sera réalisée à partir des résultats d'entretiens approfondis menés auprès de 27 femmes vivant avec le VIH/Sida. Nous avons appliqué la méthode « récit de vie » pour que la femme interviewée puisse nous raconter « un épisode quelconque de leur expérience vécue » (Bertaux, 2005, p. 36). Il s'agit d'un récit « complet », c'est-à-dire que la femme commence à raconter son histoire à partir de sa naissance jusqu'à maintenant, voire par l'histoire des membres de sa famille (parents, frères, sœurs, mari et enfants). Pour chaque période de cette histoire, « le récit décrirait non seulement la vie intérieure du sujet et ses actions, mais aussi les contextes interpersonnels et sociaux qu'elle a traversés » (Bertaux, 2005, p. 36).

La sélection des femmes participant à notre étude s'est fondée à partir de relations construites dans notre cadre de travail avec le réseau des groupes d'entraide de séropositifs à HCMV. Elle est basée sur deux sources :

1) L'aide de ceux qui travaillent actuellement dans le domaine du VIH dans la ville (Centre de soutien et consultation communautaire par exemple) : les fonctionnaires en charge du programme de méthadone, les médecins, infirmières, aides-soignants ;

2) Les réseaux sociaux des personnes vivant avec le VIH à HCMV.

Tableau 2 Nombre des PVVIH et décès liés au Sida à HCMV en 2015 (jusqu'à oct. 2015)

Arrondissement/District	Nombre des PVVIH			Nombre des décès liés au Sida		
	Femme	Homme	Total	Femme	Homme	Total
1	449	1 440	1 889	87	461	548
2	230	721	951	48	257	305
3	296	1 271	1 567	59	433	492
4	705	2 415	3 120	165	856	1021
5	291	1 056	1 347	64	314	378
6	599	2 165	2 764	98	599	697
7	319	1 047	1 366	53	280	333
8	866	2 793	3 659	132	811	943
9	230	685	915	30	172	202
10	350	1 313	1 663	67	410	477
11	373	1 459	1 832	61	420	481
12	252	765	1 017	40	179	219
Bình Chánh	444	1 457	1 901	51	330	381
Bình Tân	428	1 180	1 608	44	250	294
Bình Thạnh	720	2 879	3 599	144	978	1122
Cần Giờ	82	228	310	8	50	58
Củ Chi	409	1 020	1 429	38	214	252
Gò Vấp	461	1 901	2 362	69	523	592
Hóc Môn	304	893	1 197	41	219	260
Nhà Bè	122	429	551	18	105	123
Phú Nhuận	307	1066	1 373	54	293	347
Tân Bình	375	1554	1 929	75	540	615
Tân Phú	299	878	1 177	27	184	211
Thủ Đức	522	1584	2 106	76	498	574
Autres	14	31	45	14	31	45
Total	9 447	32 230	41 677	1 563	9 407	10 970

Cité par Ủy ban phòng chống AIDS thành phố Hồ Chí Minh, 2015

J'ai travaillé sur la méthode d'échantillonnage déterminée par les répondants (*RDS*) (*Respondent-driven sampling*) (Gile & Handcock, 2012). C'est-à-dire que les femmes ont été

choisies suivant la méthode d'échantillonnage dite « de la boule de neige qui roule » (*Snowball sampling*). Cette méthode a été développée par Leo A. Goodman en 1961.

Dans un premier temps, « on fait un tirage aléatoire au sein de la population cible. Puis, on demande à chacun des individus ayant été sélectionnés dans ce premier tirage d'inclure k « ami(s) » dans l'enquête. Ces derniers sont admis dans l'enquête s'ils n'y sont pas déjà présents, c'est-à-dire qu'ils ne font pas partie du tirage initial. Finalement, on peut réitérer cette opération plusieurs fois. Une telle procédure d'échantillonnage est appelée « procédure d'échantillonnage boule de neige à s étapes et k noms. » Cette dernière a avant tout pour but d'augmenter la taille d'un échantillon et de faire ensuite des estimations sur le nombre de liens bilatéraux ou de triangles au sein du réseau » (Office fédéral de la statistique, 2014, p. 7).

Dans notre étude, nous avons tout d'abord mené un entretien avec une ou deux femmes séropositives (les personnes-contacts « idéales ») que nous connaissions depuis longtemps dans le cadre de notre travail. Ensuite ces femmes nous ont présenté les suivantes.

Quatre critères sont utilisés afin de choisir les femmes interviewées : le sexe, l'âge, le nombre d'années de vie avec le VIH, la durée du séjour dans l'arrondissement.

- *Le sexe* : être femme vivant avec le VIH à l'exclusion des personnes transgenres. Pour assurer ce critère, nous avons vérifié leur carte d'identité ou carte vitale ou carnet de santé.

- *L'âge* : être âgée de plus de 18 ans³⁴, l'étude se réfère à des femmes adultes. Pour les autres personnes interrogées (membres de la famille par exemple), ce critère n'est pas appliqué.

- *Le nombre d'années de vie avec le VIH* : Les femmes ont au moins deux années de vie avec le VIH à partir du moment de l'entretien. C'est-à-dire que cette femme a découvert l'infection du VIH avant 2015. Si le nombre d'années est inférieur à deux ans³⁵, il est difficile d'étudier les changements intervenus dans leur vie après la découverte de l'infection.

- *La durée du séjour dans l'arrondissement* : résidente dans le 8^e arrondissement pendant au moins un an. Ceci est le temps minimum pour que ces femmes puissent s'intégrer dans la communauté avec des relations sociales stables. Ce critère est défini au sens « le 8^e arrondissement est ma maison », c'est-à-dire là où elles vivent, là où sont leurs voisins et là où

³⁴ Il s'agit des femmes adultes (Cf. article 20, Code civil 2015 du Viêt Nam) (Quốc hội Việt Nam. 2015)

³⁵ Ce critère permet de favoriser la recherche sur le processus de changement, la construction du monde social et l'intégration des femmes porteuses du VIH dans ce monde.

elles ont « une vraie vie ». La notion de l'hébergement comprend ici que ces femmes habitent et/ou travaillent dans cet arrondissement, y compris les femmes qui viennent de déménager (en 2014) mais elles ont habité dans cet arrondissement pendant des années.

Description de l'échantillon enquêté

Avant d'entrer dans la présentation détaillée de la région sélectionnée, il est important de dresser un portrait global du Viêt Nam. La population est d'environ 85 846,99 d'habitants dont 60 410,101 (70,36 % de celle-ci) vivent dans les régions rurales, le 2/3 de la population travaillant dans le secteur agricole. Environ 1/4 de la population est âgée entre 10 et 20 ans, et plus de la moitié a moins de 25 ans (OGSV, 2009). Les deux plus grandes villes du pays sont Hà Nội et HCMV (ex-Sài Gòn), la première étant la capitale depuis la révolution de 1945, mais seulement active depuis 1954 suite aux accords de Genève.

Le vietnamien est la langue officielle, mais il n'est pas parlé par tous. Il existe les autres langues parlées par des ethnies majoritaires sur tout le territoire vietnamien. Il y a au total 54 ethnies présentes au Viêt Nam. L'ethnie la plus peuplée du pays, qui constitue plus de 85,72% de la population, est l'ethnie Kinh ou Viêt (OGSV, 2009). Les 53 autres ethnies sont considérées comme des minorités ethniques et sont concentrées principalement dans deux régions du Viêt Nam, soit dans la région des Hauts Plateaux du Centre du Viêt Nam, et celle des provinces du Nord-ouest et du Nord-est. Ces deux régions sont montagneuses et très éloignées des centres urbains.

L'étude s'est centrée sur un arrondissement de HCMV (du Sud) plus. Nous avons enquêté auprès de femmes vivant avec le VIH. HCMV a connu une histoire démographique mouvementée. Elle est devenue au XIX^e siècle le premier pôle économique du pays, la position qu'elle a conservée malgré les vicissitudes de l'histoire. HCMV est la plus grande ville du Viêt Nam, devant la capitale Hà Nội. HCMV se divise en 19 arrondissements et 5 districts pour une superficie de 2 095 km² et 7 396 446 habitants (recensement de 2010). Les arrondissements intra-muros sont numérotés de 1 à 12. S'y ajoutent ceux de Tân Bình, Bình Thạnh, Phú Nhuận, Thủ Đức, Gò Vấp. Les districts suburbains sont Nhà Bè, Cần Giờ, Hóc Môn, Củ Chi, Bình Chánh.

HCMV se trouve sur les rives de la rivière de Sài Gòn. Située à proximité du delta du Mékong, cette ville est la métropole du sud du pays. Grand port Khmer jusqu'au XVII^e siècle,

sa population d'origine a été rapidement mise en minorité par une colonisation de peuplement Viêt. Pendant la colonisation française, elle était la capitale de l'Indochine française (Cochinchine). Après la partition du pays issue de la fin de la guerre d'Indochine, Sài Gòn devint la capitale de la République du Viêt Nam (dès 1954).

Pendant la guerre du Viêt Nam, Sài Gòn était le siège du commandement américain, son activité économique fut également dopée par la présence de centaines de milliers de soldats américains et son port était embouteillé par l'arrivée d'énormes importations de matériel. Sa prise par les communistes le 30 avril 1975 marqua la fin de la guerre du Viêt Nam. La ville fut alors débaptisée au profit du nom du «leader» historique des communistes vietnamiennes Hồ Chí Minh. Néanmoins, de nombreux Vietnamiens continuent à parler de Sài Gòn, du moins en situation informelle. Officiellement, Sài Gòn n'est qu'une partie (1^{er} arrondissement) de HCMV. Elle est encore, de nos jours, le poumon économique du pays.

Le corpus de l'échantillon

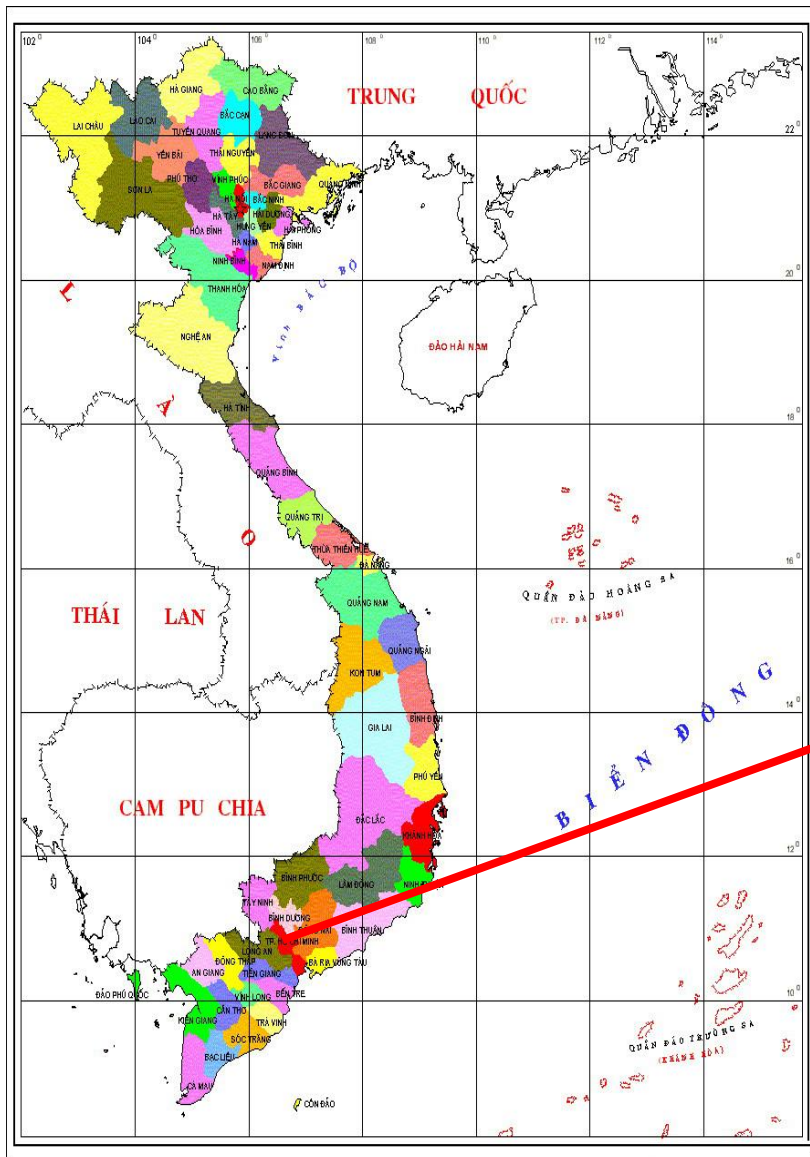
Les femmes séropositives étudiées vivent en couple, en célibataire, élèvent des enfants ou vivent toutes seules à HCMV. Pour mieux présenter ces femmes sur lesquelles nous avons réalisé les entretiens pour les récits de vie, nous avons élaboré le tableau suivant. Bien entendu, sous le couvert de l'anonymat, les noms qui apparaissent sont fictifs.

Processus d'entretien

Avant l'entretien, nous leur avons présenté l'objectif de notre rencontre et le contenu de notre travail. Nous leur avons confirmé que les informations ne seraient utilisées que dans le cadre de la recherche et seraient anonymes. Enfin, nous n'avons mené un entretien qu'avec celles qui nous ont donné leur accord.

Le lieu de l'entretien dépend du contexte social et du choix des femmes interviewées. Il s'agit d'un espace (bureau de consultation, propre domicile, domicile du guide³⁶) où elles peuvent raconter facilement leur situation, la confidentialité des informations étant respectée, et à l'abri de la moindre stigmatisation ou discrimination.

³⁶ Un guide est aussi une femme vivant avec le VIH ou un représentant de ces femmes qui travaille dans le Centre de soutien et de consultation communautaire.



56 THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

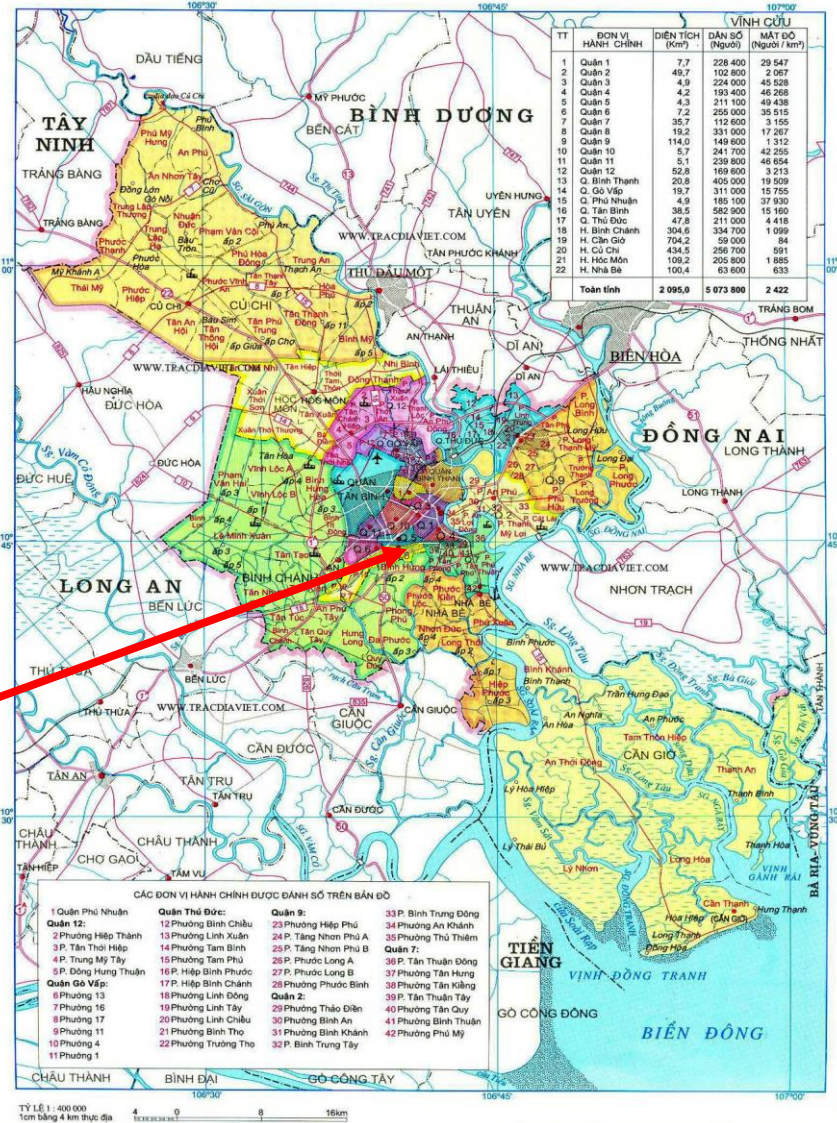


Figure 6 Site étudié de Hồ Chí Minh - Ville (Cité par Nguyễn, 2018)

56 THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

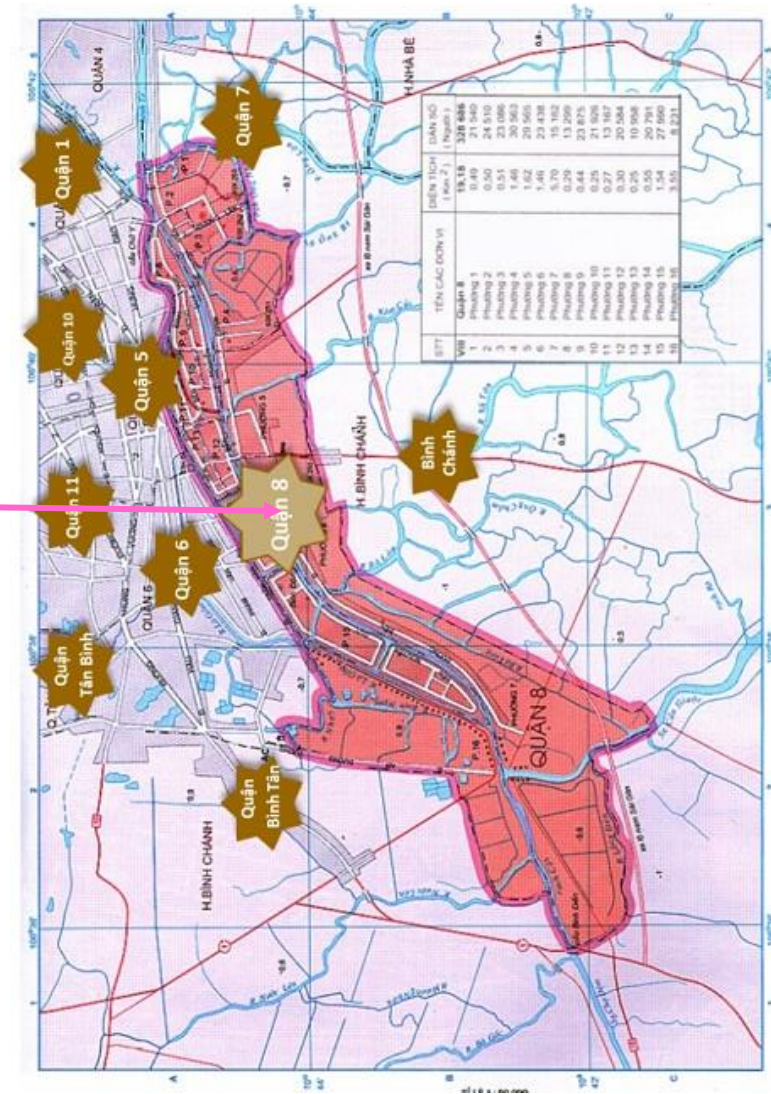
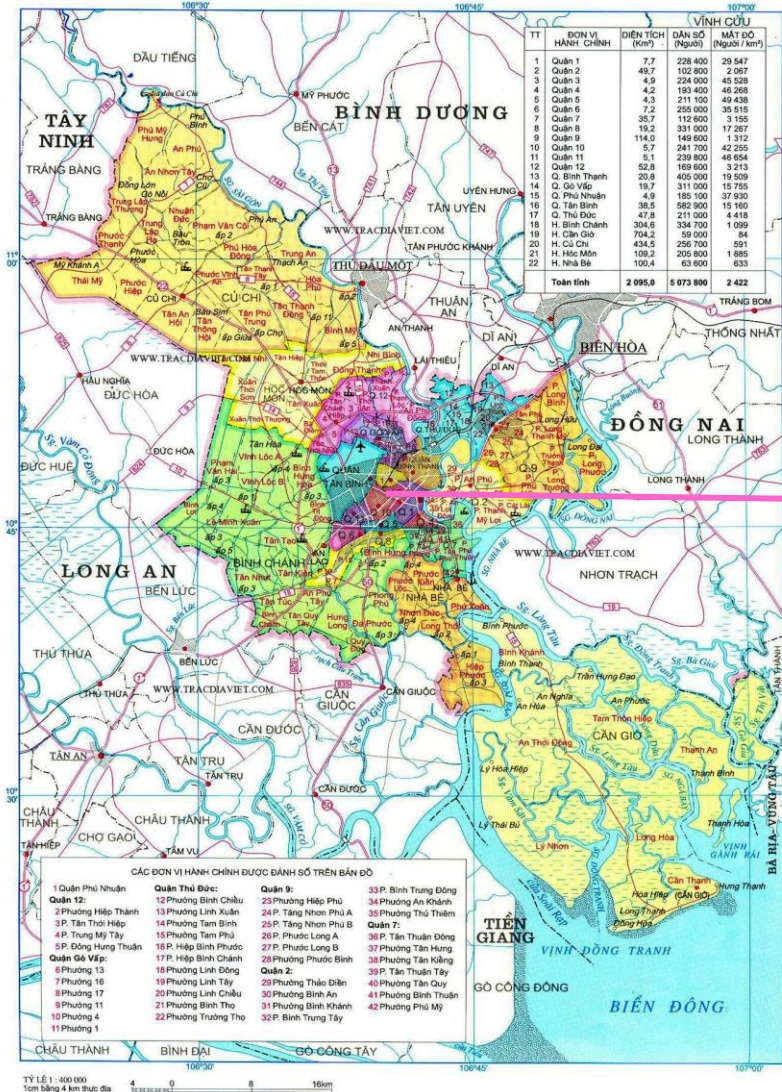


Figure 7 Site étudié de 8^e arrondissement de Hồ Chí Minh - Ville (Cité par Nguyễn, 2018)

Tableau 3 Récapitulatif des rencontres (Source : entretiens 2015)

Identité du narrateur							Information concernant entretiens	
Ordre	Nom fictif	Age actuel	Ancienneté d' infection	Profession			Durée de l' entretien	Nbr page en vietnamien
				Avant l'infection	Après l'infection	Actuel		
1	Nhung	42	15	Vendeuse de fruits	Travail à domicile	Artisanat et garde d'enfants	30,29min	8
2	Oanh	35	14	Emploi libéral (ménage, lingerie...)	Assistante	Travail à domicile	37,24 min	10
3	Ngọc	32	7	Ménagère, fabrication de sandales à domicile		Fabrication de sandales à domicile, marchande ambulante	1h et 4s	11
4	Vy	33	15	Sans travail, consomme de la drogue aller-retour en centre de désintoxication		Sans travail	50,59 min	14
5	Mân	47	9	Marchande ambulante, Ouvrière mécanique, couture	Couture, ramasse de bouteilles	Marchande ambulante Moto-taxi, travailleur social (collecteur d'aiguilles et de seringues)	55,48 min	14
6	Nguyệt	33	7	Travailleuse de sexe	Sans emploi	Travail à domicile, formation en couture	56,52 min	15
7	Liên	45	9	Travailleuse de sexe	Sans emploi	Travail domicile	46,46 min	10

Identité du narrateur							Information concernant entretiens	
Ordre	Nom fictif	Age actuel	Ancienneté d' infection	Profession			Durée de l' entretien	Nbr page en vietnamien
				Avant l'infection	Après l'infection	Actuel		
8	Kim	30	6	Travailleuse de sexe, serveuse de restaurant	Travailleuse de sexe		39,29 min	9
9	Phuong	35	8		Travailleuse de sexe		43,59 min	10
10	Ngân	34	4	Travailleuse de sexe			49,59 min	12
11	Hiền	38	11	Travailleuse de sexe			59,39 min	13
12	The	39	11	Travail à domicile		Vendeuse de billets de loterie, Serveuse de restaurant	66,31 min	16
13	Mãn	28	10	Sans emploi		Emploi libéral	43,08 min	9
14	Thảo	35	11	Serveuse de café et de restaurant	Sans emploi	Vendeuse de billets de loterie	55,46 min	11
15	Tuyết	39	7	Marchande ambulante, Travailleuse de sexe	Vendeuse des billets de loterie	Couture, artisan	49,19 min	14
16	Thủy	22	5	Marchande ambulante,	Sans emploi		24,57 min	6
17	Vàng	29	5	Vendeuse des billets de loterie, Moto taxi	Travail à domicile		31,34 min	8
18	Dung	39	10	Serveuse de café, travailleuse du sexe	Travailleuse du sexe, Serveuse de restaurant	Emploi libéral	29,33 min	5
19	Minh	28	6	Serveuse de café, marchande ambulante,	Paire-éducatrice	Sans emploi	67,58 min	14

Identité du narrateur							Information concernant entretiens	
Ordre	Nom fictif	Age actuel	Ancienneté d' infection	Profession			Durée de l' entretien	Nbr page en vietnamien
				Avant l'infection	Après l'infection	Actuel		
					Travailleuse de sexe			
20	Xuân	36	15	Sans emploi			104,14 min	23
21	Son	18	14		Formation		36,13 min	7
22	Yến	43	11	Marchande ambulante, nail	Marchande ambulante,		74,36 min	13
23	Mai	46	14	Marchande ambulante	Marchande ambulante, Paire-éducatrice		74,36 min	15
24	Vân	43	12	Nail, travailleuse de sexe	Sans emploi		81,33 min	18
25	Thanh	36	10	Marchande ambulante	Marchande ambulante	Paire-éducatrice	3heures et 39,28 min	52
26	Hạnh	43	7	Serveuse de café, restaurant, travailleuse de sexe, ouvrière de sérigraphie, travailleuse de sexe	Travailleuse de sexe		66,48 min	12
27	Nghĩa	26	3	Ouvrière, serveuse de café, travailleuse de sexe	Travailleuse de sexe	Travailleuse de sexe	59,26 min	13

Les entretiens ont duré en moyenne entre trente minutes et une heure et demie. Les femmes étaient plutôt ouvertes et à l'aise.

En raison du contenu de l'entretien et du mécanisme de défense des femmes interviewées, nous avons observé qu'elles préservaient une distance avec nous quant aux informations trop personnelles, bien qu'elles aient accepté de participer à notre étude.

Cela limite un peu l'analyse et l'interprétation des événements concernant la vie des femmes vivant avec le VIH/Sida. Finalement, nous avons fait 27 entretiens semi-directifs.

« L'entrevue semi-dirigée consiste en une interaction verbale animée de façon souple par le chercheur. Celui-ci se laissera guider par le rythme et le contenu unique de l'échange dans le but d'aborder, sur un mode qui ressemble à celui de la conversation, les thèmes généraux qu'il souhaite explorer avec le participant à la recherche. Grâce à cette interaction, une compréhension riche du phénomène à l'étude sera construite conjointement avec l'interviewer. » (Savoie-Zajc, 2004, p. 296)

Les entretiens semi-directifs *« reposent sur un guide d'entretien où les différents thèmes sont abordés dans un ordre variable, selon le déroulement de l'entretien, en laissant une certaine liberté de développement à l'enquêté. »* (Michelat, 2005, p. 238)

Difficulté sur le terrain

Espace et temps

Nous avons effectué l'enquête sur le terrain pendant trois semaines, du 12 au 31 décembre 2015. Notre temps fut donc limité, nous avons rencontré des difficultés dans l'organisation des rendez-vous et des rencontres, bien que nous ayons déjà fait les procédures de sélection et de contact de l'échantillon avant de partir pour le terrain. D'ailleurs, beaucoup de femmes étaient trop occupées ou d'autres n'ont pas osé déclarer ouvertement leur séropositivité. Cela a beaucoup affecté le déroulement de l'entretien.

Le lieu de l'entretien varie selon leur choix : centre de soutien et de consultation communautaire, domicile des femmes interviewées, domicile d'une des femmes interviewées, domicile du guide. Bien que ce soit un espace privé en présence seulement des chercheurs et des personnes interrogées, ces femmes n'ont pas fourni toutes les informations personnelles d'une manière détendue car il y avait quelqu'un à côté d'elle (dans la maison). En outre, certains entretiens ont été entrecoupés par les activités quotidiennes de la famille.

Sensibilité de la question de la recherche

Au Viêt Nam, la stigmatisation et la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH sont également élevées, particulièrement envers les lesbiennes séropositives. Nous avons donc rencontré des difficultés pour prendre un rendez-vous avec ces femmes. Elles partagent principalement les informations dans leur propre groupe. Même si elles ont accepté volontairement un rendez-vous avec nous, certaines n'ont pas souhaité donner trop d'informations détaillées, certaines ont carrément refusé l'entretien. Dès lors nous devions annuler cette rencontre.

En outre, nous souhaitions faire les entretiens avec un des membres de la famille de ces femmes (parents, frère, sœur, enfant) mais nous n'ont pas pu car elles ne voulaient pas nous présenter leur famille pour qu'elle ne sache pas leur état de santé (leur infection au VIH) ou que ces gens habitaient trop loin (au village natal). Certaines femmes nous ont quand même présenté leur famille mais nous n'avons pas pu obtenir leurs coordonnées, car ils ont refusé la rencontre par manque de temps au moment de l'enquête ou les autres raisons. Enfin, nous avons rencontré des difficultés avec les responsables du programme du VIH dans les recherches documentaires et l'entretien avec eux.

Financement

Le financement de l'étude est l'argent personnel du chercheur, nous n'obtenons aucune aide financière. En plus du paiement de la nourriture, de l'hébergement, des billets pour aller au terrain, nous avons dû payer 150 000 dongs (8 euros) à chaque femme interviewée et 40 000 dongs (1,6 euros) par femme présentée par le guide.

5.3 Traitement et analyse des données

5.3.1 Traitement des données

Les données (entretiens) ont été collectées et traitées en vietnamien. Le procès-verbal et les cassettes d'enregistrement des entretiens ont été transcrits sous forme de texte Word. Le « nettoyage » et la vérification de l'exactitude des données étaient menés par la chercheuse. Ensuite, ces données ont été classées systématiquement par unité de sens, selon les caractéristiques spécifiques de l'analyse recherchée.

5.3.2 Analyse des données

Nous utilisons la méthode de *l'analyse thématique*³⁷ pour analyser les entretiens. Concrètement, en lisant attentivement chaque interview et saisissant le contenu principal des interviews, nous avons construit des sujets analytiques sur la base des questions soulevées par l'étude. Les premiers sujets sont les sujets principaux autour de l'axe temporel dans le cycle de vie des femmes infectées au VIH. Ce sont les sujets directement liés aux femmes faisant l'objet de l'étude à savoir le portrait des femmes, les femmes avant leur infection, les femmes lors de la découverte de leur infection, les femmes après leur infection, les sujets liés à leur famille : mariage, enfants, rôle de la famille. Les sujets liés à la communauté sociale à savoir les services médicaux, la stigmatisation, la religion, les croyances.

Ensuite, chaque sujet principal contient les sous-sujets. Par exemple, le portrait des femmes contient des sous-sujets à savoir le niveau d'instruction, l'âge, la santé, le métier, la situation familiale, l'auto-stigmatisation et l'enfance de ces femmes.

Le sujet lié à l'état de l'infection au VIH (avant la découverte, la découverte et après la découverte) contient les sous-sujets, à savoir le travail, la cause de leur infection, les découvertes, leur état après avoir été infectées, les informations sur l'état de l'infection. Chaque sous-sujet contient les plus petits sujets, par exemple, l'état d'âme après avoir découvert l'infection : choc, panique, tristesse, vouloir mourir ou, auto-pacification.

Le sujet lié à la famille contient les sous-sujets à savoir la tradition de la famille, la stigmatisation de la famille, le rôle de la famille. Ensuite, nous subdivisons les sous-sujets en différents petits sujets. Par exemple, le sujet lié au rôle de la famille comprend les petits sujets à savoir le rôle économique, le rôle spirituel, le rôle dans les soins de la santé.

Le sujet lié à la communauté comprend la stigmatisation de la communauté, l'aide accordée par celle-ci, les éléments religieux et les services médicaux. Ensuite, nous subdivisons

³⁷L'analyse thématique consiste à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus, qu'il s'agisse d'une transcription d'entretien, d'un document organisationnel ou de notes d'observation. Avec l'analyse thématique, la thématisation constitue l'opération centrale de la méthode, à savoir la transposition d'un corpus donné et ce, en rapport avec l'orientation de recherche (la problématique) (Paille & Mucchielli, 2013).

ces sous-sujets en des plus petits sujets. Par exemple le sujet lié aux services médicaux comprend les conseils médicaux, l'assistance et les soins volontaires, l'attitude des services médicaux.

À partir des sujets susmentionnés, nous avons établi les tableaux et regroupé les contenus des interviews dans la cellule concernée. En outre, dans le tableau analytique, nous colorisons différemment les groupes de femmes infectées au VIH par différentes raisons (infectées par leur mari, par l'usage de drogue par voie intraveineuse, par la prostitution, par d'autres raisons).

Enfin, après avoir fait une analyse des informations et des données des interviews, nous avons pu remplir le tableau analytique thématique de toutes les informations. Sur la base de ce tableau, nous avons pu écrire l'analyse et répondre à chaque question soulevée par l'étude.

Tableau 4 Relevé de thèmes en analyse des données

Les cas des femmes interviewées						
Thèmes analysés		<i>Infecté par</i>				
		<i>Le mari/partenaire</i>	<i>la drogue</i>	<i>la prostitution</i>	<i>Autres</i>	
Portrait	<i>Age</i>					
	<i>Niveau d'instruction</i>					
	<i>Identité</i>					
	<i>Contexte familial</i>					
	<i>Origine</i>					
Avant l'infection	<i>Emploi</i>					
	<i>Santé</i>					
Découvert de l'infection	<i>Année</i>					
	<i>Mode de découvert</i>					
	<i>Cause d'infection</i>	<i>Par mari/partenaire</i>				
		<i>Par la drogue</i>				
		<i>Par la prostitution</i>				
		<i>Autres</i>				
	<i>Etat émotif</i>	<i>Choc</i>				
<i>Déconcerté</i>						
<i>Triste, penser à la mort</i>						

		<i>Se rassurer</i>				
	Premier découvreur	<i>Membre de la famille</i>				
		<i>Amis</i>				
		<i>Personnel médical</i>				
	Les réactions	<i>Compatissant, encouragement, consolation</i>				
		<i>Eviter</i>				
		<i>Ne rien dire</i>				
Santé						
Changement de vie						
Après l'infection	Emploi	<i>Changé</i>				
		<i>Stable</i>				
	Lieu de vie					
	Revenu					
	Partager l'information d'infection					
Santé						
Éléments influant le processus de reconstruction des relations sociales	Élément individuel	<i>Auto-stigmatisation/</i>				
		<i>Confidence et secret</i>				
		<i>Vie spirituelle</i>				
	Éléments familiaux	<i>Vie conjugale</i>				
		<i>Présence d'enfant(s) et/ou désir de procréation</i>				
		<i>Rôle de la famille/ Soutien familial</i>				
	Éléments sociaux	<i>Stigmatisation et discrimination</i>				
		<i>Soutien/aide des amis, de la communauté</i>				
		<i>Services socio-médicaux</i>				

Cité par Nguyễn, 2018

Conclusion du chapitre V

Dans ce chapitre V, subdivisé en trois sections, nous nous sommes efforcés de décrire de la manière la plus précise possible les différentes techniques que nous avons mises en œuvre au cours de notre recherche. Le choix de la méthode d'entretiens approfondis auprès de 27 femmes vivant avec le VIH/Sida à HCMV fut le nôtre, car la méthode d'analyse de contenu s'est révélée la plus appropriée à notre recherche.

La première porte sur le cadre dans lequel se situe l'analyse : la question, les objectifs et les hypothèses préalables.

La seconde consacrée à la démarche de recherche proprement dite, nous permet d'expliquer et de justifier les choix méthodologiques d'accès au terrain, à savoir une démarche qualitative basée sur l'échantillon, choisi selon la méthode de « la boule de neige ».

La troisième est relative au traitement et à l'analyse des données.

PARTIE III

PROCESSUS DE RECONSTRUCTION DES RELATIONS SOCIALES APRÈS UNE ÉPREUVE MAJEURE : L'EXEMPLE DES FEMMES SÉROPOSITIVES VIH À HỒ CHÍ MINH - VILLE

Chapitre VI Femmes séropositives VIH à Hồ Chí Minh - Ville

Dans ce chapitre, nous commenterons le portrait des femmes séropositives au VIH à HCMV à travers leurs récits de vie et, ensuite, certaines caractéristiques de ces femmes. Pour appréhender leur situation, et l'analyser, nous avons divisé ce chapitre : Dans la première partie, nous décrirons, en détail, le portrait de ces femmes à travers chacun de leurs témoignages, puis les parties suivantes seront présentées en fonction de thèmes spécifiques : santé, emploi et traumatisme à la suite du choc de l'annonce.

6.1 Portrait des femmes séropositives VIH à Hồ Chí Minh - Ville d'après leur récit de vie

« Le Sida du XXI^e siècle aura un visage de femme. D'une femme pauvre et isolée, peu éduquée, mal nourrie et incapable de contrôler sa fertilité. »

Stephen LEWIS, Ambassadeur spécial des Nations-Unies en Afrique pour le Sida.

6.1.1 Portrait général

6.1.1.1 Situation familiale

Chaque femme participant à l'étude a une situation familiale assez particulière qui ne ressemble pas à celle des autres. Les unes sont nées en ville et les autres viennent de différentes régions rurales du Sud. Certaines femmes viennent de HCMV, certaines d'autres viennent des provinces voisines de HCMV telles que Bền Tre, Cần Thơ ou An Giang.

La majorité des femmes participant à notre étude proviennent de familles pauvres ayant beaucoup d'enfants. Leurs parents sont pour la plupart travailleurs indépendants tels que petits commerçants, réparateurs de vélo - moto, marchandes de nourriture de rue, journaliers et peu d'entre eux exercent du travail à façon ou exercent des métiers traditionnels (bijoutier). Ces femmes ont raconté :

« Mon père vend des objets d'occasion au marché aux puces, ma mère est commerçante au marché Chợ Lớn. Avant, mon père travaillait comme ouvrier d'emballage, et plus tard comme chauffeur de cyclo-pousse. »

(Thanh, 36 ans, veuve, 1 enfant, paire-éducatrice, 10 ans de vie avec le VIH)

« Ma mère vend du café à la maison, mon père ne travaille pas. »

(Vân, 43 ans, en couple, prostituée, 1 enfant décédé, 12 ans de vie avec VIH)

« Mon père est décédé quand j'avais six ans. Il a eu un accident vasculaire cérébral. Ma mère doit travailler pour nourrir trois enfants. Elle est salariée. Elle travaille dans une pâtisserie. Elle fait des biscuits nommés Men. »

(Minh, 28 ans, célibataire, chômeuse, 6 ans de vie avec le VIH)

« Quand j'étais petite, quand j'avais 15 ou 16 ans, ma famille était aisée. Mon père était bijoutier. »

(Xuân, 36 ans, célibataire, chômeuse, 15 ans de vie avec le VIH)

En outre, pour beaucoup d'entre elles, leurs parents sont divorcés quand elles étaient petites ou sont prématurément décédés ou n'habitaient pas ensemble. Elles étaient donc privées de l'amour complet de la famille.

Quant à Nghĩa, ses parents travaillent comme maçons. Les parents de Nghĩa ont divorcé quand elle n'était pas encore née. Elle habite avec sa mère et son beau-père, mais elle n'est pas en bons termes avec lui. Elle était souvent frappée et sermonnée par son beau-père.

« Oui, ma mère s'intéresse à moi, mais très peu. Ma mère et mon père ont divorcé quand ma mère était enceinte de moi. Ma mère s'est remariée et est allée habiter dans la commune Lê Minh Xuân (arrondissement de Bình Chánh). Dans l'ensemble, mon beau-père et moi ne sommes pas en bons termes. Je ne sais pas pourquoi j'avais l'impression que je ne l'aimais pas beaucoup. J'avais un peu peur de lui. Il m'engueulait et frappait tout le temps. Je ne savais pas pourquoi. Plus tard, lorsque j'ai grandi souvent, j'ai entendu ma mère parler avec des voisins et des gens de la famille. Et puis ces voisins m'ont dit que je n'étais pas son propre enfant. Comme ils me l'ont dit plusieurs fois, j'y ai donc fait attention. Je l'ai su en entendant ma mère parler avec de gens. Avant, je trouvais que c'était bizarre. Je me demandais souvent pourquoi il aimait ma petite sœur mieux que moi pourquoi il ne s'occupait que d'elle. »

(Nghĩa, 26 ans, célibataire, 1 enfant, prostituée, 3 ans de vie avec le VIH)

Pour celles dont le père et la mère se sont remariés tous les deux, elles ont dû vivre avec d'autres parents comme leurs grands-parents ou leur oncle ou tante. C'est à cause de ce

changement et du manque d'amour familial ainsi que des difficultés économiques, beaucoup d'entre elles ont commencé à travailler dès leur plus jeune âge, voire se prostituer ou voler.

« Mon père est mort vers la quarantaine. Ma mère travaillait comme ramasseuse de noix de coco pour gagner sa vie. Ma famille était pauvre. Nous sommes 7 frères et sœurs. Comme mon père est mort trop tôt, j'ai dû arrêter mes études quand j'étais en classe de cinquième pour travailler. »

(Mãn, 28 ans, célibataire, profession libérale, 10 ans de vie avec le VIH)

« Nous sommes cinq frères et sœurs. Mes parents sont morts tôt. Je n'ai pas eu de moyens de continuer mes études. J'ai deux petites sœurs et deux petits frères. Je pratiquais de l'arboriculture pour payer les études de mes petits frères et sœurs. Je piochais la terre et cultivais des arbres fruitiers à savoir des cannes à sucre, des bananiers car on habitait à Bén Tre. »

(Mai, 46 ans, veuve, 1 enfant infecté, marchande ambulante, 14 ans de vie avec le VIH)

« Ma mère est morte lorsque j'avais onze ans. J'ai commencé à travailler pour aider ma famille à l'âge de douze ans. À cette époque-là, la vie était très difficile pour ma famille. Comme le bois était très rare, c'était très coûteux de cuisiner avec du bois. Tout le monde devait acheter des coques de noix de coco pour utiliser comme combustible. À cette époque-là, comme le prix du bois était de plus en plus élevé, tout le monde achetait en masse des coques de noix de coco. Je devais aller en acheter comme si je poursuivais le bois. J'allais de marché en marché, de petits marchés à de grands marchés. J'allais aux points de vente et d'achat des coques de noix de coco pour m'informer. J'en achetais pour l'usage de ma famille, pas pour le but commercial. J'en achetais pour mes sœurs et pour faire la cuisine. Mes sœurs vendaient du riz gluant cuit à la vapeur. Je devais donc aller toute la journée. Je ne travaillais pas moins que des ouvriers à plein temps. À l'âge de 13-14 ans, j'ai quitté la maison pour aller vivre ailleurs pendant un certain temps. Je ne suis rentrée à la maison que lorsque j'avais 16-17 ans. Dans l'ensemble, la raison en est que mon père n'était pas à mes côtés. À cette époque-là, après la mort de ma mère, mon père était triste. Il allait souvent chez mon oncle et ne rentrait que le lendemain matin. Il y mangeait. Il y allait pour se distraire ou boire du thé jusqu'à midi

ou jusqu'au soir. En plus, mes grandes sœurs m'engueulaient en disant que je ne me passionnais que pour faire la noce, que je ne voulais pas travailler, que je n'aidais pas la famille. Mais ce n'était pas la réalité. Mon père prenait le parti de mes grandes sœurs car elles me nourrissaient. J'étais petite à cette époque-là. Mon père leur a dit que ce n'était pas grave, qu'il me laissait sortir car j'étais petite. Mes grandes sœurs ne cessaient pas de me critiquer de plus en plus acrimonieusement. Une fois, mon père m'a engueulée. Ma sœur qui est propriétaire d'une cantine de rue a dit que si mon père n'arrivait pas à m'éduquer, il faudrait m'envoyer à l'école de rééducation. Mon père ne l'a pas accepté. J'ai écrit une lettre de demande d'inscription à cette école pour que mon père la signe. Mon père l'a déchirée. Je suis donc resté à la maison. Quelques mois plus tard, je sortais de nouveau. Mes sœurs ont exercé une pression sur lui. Il m'a engueulée et frappée. Comme j'étais jeune à cette époque-là, je me suis donc vexée et j'ai quitté la maison. »

(Thanh, 36 ans, veuve, 1 enfant, paire-éducatrice, 10 ans de vie avec le VIH)

« Quand j'étais petite, ma famille était pauvre. Je ne suis donc pas allée à l'école. J'ai vécu avec ma famille et puis j'ai commencé à travailler. Quand j'avais environ six ans, je faisais de petits boulots à savoir sécher des vêtements au soleil, faire la vaisselle pour gagner 10 000 dongs par jour. Depuis, j'habite en ville, dans 8^e arrondissement. Nous avons enregistré notre résidence au 8^e arrondissement. Pourtant, nous avons vendu notre maison. Nous louons un logement maintenant. Ensuite, j'ai commencé à exercer le métier de prostitution à l'âge de treize ans. Les filles de mon quartier m'ont introduite à ce métier. Je les ai suivies et j'exerce toujours ce métier depuis. Je suis le seul enfant de mes parents. Ils sont morts. Depuis, j'habite avec ma grand-mère maternelle qui a plus de 90 ans et qui reste au lit tout le temps. Je la nourris. Mon grand-père maternel est mort quand je suis née, en 1985. Mes parents m'ont abandonnée chez ma grand-mère et sont allés à un endroit que je ne sais pas et puis morts. Je n'ai jamais vu mes parents. »

(Kim, 30 ans, célibataire, 1 enfant, prostituée, 6 ans de vie avec le VIH)

« Je ne dis que la vérité. Puisque ma famille était pauvre, je n'ai pas pu aller à l'école. Nous étions trop pauvres. J'ai donc dû exercer ce métier-là (la prostitution). Ma famille

était extrêmement pauvre. Nous n'avions rien à manger. Avant, lorsqu'elle était en bonne forme, ma mère travaillait comme ferrailleuse ambulante. Avec son pousse-pousse, elle allait acheter de la ferraille et en revendre. Plus tard, elle est tombée malade. Comme elle est vieille, le comité populaire lui accorde une subvention. Elle ne travaille plus, mais reste à la maison avec nous. Mes deux grands frères et moi habitons avec elle. Les autres sont mariés et vivent ailleurs. J'ai sept frères. Nous sommes nombreux. Pourtant, mes frères mariés mènent une vie errante, sans domicile fixe. Chacun s'occupe de soi-même. Ils ont rencontré des femmes et ont loué un logement pour vivre avec elles. Ainsi, ils nous ont quittés. Chacun s'occupe de soi-même, personne ne s'occupe des autres. Comme ma famille était pauvre, nous n'avons pas pu aller à l'école. Comment peuvent-ils me nourrir ? Ils doivent gagner leur vie et ne peuvent pas m'aider. J'ai dû travailler comme vendeuse ambulante de café pour gagner ma vie à l'âge d'adolescent, personne ne m'a nourrie. Ma famille n'est pas comme d'autres. »

(Liên, 45 ans, célibataire, serveuse de café, 9 ans de vie avec le VIH)

« Depuis que j'étais petite ? J'habite avec mes grands-parents paternels depuis toute petite. Mes parents ont divorcé quand que j'étais toute petite. Ni mon père ni ma mère ne m'ont nourrie. En fait, j'habitais avec mon père chez mes grands-parents paternels. Mais, il sortait presque tout le temps. Il ne m'a pas nourrie. Seuls mes grands-parents m'ont nourrie. Quant à ma mère, elle s'est remariée et a fait d'autres enfants qui ont grandi. Elle ne s'est donc pas occupée de moi. Mes grands-parents m'ont assuré une vie aisée. Je n'ai été privée de rien en habitant avec eux. Je suis tombée dans la drogue en sortant avec de mauvais copains. Ce n'est pas à cause de ma famille que je me drogue. J'ai commencé à me droguer quand j'étais en classe de première et puis j'ai arrêté mes études. Trois ans après, j'ai été arrêtée et envoyée à l'école (centre de désintoxication). J'avais été arrêtée par la police plusieurs fois mais j'ai été libérée sous garantie de mon grand-père paternel. La dernière fois où j'ai été arrêtée par la police, on m'a envoyée au centre de désintoxication sans en avoir informé mes grands-parents. C'est la seule fois jusqu'à présent que j'ai été arrêtée. »

(Nguyêt, 33 ans, célibataire, profession libérale, 7 ans de vie avec le VIH)

La situation de Thảo est très spéciale par rapport à de nombreuses femmes porteuses du VIH dans cette étude. Sa situation familiale est très fâcheuse et sa contamination n'est pas du tout liée à l'usage de drogues ou à des rapports sexuels. Elle a été infectée au VIH en marchant sur une aiguille. En plus, elle a beaucoup souffert dans son enfance. En effet, son père a vendu sa virginité.

« Mes parents, il me semble qu'ils ont divorcé depuis que je suis née. Ils n'ont pas habité ensemble. J'ai habité avec ma tante. Elle a tout fait pour que je puisse aller à l'école. Dans l'ensemble, j'ai beaucoup souffert dans mon enfance. Quand j'étais en classe de troisième, mon père, sur le conseil de ma belle-mère, a emprunté de l'argent à des usuriers. Tu sais ce qui s'est passé plus tard ? Mon père m'a vendue. Au début, mon père m'a dit de me vendre. Pourtant, je ne l'ai pas accepté car je voulais faire des études afin de pouvoir trouver un bon travail pour assurer mon avenir. Puis, mon père et sa femme m'ont emmenée dîner. Quand je me suis réveillée, je me trouvais dans un endroit sale et j'ai découvert qu'on m'avait volé ma virginité. Je ne savais pas ce qui s'était passé. Je me trouvais dans une chambre d'hôtel. »

(Thảo, 35 ans, mariée (2 fois), 4 enfants, marchande ambulante, 11 ans de vie avec le VIH)

En outre, participent à cette étude quelques femmes qui ont été adoptées depuis qu'elles étaient toutes petites. Phương et The en sont des exemples. Ces deux femmes ont été adoptées quand elles étaient petites et ont pu « gagner de l'argent » très tôt.

« À l'âge de 18 ans, les parents doivent faire savoir aux enfants leur origine. Ma mère m'a donc montré l'acte de naissance et l'acte d'adoption livré par l'orphelinat Tu Xuong. J'y suis allée pour vérifier. C'est vrai que j'y ai habité. Pourtant, quand mes parents biologiques m'y ont abandonnée, ils n'ont laissé que les actes de naissance où leurs noms ne sont pas mentionnés et seuls le nom de mon frère et le mien sont mentionnés. Quand j'étais petite, j'habitais avec ma mère adoptive. Elle nous a adoptés, moi et mon frère jumeau dans cet orphelinat. Ce frère est mort deux ans plus tard. En habitant avec cette mère adoptive, j'étais privée de l'amour maternel. J'ai commencé à travailler à l'âge de 13 ans. J'ai dû arrêter mes études quand j'étais en classe de sixième pour aller gagner de l'argent. Ma famille n'avait pas les moyens de financer mes études. J'ai donc travaillé comme femme de ménage afin de gagner de

l'argent pour ma famille. Je n'ai qu'une mère adoptive. Je n'ai pas de père adoptif. Ma mère adoptive fait des petits commerces. Pourtant, nous vivons à qui mieux. Personne ne s'occupe de l'autre. Avant, quand je n'avais pas d'enfant, je lui donnais l'argent que je gagnais. Je voulais lui témoigner ma reconnaissance. Peu importe si elle peut ou ne peut pas m'aider. Elle m'a dit qu'elle ne pouvait que nous loger, mais pas couvrir les frais de la vie quotidienne de mon enfant et moi-même et que je devais payer ces frais. Je m'en contente. Je suis plus chanceuse que d'autres car j'habite chez ma mère. Beaucoup de mes amis doivent louer un logement. »

(Phuong, 35 ans, divorcée, 1 enfant, prostituée, 8 ans de vie avec le VIH)

« Quand j'avais environ quatre ou cinq ans jusqu'à dix ans, mes parents adoptifs étaient très riches. Puis que j'ai eu onze ans, ma famille a commencé à être fichue. Ma famille a fait faillite en un an. J'ai commencé à travailler dans les rues à l'âge de douze ans. Je n'ai retrouvé mes parents biologiques qu'en 1992, ce qui m'a permis d'enregistrer ma résidence permanente dans cette ville et d'avoir des papiers d'identité. Si je n'avais pas retrouvé mes parents biologiques, je n'aurais eu aucun papier d'identité. Au milieu de 1992, je suis venue vivre chez mes parents biologiques car mes parents adoptifs ont vendu leur maison en ville et sont retournés dans leur village natal. La famille s'est divisée en trois, chacun son chemin. J'ai vécu avec mes parents biologiques pendant deux ans. Je viens d'enregistrer ma résidence permanente au quartier des mes parents biologiques. Plus tard, je suis retournée vivre chez mes parents adoptifs. »

(The, 39 ans, célibataire, 2 enfants, profession libérale, 11 ans de vie avec le VIH)

En fait, les familles ayant plus de deux personnes infectées au VIH/Sida au Viêt Nam ne sont pas rares. Ces personnes peuvent être membres d'une même famille ou d'un même foyer. Les raisons pour lesquelles elles ont été infectées au VIH sont très différentes, ce qui se reflète assez clairement dans cette étude.

Parmi les femmes participant à cette étude, en plus du fait que le mari et la femme sont infectés, le nombre de celles qui ont des parents infectés au VIH n'est pas anodin. Ce sont leurs enfants, leurs frères et sœurs, leurs cousins/cousines, leurs beaux-frères/belles-sœurs/leurs partenaires ou leurs neveux/nièces. Notamment Mai, Tuyét et The ont des enfants infectés au

VIH par leurs pères ; Phuong a un frère qui s'est drogué et est mort du Sida. « *Nous sommes frère et sœur jumeaux. Nous avons 23 ans. Mon frère a attrapé cette maladie (le Sida). Il est tombé au marché et mort. Il s'est drogué* » (Phuong, 35 ans, divorcée, 1 enfant, prostituée, 8 ans de vie avec le VIH). Ou bien, Yén, qui a un beau-frère infecté lors des rapports sexuels, elle a raconté : « *Celui-là, mon deuxième beau-frère est aussi infecté au VIH. Deux ans après que mon mari a eu été infecté, celui-là a découvert sa contamination à cause des rapports sexuels* » (Yén, 43 ans, séparée, 1 enfant, marchande ambulante, 11 ans de vie avec le VIH). Ou bien Mai et Mân, elles ont des neveux et des nièces qui sont infectés au VIH à cause de la prostitution et l'usage de drogue par voie intraveineuse.

6.1.1.2 Niveau d'instruction

La situation familiale des jeunes femmes infectées est difficile et douloureuse, d'où ce qui provoque le manque d'affection et d'intérêt de la part de leur famille (familles pauvres, sans revenus ou à revenus aléatoires, ces familles dont les parents doivent encore travailler pour gagner leur vie) et affecte considérablement leur scolarisation.

En ce qui concerne leur niveau d'instruction, les femmes participant à l'étude ont un très bas niveau d'instruction. La plupart des femmes contaminées ont arrêté leurs études après l'école primaire ou à mi-parcours du collège. Un petit nombre de ces femmes ont arrêté leurs études au lycée. Aucune parmi ces 27 femmes n'a fait d'études supérieures. Les statistiques montrent que 6/27 femmes n'ont pas terminé leurs études secondaires. Seule une femme est en classe de terminale et espère poursuivre ses études après le bac. 11 ont arrêté leurs études au collège. Beaucoup d'entre elles ont arrêté leurs études en sixième. Ainsi, elles ont arrêté leur étude juste après avoir fini le CM2 et n'ont pas eu de chance pour poursuivre des études. Cinq entre d'elles n'ont pas terminé l'école primaire. Certaines ne savent ni lire ni écrire ou ne peuvent écrire que leur nom.

« J'ai arrêté l'école après CM2 à cause de la paperasserie. En effet, j'ai fait le CP et le CE1 ici (chez mon grand père, au 8^e arrondissement) et puis j'ai déménagé à la commune de Lê Minh Xuân (district de Bình Chánh). L'école de cette commune a dit que mon âge était suffisant. Pourtant, comme j'étais très petite, on a dit à mes parents de m'inscrire à l'école maternelle et de m'envoyer à l'école primaire l'année suivante. J'ai donc arrêté l'école pendant un an. J'ai dû attendre un an pour refaire le CP. Mes

papiers ont été transmis ici. Pourtant, mon état civil était enregistré au 8^e arrondissement. À cette époque-là, si j'étais au 6^e, je devais aller jusqu'à la rue de Cầu Xéo (district de Bình Chánh). Je n'avais pas de vélo. Ma famille n'avait qu'un vélo. Mon père le prenait pour aller au travail. Je n'avais donc pas de moyen pour aller à l'école. En plus, comme mon état civil n'était pas enregistré au district de Bình Chánh, les frais de scolarité devaient être plus élevés. À cette époque-là, ma famille était pauvre et n'avait pas d'argent. J'ai donc arrêté l'école. »

(Nghĩa, 26 ans, célibataire, 1 enfant, prostituée, 3 ans de vie avec le VIH)

« J'ai arrêté l'école au début de la 6^e pour faire des travaux dans les champs, cultiver la terre, faire la cuisine. Je ne faisais pas de grande chose. »

(Hạnh, 43 ans, mariée, 1 enfant, prostituée, 7 ans de vie avec le VIH)

« Je suis l'aînée. J'ai arrêté l'école au milieu de la 3^e car j'avais de nombreux frères et sœurs en bas âge. Ma famille était pauvre. »

(Mai, 46 ans, veuve, 1 enfant infecté, marchande ambulante, 14 ans de vie avec le VIH)

Elles ont arrêté leurs études après la première année ou la troisième année de l'école primaire, beaucoup des femmes ne savent que lire et écrire leur nom en participant à des classes charitables ou en apprenant avec des autres. Ainsi, le nombre total moyen d'années de scolarité des 27 femmes n'est que de 6,07 années. Ce chiffre est égal ou légèrement plus élevé par rapport au nombre d'années de scolarité du Viêt Nam entre 2010 et 2014. En effet, le nombre moyen d'années de scolarité des Vietnamiens était de 5, 5 années en 2010, 2011, 2012, 2013 et 7,5 années (Nguyễn, T. M. & Nguyễn T. B, 2017, p. 29). Ainsi, avec ce nombre moyen d'années de scolarité, le niveau d'instruction des femmes participant à l'étude n'est que primaire.

6.1.1.3 Âge et état matrimonial

La majorité des femmes contaminées par le VIH participant à cette étude sont dans la tranche d'âge des 30 à 40 ans, représentant près de la moitié des femmes interviewées (14/27). Les autres se répartissent également entre deux groupes d'âge : de 18 à 29 ans (6/27) et supérieurs à 40 ans (7/27).

Concernant l'état matrimonial, la plupart des femmes positives VIH sont célibataires (13/27). Certaines vivent avec leur copain et ont des enfants ; les femmes mariées vivant avec leur mari et leurs enfants sont très peu nombreuses, seulement 6/27 femmes, et beaucoup d'entre elles vivent avec leur 2^e ou 3^e mari/ partenaire. Les autres femmes sont toutes divorcées ou séparées (3/27), ou veuves (5/27). Pour celles qui sont mères, leurs enfants sont tous majeurs (plus de 18 ans) ou vont à l'école, et seulement deux ont été contaminés par leur mère.

6.1.1.4 Résidence actuelle

Pour les femmes porteuses du VIH, il est donc assez important de déterminer un lieu de résidence après les incidents de santé. Cependant, pour différentes raisons telles que l'état de santé à cause de la contamination au VIH, la confidentialité de leur infection au VIH et les conditions de traitement du Sida.

Le cas de Vân en est un exemple. Sa chambre fait partie de l'ancienne maison de ses parents, mais elle a un accès privé. Elle ne doit pas partager cet accès avec ses petits frères qui habitent toujours dans cette maison. *« J'habite chez mes parents. La famille de mon petit frère y habite aussi. C'est la maison de mes parents. Les enfants qui ne sont pas mariés peuvent habiter chez les parents. J'habite dans la chambre de derrière qui est séparée devant de la maison et accessible par une autre rue. Je ne dois donc pas partager un accès avec mon petit-frère »* (Vân, 43 ans, divorcée, 1 enfant décédé, profession libérale, 12 ans de vie avec VIH). Ou Nghĩa, après avoir divorcé, elle a emmené sa fille vivre chez ses parents et gagner sa vie ici.

Mais certaines femmes séropositives continuent malgré tout à vivre en harmonie avec leurs frères aînés chez leurs parents. C'est le cas de Nhung qui habite avec ses frères pour mieux s'occuper de ces derniers. Certaines autres femmes choisissent de vivre séparément de leurs familles en termes de distance géographique. Ce choix s'explique par plusieurs raisons. Économiquement, elles gagnent leur vie en ville tandis que leurs parents vivent à la campagne. Leurs résidences doivent être près de leurs lieux de travail pour se rendre facilement leur travail ainsi qu'à l'école des enfants.

« J'habite provisoirement ici. Je loue une chambre. Je dois payer 150 000 dongs, oh, je me suis trompée, 1 500 000 dongs par mois. J'y habite toute seule. J'y rentre le soir après le travail pour dormir. Je travaille près de la poste de 5^e arrondissement. »

(Kim, 30 ans, célibataire, 1 enfant, prostituée, 6 ans de vie avec le VIH)

En termes de santé, les conditions de traitement de la maladie en ville sont plus favorables grâce au large système de services liés au VIH/Sida et aux nombreuses activités organisées par des projets apportant une aide efficace à des personnes infectées.

D'autre part, elles ne veulent pas elles-mêmes vivre avec leurs parents/leurs frères et sœurs, car elles veulent cacher leur contamination et ne veulent pas que leurs familles soient victimes de la stigmatisation et la discrimination à l'égard de la famille des personnes infectées. Le cas de Yén est particulier, elle a choisi de vivre séparément d'elle pour prendre soin de son enfant, en raison du conflit avec et de la stigmatisation de sa belle-famille. Cependant, aujourd'hui, elle cherche à remplir des formalités administratives pour qu'elle et sa fille puissent rentrer vivre dans son village natal avec ses frères et sœurs.

Mais l'étude montre également qu'il y a des femmes se trouvant dans l'obligation de vivre sans domicile fixe et sans aucune aide de leurs familles. Xuân en est un exemple, est infectée au VIH et se drogue, Xuân a été stigmatisée par sa famille (sa grande sœur) bien que sa mère soit encore en vie et s'intéresse à elle. Elle couche sur le sol des cafés, fait la lessive et se lave chez ses amis. La stigmatisation de la propriétaire de sa mère l'empêche de vivre avec sa mère et ses petits frères. D'autre part, sa grande sœur ne la laisse pas vivre chez elle par peur d'attraper le VIH. Le manque de domicile fixe affecte gravement le traitement de sa maladie. En effet, elle n'a ni adresse ni certificat de domicile afin de remplir des formalités permettant de bénéficier des ARV. De plus, le manque d'eau potable pour l'hygiène corporelle lui a provoqué des maladies cutanées. Enfin, la vie sans domicile fixe l'expose à des risques de violence.

6.1.1.5 Cause de l'infection au VIH et santé des femmes

Parmi 27 femmes séropositives interviewées vivant avec le VIH, 11 ont été contaminées par leur mari/partenaire sexuel, 8 par la prostitution et 6 par l'usage de drogue, 2 pour d'autres raisons (l'une piquée par une aiguille infectée au VIH, l'autre par transmission du VIH par sa mère). L'identification de la cause de la contamination chez ces femmes est de caractère relatif. En effet, certaines exercent la prostitution et se droguent en même temps. On ne peut pas déterminer par quelle voie elles ont été contaminées.

La santé constitue une des préoccupations des femmes. Pourtant, pour celles qui sont travailleuses manuelles ou travailleuses indépendantes à bas revenu, les soins de santé restent limités. Par conséquent, les services de santé ainsi que l'examen médical périodique leur sont presque inaccessibles. Beaucoup d'entre elles n'ont découvert leur problème de santé que par hasard. Elles ne vont à l'hôpital ou à l'établissement de santé que lorsque le traitement au domicile n'est pas efficace, ou leurs familles les obligent de faire un examen médical, ou elles ont accès aux services médicaux gratuits. Plusieurs femmes ont découvert leur infection dans des situations très inattendues (maladie de leurs maris, décès de leurs maris/partenaires, accouchement, maladie prolongée d'elles-mêmes). Certaines ont raconté :

« Même après la naissance de notre fille, je ne savais pas que j'étais infectée. Plus tard, j'ai eu de la fièvre sans cause apparente et je grossissais. J'avais de plus en plus souvent de la fièvre. Alors, j'ai soupçonné qu'il avait attrapé une maladie sans me le dire. Je ne l'ai su que lorsqu'il a été hospitalisé et lors de mes visites à l'hôpital. Lorsque l'hôpital des maladies tropicales a confirmé ma séropositivité, je n'y croyais pas. Je suis donc allée faire un test ailleurs. Une nouvelle fois, on a confirmé ma séropositivité, mais je n'y croyais toujours pas. »

(Hanh, 43 ans, mariée, 1 enfant, prostituée, 7 ans de vie avec le VIH)

« Je ne le savais pas. Des voisines m'ont invitée à aller vendre du sang avec elles. C'était juste pour badiner. Pour essayer, j'ai immédiatement accepté. Après le test, on m'a emmenée au département des maladies contagieuses. Je trouvais que c'était bizarre. Je me suis demandé pourquoi on m'emmenait là. Le médecin consultant m'a demandé si je me droguais. Je lui ai dit que non, que j'étais mariée, que peut-être mon mari m'avait transmis la maladie. »

(Oanh, 35 ans, mariée (2 fois), 2 enfants, travail à domicile, 14 ans de vie avec le VIH)

« Au début, j'exerçais ce métier (la prostitution) sans réfléchir. Je pensais juste à travailler pour nourrir mon enfant. Je ne me drogue pas. J'ai exercé beaucoup de métiers pour gagner ma vie. Mais ce métier (la prostitution) est le mieux payé. Je n'avais aucune connaissance de ce métier. En 2007, j'avais souvent de la fièvre sans savoir pourquoi. Et puis des ganglions ont gonflé ici (au niveau du cou), j'ai été surprise. Alors, je suis allée à l'hôpital généraliste afin de faire un examen médical. D'abord, je suis allée à l'hôpital généraliste du 8^e arrondissement. Le médecin m'a fait faire un test

sanguin, seulement un test sanguin normal. Je n'ai pas demandé de dépistage du VIH, car je ne savais pas que j'étais infectée. Comme je n'ai rien demandé, on ne m'a pas fait de dépistage de cette maladie. On m'a fait un test général. J'ai parlé à quelques collègues. Je leur ai dit que j'avais souvent de la fièvre, que j'avais une forte fièvre et que j'avais des ganglions gonflés au niveau du cou. Mes collègues ont dit que je devais faire de dépistage du VIH, que peut-être mon mari avait eu des rapports sexuels avec des prostitués, qu'il avait été donc infecté et qu'il m'avait transmis la maladie, que je le savais pas. J'ai été très déçue et paniquée en entendant cela. Une de ces collègues m'a dit qu'elle était infectée depuis longtemps et qu'elle m'emmènerait à l'établissement où elle allait souvent pour prendre des médicaments. J'étais au travail ce jour-là mais je ne me sentais pas à l'aise car j'avais trop peur. Lorsque j'y pensais, j'étais effrayée. J'ai eu le résultat du test une semaine après. Et puis j'y suis allée (l'hôpital). On m'a fait prendre une photo et on m'a questionnée. Je ne prenais que des pilules contraceptives. Je ne prenais pas de préservatifs car je pensais que je n'étais plus mariée et qu'il suffisait de prendre des pilules en exerçant la prostitution. On m'a informée de ma séropositivité une semaine après. »

(Phuong, 35 ans, divorcée, 1 enfant, prostituée, 8 ans de vie avec le VIH)

Quant à Hiên, elle a découvert sa contamination en se faisant avorter.

« Je pensais que les femmes enceintes vomissaient beaucoup et perdaient l'appétit. Moi, je n'avais aucun de ces signes. Je mangeais beaucoup. J'étais très grosse. J'étais enceinte de 6 mois. On m'a dit qu'il était impossible de me faire avorter car mon fœtus était trop grand et que si je ne voulais pas le garder, il fallait procéder à un accouchement prématuré. Je ne pouvais pas le garder car je ne savais pas qui était le père de l'enfant. On m'a demandé de payer les frais d'hospitalisation pour l'accouchement prématuré. Je pensais que j'étais seule à vouloir faire un accouchement prématuré. En fait, il y avait beaucoup de monde. 5 ou 6 femmes comme moi attendaient leur tour pour faire un test sanguin. Tandis que les 6 autres femmes étaient déjà allées faire ce test pour l'accouchement, je devais encore attendre... Et puis, on est entré dans la salle et on m'a fait un signe. On m'a demandé d'aller refaire un test sanguin. Je n'ai rien compris. Après le test, on m'a invitée à venir voir le médecin consultant. Ce dernier m'a informée que j'étais infectée au VIH. »

(Hiên, 38 ans, célibataire, prostituée, 11 ans de vie avec le VIH)

Quant à Vàng, elle a découvert son infection au VIH lors de l'accouchement de son deuxième enfant, bien qu'avant elle ait entendu parler de l'infection de son mari.

« Je n'ai découvert mon infection que lors de l'accouchement de mon deuxième fils. Lors de l'accouchement de mon premier fils, je ne le savais pas. Après l'accouchement de mon premier fils, on m'a fait un test sanguin et on ne m'a rien dit. »

(Vàng, 29 ans, mariée, 3 enfants, travail à domicile, 5 ans de vie avec le VIH)

La plupart de ces femmes ont été infectées au VIH par leurs maris/partenaires sexuels infectés au VIH à cause de l'usage de drogues injectables ou des rapports sexuels non-protégés. Elles ont tristement raconté :

« Mon mari ne m'a apporté rien d'autre cette maladie (le Sida) »

(Yến, 43 ans, séparée, 1 enfant, marchande ambulante, 11 ans de vie avec le VIH)

« Il a été infecté en se droguant et m'a transmis la maladie. Je ne savais pas qu'il était infecté. »

(Nhưng, 42 ans, veuve, 1 enfant, profession libérale, 15 ans de vie avec le VIH)

« Je pense qu'il connaissait son état depuis longtemps. Mais il l'a caché pour se marier. Finalement, je lui ai donné une condition d'après laquelle il devait me dire la vérité. Je lui ai dit de me faire savoir la raison de toute façon. Il m'a donc dit la vérité, il m'a épousée quand il avait 32 ans. Étant un Saïgonnais de 32 ans, il faisait certainement la noce. Il a certainement été infecté lors des rapports sexuels non-protégés car il ne se drogue pas. En vivant avec lui, je ne l'ai jamais vu ni se droguer ni se faire tatouer. Il mène une vie saine. Il a fait la noce (sortir avec des prostituées), mais c'est le passé. »

(Mai, 46 ans, veuve, 1 enfant infecté, marchande ambulante, 14 ans de vie avec le VIH)

« Mon mari est infecté au VIH, puis il a attrapé la méningite fongique. Il travaillait comme maçon. Il invitait ses amis à aller boire et sortir (avoir des rapports sexuels avec des prostituées). Il a dit qu'il ne savait pas quand il avait été infecté. Après notre mariage en 2004, j'ai trouvé dans l'armoire des papiers sur lesquels était écrite la tuberculose VIH, la tuberculose/VIH en 2002. »

(Yên, 43 ans, séparée, 1 enfant, marchande ambulante, 11 ans de vie avec le VIH)

« Avant, comme mon mari ne savait pas qu'il était infecté, nous ne prenions pas de préservatifs. Plus tard, mon mari a découvert qu'il avait été infecté. Comme j'étais en bonne santé, la maladie ne s'était donc pas encore déclarée et je ne présentais aucun symptôme. Mon mari l'a découverte avant moi. J'ai fait un test aussi et mon infection a été confirmée après plusieurs tests. Il s'est drogué, mais maintenant, il utilise de la méthadone pour se sevrer de la drogue. »

(Ngọc, 32 ans, mariée, 1 enfant, marchande ambulante, 7 ans de vie avec le VIH)

« Après mon accouchement, je suis restée oisive, je ne travaillais pas. Pendant ma grossesse, j'avais fait des examens médicaux dont les résultats montraient que je n'étais pas infectée au VIH. Mon mari (concubin) se drogue mais je ne me drogue plus, je me désintoxiquée. Après la mort de mon enfant, je suis tombée malade. J'ai déperir. En me voyant tellement malade comme ça, mes voisins ont conseillé à ma famille de m'emmener à l'Institut Pasteur pour faire un test pour savoir si j'avais des maladies. Après le test, on m'a dit que j'avais attrapé la maladie (le Sida). Mon mari me l'a transmise. Je ne me droguais pas par injection, je fume de la drogue. Mon mari consomme de la drogue par injection. »

(Vy, 33 ans, célibataire, 1 enfant décédé, chômeuse, 15 ans de vie avec le VIH)

« Je n'en sais rien. Avant, quand je n'avais pas de connaissances de cette maladie, je me droguais et partageais des aiguilles avec d'autres gens. Et je n'utilisais pas toujours préservatifs quand je me prostituais. C'est pourquoi, je ne sais pas si j'ai été infectée au VIH à cause de l'usage de drogues ou de la prostitution. C'est vrai. »

(Ngân, 34 ans, célibataire, prostituée, 4 ans de vie avec VIH)

En outre, certaines femmes ont été infectées au VIH en se droguant et en partageant des aiguilles et des seringues avec d'autres gens (6 cas).

« Je pense que la raison en est que je partageais des aiguilles avec d'autres gens quand je me droguais à la maison, avec quelques copains. Il était tard et nous n'avions pas suffisamment d'aiguilles. Nous étions fatigués et ne pouvions donc pas sortir en acheter. En plus, nous n'avions pas d'argent pour payer la moto-taxi pour aller.

Comme nous étions trop fatigués, nous partagions des aiguilles. En fait, il y avait des magasins ouverts la nuit, mais nous n'avions pas de moyens de transport pour y aller. Je pense que j'ai été infectée par le VIH à cause du partage des aiguilles, et pas à cause de mon métier (la prostitution) car j'utilise toujours des préservatifs. »

(Nguyêt, 33 ans, célibataire, profession libérale, 7 ans de vie avec le VIH)

Nous voulons citer l'exemple de deux autres femmes infectées au VIH. L'une a été infectée par leurs parents eux-mêmes malades.

« Je n'en sais rien. Quand ma mère m'a dit que j'étais infectée au VIH, j'avais cinq ans. À cette époque-là, je ne savais pas ce que c'était le VIH. Ma mère m'emmenait avec elle à des ateliers de sensibilisation sur le VIH. C'est quand j'ai sept ou huit ans, que ma mère m'a expliqué ce que c'était cette maladie et ce qu'il fallait éviter. Alors j'ai compris à ce moment-là »

(Xuân, 36 ans, célibataire, chômeuse, 15 ans de vie avec le VIH).

Thảo a été infectée en marchant sur des aiguilles utilisées.

« Ce jour-là, j'avais terminé tard le travail, j'ai téléphoné à mon mari pour lui dire de venir me chercher. Il n'est pas venu, j'ai erré. Les toxicomanes jetaient des aiguilles et des seringues utilisées partout, même sur la pelouse, je marchais en réfléchissant. En ayant trop de préoccupations en tête, je n'ai pas fait attention à ce qui était par terre et j'ai donc marché sur des aiguilles utilisée »

(Thảo, 35 ans, mariée (2 fois), 4 enfants, marchande ambulante, 11 ans de vie avec le VIH)

Depuis la découverte de leur séropositivité, les femmes participant à cette étude vivent avec ce virus en moyenne près de douze ans. Le nombre d'années de vie avec le VIH (depuis la découverte à la participation à l'étude) est de trois ans au moins et de quinze ans au plus. Par rapport au cas typique de la première Vietnamiennne qui a été découverte infectée au VIH en 1990 et qui est encore en vie, le nombre moyen d'années de vie est beaucoup plus bas.

Lorsqu'une personne est infectée par le VIH, les chocs psychologiques après la découverte de sa séropositivité plus le temps où elle porte le virus dans son corps affectent certainement sa santé. La santé de certaines femmes est plus faible qu'avant d'être infectées.

Certaines maladies opportunistes apparaissent. Les symptômes tels que fatigue, perte de poids, tuberculose sont assez fréquents.

À travers ce que Thảo a raconté, on peut voir clairement les conséquences qu'elle a subies après avoir marché sur des aiguilles suspectées de contenir du sang infecté au VIH.

« J'avais de la fièvre tous les soirs et de la diarrhée. En général, je n'avais aucun problème dans le corps et je mangeais et buvais normalement et je n'ai jamais eu ces symptômes avant. Deux ou trois mois après avoir marché sur des aiguilles, les symptômes sont apparus »

(Thảo, 35 ans, mariée (2 fois), 4 enfants, marchande ambulante, 11 ans de vie avec le VIH)

« Je ne cessais pas d'avoir de la fièvre sans raison apparente tandis qu'avant j'étais en bonne santé et pouvais m'occuper de ma grand-mère. Moi et ma grand-mère, chacune couchait dans un coin »

(Kim, 30 ans, célibataire, 1 enfant, prostituée, 6 ans de vie avec le VIH)

Après la découverte de leur infection au VIH, certaines femmes ont eu l'opportunité de recevoir des conseils et d'être traitées par des ARV lorsque leur taux de CD4 est au niveau acceptable et répond à certaines d'autres exigences en termes de santé. Plusieurs femmes ont eu la chance d'être traitées par des ARV gratuitement. Cela dépend du centre de traitement de VIH auquel elles se sont inscrites. Certaines d'entre elles sont traitées par des ARV depuis dix ans. Leur santé s'améliore nettement depuis qu'elles prennent des ARV. La plupart des femmes participant à cette étude trouvent que leur santé actuelle est relativement bonne par rapport au moment où leur infection a été découverte.

« Je vais comme ci comme ça ! Dans l'ensemble, je n'ai aucun symptôme à l'exception des ganglions qui gonflent parfois, mais ils dégonflent naturellement. Je n'ai aucun problème dentaire. Tout est normal. »

(Mân, 47 ans, veuve, 1 enfant, marchande ambulante, 9 ans de vie avec le VIH)

« Parfois, j'ai de la fièvre et mal à la tête. Lorsque j'ai de la fièvre, je prends des médicaments et ça se guérit petit à petit. Rien n'est grave. »

(Ngọc, 32 ans, mariée, 1 enfant, marchande ambulante, 7 ans de vie avec le VIH)

« Après avoir découvert mon infection, je ne voulais rien manger. Comme j'étais triste, je ne voulais rien manger. Je tombais malade tout le temps. J'avais souvent de la fièvre, quelques jours par mois. J'avais de la fièvre trois ou quatre jours. C'était pareil le mois d'après. Depuis que je prends des médicaments, je ne suis plus malade. »
(Oanh, 35 ans, mariée (2 fois), 2 enfants, travail à domicile, 14 ans de vie avec le VIH)

D'autre part, il y a un cas où une femme a dû cesser de prendre des médicaments ARV, car elle n'en a pas dans le centre de désintoxication. Aujourd'hui, elle utilise de la méthadone afin de se sevrer de la drogue et continue à demander des ARV.

« J'ai pris des ARV il y a très long temps, quelques années. Comme j'ai été arrêtée, j'ai cessé d'en prendre. Dans le centre, on ne m'attribue pas de médicaments. »
(Vy, 33 ans, chômeuse, célibataire, 1 enfant décédé, 15 ans de vie avec le VIH)

Cependant, il est indéniable que le système immunitaire à des problèmes de santé a été atteint, ce qui conduit inévitablement. *« Avant, quand je n'étais pas infectée, j'étais très en forme. Mon travail était très dur lorsqu'il pleuvait, je devais chercher un abri. Avant, même si j'étais mouillée par une pluie, je ne tombais jamais malade. Maintenant, si je suis mouillée par une pluie, je tombe malade immédiatement. C'est vrai, ma santé est faible. J'ai peur en faisant quoique ce soit, la maladie a beaucoup changé ma vie »* (Ngân, 34 ans, célibataire, prostituée, 4 ans de vie avec le VIH) ; la perte de poids. *« Avant, quand j'étais en forme, je pesais 70 kg. Après être infectée, je pesais seulement 30 kg. Maintenant, je pèse 45kg, c'est beaucoup différent. »* (Mãn, 28 ans, célibataire, profession libérale, 10 ans de vie avec le VIH)

Seule, quelques femmes ont attrapé de maladies de peau (Xuân, Vy) *« Maintenant, la maladie de peau ne touche que mes mains. L'année dernière, mes mains gonflaient et il y avait du pus. J'ai eu cette maladie depuis l'année dernière. Parfois lorsque je couche, le pus suinte encore. J'ai pris beaucoup de médicaments, mais je n'en prends plus car il faut prendre des médicaments prescrits par le médecin. Je prends déjà de la méthadone selon l'ordonnance du médecin. L'utilisation de la méthadone et des ARV en même temps me constipe. Parfois, je ne défèque pas pendant plusieurs jours »* (Vy, 33 ans, célibataire, 1 enfant décédé, chômeuse, 15 ans de vie avec le VIH); sinusite (Vàng, 29 ans, mariée, 3 enfants, travail à domicile, 5 ans de vie avec le VIH); cancer de la thyroïde *« Soudainement, une grosseur est apparue. Aujourd'hui, elle est beaucoup plus petite. Je suis allée à l'hôpital de Xóm Củi pour faire un examen et*

quelques tests. Tout était normal. Ce n'était pas une tumeur maligne. On ne m'a pas prescrit de médicaments. On m'a juste demandé de ne pas manger certains aliments tels que soja, choux-raves, surtout soja, et tous les aliments à base de soja par exemple sauce de soja, tofu, lait de soja. » (The, 39 ans, célibataire, 2 enfants, profession libérale, 11 ans de vie avec le VIH). « Ce jour-là, quand j'étais au travail, j'ai saigné comme si j'avais mes règles. Le saignement ne cessait pas et je devais utiliser des serviettes hygiéniques tous les jours. Je ne savais pas pourquoi. Je suis donc allée faire un examen à l'hôpital. On m'a dit que je faisais une grossesse nerveuse et que je n'étais pas enceinte. On m'a envoyée à l'hôpital de Tu Du pour me soigner. Le traitement était comme un curetage de l'utérus. Je suis sortie au moment du le Têt. Après le Têt, je suis retournée à l'hôpital pour un deuxième curetage, le docteur m'a dit qu'il ne fallait pas faire de deuxième curetage, et que j'avais un cancer en phase. » (Thảo, 35 ans, mariée (2 fois), 4 enfants, marchande ambulante, 11 ans de vie avec le VIH)

Pour les femmes qui consomment de la drogue, en plus des ARV, elles utilisent également de la méthadone visant à faciliter le sevrage de la drogue. Pourtant, certaines continuent à consommer de la drogue lors du traitement du VIH, ce qui a un impact non négligeable sur les efforts visant à renforcer la santé d'elles-mêmes ainsi que de la communauté dans la minimisation des méfaits et de la propagation du VIH.

6.1.1.6 Actes liés aux lois : tomber dans la drogue et exercer la prostitution

C'est le manque d'intérêt des parents pour leurs enfants qui a amené ces femmes à sortir avec de mauvais copains, s'enfoncer dans la drogue (Xuân, Mãn, Thủy) ou se prostituer (Hiên, Ngân), et puis être infectées au VIH. D'après elles, leur consommation de drogue s'explique d'une part par le fait qu'elles ont été entraînées par leurs copains, et d'autre part par le fait que leurs parents, trop occupés à gagner de l'argent, ne se sont pas suffisamment intéressés à leurs enfants.

« Quand j'étais petite, j'habitais avec ma famille et j'allais à l'école, j'ai entendu parler de ceux que la société appelait « maux sociaux ». Après avoir arrêté mes études, je suis restée à la maison pour aider ma mère à faire ceci, cela. Au bout d'un certain temps, j'ai commencé à sortir avec des amis. Et puis j'ai été amie avec ces marginaux, ce qui m'est amené à la situation actuelle, je me prostitue. Je suis la seule fille dans ma famille. Les autres sont tous garçons. J'ai deux grands frères et un petit frère. Je

ne pouvais donc pas partager avec eux mes pensées et sentiments. Ma mère ne s'intéressait pas beaucoup à moi. Ma mère était marchande de rue. Mon père était réparateur de moto. »

(Ngân, 34 ans, célibataire, prostituée, 4 ans de vie avec le VIH)

« J'ai arrêté mes études en classe de quatrième. Je sortais avec mes copains. En sortant avec mes copains, il m'est arrivé une triste histoire. En plus, mes parents m'ont enguelée. Je suis donc partie vivre ailleurs, mais pas définitivement. Je faisais des va-et-vient. Ma famille m'a reniée. Ce n'est pas que ma famille m'a abandonnée mais elle ne voulait plus entendre parler de moi. J'ai 26 ou 27 ans, j'ai quitté ma famille pour vivre ailleurs définitivement. J'habite par-ci, par-là dans le 8^e arrondissement. Dans l'ensemble, j'ai vécu dans plusieurs endroits. Nous sommes trois frères et sœurs. Je suis cadette, j'ai un grand frère et une grande sœur. Mon frère est mort il y a quatre ans, je n'ai plus qu'une sœur maintenant, mais elle n'est pas très proche de moi. Ça fait un an que mon père est mort. Je n'ai que ma mère maintenant, elle habite avec ma sœur. »

(Hiên, 38 ans, célibataire, prostituée, 11 ans de vie avec le VIH)

« En voyant mes copines travailler dans des restaurants, je voulais y travailler aussi. J'ai donc postulé pour travailler dans un restaurant. Au début, je pensais que je ne devrais que mettre des glaçons dans les verres des clients. Ensuite, on m'a dit que je devrais travailler comme serveuse et que je devrais m'asseoir à côté des clients pour les servir. On m'a demandé si je savais boire de la bière. À ce moment-là, en postulant ce travail, je pensais que c'était seulement pour essayer. J'y suis venue avec une copine. Au début, on n'a accepté que ma copine et on m'a refusée car j'avais 16 ans. Enfin, on m'a acceptée. Au bout d'un certain temps, mon père l'a découvert et ne m'a pas permis de continuer. Alors, j'ai démissionné, je sortais avec des copains toxicomanes, ils m'ont poussée à me droguer, mais j'ai refusé. Et puis un jour j'étais à la maison, je m'ennuyais, je suis donc allée acheter de la drogue et j'ai invité mes sœurs à se droguer. A partir de là, je me suis enfoncée dans la drogue sans m'en rendre compte. J'ai arrêté une fois. Mais j'ai recommencé. »

(Xuân, 36 ans, célibataire, chômeuse, 15 ans de vie avec le VIH)

« Mes parents m'aimaient et me gâtaient beaucoup. Ils ne me permettaient pas de sortir, et m'enfermaient à la maison. Je m'enfuyais souvent pour sortir avec mes copains, ils copains pouvaient sortir et faire ce qu'ils voulaient tandis que moi, je n'avais pas le droit de le faire. Je m'enfuyais pour sortir avec mes copains et j'étais punie et battue par mes parents au retour. C'était comme ça. Mais dans l'ensemble, mes parents m'aimaient beaucoup », a-t-elle dit.

(Mân, 47 ans, veuve, 1 enfant, marchande ambulante, 9 ans de vie avec le VIH)

« Nous étions trois personnes dans ma famille : mon père, ma mère et moi. Mon père est mort il y a quelques années. Quand mon père était encore vivant, il avait de l'argent, il me gâtait beaucoup. Il faisait tout ce que je lui demandais. C'est pourquoi j'étais capricieuse. Après la mort de mon père, notre vie est devenue plus difficile. Ma mère travaille toujours pour me nourrir. Maintenant, j'ai un enfant et je n'ai pas de mari. Mon concubin est détenu, il sera jugé au tribunal le 18 de ce mois. Il ne me m'épousera plus. »

(Thùy, 22 ans, mariée, 1 enfant, chômeuse, 5 ans de vie avec le VIH)

Puisqu'elles se sont droguées comme leurs copains ou se sont prostituées et ont arrêté leurs études, certaines femmes ne sont pas acceptées par leur famille. Elles ont menti à leur entourage. La confiance entre les parents, les enfants et les membres de la famille a été abîmée. Bien qu'elles aient été aidées par leur famille plusieurs fois, certaines continuent à s'enfoncer dans la délinquante liée à la drogue et à la prostitution.

« Je vais me prostituer dans les parcs. J'ai toujours caché à ma famille ma toxicomanie. Chaque fois que j'avais besoin de l'argent, je disais à ma famille que j'étais malade. Plus tard, comme j'avais de plus en plus peur que ma famille le sache, j'ai loué un logement pour vivre. Ainsi, je me suis enfoncée de plus en plus dans la drogue et prostituée dans la rue pour avoir de l'argent. »

(Ngân, 34 ans, célibataire, prostituée, 4 ans de vie avec le VIH)

« Mes parents le savent. Au début, quand je venais de commencer à me droguer, ils m'ont dit que soit je me désintoxiquais, soit mon père demanderait à la police de m'arrêter. Ayant peur d'être arrêtée par la police, j'ai accepté de me désintoxiquer. Ils m'ont acheté les médicaments. Grâce aux médicaments, j'ai pu abandonner la drogue pendant six mois. Après six mois de sevrage, je suis sortie avec mes anciens

copains. Ils m'ont dit de me droguer et de ne pas m'inquiéter. En pensant que ce serait la dernière fois, j'ai accepté leur invitation. Je suis redevenue dépendant de la drogue. Je me suis fait arrêter à deux reprises, parents ont dû fournir une garantie pour que je sois libérée. »

(Mân, 47 ans, veuve, 1 enfant, marchande ambulante, 9 ans de vie avec le VIH)

« Beaucoup d'hommes m'ont invitée à sortir avec eux. Mais à cette époque-là, comme mon père était encore vivant, ma famille étant aisé, je n'avais pas besoin d'argent. Je travaillais comme serveuse pour gagner des pourboires. Je ne me suis prostituée quand j'ai eu besoin plus de l'argent. »

(Xuân, 36 ans, célibataire, chômeuse, 15 ans de vie avec le VIH)

Pour avoir de l'argent pour se droguer, elles demandent de l'argent non seulement à leur famille mais aussi à des proches comme leurs oncles, tantes, cousins et cousines. En ayant trop besoin de l'argent, beaucoup ont commis des infractions par exemple. *« J'ai demandé de l'argent à ma famille que plus tard, j'allais chez mes oncles et tantes pour leur réclamer. Après, ils ont cessé de m'en donner. Du coup, je mendiais dans la rue. Je ramassais les quelques mille dongs qu'on me donnait pour acheter de la drogue »,* a-t-elle raconté (Xuân, 36 ans, célibataire, chômeuse, 15 ans de vie avec le VIH).

Sur le plan religieux, la plupart des femmes contaminées pratiquent la religion en allant à la pagode ou à l'église. D'après elles, cette pratique religieuse les aide à trouver la paix de l'esprit et prier Dieu ou Bouddha les rend plus optimistes vis à vis d'elles-mêmes ou de leur famille.

Concernant leur niveau scolaire, une seule a atteint un niveau supérieur (Bac+2). Les autres n'ont fréquenté que le lycée ou le collège. Elles viennent de familles de travailleurs. Après avoir terminé le second degré, ou s'être arrêtées à mi-chemin, certaines ont travaillé. Ensuite, elles se sont toutes mariées et ont eu des enfants.

L'occupation actuelle de ces femmes est essentiellement le travail domestique ou les petits commerces (par exemple marchandes ambulantes). Très peu de ces femmes participent à des activités en secteur social, comme paire-éducatrice par exemple (distribution gratuite de seringues propres aux utilisateurs de drogue ou de préservatifs aux prostituées). D'autres

femmes sont restées prostituées, par téléphone avec des clients de confiance. Leur revenu est faible, elles vivent avec l'allocation familiale (ou revenu du mari, don des parents).

6.1.2 Portraits représentatifs

6.1.2.1 Femmes mariées deux fois et contaminées par leur mari

Le cas de Nhung

Nhung vivant dans le 8^e arrondissement depuis son enfance. Il y a quinze ans, elle a contracté le VIH. Elle a 42 ans et a une fille mariée de 20 ans. Elle a été contaminée par son premier mari toxicomane. Onze jours après la mort de ce dernier, elle est allée faire un test sanguin. Elle a été choquée en découvrant qu'elle avait été contaminée. Elle reçoit la sympathie et l'amour de la famille de son mari ainsi que ses frères et sœurs.

Avant d'être contaminée, elle vendait des fruits. Aujourd'hui, son revenu principal vient du pliage du papier votif. Elle gagne 120 000 dongs par jours. Elle s'est remariée il y a sept ans. Ce qui est spécial c'est que son deuxième mari n'est pas contaminé par le VIH. Ils vivent sous le même toit avec ses deux frères et ses neveux et nièces.

Actuellement, sa santé est assez stable. Son nombre de CD4 est supérieur à 700 cellules/mm³. Outre le revenu venant de son activité principale, elle reçoit parfois des aides accordées par des organisations sociales.

Le cas d'Oanh

Oanh, 35 ans, cadette d'une famille pauvre de six enfants. Elle s'est mariée quand elle venait d'avoir 19 ans et ne savait pas que son « *mari était touché* » par le Sida. « *Je me suis mariée et je travaillais comme d'habitude. Mon mari sortait avec ses copains et a été contaminé* », raconte-elle. Elle ne le savait pas. « *Mon mari a été arrêté et est mort en prison. Je n'ai appris qu'il était tombé malade et qu'il avait attrapé une pneumonie suite à sa contamination, qu'en téléphonant à la prison pour prendre de ses nouvelles* », ajoute-t-elle. Ils ont un enfant.

En 2001, elle a découvert sa propre contamination après avoir été invitée par des voisines à faire un test sanguin. « *Elles me l'ont dit en badinant. Je l'ai fait quand-même. Après*

avoir découvert ma séropositivité, on m'a emmenée au département de contamination. » « Oh, c'est bizarre. Pourquoi m'a-t-on emmenée ici ? », je me suis dit : « Le docteur m'a demandé si je me droguais pour être contaminée. Je lui ai dit que je n'étais pas toxicomane, que j'étais mariée et que peut-être mon mari m'avait transmis le virus », précise-t-elle.

« En tenant la feuille des résultats, j'ai beaucoup pleuré. En marchant le long de la route, j'étais extrêmement triste. Je me suis arrêtée sur la route, j'étais épuisée. Je me sentais triste. Je pensais que si je mourais, personne ne s'occuperait de mon enfant. Il avait moins de deux ans. La feuille de résultats que l'on m'a donnée, je l'ai jetée sous le pont, dans la rivière. Puis je suis rentrée », raconte-t-elle. Elle a caché sa contamination à sa famille pendant deux ans.

En 2003, à l'âge de 21 ans, elle a rencontré son deuxième mari – un toxicomane ce qu'elle voit comme « *le destin* ». Il travaillait comme maçon pour son père, il lui rendait souvent visite et l'invitait à sortir, à aller au café. Au début, elle n'osait pas sortir avec lui. Elle avait peur, elle avait peur de « *lui transmettre le virus.* » Mais il lui a dit qu'il l'aimait. « *Puisqu'il m'aimait, je lui ai dit la vérité. Je lui ai dit que j'étais séropositive et que s'il l'acceptait, nous pourrions nous marier* », partage-t-elle. Elle lui a dit la vérité dans le but d'éviter le risque « *de lui transmettre le virus en vivant avec lui plus tard.* » Une cérémonie de mariage a été organisée comme il fallait. Depuis le mariage, « *nous utilisons toujours des préservatifs* », dit-elle. Ils ont un fils. Heureusement, ni son mari ni son fils ne sont contaminés. Jusqu'à présent, son mari et elle cachent toujours sa contamination à la famille de son mari.

Actuellement, elle reste à la maison pour faire des travaux ménagers, emmener et chercher leur fils à l'école. Ils vivent principalement du salaire de son mari qui travaille comme porteur au port. Elle vit avec le VIH depuis quatorze ans grâce à l'utilisation des ARV. « *J'espère qu'on trouvera un médicament pour guérir la maladie et que je pourrai vivre en bonne santé* », dit-elle.

Le cas de Vàng

Vàng vient d'une « *famille pauvre de cinq enfants, dont quatre filles et un garçon.* » « *J'ai arrêté mes études CE2 pour aider ma mère à faire du petit commerce. Ma mère cuisinait des plats comme banane frite ou banane au sucre. J'apportais ces plats aux alentours pour les vendre. J'aidais aussi ma mère à vendre du vermicelle au bouillon de crabes. Quand j'ai eu*

une dizaine d'années, je me suis arrêtée de seconder ma mère pour aller travailler dans une blanchisserie de jeans dans la rue de Hâm Tũ », raconte-t-elle.

« Je me suis mariée à l'âge de 19 ans. Avant, lorsque mon mari était au chômage, je vendais des billets de loterie dans les rues et faisais d'autres petits boulots afin de nourrir mon enfant. Maintenant, mon mari a trouvé du travail, je reste donc à la maison pour m'occuper de mon enfant », exprime-t-elle.

Plus tard, elle a découvert sa propre contamination. *« Mon mari a été contaminé car il se droguait. Il m'a transmis le virus. Il a été arrêté et emprisonné mais il ne me l'a pas dit »,* continue-t-elle. Elle ne l'a su qu'à l'accouchement de son deuxième fils. *« À l'accouchement de mon premier fils, le médecin ne m'a rien dit. J'ai pensé que je n'étais pas séropositive. À l'accouchement de mon deuxième fils, le médecin me l'a dit. Il m'a demandé pourquoi j'étais séropositive mais je n'ai rien dit »,* raconte-t-elle.

Bien qu'ils soient séropositifs tous les deux et aient déjà deux fils, ils ont fait un troisième enfant. *« Puisque nous voulions une fille, nous l'avons faite. J'ai pris des ARV pendant ma grossesse. Je n'avais donc pas peur. Avant ma grossesse, j'avais consulté mon médecin. Il m'a dit que ça irait si je prenais des médicaments »,* poursuit-elle. Elle a fait subir le test de dépistage à ses trois enfants. Ils ne sont pas contaminés. *« J'en étais ravie car je les ai mis au monde, et s'ils étaient contaminés, ils seraient malheureux »,* confie-t-elle.

Maintenant, sa santé est normale. *« Je vais comme ci comme ça. Il ne m'est arrivé aucun problème grave. Une fois, je n'arrivais pas à m'endormir car j'avais attrapé une sinusite. Le nombre de cellules CD4 a baissé à 800 cellules/mm³. Mon médecin m'a dit qu'il n'y avait pas de problème, qu'il ne fallait pas m'inquiéter, que ce serait inquiétant si ce taux était inférieur à 500 cellules/mm³. Je n'avais pas peur. Je lui ai demandé pourquoi le taux de CD4 avait diminué alors que j'avais grossi. Mon médecin a dit que ce taux avait baissé à cause de l'inquiétude et de l'insomnie. Parfois, j'ai des soucis d'argent. En effet, je m'inquiète à chaque fois que l'enseignante me demande de payer les frais d'école lorsque je n'ai pas d'argent. Mon mari gagne seulement environ 200 000 dongs par jour. Or, nous avons cinq bouches à nourrir. Nous dépensons donc tout ce que mon mari gagne par jour et nous n'avons pas d'argent de côté. Parfois, je dois faire appel à des prêts à tempérament. Je veux chercher du travail mais mon mari ne me permet pas de le faire. Il a dit que si nous travaillions tous les deux, personne*

ne garderait nos enfants alors que les cas de kidnapping ne cessent d'augmenter. Avant, lorsqu'il était au chômage, je vendais des billets de loterie dehors ou je secondais des vendeuses de hủ tiếu³⁸ », ajoute-t-elle.

Bien que sa famille soit classée au rang des ménages difficiles, ils ne bénéficient d'aucune aide de la part des autorités locales depuis leur déménagement ici. « Aucune aide a été accordée depuis notre déménagement ici. Le chef du groupe de population le sait, mais il ne nous aide en rien. Nous avons trois enfants mais nous n'avons pas reçu de cadeau de Têt. Quand nous habitions au 4^e arrondissement, nous étions classés au rang des foyers bénéficiaires de la politique de réduction de la faim et de la pauvreté. À l'approche de Têt, nous avons touché une subvention. En plus, nous bénéficions d'une aide mensuelle de 570 000 dongs, ce qui rendait notre vie un peu moins difficile. Plus tard, ma famille a été exclue de la liste des foyers bénéficiaires de cette politique car ma mère avait vendu sa maison dans ce quartier. Actuellement, je refais un dossier de demande d'aide mensuelle. Parfois, lorsque je suis fauchée, ma sœur me donne de l'argent pour acheter du lait en poudre et d'autres choses. Elle me donne aussi du riz. Ma tante m'aide aussi en me donnant de la nouille instantanée et d'autres choses car elle vend de la nouille au bœuf. Ces aides apaisent un peu nos difficultés. En plus, parfois la belle-sœur de mon mari me donne une trentaine ou une cinquantaine de mille dongs lorsque je n'ai pas d'argent pour acheter du lait en poudre pour mes enfants. »

Dans sa vie, elle ne veut rien d'autre qu'avoir une bonne santé pour prendre soins de ses enfants. « J'espère que mes enfants pourront aller à l'école et être instruits comme les autres enfants », confie-t-elle.

6.1.2.2 Femmes contaminées pour des raisons objectives

Le cas de Thào

« Mes parents ont divorcé avant ma naissance. Je vivais avec ma tante, elle se débrouillait pour que je puisse aller à l'école comme les autres enfants. Mon enfance a été malheureuse. En effet, quand j'étais en seconde au lycée, mon père, sur les conseils de ma belle-mère, il a emprunté de l'argent auprès des usuriers et m'a vendue pour rembourser des dettes,

³⁸Soupe de pâte de riz au porc et aux crevettes.

ils m'ont invitée à aller manger. Je ne pouvais pas refuser, car c'était mon père. Après le repas, je me suis réveillée. Je me trouvais toute seule dans un lieu pas propre, j'ai perdu ma virginité», raconte-t-elle.

Après cet accident, elle n'est plus rentrée chez sa tante, elle vagabondait. Elle a rencontré une amie intime qui travaillait comme danseuse dans des discothèques. Son amie l'a logée et nourrie gratuitement. Elle lui a dit qu'elle voulait travailler comme danseuse mais son amie n'était pas d'accord. « *Ensuite, j'ai trouvé un travail dans un café musique normal* », continue-t-elle. Le propriétaire du café l'aimait beaucoup. « *Parce que j'étais honnête. Si j'avais été malhonnête, il ne m'aurait pas aimée* », affirme-t-elle. Elle y a travaillé pendant deux ans et demi.

Quand elle a eu plus de 20 ans, elle s'est mariée pour la première fois et a mis au monde un fils. Elle a découvert sa contamination en 2004 quand son fils n'avait que quelques mois. Elle était allée faire un test sanguin car elle n'allait pas bien. « *J'avais de la fièvre tous les jours, dans l'après-midi, et de la diarrhée aussi pendant deux ou trois mois. Cela ne m'était jamais arrivé avant. C'était bizarre* », souligne-t-elle. Elle l'a dit à son médecin. Elle ne savait pas ce qui lui était arrivé. Après l'avoir examinée, son médecin lui a donné une feuille et lui a demandé d'aller faire un test sanguin. Elle n'a découvert sa contamination qu'après le test.

Elle a été contaminée par un événement fortuit. « *J'ai marché sur une seringue, comme sur un objet normal. Je n'ai pas fait attention du tout. J'ai entendu parler de l'épidémie mais je ne pensais pas qu'elle se transmettait si facilement par voie sanguine. L'infirmière ne m'a parlé du VIH qu'après m'avoir emmenée dans un bureau privé. Je lui ai répondu que j'avais entendu parler de cette épidémie. Elle m'a expliqué que si je marchais sur une seringue qui avait été utilisée par un toxicomane contaminé, le sang de ce dernier contacterait mon sang. Ainsi, j'ai été contaminée. Elle m'a dit qu'au début, le corps était en bonne forme, mais environ deux ou trois mois après, des symptômes apparaîtraient. En écoutant cela, je ne voulais plus vivre. J'ai pensé qu'il n'y avait pas de médicament à prendre, que ce faisant, je mourrais. J'avais peur. En rentrant à la maison, j'étais extrêmement perplexe. J'ai immédiatement quitté ma belle-famille* », explique-t-elle. Plus tard, son mari et elle ont divorcé car ils ne s'entendaient pas.

Elle a rencontré son deuxième mari, le maçon qui a construit la maison de sa mère. « *Quand on venait de faire connaissance, je lui ai parlé de ma contamination. J'avais pensé que*

s'il m'aimait, il l'accepterait. Il est dans la même situation que moi. Pourtant, sa contamination n'est pas confirmée bien qu'il ait subi deux tests. Ce n'est ni positif ni négatif. Peut-être la résistance de mon corps est plus faible que la sienne », raconte-t-elle. Ils ont trois filles qui ne sont pas contaminées. La contamination de son mari n'est pas encore confirmée. « La première fois que je lui ai fait subir un test sanguin, on n'a pas confirmé sa séropositivité. On nous a dit de revenir six mois plus tard. Je lui ai fait subir le deuxième test six mois après comme prévu. Pourtant, il n'a pas regardé les résultats », dit-elle.

Actuellement, elle a un travail précaire. *« J'accepte toutes les offres de boulots. Parfois, je vends des billets de loterie. Je fais tout ce qui me permet de gagner de l'argent afin de nourrir mes enfants sans porter préjudice à personne. Par exemple, faire de la vaisselle ou travailler comme serveuse », explique-t-elle. Elle doit louer un logement et se heurte à de nombreuses difficultés car son mari travaille comme aide-maçon. « Tantôt il a du travail, tantôt il tombe au chômage. Mes enfants et moi, nous devons subir les conséquences de cette précarité. Maintenant, tous les commerçants se plaignent de la mévente. Aujourd'hui, nous devons vivre dans l'insuffisance. Les adultes peuvent la subir. Les adultes peuvent manger n'importe comment. Du riz mélangé avec de la sauce de soja, ça suffit. Mais nos enfants sont petits. J'ai des soucis pour les frais de nourriture pour les enfants, mais je dois faire plus d'efforts », précise-t-elle.*

6.1.2.3 Femmes contaminées en se prostituant

Le cas de Hiên

Hiên, a un corps maigre, des mains pleines de cicatrices de brûlure à l'eau chaude, et un teint basané. Elle ne s'est jamais mariée et vit toute seule actuellement. *« J'ai arrêté mes études après la 4^e de collège. J'ai un grand frère et une grande sœur. Je suis cadette. Mon grand frère est mort il y a quatre ans. Je n'ai que ma grande sœur. Dans l'ensemble, nous ne nous aimons pas trop », confie-t-elle. Pendant son enfance, elle vivait une vie heureuse, comblée. Cependant, lorsqu'elle s'est livrée à la débauche, elle a perdu la confiance de ses parents.*

Depuis lors, elle vit une vie irresponsable et est tombée dans la prostitution très tôt, depuis ses 20 ans jusqu'à aujourd'hui. Elle ne va plus avec des clients inconnus mais elle a gardé les clients habituels. Elle s'est droguée pendant une certaine période. Plus tard, elle s'est

sortie de la drogue car elle n'avait pas d'argent pour en acheter. Sauf sa mère, tous les autres membres de la famille lui tournent le dos. Chaque fois qu'elle veut voir sa mère, elle doit la rencontrer à l'extérieur. Sa mère lui donne de l'argent de temps en temps.

« J'ai découvert ma séropositivité en 2004. À cette époque-là, je suis tombée enceinte sans le savoir. Je suis allée à l'hôpital pour faire un test sanguin car ma période n'est pas venue ce mois-là. Quand je suis arrivée à l'hôpital Tù Vĩ, il y avait beaucoup de monde dans la salle d'attente. Je suis entrée dans une salle où on m'a demandé d'être hospitalisée. Cinq ou six autres femmes y étaient aussi et attendaient pour subir un test sanguin. Toutes les six autres femmes sont parties pour faire un test sanguin avant l'accouchement tandis que je restais toujours là. Quelqu'un est rentré dans la salle et m'a demandé d'aller faire un nouveau test. Je n'ai pas compris. Après le test, on m'a demandé d'entrer pour me donner des conseils. On m'a dit que j'étais contaminée. Je ne dis à personne que je suis contaminée car je ne veux pas qu'on me regarde avec curiosité. Je ne sais pas si on le sait ou pas », dit-elle.

Elle a vécu en concubinage avec un toxicomane. Il a été emprisonné pour une raison liée à la drogue. De temps en temps, elle lui envoie des colis alimentaires ou vestimentaires. Elle veut aussi avoir une famille. *« Pourtant, c'est difficile, voire impossible. En effet, je ne trouve personne qui veut épouser une femme comme moi. Si je trouve un homme qui m'aime, je ferais tout pour le rendre heureux. Mais pourquoi est-il tellement difficile d'en trouver un ? Il me semble qu'il n'y en a pas. Je n'ose pas rêver »,* affirme-t-elle. Maintenant, elle prend des ARV gratuits dans un établissement du 4^e arrondissement. Elle s'inquiète de devoir payer ces médicaments.

Le cas de Tuyét

Tuyét, née en 1976, mariée deux fois et veuve deux fois. Quand elle était en CP, elle a suivi ses parents au Cambodge pour gagner sa vie. Elle a fait du petit commerce ambulancier. *Pourtant, en voyant ma famille vivre dans la misère et mon père boiteux vivre dans le malheur, j'ai cherché à « gagner ma vie » (en faisant de la prostitution) comme d'autres filles afin d'avoir de l'argent »,* explique-t-elle. Elle s'est mariée et a fait deux enfants avec son premier mari ViêtNamien travaillant et vivant au Cambodge. Ce dernier est mort d'une cirrhose. Elle a envoyé ces deux enfants dans une école de sœurs. Ils rentrent la voir tous les deux ou trois mois.

Quand elle était enceinte de son troisième enfant, elle et son deuxième mari sont rentrés au Viêt Nam. Il a été contaminé par Tuyét et il est mort. Elle avait été infectée par le virus en se prostituant et ne l'a découvert qu'en remarquant des signes anormaux sur sa santé et en faisant un test. Son troisième enfant a été également infecté par l'allaitement au sein. Elle n'avait pas d'argent pour nourrir son fils avec du lait en poudre. *« Maintenant, j'exerce un métier honnête, je ne me prostitue plus »,* affirme-t-elle. *« Je fais du petit commerce ou je fais du pliage de papier votif. Lorsque je n'ai pas d'argent, je vends des billets de loterie pour gagner 25 000 dongs par jour »,* continue-t-elle.

Actuellement, elle doit louer un logement. *« Je travaille beaucoup à gauche et à droite pour gagner de l'argent. Je ne m'inquiète pas pour les frais de nourriture. Mais je m'inquiète pour le loyer. Je ne peux payer que le loyer. En ce qui concerne la nourriture, les gens me donnent du riz, des aliments en me voyant vendre des billets de loterie dans les rues. De plus, j'achète des aliments à bas prix, ce qui me permet de ne pas m'inquiéter pour les dépenses de nourriture »,* confie-t-elle.

Le cas de Dung

Dung, née d'une famille pauvre de cinq enfants (trois garçons et deux filles). *« Quand j'étais petite, je travaillais comme femme de ménage, je faisais du nettoyage et on me nourrissait. À l'âge de 17 ans, voyant ma famille vivre en misère, j'ai voulu trouver du travail. À l'époque, quelques filles du village m'ont demandé si je voulais trouver ce métier (la prostitution), elles m'aideraient. Au début, j'en avais peur, j'ai pleuré énormément. Petit à petit, je m'y suis habituée »,* dit-elle. Elle a exercé ce métier pendant *« une dizaine d'année »* sans se protéger *« par faute de connaissances. »*

Dung a découvert sa séropositivité après avoir fait un test. *« J'ai entendu parler du VIH plusieurs fois et j'avais donc peur. À l'occasion d'une campagne de test de dépistage gratuit, je suis venue au Centre médical, je tremblais de peur en y entrant. Le jour où je suis venue chercher les résultats, apprenant que j'étais contaminée, j'ai immédiatement quitté ce Centre sans prendre les médicaments, j'ai également jeté le carnet de soins. Plus tard, quand je suis tombée malade, j'ai dû demander un autre carnet ailleurs »,* dit-elle.

Elle s'est mariée deux fois, elle a divorcé de son premier mari avec qui elle avait eu un enfant de quatorze ans. Elle s'est remariée sans parler à son deuxième mari de sa contamination. « *Mon mari avait des doutes, mais il a préféré de laisser faire, il ne voulait pas utiliser des préservatifs. Quelques années plus tard, il m'a dit qu'il s'en foutait, car quoi qu'il arrive, nous étions mariés* », explique-t-elle. Il a donc été contaminé. Son mari est chauffeur de taxi. Ils n'ont pas d'enfant ensemble. « *Je ne me prostitue plus. Je vends des chaussures sur les trottoirs de 5h du matin jusqu'au lendemain à 1h ou 2h du matin. J'espère ne plus avoir à emprunter d'argent. Je serai plus tranquille. Mais là, je dois encore emprunter et faire beaucoup d'efforts pour rembourser les dettes au fur et à mesure* », confie-t-elle.

Le cas de The

The est enfant adoptée. Ses parents adoptifs vivent à HCMV depuis très longtemps, mais elle n'a toujours pas de papiers d'identité car ses parents n'ont pas effectué les procédures d'adoption en l'adoptant. Les autorités locales ne lui délivrent donc pas de papiers d'identité. C'est également pour cette raison qu'elle n'a pas pu aller à l'école. « *J'ai commencé à travailler dans la rue à l'âge de douze ou treize ans* », a-t-elle raconté. The s'est mariée quand elle avait 27 ans. Elle a découvert sa séropositivité au VIH à l'accouchement de son deuxième enfant à l'hôpital. Elle a été contaminée par son concubin. The a un enfant contaminé pendant la grossesse, car elle n'a pas fait des consultations prénatales et n'a donc pas été informée du risque de transmission mère-enfant du VIH. La séropositivité de son enfant peut également s'expliquer par le fait que The n'avait pas d'argent pour nourrir son enfant au biberon et elle l'a donc nourri au sein.

Actuellement, elle fait quelques petits boulots. Elle vit aux crochets de son mari qui lui donne de l'argent chaque jour. Elle s'est vue délivrer un certificat de foyer pauvre et bénéficie des aides accordées par les autorités locales. « *Chaque mois je reçois différentes allocations accordées selon les politiques des autorités locales 570 000 dongs cette année. Je pense que la maladie ne me tue pas mais l'angoisse pourrait me tuer. Si je ne m'accepte pas moi-même, la société ne m'acceptera pas* », a-t-elle dit.

Sa santé est normale (à part qu'elle a une tumeur bénigne). Bien que sa fille soit seulement en CM1, elle la fait participer à des séances de sensibilisation au VIH. Sa fille a emmené des livrets sur le VIH à l'école pour les distribuer à ses camarades de classe. En plus

de sa fille, elle doit s'occuper de sa mère âgée. Elle n'a donc pas beaucoup de temps libre pour participer à des activités sociales dans son quartier. Elle veut être en bonne santé pour prendre soin de sa famille.

6.1.2.4 Femmes toxicomanes et prostituées

Le cas de Nguyệt

« J'habitais avec mes grands-parents depuis mon enfance. Mes parents sont divorcés. Par conséquent, personne ne s'occupait de moi. Mon père habitait avec mes grands-parents, mais il sortait toute la journée. Quant à ma mère, comme elle s'est remariée et a fait d'autres enfants, elle ne pouvait pas s'occuper de moi. Mon grand-père ne me laissait jamais vivre dans le besoin. Je me suis livrée à la drogue en fréquentant de mauvais amis. J'ai commencé à me droguer quand j'étais en première au lycée. Et puis j'ai arrêté mes études. J'ai été arrêtée après trois ans de consommation de drogue. Ma famille s'est portée garant pour moi. Plus tard, j'ai été à nouveau arrêtée et envoyée à un centre d'éducation. Avant d'être arrêtée, je volais de l'argent à mon grand-père pour acheter de la drogue. Parfois, mes amis me payaient ma drogue. Après un certain temps, comme je lui volais de l'argent tout le temps, mon grand-père a caché son argent. Il ne me laissait plus savoir où il le cachait », raconte-t-elle.

En 2008, c'est-à-dire deux ans après sa sortie du centre de rééducation, elle a subi un test et découvert sa contamination. *« Je pense que ma contamination s'explique par le partage des seringues avec mes copains. Comme il faisait nuit et que j'étais fatiguée. En plus, je n'avais pas d'argent pour payer les frais de transport pour aller acheter des seringues. Je pense que j'ai été contaminée en partageant des seringues avec les autres, pas en travaillant (comme prostituée) car j'utilisais des préservatifs »,* dit-elle. Elle cache à sa famille le fait qu'elle est séropositive. *« Personne de ma famille ne le sait. Je dois le cacher en pensant que si beaucoup de personnes le savent, ils me discrimineront. J'habite avec mon beau-père, pas mon père. S'il le sait, il sympathisera avec moi ou il me discriminerà ? Je ne le dis pas non plus à mes demi-frère et demi-sœur de peur de les effrayer »,* ajoute-t-elle.

« Actuellement, j'apprends à confectionner des vêtements en série. Après l'apprentissage, je pourrai travailler comme ouvrière de couture. Ou bien je pourrai prendre des matériaux et confectionner des vêtements à domicile. Je m'ennuie à seconder ma mère,

j'espère trouver un emploi stable pour mieux gagner. Je ferai des économies pour avoir de quoi vivre dans l'avenir. En réalité, personne ne peut s'occuper de moi. Ma mère, elle doit nourrir ses deux autres enfants et ne peut donc pas s'occuper de moi comme il faut. Sa santé n'est pas bonne. Je dois travailler et faire des économies afin d'avoir de quoi dépenser s'il m'arrive un problème. L'important est d'avoir une bonne santé », dit-elle.

Le cas de Thùy

« Je vivais avec mes parents, mais mon père est décédé il y a quelques années. Quand il était vivant, mon père avait de l'argent. C'est pourquoi mes parents me gâtaient beaucoup et satisfaisaient toutes mes demandes, je suis donc devenue capricieuse. Après la mort de mon père, la vie de ma famille est devenue plus difficile. J'ai arrêté mes études après avoir fini ma cinquième au collège. À l'époque, j'étais très perturbatrice à l'école et j'apprenais à fumer. »

« Après avoir arrêté mes études, je sortais avec mes copains. Au début, j'ai consommé de la Methamphétamine, j'en ai consommé pendant un an. Je sortais tous les jours, du matin jusqu'à la nuit. J'étais souvent réprimandée par ma famille, je suis tombée dans la drogue à cause de la séduction (des copains). En fait, je ne voulais pas me droguer. Une fois, j'ai rencontré Tâm Bãy et Sáu Hiền par hasard et ils m'ont invitée à aller au karaoké, ils se droguaient devant moi et ils m'ont dit d'en essayer. Je leur ai demandé ce que c'était, mais ils ne m'ont pas répondu. Ils m'ont dit d'en essayer pour savoir ce que c'était. Je pensais que ça ressemblait à des farines de pierre et qu'il n'y aurait aucun problème si j'en essayais un peu. J'en ai donc essayé une bille et, depuis, je ne peux plus m'en sortir. Après ce jour-là, j'en ai consommé tous les jours et puis, je suis passée à l'injection. J'ai été contaminée en partageant des seringues avec des amis, pas en me droguant longtemps. »

« À cette époque-là, je ne travaillais pas. On me donnait de l'argent pour faire la foire. Grâce à un visage charmant et un teint blanc attirant le regard des hommes dans la rue, j'étais aimée de beaucoup d'hommes et ces derniers me donnaient de l'argent pour faire la foire. Mais je n'allais pas avec tous les hommes qui me donnaient de l'argent. Je ne le faisais qu'avec ceux qui s'occupaient vraiment de moi », raconte Thùy.

« Maintenant, j'ai un enfant. Mon mari a été arrêté, car il s'est battu au couteau avec des gens juste avant notre mariage. Comme j'étais tombée enceinte, je me suis quand même

mariée, il sera jugé devant le tribunal le 18 de ce mois. J'ai pensé qu'étant toxicomane si je faisais un enfant, je ne pourrais pas m'en occuper. En me droguant, je n'avais pas mes règles pendant des mois. Je ne comprenais pas pourquoi. J'avais mes périodes tous les trois ou quatre mois. À un moment, je ne les ai pas eues pendant trois ans ! Voilà pourquoi, je pensais que je ne pourrais pas tomber enceinte, mais un mois après le sevrage de drogue, j'ai pris du poids, je mangeais avec appétit, je dormais bien et j'ai retrouvé mes règles. J'ai pensé que ce serait comme avant, que mes règles ne viendraient pas le mois suivant et qu'ainsi je ne pourrais pas tomber enceinte. Mais je suis vite tombée enceinte. Je ne le savais pas alors que je vomissais tout le temps. Ma mère m'a dit que j'étais peut-être enceinte et m'a conseillé de faire un test de grossesse. Je l'ai fait pour lui faire plaisir. J'ai fait deux tests et le résultat a été positif. Après avoir découvert ma contamination, je me droguais énormément. En effet, j'y dépensais tout l'argent que j'avais. Je pensais qu'en faisant comme ça, pareil, je pourrais mourir et qu'ainsi ma mère n'aurait plus à s'occuper de moi. Mais après avoir fait un enfant, j'ai pensé autrement», confie-t-elle.

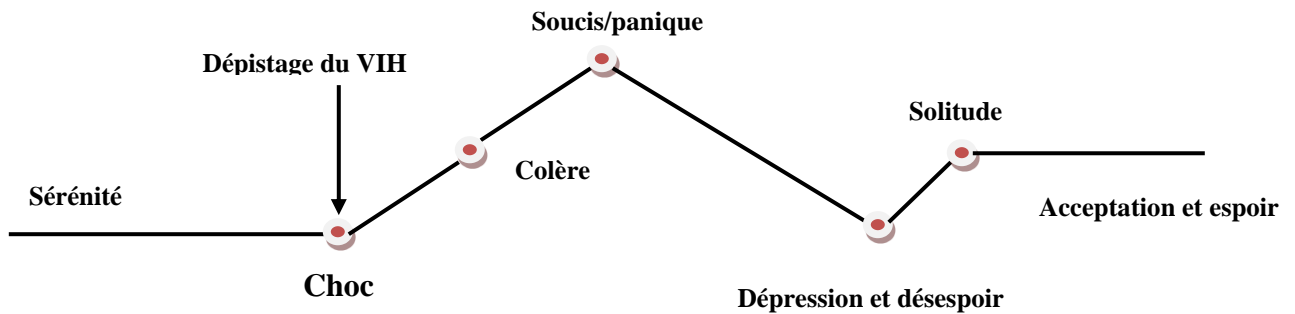
« Je garde mon enfant jusqu'à ce que ma mère rentre du travail à 11h. Puis je demande à ma mère de l'argent pour aller chercher de la drogue pour atténuer le manque. Après, je garde mon enfant pendant un instant pour que ma mère puisse se reposer. Elle repart au travail à 13 heures. Je le garde jusqu'à 18 heures quand ma mère rentre à la maison. Je le lui confie pour me reposer », continue-elle.

« J'espère avoir des médicaments et pouvoir me sortir de la drogue. Si ma santé se rétablit, si je gagne du poids et si j'arrive à me sevrer de la drogue, je travaillerais pour gagner de l'argent afin de nourrir mon enfant aussi longtemps que possible. »

6.2 Vérité ou un choc sur le VIH/Sida

Faire face à cette cruelle vérité, être porteur du VIH, n'est pas simple. Et le traumatisme dure longtemps. Les femmes poussent par plusieurs stades : état de choc, puis le doute, puis une immense colère, suivie souvent de moments de panique extrême, ou d'inquiétude face à la mort possible et acceptation et espérance de vie.

Figure 8 État psychologique des femmes séropositives



Cité par Nguyễn, 2017

6.2.1 Choc, désarroi et négation

En recevant un résultat positif pour le VIH, en général les femmes infectées par ce virus réagissent premièrement en tombant en désarroi, en niant la vérité, et en ne croyant pas être infectées. Leurs premiers mots sont souvent : « *Docteur, vous vous êtes certainement trompé* », « *Ce n'est pas possible. Je me sens en bonne forme* », « *Ce n'est pas vrai.* » Certaines restent pétrifiées, muettes, incapables de parler.

« À ce moment-là, je me suis mise à pleurer sur place, on m'a conseillé de me calmer, je n'ai pas accepté la vérité. Je suis rentrée chez moi et j'ai tout raconté à ma mère, elle a pleuré aussi. »

(Nguyêt, 33 ans, célibataire, profession libérale, 7 ans de vie avec le VIH)

« J'étais un peu triste, je me suis demandé pourquoi cela m'était arrivé, à moi, je me suis découragée. Les femmes au Centre d'assistance communautaire m'ont dit que c'était normal, car beaucoup de personnes étaient infectées, que je n'étais pas la seule, qu'il ne fallait pas réfléchir, que si je m'effondrais, personne ne s'occuperait de mon enfant, etc. Je trouve qu'elles ont raison et je n'y pense donc plus, je ne m'inquiète plus et je prends mes médicaments régulièrement. »

(Vàng, 29 ans, mariée, 3 enfants, travail à domicile, 5 ans de vie avec le VIH)

6.2.2 Colère

Après la confirmation de leur infection, la plupart de ces femmes se mettent en colère. Elles en veulent à celui qui leur a transmis le virus, elles s'en veulent de l'avoir peut-être transmis à leur amoureux/mari ou à leurs enfants ; elles s'en veulent d'avoir créé « *une mauvaise réputation* » à leur famille. Elles se culpabilisent.

En plus, elles se sentent agressées par les paroles, gestes ou attitudes de ceux qui les rejettent. Leur exaspération se manifeste souvent par des réactions physiques incontrôlées, ou au contraire par un mutisme exagéré, elles évitent le regard des autres ou en viennent à se faire du mal. Parfois elles laissent franchement éclater leur violence ou se montrent non coopératives. Dans cet état d'émotion, il arrive facilement à certaines l'idée de « *se venger de la vie* » en « *transmettant le VIH* » volontairement aux autres.

« J'étais fort triste et voulais en prendre (se droguer) pour mourir. Après une longue période de prise de drogue ininterrompue, j'ai réfléchi. Puis après avoir eu un enfant, j'ai aussi réfléchi. Maintenant, j'en prends moins. Avant je dépensais jusqu'à 800 000 dongs -1 000 000 dongs par jour. »

(Thùy, 22 ans, mariée, 1 enfant, chômeuse, 5 ans de vie avec le VIH)

6.2.3 Soucis, panique

Un autre état d'émotion chez les femmes séropositives est la panique. Elles s'inquiètent de leur mort programmée ; elles ont peur de perdre leur travail, de pouvoir transmettre le virus à leur famille ou leurs proches, de ne pas trouver de médicaments ou de ne pas avoir assez d'argent pour en acheter, d'être abandonnées et discriminées par leur famille, leurs amis, leurs voisins quand ces derniers seront au courant de leur séropositivité.

« Ce jour-là, en recevant le résultat positif, j'ai jeté le carnet de soins car j'avais peur que ma famille le sache. Plus tard, au moment d'une consultation, on m'a demandé mon code de patient indiqué dans ce carnet. On m'a demandé pourquoi alors que j'avais eu une consultation je n'avais pas de code de patient. Je ne me souvenais plus où j'avais mis ce carnet. »

(Dung, 39 ans, mariée (2 fois), 1 enfant, marchande ambulante, 10 ans de vie avec le VIH)

6.2.4 Dépression et désespoir

Une fois cet état de panique et de souci est passé, les femmes séropositives tombent dans la dépression et le désespoir car elles voient leur vie sans issue ; elles n'ont pas les moyens de se faire soigner ou les traitements ne sont pas efficaces, elles se sentent abandonnées ou elles ont l'impression de tout perdre: travail, argent, santé, proches. Elles perdent leur foi en la vie et se sentent coupables vis-à-vis d'elles-mêmes et de leur famille.

Cette présence d'une mort « possible », présente à tout moment, les faisait même souvent songer au suicide. On note de grands instants de dépression chez toutes. Certaines sont mêmes passées à l'acte. Tuyét nous a raconté :

« Je ne savais pas que j'avais été infectée par le VIH. Après l'avoir découvert, je voulais mourir. Les femmes de l'Union des femmes du quartier m'ont donné des conseils. Je leur ai dit que je voulais leur confier mon enfant et qu'elles l'enverraient ensuite à l'orphelinat. Maintenant je ne veux plus vivre. »

(Tuyét, 39 ans, mariée (2 fois), 3 enfants dont un enfant séropositif, marchande ambulante, 7 ans de vie avec le VIH)

6.2.5 Solitude

Lorsque ces femmes séropositives se sentent désespérées, elles ne veulent ni parler ni voir personne, elles se sentent toujours solitaires. Elles ont le sentiment que personne ne veut partager avec elles leurs difficultés, leurs soucis et que personne ne les comprend. Elles ont l'impression d'être aliénées et discriminées par les autres. Elles se considèrent comme des personnes non désirées et un fardeau pour leur famille.

« À cette époque-là, je n'osais rien partager avec personne. Je suis restée dans la maison pendant six mois avec mon bébé sans oser converser avec personne. Plus tard, lors d'une consultation pour vaccination, le médecin m'a recommandé le Centre d'assistance communautaire du 8^e arrondissement. Elle était très jeune. Elle m'a questionnée et m'a ainsi proposé de lui montrer l'attestation de naissance et le document de sortie d'hospitalisation. Elle m'a emmenée dans son bureau et a parlé avec moi. Elle m'a dit de rentrer chez moi et qu'elle viendrait me voir quelques jours plus tard. Elle m'a questionnée et m'a encouragée à parler et à partager. Elle m'a dit

que mon angoisse pourrait être ainsi apaisée, que si je ne partageais pas mes soucis et les gardais secrets, je mourrais de dépression. »

(The, 39 ans, célibataire, 2 enfants, profession libérale, 11 ans de vie avec le VIH)

6.2.6 Acceptation et espoir

Après avoir bénéficié des conseils, des aides ainsi que des soins de leur famille et suivi le protocole gratuit aux ARV, elles s'habituent à leur état de malade et l'acceptent progressivement.

L'espoir d'un avenir possible commence à se rallumer chez elles, elles se projettent dans l'avenir. Elles se construisent une nouvelle stratégie de vie afin de s'adapter à la réalité, elles ont s'interrogent : *Quelle est la meilleure stratégie ? Qu'est-ce qu'il faut faire dans les jours restant de la vie ? Quel mode de vie, quel régime alimentaire, et quel état d'esprit faut-il adopter pour maintenir le corps en bonne santé ? Qu'est-ce qu'il faut faire pour les enfants ?* Une autre façon d'approcher et de voir la vie les transforme petit à petit. Elles doivent se changer pour survivre. Elles espèrent aussi qu'elles pourront vivre plus longtemps et que les scientifiques trouveront un médicament pour guérir le VIH.

D'autre part, elles retrouvent l'espoir dans l'avenir en constatant ceci : malgré leur maladie, leurs proches et leur famille ainsi que la communauté ne les abandonnent pas, bien que la discrimination persiste. Elles sont toujours aimées et se trouvent encore utiles lorsqu'elles peuvent aider les autres, travailler et apporter leurs contributions à la famille et à la société.

Grâce à l'espoir rendu par l'efficacité des médicaments, grâce au changement de stratégie de vie pour s'adapter et notamment au changement de leur conception visant leur attitude de vie, pas mal de femmes séropositives participent à des activités sociales. Elles s'occupent des tâches relatives à la communication liée à la protection et à la prévention contre le Sida et participent aux activités des groupes de séropositifs.

« Cela m'est arrivé, tant pis, je ne fais que végéter. On m'a dit de prendre des médicaments mais je ne l'ai pas fait car, j'étais en bonne forme. Plus tard, j'en ai pris après être tombée malade. »

(Dung, 39 ans, mariée (2 fois), 1 enfant, marchande ambulante, 10 ans de vie avec le VIH)

« Parfois je suis triste. J'ai peur d'être discriminée et me démoralise beaucoup. Maintenant, je sais juste « faire de mon mieux » pour ne pas être trop malade, ne pas avoir une vie végétative, et donc ne pas être discriminée. Je cherche donc à rester en bonne santé. J'espère pouvoir toujours bénéficier des médicaments gratuits. »

(Hièn, 38 ans, célibataire, prostituée, 11 ans de vie avec le VIH)

« Dans l'ensemble, j'accepte mon sort et ne m'inquiète plus. Maintenant, l'important est d'avoir de quoi vivre, être en bonne santé pour m'occuper de mon enfant et de ma mère. Avant, je ne pensais pas. En effet, je buvais comme ça n'importe quand, je m'arrêtais de travailler pour sortir quand je le voulais. Maintenant, je ne le fais plus. Avant, j'étais toute seule, je n'avais pas d'enfant, mes parents étaient en bonne santé. Avant, je pouvais m'arrêter de travailler n'importe quand pour inviter mes amis à aller boire un verre et là. À cette époque, je n'avais pas de soucis. Aujourd'hui, j'en ai beaucoup, il faut donc laisser de côté ces plaisirs. J'espère que je n'aurai pas de problème de santé. Sans une bonne santé, je ne peux plus rien faire. »

(The, 39 ans, célibataire, 2 enfants, profession libérale, 11 ans de vie avec le VIH)

« Quand j'ai découvert ma contamination, j'ai réfléchi et j'étais triste. Mais j'ai pensé que si je réfléchissais trop, je m'effondrerais, si jamais il m'arrivait quelque chose, personne ne s'occuperait de mon enfant. Je n'y songe donc plus, je vis ma vie comme elle vient car maintenant je dois survivre pour m'occuper de mon enfant. »

(Vàng, 29 ans, mariée, 3 enfants, travail à domicile, 5 ans de vie avec le VIH)

« Je ne m'inquiète plus de ma santé, maintenant ça me fatigue de prendre des médicaments. Ça fait déjà neuf ou dix ans. Aujourd'hui, si je meurs, je ne regretterais rien. Maintenant, je ne m'inquiète de rien, l'important est de gagner assez pour survivre. J'espère aussi pouvoir toujours bénéficier d'une assurance et des ARV gratuits. J'espère pouvoir rester en bonne santé. »

(Mãn, 28 ans, célibataire, profession libérale, 10 ans de vie avec le VIH)

Plusieurs dentre elles ont eu des idées suicidaires après l'annonce de leur séropositivité. Ces comportements s'expliquent par un aller-retour de la mort à la vie : Sida = maladie mortelle, donc maîtriser la maladie devient « anticiper sur la mort ». Choisir la mort devient un acte de

maîtrise de soi, presque un acte « sain », de personne libre non malade. « *Ce n'est pas la maladie qui tue. Ce sera moi.* » Pensent-elles, sans le dire. Réaction de liberté individuelle, humaine.

Ensuite, il leur faut trouver un sens soit un sens à leur mort, soit un espoir : les médicaments-espoir. Surtout dès l'apparition des ARV qui permettent une survie.

6.3 Emploi

Selon le rapport de *l'Enquête sur les travailleurs et les emplois* menée en mars 2016 par l'Office général des statistiques du Viêt Nam, l'offre de travail moyenne au Viêt Nam en 2014 s'élève à 53,748 millions de personnes, soit une augmentation de 498 00 personnes (1 %) par rapport à l'année précédente, dont 52,7 millions de personnes actives et plus d'un million de chômeurs.

Tableau 5 Population active de 15 ans et plus au 1^{er} juillet de l'année selon leur emploi et statut (Unité : personne)

Par profession	2011	2012	2013	2014	2015
Leaders/managers	83 951	68 718	67 515	72 030	73 278
Professionnels de haut niveau	561 840	589 148	605 503	623 028	642 986
Professionnels de niveau intermédiaire	257 144	234 043	235 001	277 864	231 814
Commis	168 900	186 841	174 258	190 834	194 142
Services personnels, travailleurs de protection et travaux de vente	1 079 896	1 180 472	1 193 102	1 181 205	1 201 685
Travailleurs de l'agriculture, de la foresterie et de la pêche	62 440	64 121	62 743	71 252	72 487
Artisans et travailleurs assimilés	531 151	553 330	557 635	557 519	587 532
Opérateurs et assembleurs d'installations et de machines	674 670	681 778	686 473	691 671	703 663
Professions non qualifiées	399 201	375 120	393 632	404 634	411 649
Autres	7 669	9 609	13 379	10 125	10 306
Total	3 826 862	3 943 180	3 989 241	4 059 162	4 129 542

Cité par Tổng cục thống kê thành phố Hồ Chí Minh, 2018, p. 39

Le Viêt Nam compte plus de 9,6 millions de personnes actives occupées ayant été diplômées (18,2 %). Un écart considérable (23,2 %) est constaté entre le taux de personnes actives diplômées dans la zone urbaine et celui de la zone rurale. La disparité sexuelle dans certains secteurs économiques est assez nette. En effet, les femmes exercent principalement des emplois dans les familles (93 %), l'éducation et la formation (71,1 %) et le service d'hébergement et de restauration (69,6 %)³⁹. HCMV compte 4 530 182 travailleurs dont les femmes représentent 46,8 % de l'effectif total des travailleurs de la ville. Le taux des travailleurs formés à HCMV reste faible (36,33 %), dont les femmes représentent 32,98 % (contre 39,11 % chez les hommes) (Tổng cục thống kê thành phố Hồ Chí Minh, 2018, p. 47)

Tableau 5a Population active de 15 ans selon leur emploi et statut (Unité : personne)

Par profession	2010	2015	2016	2017	Prel. 2018
Leaders/managers	77 592	74 562	75 137	75 221	75 559
Professionnels de haut niveau	584 071	654 249	686 448	720 223	738 050
Professionnels de niveau intermédiaire	267 997	235 875	238 884	240 557	245 363
Commis	157.125	197 543	200 170	201 723	205 723
Services personnels, travailleurs de protection et travaux de vente	1 051 786	1 051 786	1 051 786	1 051 786	1 277 523
Travailleurs de l'agriculture, de la foresterie et de la pêche	47 669	73 757	75 018	76 365	70 225
Artisans et travailleurs assimilés	546 175	597 824	619 592	622 568	629 177
Opérateurs et assembleurs d'installations et de machines	736 868	715 989	735 112	744 869	757 033
Professions non qualifiées	326 533	418 860	428 627	433 327	439 047
Autres	7 312	10 487	16 885	19 525	5 683
Total	3 803 108	4 201 880	4 319 733	4 391 660	4 443 383

Cité par Tổng cục thống kê thành phố Hồ Chí Minh, 2018, p. 37

³⁹ Source: <http://www.gso.gov.vn/>

Ce chiffre est aussi confirmé par les récits des femmes séropositives dans notre étude. Ces femmes sont occupées à des travaux simples et nécessitant peu de qualification. En effet, la plupart d'entre elles exercent des emplois indépendants, travaillent dans des restaurants, font du petit commerce (marchande ambulante) ou restent à la maison pour s'occuper des travaux ménagers et des enfants. Leur emploi fluctue à cause de leur séropositivité.

Avant d'être infectées, la majorité des femmes de cette étude provenaient de familles pauvres. Elles ont dû arrêter prématurément leurs études pour travailler afin d'aider leur famille. Il est donc difficile pour elles d'avoir un emploi bien payé et stable. « *En général, je dois travailler à gauche et à droite, exercer n'importe quel métier tant que qu'il ne me conduit pas à une infraction à la loi.* » (The, 39 ans, célibataire, 2 enfants, profession libérale, 11 ans de vie avec le VIH).

Certaines travaillaient soit à l'usine, dans la restauration. D'autres faisaient du petit commerce:

« Je travaille pour des producteurs de poisson séché et de crevette séchée, j'accepte tous les petits boulots qu'on me propose pour gagner de l'argent. »

(Oanh, 35 ans, mariée (2 fois), 2 enfants, travail à domicile, 14 ans de vie avec le VIH)

« Je travaille comme cuisinière dans un club de billard. Je prépare des repas pour les serveurs du Club. C'est-à-dire que le matin je vais au marché faire des courses avant de cuisiner. Ensuite, je fais des ménages. Je rentre chez moi dans l'après-midi. Si je n'ai pas terminé avant, je reste pour finir. »

(Thảo, 35 ans, mariée (2 fois), 4 enfants, marchande ambulante, 11 ans vie avec le VIH)

« Avant, je faisais du petit commerce pour aider ma famille. Je secondais ma mère dans son petit commerce ambulante. Quand j'ai eu une dizaine d'année, j'ai arrêté de secondar ma mère pour travailler dans une blanchisserie dans la rue de Ham Tu. »

(Vàng, 29 ans, mariée, 3 enfants, travail à domicile, 5 ans de vie avec le VIH)

D'autres ont choisi la prostitution pour gagner de l'argent plus vite et mieux que le métier de petite commerçante ou serveuse.

« Je suis née à Long Xuyên. Je suis allée travailler au Cambodge. Au début, je travaillais comme marchande ambulante. Et puis en voyant ma famille vivre dans la

misère et mon père boiteux vivre dans le malheur, j'ai cherché à « gagner ma vie » (se prostituer) comme d'autres filles afin d'avoir de l'argent. »

(Tuyét, 39 ans, mariée (2 fois), 3 enfants dont un enfant séropositif, marchande ambulante, 7 ans de vie avec le VIH)

Cependant, d'autres femmes ont été trop gâtées par leur famille depuis leur enfance. Elles n'avaient aucune obligation, elles faisaient la fête et imitaient leurs copains. Elles sont tombées dans la drogue et la prostitution.

« Quand j'étais petite, j'allais à l'école. J'ai arrêté mes études quand j'étais en sixième ou cinquième au collège. À l'époque, j'étais très perturbatrice à l'école et j'apprenais à fumer. Après avoir arrêté mes études, je sortais avec mes copains. Au début, j'ai consommé de la Methamphétamine. J'en ai consommé pendant un an. Je sortais tous les jours, du matin jusqu'à la nuit. J'étais souvent réprimandée par ma famille. Je suis tombée dans la drogue pour plaire aux copains. En fait, je ne voulais pas me droguer. Je vivais avec mes parents. Mais mon père est décédé il y a quelques années. Quand il était vivant, mon père avait de l'argent. C'est pourquoi mes parents me gâtaient beaucoup et satisfaisaient toutes mes demandes. Je suis donc devenue capricieuse. »

(Thùy, 22 ans, mariée, 1 enfant, chômeuse, 5 ans de vie avec le VIH)

Comme Hiên qui nous a raconté :

« Vous avez arrêté vos études au collège après la 4^e. Quelle en est la raison ?

« Lors d'une sortie, il m'est arrivé une triste histoire et ma famille m'a réprimandée. Je suis donc partie vivre ailleurs, mais pas définitivement. Je faisais des aller-retours. Ma famille m'a reniée. Ce n'est pas qu'elle m'abandonnait mais elle ne voulait pas entendre parler de moi. Quand j'ai eu 26 ans, je suis partie vivre ailleurs définitivement.

« Vous avez dit qu'il vous était arrivé une triste histoire. Pourriez-vous la préciser ?

« Plusieurs choses se sont passées. Par exemple, on a volé ma moto, mais ma famille pensait que je l'avais vendue. J'en étais donc triste.

« Vous avez commencé ce métier (prostitution) à quel âge ?

« Quand j'avais une vingtaine d'années.

« Qu'est-ce que vous faisiez comme métier avant ?

« Je sortais et je trafiquais (de la drogue) sur les conseils d'amis. J'achetais et revendais pour faire du deal afin d'avoir de quoi vivre.

« Je faisais l'intermédiaire dans des achats et ventes de motos et de tout autre chose pour gagner de l'argent. J'empoçais des pourboires et des commissions.

*« **Qui vous a introduite à ce métier-là ?***

« Un jour, on m'a fait une proposition. On m'a dit que je pourrais gagner de l'argent si j'allais avec un homme pendant deux jours. A cette époque je ne voyais pas les choses comme maintenant. Alors j'ai rencontré cet homme. Il était vieux. Puis on m'a donné de l'argent. Plus tard, je m'y suis habituée et j'ai décidé de faire ce métier définitivement. »

(Hièn, 38 ans, célibataire, prostituée, 11 ans de vie avec le VIH)

Immédiatement après avoir découvert leur séropositivité, la plupart d'entre elles ont changé de travail à cause de leur propre complexe (auto-stigmatisation) et de la stigmatisation de la société. Avant, elles exerçaient des métiers indépendants et étaient salariées. Mais après être contaminées, elles ont pratiqué des boulots qui ne leur demandaient plus trop de contacts.

En général, elles font ces boulots chez elles ou créent leur propre emploi en faisant du petit commerce ou en restant à domicile pour faire des travaux ménagers et s'occuper de leur famille.

« Je pense qu'il est assez difficile d'être salariée. En effet, dès qu'on est au courant de ma séropositivité, on ne m'embauche plus. Donc, travailler dans le petit commerce est plus facile. C'est comme ça, je travaille pour ma belle-sœur qui vend des chaussures. Comme c'est un métier indépendant, personne n'a peur de moi. Maintenant, si je postule un poste, on me demandera de passer un examen médical et on n'acceptera certainement pas. C'est pourquoi, j'ai dit que c'était difficile. »

(Vàng, 29 ans, mariée, 3 enfants, travail à domicile, 5 ans de vie avec le VIH)

The nous a raconté dans l'entrevue :

« Par exemple, j'ai postulé à des emplois. Après avoir su que j'étais séropositive, on a refusé. »

Postuler un emploi ?

« On m'a dit que je n'étais pas suffisamment en forme pour m'occuper de ce poste-là. C'était une façon de refuser adroitement sans devoir préciser la raison réelle. Lorsque je postulais ce poste, on a entendu parler de ma séropositivité et on m'a dit pareil.

« Il s'agit là de la difficulté en matière d'emploi, est-ce qu'il y a d'autres changements? »

C'est la seule difficulté. Je ne peux trouver de boulot que dans les établissements où personne ne me connaît. Même si on m'embauche, je ne peux pas travailler longtemps. Comme je devais respecter un horaire de traitement exigeant, je ne pouvais pas à la fois assurer les horaires et la quantité de médicaments demandée et répondre aux exigences du travail. J'ai donc été licenciée. Maintenant, je prends de quoi travailler à la maison. Si je suis en bonne santé, je travaille beaucoup. Quand je ne suis pas en bonne santé, je travaille moins.

« Je cherche des emplois à domicile. Je ne travaille pas comme salariée. Je fais tout: lier des baguettes d'encens en botte, tresser des nattes de bambou, tresser des perles de verre, tailler des cols brodés, confectionner des vêtements. »

(The, 39 ans, célibataire, 2 enfants, profession libérale, 11 ans de vie avec le VIH)

« Maintenant, je prends des matériaux pour fabriquer des produits artisanaux chez moi. Par exemple des fleurs en papier pour le Noël, ou d'autres produits en papier pour d'autres fêtes. La quantité peut varier de dizaines à des centaines, voire des milliers de pièces. »

(Tuyét, 39 ans, mariée (2 fois), 3 enfants dont un enfant séropositif, marchande ambulante, 7 ans de vie avec le VIH)

« Après m'être mariée, je suis restée à la maison pour m'occuper de mon enfant. Seul mon mari travaille. Mon enfant est trop petit, je dois l'emmener à l'école et prendre soins de lui. Avant, lorsque mon mari était au chômage, je vendais des billets de loterie dans les rues et faisais d'autres petits boulots afin de nourrir mon enfant. Maintenant, mon mari a trouvé du travail, je reste donc à la maison pour m'occuper de mon enfant. Par exemple, si quelqu'un d'ici a besoin d'un moto-taxi, je le fais pour gagner plus d'argent. »

(Vàng, 29 ans, mariée, 3 enfants, travail à domicile, 5 ans de vie avec le VIH)

Pour celles qui sont prostituées, même après avoir découvert leur séropositivité, en plus d'autres boulots elles continuent parfois à exercer le métier de prostitution.

« Mais oui, bien sûr, je demande toujours à mes clients de porter des préservatifs. Moi, je ne néglige jamais de le faire de temps en temps, je descends dans la rue pour me prostituer, mais pas très souvent car la police est partout, parfois, je fabrique des objets votifs en papier à domicile comme un travail secondaire, mais je gagne très peu »

(Hiên, 38 ans, célibataire, prostituée, 11 ans de vie avec le VIH)

Certaines ont changé de travail ou doivent aller travailler loin de leur domicile pour que personne ne connaisse leur séropositivité.

« J'accepte tous les boulots qu'on me propose. Parfois, je vends des billets de loterie dans les rues. Je fais tout ce qui me permet de gagner de l'argent pour nourrir mon enfant sans porter préjudice à personne. Par exemple, je peux faire de la vaisselle ou travailler comme serveuse dans des restaurants. Mais ces restaurants doivent se situer loin de mon domicile pour que personne ne connaisse ma séropositivité. Puisque l'on ne savait pas quel type de personne j'étais, alors en apprenant que j'étais séropositive, on a eu peur et on m'a discriminée. Il y a beaucoup de gens qui ne comprennent pas et qui me méprisent. Dans l'ensemble, toutes les personnes comme moi sont complexées. Moi aussi, je suis complexée. »

(Thảo, 35 ans, mariée (2 fois), 4 enfants, marchande ambulante, 11 ans de vie avec le VIH)

« Je travaille loin de mon domicile, je rencontre peu de gens qui me connaissent. Ici, si je rencontre des gens qui me connaissent, ils me méprisent ostensiblement. Bon nombre de gens vivant près d'ici me connaissent. C'est pourquoi il est difficile de trouver du travail ici. Mais j'ai trouvé du boulot. On ne savait pas que je devais aller à l'hôpital pour m'approvisionner en médicaments. Je leur ai juste dit que j'avais une obligation. Trois jours après, on m'a mise à la porte. Plus tard, j'ai postulé à d'autres postes, mais on a refusé ma candidature en sachant que j'étais séropositive. On en a eu peur et on ne m'a pas embauchée. Et moi, j'avais ma propre fierté d'une part et j'étais complexée d'autre part, je suis donc allée travailler loin de chez moi.

Maintenant, je ne sais plus quoi faire. Je travaillais pour un atelier de confection, on avait donc besoin d'ouvrières à plein temps. Mais je devais de temps en temps prendre des jours de congé pour aller chercher les médicaments et faire des tests sanguins à l'hôpital. On ne comprenait pas. Mais si je leur disais la vérité, on me mettrait à la porte. C'était pourquoi j'inventais une obligation familiale ou quel qu'un de ma famille était tombé malade. Mais au bout de deux ou trois fois, on m'a dit de cesser de travailler à l'atelier car on ne recevait plus de commandes : Cela m'est arrivé trois ou quatre fois. Je n'ai rien pu faire d'autre qu'accepter. »

(Tuyét, 39 ans, mariée (2 fois), 3 enfants dont un enfant séropositif, marchande ambulante, 7 ans de vie avec le VIH)

Yên est une femme séparée qui a un enfant et qui doit louer un logement loin de son ancien domicile pour faire du commerce.

« À cette époque-là, je vendais de la nourriture, ce qui me permettait au début de gagner suffisamment pour me nourrir moi et mon enfant. Et puis, les gens l'ont appris et ont fait courir des rumeurs. Il en a résulté que je n'ai plus pu faire du commerce. Aujourd'hui, je n'ose pas parler de mon lieu de commerce à personne de mon ancien domicile, à des dizaines de km d'ici. Avant, je devais faire la navette entre ici et là-bas pour faire du commerce. Maintenant, je loue un logement pour moi et mon enfant dans un autre quartier. »

(Yên, 43 ans, séparée, 1 enfant, marchande ambulante, 11 ans de vie avec le VIH)

Certaines ont dû changer de travail afin de s'adapter à leur santé et à leur situation de vie.

« Je seconde ma grand-mère dans son café. Je ne peux rien faire d'autre, car ma santé est mauvaise, ce n'est pas comme tu vois. En fait, je suis très faible, je tombe malade facilement, notamment par un temps pareil. Maintenant, je prends un cours de couture pour pouvoir coudre des éléments de vêtement dans la fabrication en série. Après ce cours, je pourrai travailler dans des ateliers de confection, ou bien je pourrai prendre du tissu et coudre chez moi. Je m'ennuie à seconder ma grand-mère. »

(Nguyêt, 33 ans, célibataire, profession libérale, 7 ans de vie avec le VIH)

« Je travaillais comme ouvrière, je forais des vis d'antenne. Puis, j'ai fait de la couture à domicile, mais je suis tombée malade, j'ai revendu la machine à coudre. À cette époque j'avais des ganglions. Alors j'ai acheté un vélo auquel j'ai attaché deux paniers pour acheter et ramasser en même temps de la quincaillerie usée. »

(Mân, 47 ans, veuve, 1 enfant, marchande ambulante, 9 ans de vie avec le VIH)

Les femmes soumises au protocole des ARV doivent prendre leurs médicaments selon un horaire précis. C'est pour cette raison que les séropositives ont du mal à maintenir un emploi stable et peuvent facilement perdre leur emploi.

Voici deux témoignages identiques à ceux de Nguyêt et de Dung :

« Non seulement les entreprises, mais aussi les ateliers privés offrent ce type de boulot. Mais, en l'acceptant, je devais travailler selon un horaire fixe. Si je prends de quoi pour fabriquer chez moi, c'est plus souple. Je peux travailler ou m'arrêter de travailler quand je veux. En tant que salariée, il est très difficile d'avoir la permission de prendre du temps récupérer des médicaments. Si je suis salariée et que je demande beaucoup de jours de congés, les employeurs n'accepteront jamais. Mon cousin, il s'approvisionne en médicaments aussi ici. Ses parents étaient séropositifs et sont morts tous les deux. Il est tout seul, il a été contaminé aussi. Ce n'était pas que ses parents lui ont transmis le virus. Il a été contaminé à l'âge d'adulte, il travaille aussi, il n'a pas le temps d'aller s'approvisionner en médicaments. Parfois, je l'aide à aller en chercher. Il me semble que les employeurs demandent aux candidats de faire un test de dépistage du VIH quand ces derniers postulent un emploi. En effet, mon cousin a postulé pour être vendeur dans un magasin au 1^{er} arrondissement. Lorsqu'il y est venu pour déposer sa candidature, on lui a demandé de faire un test de dépistage du VIH. Il a renoncé et a immédiatement quitté le magasin. C'est extravagant. En faisant comme ça comment les personnes séropositives peuvent-elles trouver du travail ? Ma demi-sœur, la fille de ma mère et mon beau-père, qui travaille pour la société Chin Luu, m'a raconté l'histoire de sa copine. Elle devait passer un test sanguin tous les six mois. Après un test, on a découvert qu'elle avait été contaminée. Pourtant, on ne le lui a pas dit, on lui a dit qu'elle était séronégative. On l'a mise à la porte en lui disant qu'il y avait une réduction d'effectifs. »

(Nguyêt, 33 ans, célibataire, profession libérale, 7 ans de vie avec le VIH)

« Oui, je vends des chaussures sur les trottoirs, je ne dois pas payer d'impôts, j'ai eu de la chance. J'ai demandé aux habitants d'ici leur permission en leur disant que j'étais malheureuse et en leur promettant de ranger mes marchandises correctement. Mes marchandises sont propres, pas du tout sales. Quand j'en vends dans la rue Nguyễn Trãi, je demande aussi la permission des gens là-bas. Sinon, il faut louer une place et payer les intérêts des prêts, on est venus me voir en octobre pour les prendre. »

(Dung, 39 ans, mariée (2 fois), 1 enfant, marchande ambulante, 10 ans de vie avec le VIH)

Les capitaux initiaux pour démarrer un commerce à leur convenance jouent un rôle décisif dans leur choix. Ngọc qui n'a pas beaucoup de capital, a choisi la vente de chaussures pour gagner sa vie. Contrairement à beaucoup de personnes qui vendent directement dans la rue ou dans des magasins loués, Ngọc continue le métier de sa mère en vendant des chaussures à des vendeurs en détail. Ce travail lui permet un revenu relativement stable grâce aux relations créées par sa mère.

Cependant, ce travail présente aussi des risques lorsqu'elle ne peut pas récupérer son investissement. *« Je vends des chaussures à quelques magasins de détail. Je gagne de 2 000 à 3 000 dongs pour une paire comme celle-ci, ou mille et quelque cent dongs pour celle-là. Si je vends 100 paires ou plus, je gagne environ trois cent mille dongs par jour. Certains clients me paient toute de suite leurs commandes, d'autres achètent à crédit et ne me paient qu'en fin d'année. Ce commerce exige des capitaux. Si je n'ai pas d'argent, je dois me débrouiller. Ils n'ont jamais manqué au paiement de leurs dettes car ce sont des relations commerciales de longues années créées par ma mère. Ils me paient leurs dettes en fin d'année, vers le 20 décembre du calendrier lunaire. Et ils ne me doivent pas beaucoup, quelques millions de dongs seulement. S'ils ne me remboursaient, j'irais réclamer à leur magasin ou chez eux, car je connais le domicile de tous mes clients. Je n'ose pas vendre de chaussures à de nouveaux clients. Je n'ai aucun souci avec mes clients anciens. Pour les nouveaux clients, comme je ne sais pas où ils habitent, je ne leur fais pas crédit. En faisant du commerce, je ne sais pas qui est honnête et qui est malhonnête. S'ils échouent dans leur commerce, ne peuvent pas gagner d'argent et se trouvent en situation d'insolvabilité en fin d'année, les commerçants s'enfuient. Il est difficile de faire du commerce aujourd'hui. En effet, si je gagne suffisamment pour vivre, c'est bien ; si je ne m'endette pas, je m'en réjouis. Tant que je suis en bonne santé, je peux*

travailler et avoir de quoi survivre », confie-t-elle. (Ngọc, 32 ans, mariée, 1 enfant, marchande ambulante, 7 ans de vie avec le VIH)

Certaines femmes doivent utiliser la subvention sociale accordée par la localité aux pauvres et la subvention accordée aux personnes contaminées pour faire du commerce. Le cas de Yén en est un exemple.

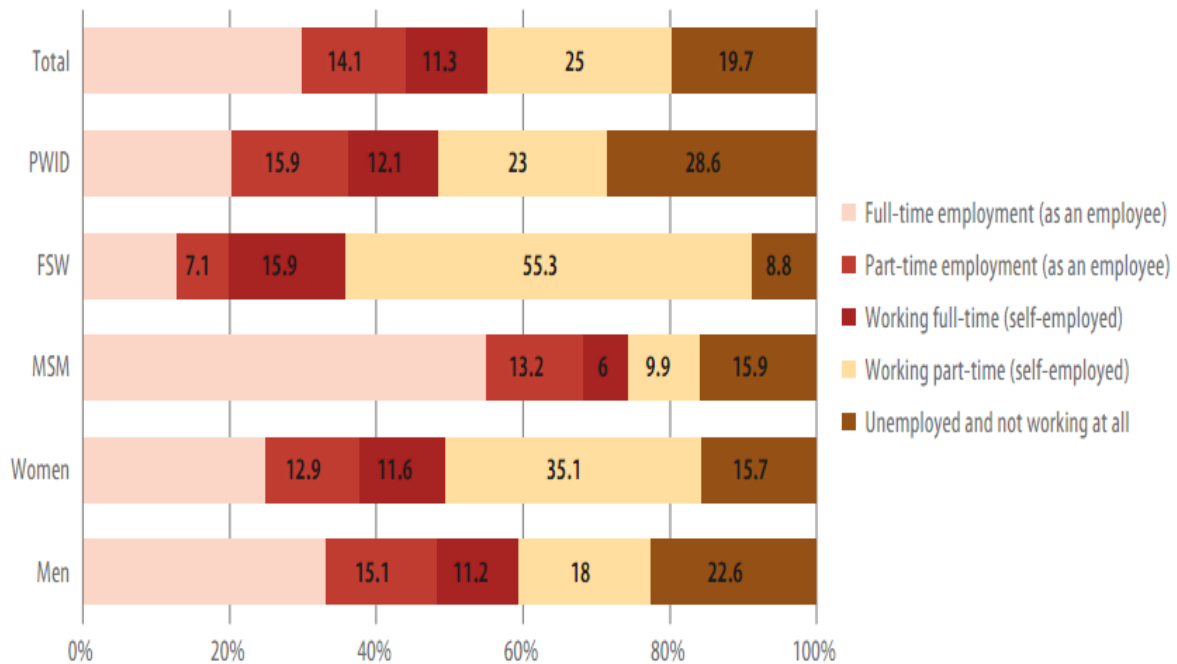
« Quand mon mari est tombé malade, je lui ai dit : Nous sommes titulaires d'un certificat de pauvreté, nous pouvons emprunter de l'argent auprès de l'État, je te donnerai trois millions de dong du prêt comme capitaux pour la vente des cartes de téléphone prépayé. Tu es aveugle mais des voisins peuvent t'aider en jetant un coup d'œil (gardant le magasin). Et moi, quand je rentre je peux l'aider à garder le magasin, à aller acheter des cartes et à faire l'addition. Il ne gagne pas beaucoup, seulement quelques cent mille dong par mois. Il ne fait pas la cuisine, il mange avec sa mère afin d'épargner de l'argent pour nos enfants », raconte-t-elle.

(Yén, 43 ans, séparée, 1 enfant, marchande ambulante, 11 ans de vie avec le VIH)

Est également montré dans une étude de VNP+ (2015) le fait que le taux des personnes vivant avec le VIH ayant un travail reste très faible (environ 30 % des travailleurs à plein temps exerçant des emplois basés sur une relation de travail ou 25 % des travailleurs à temps partiel exerçant des emplois auto-crés) (VNP+, 2015a, p. 31). Les personnes positives VIH s'exposent au risque permanent d'être licenciées ou de se voir refuser des opportunités de promotion. Cette étude souligne également que la plupart des causes de cette perte d'emploi s'expliquent totalement ou partiellement par leur contamination par le VIH (VNP+, 2015a, p. 31).

Ainsi, les personnes positives VIH en général et les femmes vivant avec le VIH en particulier exercent des emplois simples n'exigeant pas de qualifications. La majorité de ces emplois sont liés au service de restauration, d'hôtellerie ou des emplois auto-crés (emplois artisanaux à domicile, marchande ambulante). Outre la cause liée à leur bas niveau d'éducation ne leur permettant pas de trouver un travail bien payé et stable, la deuxième cause est liée à leur contamination par le VIH. En effet, elles peuvent perdre leurs emplois ou se voir refuser des postes dans des établissements, des compagnies en raison de leur contamination, ce qui affecte considérablement et directement leur moyen de subsistance.

Figure 9 Statut d'emploi



Cité par VNP+, 2015a, p. 31

Revenu

Comme les femmes positives VIH exercent des emplois simples, sans formation exigée ni capitaux de démarrage (vente de chaussures, vente de nourriture, fabrication de papier votif au domicile), leur revenu est faible et instable.

Les interviews montrent que le revenu le plus élevé est de plus de 4 millions de dongs (provenant de deux boulots : garde d'enfants et fabrication de papier votif à domicile). C'est le cas de Lieu. Quant aux autres femmes, leur revenu n'atteint, plus ou moins, que deux millions de dongs/mois. Yén gagne « cent ou cent et quelque dizaines de mille dongs par jour » (plus ou moins trois millions de dongs/mois). « C'est juste suffisant pour me nourrir moi et mon enfant sans avoir à emprunter à personne », dit-elle. Elle doit payer 400 000 dongs de loyer par mois, plus les frais d'école pour son enfant, les frais de nourriture. Outre le petit commerce, elle faisait aussi la vaisselle pour un restaurant de rue afin de gagner plus d'argent quand sa fille était petite. Son petit commerce a également été affecté à cause des rumeurs des gens sur sa contamination par le VIH.

Quant aux femmes célibataires vivant toutes seules ou avec une personne proche (mère), elles exercent des emplois simples et gagnent relativement peu.

« Ma belle-sœur a acheté une maison près d'ici et y a ouvert un café. Elle vend du café le matin. Je viens la seconder. Lorsqu'elle fait la cuisine, je fais la vaisselle ou fais le linge et le repassage pour mes neveux et nièces. Je ne fais rien d'autre que de seconder ma belle-sœur dans son café. Elle me nourrit et me paye quelques cent mille dong. J'habite avec ma mère. »

(Liên, 45 ans, célibataire, serveuse de café, 9 ans de vie avec le VIH)

Pour celles qui exercent la prostitution, le revenu n'est pas régulier et leur métier est même dangereux comme elles le témoignent :

« Mon métier est aléatoire. Je n'ose donc pas trop dépenser afin compenser les jours où je gagnerais rien. Je n'ose ni dépenser ni sortir avec personne, je reste chez moi toute la journée. Mon travail est précaire, il est impossible de prévoir quoi que ce soit, tantôt j'ai un client, tantôt j'en ai deux, trois, quatre par nuit. Après chaque passe, je retourne à l'endroit habituel, j'y reste environ deux heures et puis je rentre. Après chaque passe, je me raisonne pour y retourner le plus vite possible, car je dois gagner de l'argent. Toutes les prostituées font pareil. »

(Kim, 30 ans, célibataire, 1 enfant, prostituée, 6 ans de vie avec le VIH)

« Je gagne environ quatre ou cinq cent milles dong par nuit. Pourtant, je dois beaucoup travailler. On dit travailler comme des buffles et des bœufs. On doit travailler ainsi car on est indépendantes. Si on travaille pour un (une) maquereau (elle), on gagne très peu. En travaillant indépendamment, j'empêche tout, je ne dois payer que la chambre. »

(Ngân, 34 ans, célibataire, prostituée, 4 ans de vie avec le VIH)

Leur revenu est maigre compte tenu de toutes les dépenses qu'elles doivent assurer définies plus haut (école, factures, assurances, chambre, nourriture) (mais les ARV étaient gratuits au moment de l'étude). Elles racontent:

« Les frais d'école maternelle de ma fille s'élèvent à 850 000 dongs par mois. Le loyer me coûte 400 000 dongs. Dans mon village natal, ce n'est pas cher. »

(Yén, 43 ans, séparée, 1 enfant, marchande ambulante, 11 ans de vie avec le VIH)

À cela s'ajoutent des dépenses extraordinaires lorsque par exemple leurs enfants tombent malades bien qu'ils aient une assurance. Yén en est un exemple. Elle s'est heurtée à pas mal de difficultés. Elle raconte :

« Il n'est pas facile pour une femme de nourrir un enfant toute seule, d'autant plus qu'on doit louer une chambre. Ma fille tombe malade tout le temps. L'autre jour, elle a eu mal à la tête. Je l'ai emmenée à une clinique. Cela m'a coûté plus de deux cent mille dongs. Et puis, vendredi soir dernier elle m'a dit qu'elle avait encore mal à la tête. Le lendemain matin, je lui ai dit que si elle avait mal à la tête, je l'emmènerais à l'hôpital des Maladies infectieuses et tropicales. Cet hôpital n'a pas accepté son assurance. J'ai dû payer cent mille dongs pour la consultation. Puis elle a subi une radiographie de la tête, ce qui m'a coûté 100 000 dongs. Ensuite, elle a subi une échographie abdominale, ce qui m'a coûté 90 000 dongs. À cela s'est ajouté 50 000 dongs pour les frais de médicaments. Ça faisait plus de trois cent mille dongs. L'autre jour, la consultation dans une clinique a coûté plus de deux cent mille. Au total, j'ai dû payer six ou sept cent mille dongs. En plus, j'ai dû m'arrêter de faire du commerce pendant quelques jours. Je n'ai pas pu faire autrement. L'argent se déprécie. L'argent se gagne difficilement mais se dépense vite. Et personne ne peut m'aider. Ma fille a une assurance médicale. Pourtant, lorsqu'elle tombe malade, l'hôpital des maladies tropicales ne l'accepte jamais sauf si elle est recommandée par l'établissement médical à l'échelon inférieur. Mais il faut attendre longtemps pour être recommandée, ce qui rendrait ma fille encore plus malade. J'ai été obligée de la faire examiner sans assurance hier et avant-hier, ce qui m'a coûté plus de trois cent mille dongs. L'autre jour, je l'ai emmenée à une clinique et j'ai dû payer plus de deux cent mille dongs. Pourtant, elle n'est pas guérie. À l'hôpital des Maladies infectieuses et tropicales, on lui a fait subir une radiographie et on m'a dit qu'elle avait attrapé une sinusite après avoir attrapé une angine et une rhinite non traitée pendant trop longtemps. Ce n'est pas simple de nourrir des enfants car ils tombent malades de temps en temps. »

(Yén, 43 ans, séparée, 1 enfant, marchande ambulante, 11 ans de vie avec le VIH)

Certaines sont célibataires et vivent avec des proches qui les ont nourries quand elles étaient petites. Elles doivent prendre soin et à mesure qu'elles vieillissent ou des nourrices de leur enfant. Kim (prostituée) en est un exemple. Elle vit avec sa grand-mère âgée de 90 ans. Elle en est la principale responsable. Chaque mois, en sus de 1 500 000 dongs de loyer, elle doit payer 4 000 000 dongs de médicaments pour sa grand-mère, sans compter les diverses dépenses quotidiennes.

Le rapport de l'enquête sur les travailleurs et les emplois menée en 2014 de l'Office général des statistiques du Viêt Nam montre que le revenu moyen mensuel des personnes exerçant des métiers simples est en moyenne de 2 915 000 dongs (le revenu des femmes est de 2 625 000 dongs), celui des artisans et autres ouvriers concernés est en moyenne de 3 957 000 dongs (le revenu des femmes est de 3 437 000 dongs) ou celui des personnes travaillant dans les emplois de service individuel, gardiens et vendeurs est de 3 795 000 dongs (le revenu des femmes est de 3 508 000 dongs) (Tổng cục thống kê, 2015, p. 36).

Tableau 6 Salaire moyen/mois des travailleurs du sexe et des métiers en 2014

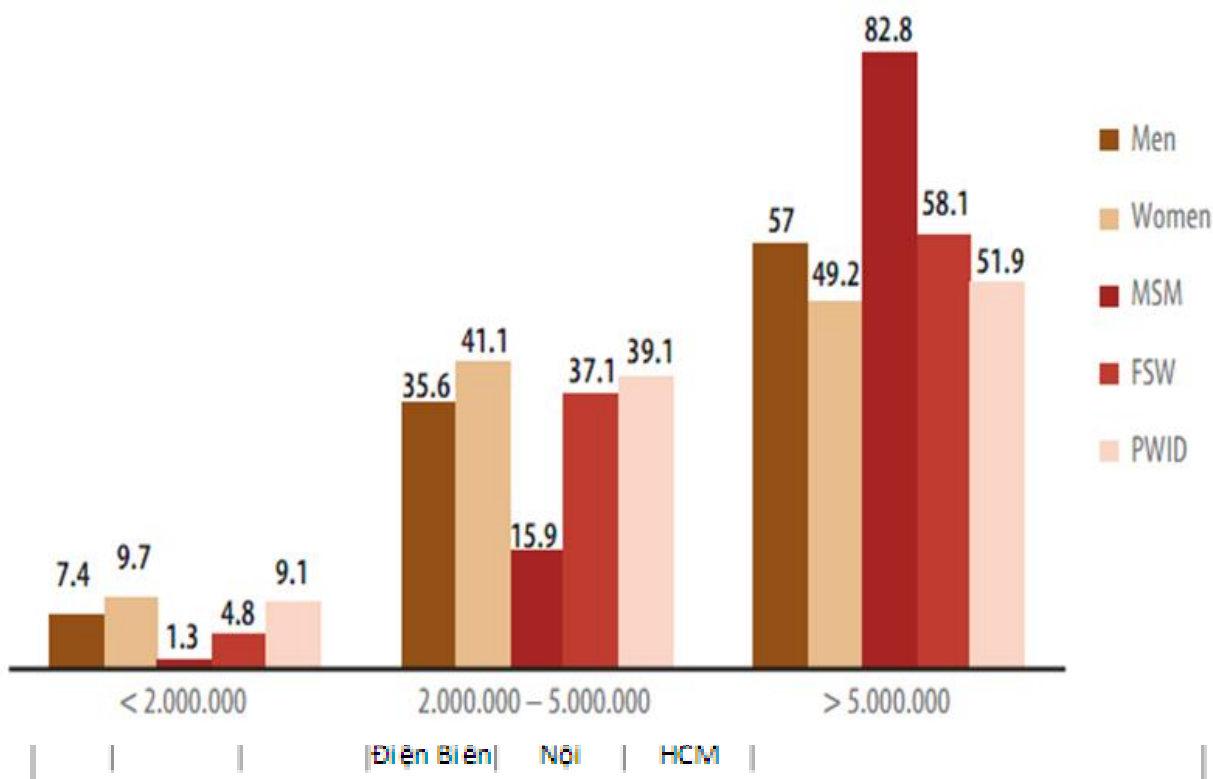
Unité : 1 000 dongs

Profession	Salaire moyen/mois		
	Total	Homme	Femme
Total	4 490	4 662	4 250
1. Cadre	7 505	7 710	6 842
2. Expertise technique supérieur	6 630	7 195	6 138
3. Expertise technique secondaire	4 954	5 219	4 746
4. Employé	4 289	4 163	4 432
5. Service individuel, gardien et vendeur	3 795	4 017	3 508
6. Métiers dans l'agriculture, la foresterie, la pêche	3 893	4 108	3 318
7. Artisans et autres professions liées	3 957	4 153	3 437
8. Ouvriers dans les usines	4 719	5 073	4 323
9. Métier simple	2 915	3 106	2 625

Cité par Tổng cục thống kê, 2015, p. 36

Même le revenu des ménages des personnes vivant avec le VIH n'est pas aussi élevé, comme ce qui a été indiqué dans *l'Étude de l'indice d'évaluation du niveau de stigmatisation vis-à-vis des porteurs du VIH menée en 2012 et 2014* : La plupart couples vivant avec le VIH ont un revenu de 2 à 5 millions de dongs/mois (Tổng cục thống kê, 2015, p. 31). Si on mesure le revenu des ménages des personnes vivant avec le VIH selon le standard de pauvreté⁴⁰ promulgué par le Gouvernement du Việt Nam pour la période de 2011 à 2015 (Chính phủ Việt Nam, 2011), les ménages des personnes vivant avec le VIH sont des ménages pauvres et presque pauvres.

Figure 10 Revenu mensuel moyen par ménage



Cité par VNP+, Stigma Index, 2015, p. 38

⁴⁰**Article 1.** Promulguer le standard pour mesurer les ménages pauvres, les ménages presque pauvres appliqué à la période 2011 – 2015 comme suit:

1. Les ménages pauvres ruraux sont ceux dont le revenu moyen est de 400 000 dongs/personne/mois (4 800 000 dongs/personne/an) ou moins.
2. Les ménages pauvres urbains sont ceux dont le revenu moyen est de 500 000 dongs/personne/mois (6 000 000 dongs/an) ou moins.
3. Les ménages presque pauvres ruraux sont ceux dont le revenu moyen est de 401 000 à 520 000 dongs/personne/mois.
4. Les ménages presque pauvres urbains sont ceux dont le revenu moyen est de 501 000 dongs à 650 000 dongs/personne/mois.

Ainsi, en raison de l'instabilité de leur emploi, leur revenu est très faible et provient principalement d'emplois artisanaux précaires. Celles qui gagnent quelques millions de dong/mois ont un emploi relativement plus stable créé par leur famille (vente en consignation des chaussures) ou exercent un emploi social dans le cadre de projets ou de programmes liés au VIH (paire-éducateurs payés par les projets de VIH). Mais, elles perdront ce revenu lorsque ces projets toucheront à leur fin.

En résumé, la plupart des femmes vivant avec le VIH ont un travail précaire et un faible revenu. Leur famille sont en difficulté et dépendent d'aides sociales ou familiales pour apporter le quotidien : logement, nourriture et école des enfants. Malgré tout elles privilégient, comme stratégie de vie, la discipline imposée par leur traitement. Pourtant elles ont choisi, pour elles-mêmes et pour leurs enfants, une stratégie de vie qui leur permette avant tout de se maintenir en bonne santé grâce aux consultations spécialisées, et, si possible, de trouver des activités dont les horaires correspondent aux exigences du traitement. Traitement et enfant savant tout, puis activités rémunérées.

6.4 Identité des femmes séropositives

En général, au Viêt Nam, les personnes atteintes du VIH, et les femmes en particulier, sont étiquetées en fonction des préjugés sociaux touchant à l'origine supposée de cette maladie: toxicomanie ou prostitution. Ces deux activités sont très déconsidérées et ceux qui s'y livrent sont immédiatement taxés de « déviance ». C'est-à-dire qu'ils n'appartiennent plus à l' « ordre moral » de la communauté (Khuát *et al.*, 2004, p. 39).

Donc ces personnes contaminées au VIH sont triplement « étiquetées » : malades, pauvres et amORAles. Le fait de les juger sur un plan moral leur imposant *de facto* une culpabilité. De leur maladie, elles sont donc perçues comme « responsables ».

Dès lors, ces femmes, déjà marginalisées financièrement, dès qu'elles se retrouvent malades, à un moment où elles auraient le plus besoin d'égards et de soins, sont massivement rejetées car « responsables de leur état » et, pire, considérées comme « dangereuses » pour le reste de la société qu'elles risquent de « corrompre » moralement ou physiquement en transmettant la maladie.

Les mots les définissant sont : « vicieuses », « putains », « lorettes », « filles faciles » « femmes de mauvaise vie ». Et ce, quelle qu'ait été l'origine de l'infection. On retrouve là le statut des sorcières dans les temps anciens. Statut particulièrement dévolu aux femmes. Femmes jugées trop libres et inspirant la peur. Femmes issues d'un monde démoniaque. Les hommes atteints du VIH n'ont pas à supporter un tel rejet moral.

Dans une étude de Khuât *et al.* (2004) portant sur les qualificatifs utilisés pour les toxicomanes, on remarque que les comparaisons touchant leur addiction ne valent guère mieux : « faible comme un toxicomane », « look de drogué », « cafard », ou tout simplement « Sida ». L'accent étant porté sur l'apparence décharnée d'un toxicomane qui rappelle celle d'un malade du Sida. Et sur le manque de « tenue morale » d'un dépendant aux drogues dures. Les qualificatifs sont plus proches de « l'insulte » que d'une simple critique sociale.

Si on analyse ces mots, on constate qu'ils renvoient à des univers ancestraux habités par des esprits démoniaques ou merveilleux. Comme si l'irruption de la maladie réveillait des archétypes religieux ou sacrés. C'est pourquoi l'univers sécurisant des soins médicaux, univers scientifique et rationnel, semble une étape si importante pour la reconstruction des femmes de notre étude : il leur permet d'échapper à l'irrationalité des jugements de leur communauté. C'est un moment où elles ne se vivent plus comme un démon, un être immoral, mais juste comme une simple malade qui se soigne. Elles redeviennent « humaines », comme tout le monde. Même si leur traitement reste singulier.

Sans doute est-ce la raison pour laquelle toutes nous ont parlé de l'importance des « traitements », des « horaires », auxquels elles cherchaient prioritairement (plus qu'au travail ou même aux enfants) à s'adapter. Ce n'était pas uniquement pour « guérir ». C'était aussi pour se retrouver « humaines » et débarrassées des étiquettes encombrantes dont elles sont en permanence affublées.

Pour se reconstruire, inconsciemment, elles savent qu'il faut surtout se débarrasser des étiquettes. Se débarrasser des mots des autres, et habiter un monde de raison. Quitte, provisoirement, à donner moins d'importance à leur famille ou au travail. Ce monde de raison c'est le monde des maisons de soins, et celui de leurs amies (toutes nous disent l'importance de « se retrouver » entre elles). Et l'heure des prises de médicaments est surtout l'heure de l'espoir, et l'heure du « soin ». Ces instants de prise de médicaments sont des instants réguliers,

bénéfiques et nécessaires qui les replacent dans une activité saine leur permettant de se projeter dans un avenir. D'où leur très grande importance.

Plus précisément, toutes les femmes infectées par le VIH sont étiquetées immédiatement comme étant « vicieuse » [*ngươi hư hỏng*], « prostitué » [*mại dâm*], « lorette » « fille facile » [*gái lăng lo*] même si l'on ignore la cause d'infection⁴¹.

Par conséquent, les Vietnamiens utilisent des mots différents pour désigner les prostituées comme : *gái* [fille], *gái ăn sương* [fille mangant de la rosée], *gái làng chơi* [fille des personnes aimant le jeu de hasard et la luxure] et *gái bán hoa* [fille de fleurs], *đĩ* [pute], *con phò* [désuet], *gái bán dâm* [fille vendant la luxure], *gái lầu xanh* [fille de bordel], *gái điếm* [fille soumise], *gái giang hồ* [gigolette], *gái bao* [fille entretenue], *gái gọi* [fille d'appel], *kỹ nữ* [courtisane], *cave* [cavalière], *gái làm tiền* [grue], *hàng* [marchandise], *gà lạc* [poule perdue], *em út* [cadette]...

Certains dictionnaires vietnamiens utilisent le mot composé « *mãi dâm* » [achat de prostitution] au lieu du mot *mại dâm* mais selon le chinois, si *mãi* (買) est un acte d'achat, *mãi dâm* indique le client de prostitution, et si *mại* (賣) est un acte de vente, « *mại dâm* » est celui se vend, prostitué⁴². Utiliser le mot *mại dâm* (prostitué) est plus précis.

⁴¹Infection virale liée à l'usage de drogue, au commerce du sexe ou infection «accidentelle ou malchanceuse» (infection d'un mari ou d'une femme, infection par contact avec le sang d'une personne infectée-la transfusion sanguine).

⁴² Source : https://vi.wikipedia.org/wiki/M%C3%A3i_d%C3%A2m

Figure 12 Chanteuses vietnamiennes dans la période coloniale française



Cité par Oger, H. 1909 et <https://vi.wikipedia.org>

Ces différents noms sont dérivés de diverses formes de pratique des prostituées. Débuts du XX^e siècle, certains endroits où la chanteuse [cô đầu] travaillait sont parfois utilisés comme un lieu de prostitution déguisée. Cette chanteuse est nommée *cô đầu rượu* [chanteuse de l'alcool] pour distinguer *cô đầu hát* [la vraie chanteuse].

Les femmes pratiquant la prostitution se cachent souvent dans les services de beauté, de loisirs tels que « coupe relax » [*cắt tóc thư giãn*], « shampoing climatisé » [*gội đầu máy lạnh*], massage, bar, motel, hôtel, karaoké et discothèque. Elles font de la prostitution à la demande de leur client ou les entraînent (Tuân Nguyễn, 2011), (Thanh Trâm, 2012). On nomme ainsi ces femmes : *gái nhà thổ*, *gái nhà chứa*, *gái lầu xanh*, *kĩ nữ*, *gái nháy/cave*...

Figure 13 Hôtesse du bar de karaoké (72 Yersin, ville de Nha Trang), ont été capturées en 2011 (Tuấn Nguyễn, 2011).



Certaines prostituées laissent leur numéro portable aux restaurants, aux bars, aux cafés, aux hôtels ou chez les détenteurs, les courtiers pour que les clients les appellent si besoins. Le mot *gái gọi* est apparu. Quand une femme vend son corps, cela signifie qu'elle est considérée comme une marchandise, elle est donc surnommée *hàng*.

Les femmes non mariées vivant comme concubines, amantes, dans la dépendance financière d'hommes riches (cadres supérieurs, fonctionnaires de grade élevé) sont traitées de « *gái bao* », courtisanes. Quant aux étudiantes, employées de bureau, secrétaires, chanteuses, comédiennes, actrices, mannequins ou autres Miss, elles sont traitées de « *gái mại dâm cao cấp* » (prostituées supérieures) (Thanh Trâm, 2012).

Dans les différentes régions du Việt Nam où il existe différentes appellations pour parler des prostituées, on parle de *gà* [poule] ou *gà công nghiệp* [poule de l'industrie] dans la province de Quảng Bình (Centre du Việt Nam) (par exemple, cet homme est infecté par le VIH, car il participe souvent au « combat de coqs » [*đá gà*] ». Les femmes prostituées qui déambulent dans la rue jusqu'au matin, se nourrissant de rosée [*ăn sương*], sont appelées « poule perdue »

[gà lạc]. Les prostituées exerçant à la plage, on les appelle *ghẹ* [crabe] ou *ghẹ hai chân* [crabe aux deux pieds]. Quant à *buóm đêm* [papillon de nuit] désigne les femmes pratiquant souvent la prostitution dans la nuit.

Même dans la littérature, le cinéma et la musique, en particulier les thèmes tragiques ou satiriques, les écrivains, poètes et cinéaste ont utilisé différents termes afin de décrire des prostituées dans leurs œuvres comme *La Dame aux camélias de Dumas fils* (1848), adapté au cinéma en 1952 par Raymond Bernard, *Geisha* d'Arthur Golden publié en 1997 et adapté au cinéma en 2005 par Rob Marshall avec *Mémoires d'une geisha, Làm đĩ* [putasse] de Vu Trong Phụng (1937), *The 120 Days of Sodom, or the School of Libertinage* [Les 120 journées de Sodome ou l'école du libertinage] de Marquis de Sade (1785), *Lời kĩ nữ* [La parole de la courtisane] de Xuân Diệu (1939), *Đĩ Cầu Nôm* [Une pute du pont de Nom] de Nguyễn Khuyến ou dans l'œuvre musicale *Tình kĩ nữ* [L'amour de la courtisane] de Phạm Duy.

En 2004, Khuát *et al.* ont abordé tous les termes utilisés par les sociétés pour parler des prostituées, toxicomanes ou séropositifs au VIH. On voit donc l'importance des mots. Récemment, et bien qu'aucun document ne prescrive l'utilisation « Travailleur du sexe », dans le *Programme d'action pour la prévention de la prostitution en 2011-2015*, on a utilisé ce terme, plus réaliste et sans connotation morale ou grossière, pour réduire la stigmatisation associée à cette activité. On comprend pourquoi.

Les noms courants utilisés pour désigner les toxicomanes ou les prostituées sont respectivement *thằng nghiện/con nghiện (the junkies)* [type toxicomane] ou *accro et con cave (whore)* [cavalière]. Les termes utilisés pour désigner les personnes porteuses du VIH ne sont pas différents de ceux utilisés pour les toxicomanes ou les prostituées. Dans cette étude, à travers des interviews de groupes, les auteurs montrent que les gens utilisent aussi des phrases de caractère comparatif : *dặt đẹo như con nghiện (lurching like a junkie)* [faible comme un toxicomane], *trông như thằng xì ke (look like a scag)*, [ressemble à un drogué], *đồ sida (sort of SIDA)* [espèce malade de Sida], *thằng sida* [type malade de Sida] (Khuát *et al.*, 2004, p. 31).

Voici plusieurs extraits d'entretiens de femmes abordant ce problème « d'étiquettes » ressenti par elles :

« On m'appelle « pute », certains m'appellent « Sida », d'autres ne m'appellent que « séropositive », ce qui est moins vexant. Parfois j'entends « Celle-là, elle est malade du Sida », ce qui est très vexant. Lorsque je suis traitée comme ça, avec ces noms, je me sens triste et très en colère, j'ai envie de frapper violemment et de partir sans rien dire.»

(Hiên, 38 ans, célibataire, prostituée, 11 ans de vie avec le VIH)

D'autres cas montrent que ces qualificatifs infâmants touchent aussi les membres de la famille, et même une enfant contaminée, en classe de sixième :

« Maintenant il arrive même qu'on se moque d'elle en lui disant que son nom de famille c'est Na Sida. Ce à quoi elle répond une drôle de chose : « Le Sida, c'est facile, il suffit de remplir de ciment l'endroit où on l'a attrapé, et on sera guérie! »

(The, 39 ans, célibataire, 2 enfants, profession libérale, 11 ans de vie avec le VIH)

Parfois, sans même les connaître, rien qu'à leur apparence, on ne les juge « pas sérieuses » et l'on fuit tout contact :

« On n'ose pas me toucher, on me trouve trop maigre, on me prend pour une toxicomane! A chaque fois j'ai terriblement honte! »

(Thủy, 22ans, mariée, 1 enfant, chômeuse, 5 ans de vie avec le VIH)

On voit donc la théorie de l'étiquette (*labeling theory*) s'appliquer à ces cas. Cette théorie a été développée par des sociologues américains au cours des années cinquante et soixante. Leurs représentants principaux sont Howard Beckers avec *Outsiders* (1963), Goffman avec *Stigmaté* (1963), Erikson avec *Wayward Puritans* (1966) et Harold Garfin qui avec son fameux article : *Du bon usage de la dégradation* (1956), qui les a tous précédés.

Ces auteurs confirment que l'observation ou la déviance d'une personne résulte du processus par lequel d'autres personnes leur attribuent ou leur déterminent des étiquettes. Cette théorie insiste sur la relativité dans l'estimation des actes dits « déviants ». Car un même acte peut être défini différemment selon la situation où il se déroule. *« Il s'agit de souligner que la déviance n'est pas une propriété caractéristique d'un acte, mais plutôt la conséquence des réactions des autres à cet acte. La déviance est une catégorie construite dans une interaction*

collective impliquant ceux qui seront étiquetés comme déviants, leur entourage, ceux qui sont chargés de faire respecter les normes et ceux qui veulent en imposer des nouvelles » (Besnard, 2005, p. 175).

Chaque acte a telle ou telle signification selon qu'il est regardé par telle ou telle personne. Comme il peut n'avoir aucune signification. La signification se produit en fonction d'un processus de découverte de la définition et de la réaction. Il est à noter que des personnes peuvent se voir attribuer des étiquettes de déviance alors qu'elles ont participé à des activités dans lesquelles elles avaient très peu de responsabilités, voire aucune.

Ainsi, dans le cas des femmes contaminées au VIH, le « marquage » qu'elles ont subi a plus ou moins aggravé leur déviance, voire aurait pu provoquer de la déviance là où il n'y en avait aucune : tel le cas de Hiên, qui, entendant des insultes vexantes, a senti naître en elle une « colère » telle que lui est venue l'« envie de frapper ». Le « marquage », dans son cas, provoque de la violence. Ou le cas de Thủy, juste amaigrie par la maladie, mais traitée de « toxicomane » : se sentant honteuse, elle n'ira plus vers les autres, et sera d'autant plus considérée comme asociale, marginale ou toxicomane.

Ce sont des mécanismes de normes sociales, culturelles ou religieuses, voire les lois, qui sont à l'origine de ces stigmatisations encourues par ces femmes séropositives. Par exemple, la toxicomanie, interdite, est vécue non pas comme une maladie, mais comme une déviance par rapport à la loi, ou comme une faiblesse par rapport à la morale, ou comme un désir de mort par rapport à la religion, ou comme un déshonneur par rapport à ses ancêtres. En collant une étiquette, on les prive de personnalité. Sans conscience de soi elles auront plus de mal à se reconstruire.

En identifiant ces femmes séropositives à des prostituées, ce qu'elles ne sont pas forcément, ou à des toxicomanes, ou à des « anormales », la collectivité construit une image d'elles qu'elles intériorisent, et qui les bannit du groupe. La collectivité en fait des « outsiders » (Becker, 1985, p. 25).

On note à quel point leur identité se construit et varie en fonction des interactions avec le regard des autres. Soit l'étiquette est fautive, et de la colère va naître, soit l'étiquette est perçue comme vraie et la honte va paralyser certaines, soit l'étiquette est reconnue comme ni vraie ni

fausse et la femme va chercher à se dégager de l'étiquette. Chaque réaction sera différente en fonction de l'étiquette apposée et de l'acceptation qu'elles auront accordée à cette « étiquette ». Et leur rémission, leur bonne santé retrouvée, sera plus ou moins longue à atteindre.

Conclusion du chapitre VI

Ces témoignages de femmes de HCMV sont le reflet d'une grande majorité de femmes atteinte par le VIH au Viêt Nam. Chacune d'entre elles a un parcours singulier, mais toutes ont connu la stigmatisation, et beaucoup étaient issues de milieux peu favorisés, ce qui explique l'instabilité de leur emploi, et le recours dans certains cas à la prostitution. Cela justifie-t-il d'en faire des femmes « amORAles » ou « déviantes »? On a vu que non. Car cela nuisait à leur reconstruction. Et que « l'étiquetage » n'est qu'une activité contingente à une pression de normes en vigueur.

Chapitre VII Éléments influant le processus de reconstruction des relations sociales

Dans ce chapitre, nous nous concentrerons sur les deux éléments fondamentaux intéressant la vie des femmes séropositives, et agissantes sur leur processus de reconstruction sociale. La première section examinera les facteurs intrinsèques des femmes séropositives qui entravent le processus de reconstruction de leur monde social. La seconde section, évaluera le rôle joué par la famille, y compris la part prise par les enfants, motivation essentielle. La troisième section abordera l'entourage non familial, communauté soignante, amicale ou de travail

7.1 Éléments individuels

7.1.1 Conscience de soi

Le processus d'intégration, de consolidation et de reconstruction des relations sociales de chaque individu exige une grande confiance de soi. Or, parmi les femmes participant à l'étude, toutes n'ont pas évolué de la même façon dans leur « conscience de soi », dans leur comportement et leurs pensées, suite à l'annonce de leur maladie. En effet, cela se produit de manière très différente selon chaque individu, et dépend de son caractère et de l'environnement auquel il est soumis. Il faut du temps avant de réaliser un changement comportemental, comme par exemple l'arrêt de la consommation de drogues ou la prise de médicaments.

Conscience de la maladie et de son propre état de santé

La première prise de conscience importante des femmes participant à l'étude concerne leur état de santé. Cette soudaine conscience modifie leur comportement et permet d'orienter leur vie immédiate et future. Prenons le cas de Vy, qui a consommé de la drogue pendant une longue période. Après l'annonce de sa maladie, elle a suivi un traitement et a arrêté la drogue. Malheureusement, à plusieurs reprises, elle a cessé son traitement et replongé dans la drogue. Ce n'est qu'en retournant vivre chez sa mère qu'elle a réalisé l'amour que lui portait sa famille et a souhaité vivre en parfaite santé :

« J'ai recommencé à me droguer, et au bout d'un certain j'ai commencé à me démoraliser, je sortais sans savoir où aller dans la rue, et pensant qu'il ne me restait plus longtemps à vivre, j'a vu que je n'avais rien fait pour mes parents et que je les avais beaucoup fait souffrir. J'ai décidé d'arrêter la drogue avec un traitement, de tester ma volonté. Aujourd'hui, grâce au traitement, j'ai réussi à arrêter. J'ai même réussi à arrêter le traitement, il y a un mois. Mais aujourd'hui je le reprends. Je ne me drogue plus. Je reste chez moi et suis le traitement avec régularité pour vivre plus longtemps. »

(Vy, 33 ans, célibataire, 1 enfant décédé, chômeuse, 15 ans de vie avec le VIH)

« Je n'ai pas eu de chance, après m'être désintoxiquée dans un centre, je suis tombée au chômage. Ca m'a perturbée, alors j'ai repris la drogue. J'ai erré, fait toutes sortes de métiers, n'importe quoi, vol, et plein de choses, j'étais mal et comme je me droguais je ne pouvais plus rien faire. On me méprisait. Je suis donc allée à l'hôpital pour chercher de la Méthadone. »

(Vân, 43 ans, divorcée, 1 enfant décédé, profession libérale, 12 ans de vie avec VIH)

Conscience de la transmission du VIH aux autres

Conscientes de leur infection au VIH, de nombreuses femmes cherchent surtout à éviter de le transmettre à leur famille. Hạng et Mân en sont un bon exemple : elles n'habitent plus avec leurs enfants qu'elles ont confiés à leurs grands-parents. Elles ne partagent plus leurs objets personnels avec personne.

« J'ai un nécessaire de manucure pour la maison. Je ne le partage avec personne. Avant de savoir que j'avais le Sida, j'allais souvent dans les salons de manucure et j'échangeais les pinces à ongles avec tout le monde. Mais depuis ma maladie, je fais très attention à ne pas toucher des objets tranchants ou pointus comme des couteaux ou des ciseaux. Je prépare de légumes ou des choses qui n'exigent pas de couper. J'ai trop peur de me couper et de transmettre ma maladie aux gens. Je connais les risques. Alors je suis très prudente. Par exemple maintenant, cet hôtel ne fournit pas de préservatifs, alors je les achète moi-même, même au prix de 10 000 dong. »

(Hạng, 43 ans, mariée, 1 enfant, prostituée, 7 ans de vie avec le VIH)

Car les femmes prostituées ont parfaitement conscience des risques de transmission du Sida aux clients :

« Depuis ma contamination, je n'oublie jamais les préservatifs lors des relations sexuelles avec mes clients. Je suis responsable et ne souhaite pas le leur passer ni qu'ils puissent le transmettre à leur femme ou enfants. Je vais à la pagode pour prier, pour la paix du pays et le bonheur des gens. Je prie pour que tout le monde soit en bonne santé. J'utilise des préservatifs à chaque rapport. »

(Hạnh, 43 ans, mariée, 1 enfant, prostituée, 7 ans de vie avec le VIH)

En revanche, toutes les prostituées n'ont pas cette conscience, et, pour plaire à leurs clients et gagner plus d'argent, font l'impasse de préservatifs. C'est le cas de Nghĩa :

«...comme il était têtu et ne voulait pas en utiliser et que je ne voulais pas lui avouer mon infection...si je refusais de coucher sans préservatif, il penserait que j'ai des problèmes...alors j'ai accepté de coucher sans préservatif. Je lui ai dit : « Tu veux sortir avec moi? Tu me paies combien?» Il m'a répondu : « Sors avec moi juste deux heures et je te paierai ce que tu veux » je lui ai répondu : « 2 000 000 dongs? » Il m'a dit : « Pas de problème! Mais sans préservatif ». Il m'a dit ça comme ça. Je n'avais pas le choix. Je lui ai fait remarquer que les rapports non protégés étaient plus chers. Et puis il m'a dit que j'étais trop maligne. Il me l'a demandé plusieurs fois. Je ne voulais pas avoir l'air d'une fille facile en acceptant tout de suite. Je travaillais dans un restaurant. Il est revenu plusieurs fois. Et la fois où nous sommes sortis, il a refusé les préservatifs. C'est sa faute. Pas la mienne. J'ai fait de mon mieux.

(Nghĩa, 26 ans, célibataire, 1 enfant, prostituée, 3 ans de vie avec le VIH)

« Quel est le lien entre les devoirs face à la loi, le sens de responsabilité et le fait de s'assurer un avenir ?

Le principe de responsabilité est lié aux lois et recommandations concernant les droits et obligations des personnes atteintes du virus et de leur entourage. Mais les avertissements concernant la non-stigmatisation restent limités à la télévision. Les connaissent-elles ? »

« Je suis au courant. Par exemple si quelqu'un raconte aux autres que j'ai le Sida, il sera poursuivi ou emprisonné ».

(Hạnh, 43 ans, mariée, 1 enfant, prostituée, 7 ans de vie avec le VIH)

« Par exemple ce qu'est la loi sur le VIH/Sida, je connais. Les articles liés aux personnes contaminées, je connais. Les articles que les personnes atteintes du virus doivent connaître, je les sais. C'est tout ce que je sais. Ce qu'il faut faire et ne pas faire. »

(Thanh, 36 ans, paire-éducatrice, veuve, 1 enfant, 10 ans avec le VIH)

Aimer, respecter les parents et comprendre ses erreurs du passé :

« Je me suis demandé comment j'avais pu être si stupide, pourquoi je m'étais livrée à toutes ces débauches qui m'ont infectée, alors que je suis bien élevée et que ma famille a une maison. Tous mes frères et sœurs sont corrects. Je suis la seule à avoir fait la fête. Mes voisins méprisent mes parents maintenant. Ils disent qu'ils ont une fille toxicomane et ceci et cela. Plusieurs fois j'ai vu mes parents marcher tête baissée devant les voisins. Et eux faire des commérages. Raconter que j'étais toxicomane. Mon pauvre père ! Il n'a rien dit, il est rentré la tête basse, silencieux. Il reste souvent couché. La nuit je dors dans la chambre de mon père. Mon petit-frère dort dans la chambre au deuxième étage. Je ne dors qu'avec mon père. Une fois je me suis réveillée au milieu de la nuit et j'ai vu mon père pleurer en me regardant. J'ai fait semblant de dormir. Mais je l'ai vu pleurer plusieurs fois. »

(Vy, 33 ans, célibataire, 1 enfant décédé, chômeuse, 15 ans de vie avec le VIH)

Conscience de la responsabilité envers la famille, de la prise soin des membres âgés et faibles de la famille.

« Je dois payer des médicaments pour ma grand-mère, elle ne peut pas vivre sans médicaments. De plus, puisqu'elle est paralysée, je dois aussi payer des couches, de la soupe. »

(Kim, 30 ans, célibataire, 1 enfant, prostituée, 6 ans de vie avec le VIH)

7.1.2 Auto-stigmatisation

L'auto-stigmatisation⁴³ est « *un processus complexe qui est affecté aussi bien par le sens du soi de chacun, aussi bien que par des influences externes et physiques. En réponse à un vécu de stigmatisation, les personnes vivant avec le VIH peuvent adopter des actions de protection tendant, à leur tour, à renforcer et légitimer l'auto-stigmatisation* » (Brouard & Wills, 2006), (Morrison, 2007, p. 4).

L'auto-stigmatisation se manifeste de manière différente d'une femme à l'autre, chez les porteuses du VIH participant à cette étude. Cette différence dépend :

- 1) de l'individu (sa conscience individuelle) ;
- 2) de facteurs externes tels que l'aide apportée par la famille et les amis, la relation entre la famille et la communauté ;
- 3) de l'opinion publique (stigmatisation de la société) ;
- 4) de la phase du Sida.

L'auto-stigmatisation se forme dès que les femmes découvrent leur contamination, et s'exprime par de multiples émotions : Auto-ressentiment, complexe de culpabilité ; désespoir en réfléchissant à soi-même, à la famille et à la société. Ces émotions négatives les conduisent à s'isoler de la vie familiale et communautaire.

La majorité des femmes participant à cette étude se stigmatisent en se fermant aux autres et en se coupant du monde extérieur.

Certaines « ferment la porte » et évitent de rencontrer des gens de peur que ces derniers les discriminent en sachant leur contamination et leur situation :

« Avant, j'étais sociable. Plus tard, quand j'ai découvert ma contamination, je suis devenue complexée, j'évite de rencontrer des gens. Chaque fois je rentre chez moi, je

⁴³L'auto-stigmatisation est également appelée « stigmatisation interne » (Khuat, 2014a, p. 31) (Morrison, 2007, p. 4), ou « stigmaté ressenti » (Morrison, 2007, p. 4).

ferme la porte, je regarde la télévision pendant un instant et je m'endors. Je fréquente et rencontre rarement des gens. Comme je suis séropositive, j'ai peur que les gens me jugent et fassent des commentaires s'ils le savent. Je ne le veux pas. »

(Mân, 47 ans, veuve, 1 enfant, marchande ambulante, 9 ans de vie avec le VIH)

« Après avoir découvert ma séropositivité, j'y ai réfléchi. Je n'osais pas rencontrer des gens. J'avais peur qu'ils me jugent et m'excluent s'ils l'apprenaient. »

(Vàng, 29 ans, mariée, 3 enfants, travail à domicile, 5 ans de vie avec le VIH)

« Je ne fréquente plus aucun ami. Au retour du travail, je me glisse dans la maison. Si je rencontre des voisins, je les salue. Comme j'habite loin de ma famille, je ne rencontre aucun ami. Je ne connais personne ici. »

(Tuyêt, 39 ans, mariée (2 fois), 3 enfants dont un enfant séropositif, marchande ambulante, 7 ans de vie avec le VIH)

« Je vis dans ma coquille, je ne vis plus comme autrefois. Je ne m'apprécie pas beaucoup, je vis dans la peur que l'on connaisse ma séropositivité. En plus, en faisant n'importe quoi, j'ai peur que l'on connaisse mon passé et ma maladie. Je m'enferme, maintenant, ce qui n'a rien à voir avec avant. Je me dis de faire des efforts. Mais, je suis très découragée. Je ne sais pas quand je m'effondrerai. »

(Hièn, 38 ans, célibataire, prostituée, 11 ans de vie avec le VIH)

Ceux qu'elles fréquentent sont souvent des personnes dans la même situation qu'elles (vivant avec le VIH ou/et se droguant). Cependant, parfois elles ne veulent pas rencontrer ces personnes.

« Je fréquente plutôt des personnes porteuses du VIH. Maintenant, je n'ai plus aucun ami normal. Mes camarades de classe ne veulent plus me voir. Je ne les fréquente pas non plus. Je me lève tôt pour faire un peu de jogging. En rentrant du travail, le soir, je reste à la maison pour regarder la télé ou faire d'autres choses. Je ne sors pas. Je n'ai aucun ami. Je ne fréquente presque personne car mes amis sont tous toxicomanes. Si je les fréquentais, je recommencerais la drogue. J'ai peur de rencontrer des gens qui me connaissent. Parfois, je dois éviter les gens que je connais. »

(Nguyêt, 33 ans, célibataire, profession libérale, 7 ans de vie avec le VIH)

À partir des récits de ces femmes, nous pouvons isoler les trois éléments principaux favorisant l'auto-stigmatisation que sont l'intériorisation du contexte ; la perception de soi qui en découle et la réaction a de protection. Ces éléments que Morrison (2007) a indiqués dans son étude sur des personnes vivant avec le VIH .

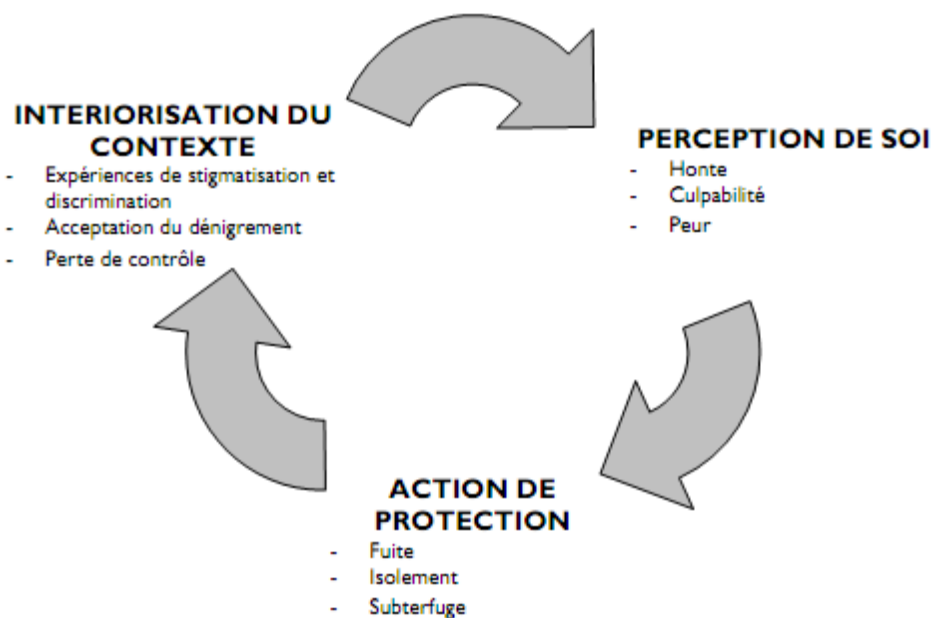
« L'intériorisation du contexte s'interprète comme étant l'ensemble des conditions objectives (comme l'état de leur santé par exemple) et environnementales (le regard porté sur elles et ce que ce regard provoque) dans lesquelles elles se vivent. »

(Morrison, 2007, p. 8).

Ce concept explore et explique la perte de contrôle sur leur vie de ces personnes lorsqu'elles se sentent victimes des pressions environnementales (par exemple la perte d'un travail), victimes du manque d'informations ou de soucis relatifs à leur maladie (prise de médicaments).

La perception de soi se traduit alors par une émotion de honte, de culpabilité et de peur. Peur d'être lésées ou de transmettre le virus aux autres, peur que les autres découvrent leur contamination, peur de porter préjudice à la réputation de leur famille.

Figure 14 Eléments de l'auto-stigmatisation



Cité par Morrison, 2007, p. 8

Au fur et à mesure de l'évolution de plus en plus négative de leur perception de soi, en fonction des éléments environnementaux de plus en plus durs à supporter (ou apparaissant comme tels) elles se réfugient dans des réactions de protection (fuite, isolement, mensonges) et s'isolent de la société. Elles deviennent ce qu'elles pensent que la société attend d'elles : des exclues. Elles s'excluent des activités sociales et même de leur famille. Ce va-et-vient permanent entre la culpabilisation de la société et leur propre culpabilisation empêche à la fois leur propre évolution et nuit même à l'évolution de la société.

Ainsi, chez ces femmes qui se sont marginalisées on a remarqué que, « *cette auto-stigmatisation était souvent exacerbée* » (Morrison, 2007, p. 8), elle est même l'un des tout premiers éléments nuisant à l'élaboration de leur relation sociale. Il s'agit surtout d'un obstacle certain au rétablissement des relations familiales, communautaires ou sociales. Plus précisément, c'est l'opportunité de faire des études, de trouver du travail ou de bénéficier des services médicaux qui manquent. Autrement dit, leur auto-stigmatisation a une influence directe sur leurs moyens de subsistance (revenu, logement, nourriture...) (Khuât *et al.*, 2004a).

7.1.3 Confiance et secret

Dès la découverte de leur contamination, les femmes hésitent à « *garder le secret sur la maladie ou à le confier à quelqu'un en qui elles ont confiance. Cette étape est l'une des plus douloureuses pour les femmes* » (Forte, 1998, p. 49). Cela produit des impacts non négligeables sur le traitement de la maladie ainsi que la maintenance de leurs relations sociales. La plupart d'entre elles n'osent divulguer à personne leur contamination.

« *À cette époque-là, je n'osais partager avec personne. Je suis restée dans la maison pendant six mois avec mon bébé sans oser converser avec personne.* »

(The, 39 ans, célibataire, 2 enfants, profession libérale, 11 ans de vie avec le VIH)

« *Je ne dis à personne que je suis contaminée car je ne veux pas qu'on me regarde avec curiosité. Je ne sais pas si on le sait ou pas. Pourtant, quelques femmes ont beaucoup de pitié pour moi.* »

(Hiên, 38 ans, célibataire, prostituée, 11 ans de vie avec le VIH)

Au moment de l'entrevue, Thảo cachait toujours sa maladie bien qu'elle soit contaminée depuis onze ans :

« Puisque je le cache, personne ne peut le savoir. Par exemple, lorsque je vais m'approvisionner en médicaments, je mets toujours le carnet de soin dans un sac noir d'abord, et puis je mets le sac noir dans un sac blanc ou rose. Je ne sors le carnet des sacs que quand j'arrive au point de distribution des médicaments. Je ne veux pas que les gens le sachent, j'ai peur qu'ils fassent des commentaires. Seuls 60 % à 70 % de gens savent ma maladie, et font des commentaires sur moi, les autres ne savent pas. Mieux vaut le cacher. »

(Thảo, 35 ans, mariée (2 fois), 4 enfants, marchande ambulante, 11 ans de vie avec le VIH)

Même de nombreux maris ne savent pas que leur femme a été contaminée. Le cas de Dung est un exemple. En épousant son mari, elle ne lui a pas parlé de sa contamination. Son mari *« avait des doutes mais il s'est dit de laisser les choses se faire. »* Et ils ne prennent même pas de mesures de protection dans leur vie sexuelle car le mari les refuse. Aujourd'hui la couple continue à cacher à leur famille leur contamination : *« Personne ne le sait. Il la cache à sa famille. De temps en temps, il rend visite à sa famille car il n'est pas en bonne santé »,* dit-elle. (Dung, 39 ans, mariée (2 fois), 1 enfant, marchande ambulante, 10 ans de vie avec le VIH)

Thùy nous a confié que depuis qu'il est en prison son mari ne connaît toujours pas sa maladie :

« Mon mari ne se drogue pas et ne sait pas que je suis toxicomane, car je le lui cache. Il ne sait pas que je suis contaminée. Je ne sais pas s'il a été contaminé en faisant l'amour avec moi ou pas. Il n'utilise pas de préservatifs. Puisqu'il s'agit de la vie conjugale, si mon mari ne veut pas, je ne peux pas l'obliger. Maintenant, mon mari est en prison, je ne sais plus quoi faire. »

(Thùy, 22 ans, mariée, 1 enfant, chômeuse, 5 ans de vie avec le VIH)

En réalité, beaucoup d'entre elles ne le disent qu'à ceux en qui elles ont vraiment confiance et ceux avec qui elles peuvent partager. Ces personnes peuvent être leur mère, leur sœur ou leur ami. Certaines nous racontent :

« Je ne le dis à personne. Seule ma mère le sait. C'est comme ça jusqu'à maintenant, car si toute la famille le savait, elle en serait triste. Ma mère m'a dit de ne le dire à personne, et de toujours le cacher car cette maladie n'était pas dangereuse du tout, à

condition de faire attention à ne pas la transmettre aux membres de la famille. Ce n'est pas la peine de le dire à la famille car ils en seraient tristes s'ils le savaient. »

(Nguyêt, 33 ans, célibataire, profession libérale, 7 ans de vie avec le VIH)

« L'autre jour, mon petit frère a attrapé la maladie (Sida). Je pensais lui dire que j'étais contaminée pour l'encourager à prendre des médicaments. Ma mère m'a dit de ne pas lui dire, elle ne m'a pas permis de le lui dire. Personne ne le sait, sauf ma mère. Tous les membres de ma belle-famille le savent, car mon mari en est mort. »

(Mân, 47 ans, veuve, 1 enfant, marchande ambulante, 9 ans de vie avec le VIH)

Après la découverte de leur contamination, aucune des femmes n'a voulu partager immédiatement les résultats avec des proches. Certaines ont dû attendre un certain temps pour avoir le courage d'en parler à leur famille. Thảo est un exemple.

« Je l'ai cachée pendant environ six mois avant de le dire à ma mère. Ma mère ne savait pas ce que c'était comme maladie. Elle était perplexe. Dans l'ensemble, toutes les personnes de ma famille ont peur que je meure », raconte-elle.

(Thảo, 35 ans, mariée (2 fois), 4 enfants, marchande ambulante, 11 ans de vie avec le VIH)

Le partage de leur situation se fait parfois hors du cercle familial. Le secret peut être partagé avec un(e) ami(e), ou même avec une personne qu'elles connaissent et qui est elle aussi contaminée.

Hiên a choisi une amie pour partager sa contamination :

« La première personne avec qui je l'ai partagée est une amie. Elle était ma camarade de classe du CM2 à la troisième, elle m'aide pour tout. Lorsque je n'avais pas d'argent, elle m'avait aidée. Lorsque j'étais sans domicile, elle m'avait logée. Cette fille m'aime le plus. »

(Hiên, 38 ans, célibataire, prostituée, 11 ans de vie avec le VIH)

Quant à Thủy, (22 ans, mariée, 1 enfant, chômeuse, 5 ans de vie avec le VIH), la première personne à qui elle a annoncé sa contamination était « *une copine.* » « *Elle est plus âgée que moi. Je l'appelle donc grande sœur, elle est aussi contaminée.* », dit Thủy.

Le fait que leur contamination ait été divulguée par une cause objective est hors du vouloir de nombreuses personnes contaminées. Bien qu'elles aient caché leur contamination pendant plusieurs années, certaines n'ont plus pu le faire à cause des manifestations de la maladie ou de leurs visites aux centres médicaux, ou d'une indécatesse d'un membre de la famille :

« Je l'ai caché pendant un-deux ans. Personne n'a su que j'étais contaminée. Et puis, en voyant que j'avais de la fièvre tout le temps, ma famille s'en est doutée. Ma belle-sœur m'a accompagnée pour faire le test. En lisant la feuille de résultat, elle m'a dit: « Je ne suis pas bête. » Elle l'a dit à toute ma famille. Et puis, les voisins l'ont su. »
(Oanh, 35 ans, mariée (2 fois), 2 enfants, travail à domicile, 14 ans de vie avec le VIH)

« Tous les gens de ma famille et ma belle-famille le savent. Ma grande-sœur a été la première personne à le savoir. Elle m'a accompagnée en qualité de parent pour que je puisse m'approvisionner en médicaments. Autrement dit, il fallait suivre un cours d'observation du traitement avant de recevoir des médicaments. »

(Vàng, 29 ans, mariée, 3 enfants, travail à domicile, 5 ans de vie avec le VIH)

« La motivation principale pour laquelle elles cherchent à cacher leur maladie réside dans le fait qu'elles ont peur de la façon dont elles seront traitées par leurs proches quand ces derniers auront connu leur état » (Khuât et al., 2004a, p. 34). Elles ont peur d'être condamnées et de se voir coller une étiquette (Cf la section « identité »).

« J'ai peur qu'on me stigmatise et m'exclue si je dis la vérité. J'ai dit que mon mari était mort d'une pneumonie. Je n'ai pas dit qu'il avait été contaminé. À cette époque-là, il était en bonne santé, il était chauffeur de moto-taxi. Et puis, il a attrapé la diarrhée sans cause apparente. Il est décédé après seulement deux jours d'hospitalisation. »

(Mân, 47 ans, veuve, 1 enfant, marchande ambulante, 9 ans de vie avec le VIH)

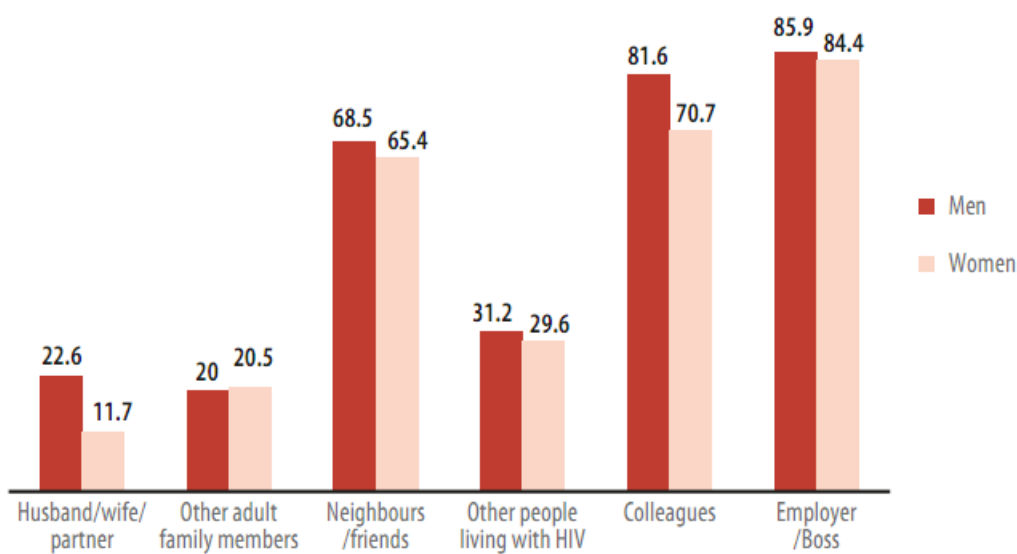
« Personne ne le sait. Je dois le cacher en pensant qu'il ne faut pas laisser trop de personnes le savoir. En effet, j'ai un beau-père, et plus de père. S'il le sait, sympathisera-t-il avec moi ou me discriminera-t-il? Si j'avais un père pour partager,

ce serait bien. Or, je n'ai aucune personne avec qui partager. Le mieux est de ne partager qu'avec ma mère. Quant à mes demi-frères et sœurs, je ne veux rien leur dire de peur qu'ils soient effrayés. »

(Nguyễn, 33 ans, célibataire, profession libérale, 7 ans de vie avec le VIH)

Le résultat de l'étude de VNP+ (2015) montre que « la plupart des hommes et des femmes vivant avec le VIH ne déclarent pas encore leur séropositivité à des personnes en dehors de leur famille telles que des amis, des voisins (67,3 %), des collègues (77,3 %) et des employeurs (85,5 %) » (VNP+, 2015, p. 38).

Figure 15 Non-divulgence du statut par sexe

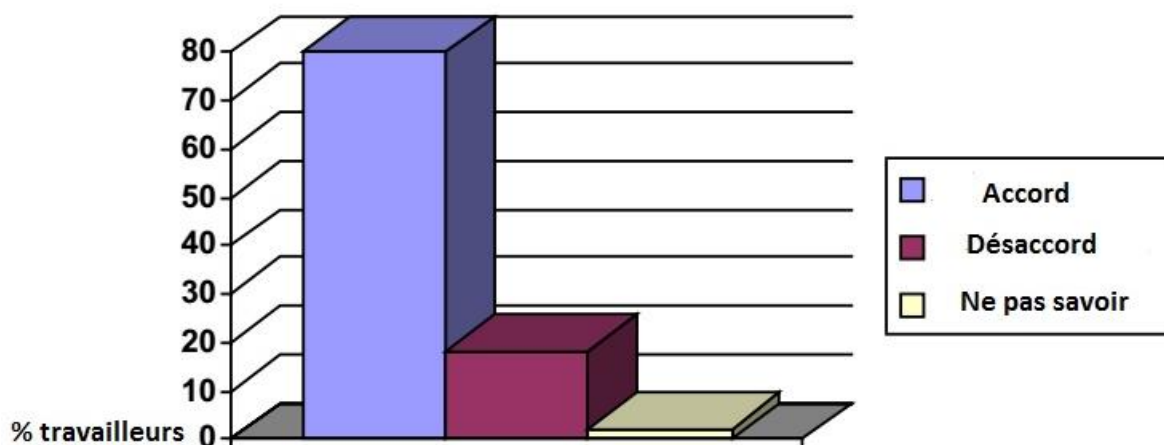


Cité par VNP+, Stigma Index, 2015, p. 38

Cependant, une étude dénommée *Giảm thiểu kì thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS tại nơi làm việc ở Việt Nam [Diminution de la stigmatisation et de la discrimination reliée au VIH/Sida au lieu de travail au Việt Nam]* en 2004 menée par l'ONU au Việt Nam montre que la plupart des gens autour « veulent être informés du résultat du test de dépistage du VIH de leurs collègues afin de prendre des mesures de prévention et de lutte nécessaires » (Liên hiệp quốc, 2004, p. 24). *La prévention, la lutte* (Khuất et al., 2004, p. 22) est donc due au fait que les personnes positives VIH sont isolées et marginalisées, ce qui est interprété comme

un acte de stigmatisation. Ce type d'exclusion naît parfois directement du fait que les gens ont peur d'être contaminés à travers des contacts « normaux » et quotidiens avec les malades.

Figure 16 Avis des travailleurs sur l'annonce des résultats du test VIH en milieu de travail



Cité par Liên hiệp quốc, 2004, p. 24

Tant que la déclaration de la maladie n'est pas volontaire, cela signifie que les personnes positives au VIH ne sont pas encore prêtes à déclarer leur contamination. Non seulement la divulgation de l'information enfreint leur droit⁴⁴ mais cela entraîne la stigmatisation et l'exclusion. Donc la société n'est pas prête non plus. Malgré les lois.

Ainsi, le choix entre rendre publique ou garder secrète la maladie chez les femmes positives au VIH n'est pas du tout facile. Pourtant, la plupart d'entre elles cherchent à garder secrète leur contamination. Certaines ont partagé leur maladie avec ceux à qui elles font confiance et avec qui elles sont en sympathique. Certaines d'entre elles n'ont toujours pas pu garder le secret et ont accepté de le rendre public, quelle qu'en soit la manière (rendre leur

⁴⁴La loi de prévention et de lutte contre le VIH/Sida promulguée en 2006 du Viêt Nam comprend des articles protégeant les droits des personnes séropositives VIH en la matière, y compris le droit au respect de la vie privée (article 4). Plus précisément, cette loi interdit la diffusion du nom, de l'âge, de l'adresse et de l'image de la personne séropositive au VIH ou la transmission de l'information sur son caractère séropositif sans son consentement (article 8, alinéa 5). Cependant, quelques circonstances font exception (dans l'article 30), précisant que le résultat du test de dépistage du VIH peut seulement être annoncé à la personne testée, l'époux (se) de la personne testée, les parents ou le (la) tuteur (trice) si la personne testée est mineure ou perd sa capacité civile. Sont tenus au secret absolu l'agent qui donne les consultations et qui annonce le résultat du test, l'agent qui est en charge des soins et du traitement des personnes séropositives dans les établissements médicaux, les établissements d'éducation, les écoles d'instruction, les établissements de protection sociale, les prisons ou les centres de détention provisoire, et certaines personnes obligatoirement liées au test. L'article 4, alinéa 2b prévoit que la personne séropositive au VIH a l'obligation d'informer son époux (se) ou son (sa) fiancé(e) du résultat des tests, et réciproquement.

maladie publique volontairement ou la voir rendue publique). La raison principale pour laquelle elles n'osent pas rendre publique leur contamination est qu'elles ont peur d'être stigmatisées.

Comme VNP+ (2015) a conclu dans son étude que « *La relation réciproque entre le rendu public de la contamination au VIH et la discrimination est assez nette. La conséquence du rendu public est la stigmatisation et la discrimination, et la peur d'être stigmatisé et discriminé entraîne le fait que l'on n'ose pas rendre publique la contamination au VIH. Lorsque les personnes séropositives VIH rendent publique leur contamination, elles et les personnes autour d'elles ne peuvent retirer aucun des avantages du rendu public de leur contamination comme susmentionné.* » (VNP+, 2015, p. 38).

Dès lors, les personnes positives VIH en général et les femmes séropositives VIH en particulier vivent dans leur coquille et ont peu de contacts avec le monde extérieur. Cela signifie qu'elles prennent le risque de se couper de leurs anciennes relations sociales et ont peu d'opportunités d'en créer de nouvelles.

7.1.4 Vie spirituelle

De nos jours, les patients ont accès aux ARV qui freinent la réplication virale en maintenant la charge au plus bas niveau possible et maintiennent l'état normal du système immunitaire, ce qui permet de continuer à vivre en bonne santé comme les gens normaux, mais l'ARV n'est pas capable de supprimer complètement le VIH.

Par conséquent, l'inexistence d'un remède signifie que les patients de Sida doivent prendre ces médicaments à vie et vivre avec l'idée d'une mort possible. Leur souhait principal, c'est d'avoir un remède manière à pouvoir vivre en bonne santé plus longtemps.

En plus des soucis au sujet de leur santé et des dépenses quotidiennes de leur famille, les femmes de cette étude se réservent une certaine période de temps pour trouver la paix. Elles recourent à la religion pour retrouver espoir dans le futur et confiance dans la vie quotidienne, pour elle et leur famille. Beaucoup d'entre elles ont l'habitude d'aller à l'église ou à la pagode à l'occasion des jours fériés. La pratique religieuse rend leur vie spirituelle plus belle. La plupart de ces femmes prient pour leur santé :

« Je prie le Père (Dieu) pour ma santé, pour pouvoir travailler, et pour éviter que la maladie empire. Tant que je suis en bonne santé, je travaille sans avoir peur de rien. »
(Tuyét, 39 ans, mariée (2 fois), 3 enfants dont un enfant séropositif, marchande ambulante, 7 ans de vie avec le VIH)

« Oui, je vais aussi à la pagode pour prier en citant mon nom complet. Je prie pour ma santé pour pouvoir vivre plus longtemps afin de m'occuper de mes enfants. Je prie Bouddha. Cette maladie ne peut pas être guérie. Elle est dans le sang. Ces médicaments-là ne guérissent pas la maladie. »
(Oanh, 35 ans, mariée (2 fois), 2 enfants, travail à domicile, 14 ans de vie avec le VIH)

« Je vais à la pagode, j'y mets beaucoup de foi. Je veux essayer si je reçois quelque chose en y mettant toute ma foi. Je sollicite seulement la bonne santé pour ma mère et moi-même. Je prie pour ne pas tomber malade, je ne prie pour rien d'autre que ces deux choses. »

(Hiên, 38 ans, célibataire, prostituée, 11 ans de vie avec le VIH)

« Je vais à la pagode, car je suis bouddhiste. Je prie pour ma santé et pour vivre longtemps pour gagner de l'argent afin de nourrir mon enfant. Dans l'immédiat, je ne pense à personne d'autre qu'à mon enfant. »

(Thùy, 22 ans, mariée, 1 enfant, chômeuse, 5 ans de vie avec le VIH)

« Je suis bouddhiste. Je prie pour que toute ma famille soit en bonne santé et ne tombe pas malade. Il faut être en bonne santé pour faire ce qu'on veut. »
(Dung, 39 ans, mariée (2 fois), 1 enfant, marchande ambulante, 10 ans de vie avec le VIH)

« Je vais à la pagode, à la montagne le quinzième jour du mois lunaire. J'ai aussi la foi. À la pagode, je prie la Déesse Mère de me donner la bonne santé. Pourtant, je ne mange pas végétarien. »

(Mân, 47 ans, veuve, 1 enfant, marchande ambulante, 9 ans de vie avec le VIH)

C'est dans les lieux de pratique religieuse qu'elles trouvent le bien, la tranquillité d'esprit grâce aux prières. Même les femmes qui ne sont pas de vraies croyantes le font aussi.

Elles disent y puiser ce qui est nécessaire d'énergie pour continuer à vivre, tel que nous l'explique The :

« Je ne vais qu'à la pagode de ce quartier le quinzième jour du calendrier lunaire. Je suis allée à la pagode à Phú Xuân une fois. Je ne suis jamais allée plus loin que là. Je n'ai pas de moto, je suis donc paresseuse. Je vais à la pagode près d'ici les quinzièmes jours importants. Je ne prie pour rien d'autre qu'une bonne santé pour tout le monde. Chaque fois que j'ai un souhait, je fais des prières. Bien qu'elle soit une chose de néant, mais si on croit en la religion, on aura la tranquillité d'esprit. Toutes les religions nous conseillent de faire du bien. Aucune religion ne nous conseille de faire du mal. La croyance nous calme et nous rend moins coléreux. En réalité, je ne suis pas chrétienne. Ma famille est Caodaïste. »

(The, 39 ans, célibataire, 2 enfants, profession libérale, 11 ans de vie avec le VIH)

La pratique religieuse des femmes séropositives est non seulement l'endroit où ces femmes prient pour la chance, mais aussi l'endroit où elles rencontrent des gens, de se faire des amis, des gens de même condition, l'endroit où elles font du bien, notamment à l'occasion des fêtes religieuses. Nguyêt en est un bon exemple. Elle va souvent à la pagode le premier jour ou le quinzième jour du calendrier lunaire. Elle mange végétarien aussi. Elle nous raconte :

« Pour manger végétarien complètement, il faut manger végétarien dix jours/mois : le 1^{er}, le 8^e, le 15^e, le 18^e, le 23^e, le 24^e, le 27^e, le 28^e et le 30^e jour du calendrier lunaire. Ma copine mange végétarien complètement. Elle m'a dit que mieux vaut ne pas manger végétarien que manger végétarien irrégulièrement et que si je mange végétarien, il faut le faire les dix jours indiqués dans le calendrier bouddhiste. Avant, je mangeais sans me rappeler des dates et ma mère devait me les rappeler. Maintenant, je regarde le calendrier et me les rappelle. J'ai entendu dire que si l'on mangeait végétarien, il fallait le faire au moins dix jours, quatre jours ne suffisant pas. C'est pourquoi, je mange végétarien dix jours.

« En mangeant végétarien et en allant à la pagode, est-ce que vous avez la foi? Et les personnes dans votre groupe, est-ce qu'elles ont la foi?

« Oui, je l'ai, je prie pour ma santé et pour d'autres choses. Mes copines, elles vont aussi à la pagode. Beaucoup d'entre nous ont la foi. En effet, les personnes n'ayant pas la foi n'y vont jamais. Je vais à la pagode près d'ici, au bout de cette rue. En plus, je vais là où on m'invite, plus loin aussi. Par exemple, une fois quelques personnes et moi avons cotisé pour acheter des poissons, puis nous sommes allées les libérer, et après nous sommes allées à la pagode. Beaucoup d'entre nous ne travaillent pas le dimanche. Nous nous donnons rendez-vous au marché pour acheter des poissons ensuite les libérer.

Q. A quelles pagodes allez-vous ? Si vous allez ailleurs, où allez-vous ?

R. Normalement, je vais à la pagode près d'ici, au bout de la route. Parfois, je vais plus loin. Par exemple, je vais à Càn Giuộc, Bình Dương, Tây Ninh.

Q. Est-ce que vous y allez dans la journée ? Car Tây Ninh est très loin d'ici ?

R. Oui, nous (trois ou quatre) y allons à moto le matin et rentrons l'après-midi. Ça nous prend environ deux heures pour y aller. La seule chose qui m'embête, c'est que j'ai mal au dos en y allant à moto. Sinon, je trouve que c'est rapide.

Q. Est-ce que vous appréciez cette activité ?

R. Oui, ce sont toutes des personnes positives au VIH. Beaucoup sont riches. Moi, je n'ai pas d'argent. Si j'avais beaucoup d'argent, je cotiserais beaucoup. Les fois où je n'ai pas d'argent, je cotise cinquante mille dongs ou plus pour imprimer des livres de prières et les emmener à la pagode. Les autres personnes qui ont beaucoup d'argent cotisent parfois même des millions de dongs. Certaines personnes ont un travail stable et ont donc beaucoup d'argent. »

(Nguyêt, 33 ans, célibataire, profession libérale, 7 ans de vie avec le VIH)

Outre les facteurs personnels susmentionnés, des facteurs comme leur état de santé ou leur chance ou non de travailler jouent un rôle important dans leurs opportunités de relations sociales.

En résumé, l'élément individuel, à savoir leur capacité à résister ou non à l'auto-dénigrement, est le facteur le plus important dans leur processus de reconstruction sociale. Or cet auto-dénigrement est, comme on l'a vu, largement dépendant de facteurs objectifs extérieurs à leur volonté : comme leur propre état de santé, ou l'état de la société à leur égard.

C'est un peu comme le « serpent qui se mord la queue », une spirale sans fin dans laquelle elles se débattent. Il faut que la société évolue pour qu'elles-mêmes évoluent. Pour que le Sida régresse, il faut que la société porte un autre regard sur ces personnes. L'un ne va pas sans l'autre. Un regard bienveillant change la nature de celui qui est regardé. On a vu combien la culpabilisation et la stigmatisation pouvaient nuire à l'amélioration de la santé de ces femmes, donc à la bonne santé de la toute société entière. Car si elles se soignent mal, si elles gardent le secret, comme on l'a vu, leurs maris, leurs enfants, leurs familles, leurs amis seront touchés. C'est la société qui sera malade puisque le Sida continuera de se propager. Des lois contre la « stigmatisation » ont été promulguées, mais un immense effort de communication reste à accomplir.

7.2 Éléments familiaux

La famille joue un rôle très important dans la vie de chacun. Il s'agit de l'endroit où se joue le processus de la toute-première sociabilisation et où s'acquiert la conscience de soi. L'environnement familial construit le caractère et décide du destin de certaines personnes. La famille positive aide à surmonter les difficultés, les obstacles de l'existence, et à se perfectionner. Le monde social de chaque personne comprend évidemment la famille. Mais il peut aussi exister un aspect négatif dans la famille.

7.2.1 Mariage/vie en couple : désir ou contraignant/partage

Le mariage est un des jalons importants et un des événements les plus heureux de la vie de chacun⁴⁵, notamment des femmes au Viêt Nam. Ce que traduit un proverbe vietnamien en formulant « *Trai khôn dựng vợ, gái lớn gả chồng* » [À marier notre fils quand il parvient à sa maturité, à marier notre fille quand elle grandit]. C'est pourquoi chaque femme souhaite avoir une famille heureuse avec son mari et ses enfants (sages) en bonne santé mais en réalité, certaines femmes n'ont pas pu réaliser ce souhait car ces femmes qui ont été infectées par le VIH, qui exercent la prostitution ou qui se droguent, personne ne veut se marier avec elles.

On voit dans cette étude que l'importance du mariage dans la société vietnamienne est valable également pour ces femmes. On ne note que 6 cas de femmes célibataires. Les 26 autres

⁴⁵« *Tậu trâu, lấy vợ làm nhà. Trong ba việc đó ắt là khó thay* » (L'achat d'un buffle, le mariage et la construction d'une maison sont les trois événements les plus importants de la vie) (Proverbe vietnamien)

cas vivent en couple marié ou en concubinage. Et parmi ces dernières, 4 sont remariées, et 2 vivent avec un troisième homme.

Hiên, 38 ans, est une ex-toxicomane qui exerce la prostitution depuis l'âge de 20 ans. Elle ignore la date de sa contamination. À la date de l'entretien, elle était toujours célibataire bien qu'elle aimerait encore rencontrer quelqu'un, tout en doutant de cette possibilité, car personne, pense t-elle, ne voudra l'épouser :

« Je veux bien, moi aussi, fonder une famille, mais c'est difficile, voire impossible. Je ne trouverai personne qui voudrait d'une femme comme moi. Si je trouvais un homme qui m'aime, je ferais tout pour le rendre heureux, mais pourquoi est-il si difficile d'en trouver un ? Il me semble qu'il n'y en a pas. Je n'ose pas rêver. »

(Hiên, 38 ans, célibataire, prostituée, 11 ans de vie avec le VIH)

Dans la même situation que Hiên, Nguyêt, 33 ans, a contacté le virus suite à sa toxicomanie dans le monde de la prostitution. Aujourd'hui, elle vit en concubinage avec un séropositif. Elle explique pourquoi elle n'a pas droit, comme les autres, à une vie de famille avec des enfants. Car elle a connu un homme séronégatif, dans le passé, qui voulait l'épouser. Mais elle n'a pas voulu prolonger cette relation :

« J'avais peur qu'il ne soit pas en phase avec moi. Qu'il ne me comprenne pas » et puis : J'avais peur que mes futurs enfants soient séropositifs comme moi, et peur de les perdre . À une époque, j'ai connu un homme qui n'était pas séropositif, mais comme j'avais le Sida, j'ai gardé mes distances. Si j'avais voulu aller plus loin avec lui, j'aurais dû lui confesser ma séropositivité, et il aurait été conscient du risque de transmission du VIH en faisant un enfant. Si je l'avouais, il aurait eu peur. Voilà ce que je pensais. Alors j'ai cessé cette relation. Ou bien il aurait fallu trouver une autre solution. Me marier sans faire d'enfants, pour éviter le risque d'avoir à les abandonner trop petits et que personne ne puisse prendre soin d'eux. Pourtant, chaque fois que je vois quelqu'un se marier, je pleure. Je me demande pourquoi, moi, j'ai été atteinte par cette maladie. Pourquoi je ne pourrai pas avoir de mari. Je pense comme ça. Je pleure tellement. Je pense que je n'ai pas la même chance que les autres. »

(Nguyêt, 33 ans, célibataire, profession libérale, 7 ans de vie avec le VIH)

Contrairement à Hiên et Nguyêt, Oanh est mariée et a deux enfants avec un toxicomane infecté par le VIH et mort en prison. Après la mort de ce mari, elle a rencontré son deuxième mari séronégatif et n'a pas hésité à lui dire sa séropositivité. Il a caché sa famille la séropositivité d'Oanh et a décidé de se marier avec elle. Elle pense que *le mariage est le sort prédestiné* :

« Je lui ai dit que j'étais atteinte de cette maladie, que je n'acceptais de me marier avec lui qu'à condition qu'il accepte ma situation. Je lui ai dit que j'étais atteinte de cette maladie. Ainsi, plus tard il ne pourrait pas me reprocher de lui transmettre le virus, il l'a accepté et il a dit qu'il n'avait pas peur de mourir. « Oui! Si tu n'as pas peur de mourir, on peut se marier », lui ai-je dit simplement. Quand j'étais jeune, à l'école je rencontrais beaucoup d'hommes, mais je n'acceptais aucun. Et puis, au travail, on m'aimait aussi, on m'emmenait chez moi. En sachant où j'habitais, on venait chez moi et m'invitait à sortir, mais je n'acceptais personne. Ensuite, je ne savais pas, c'était peut-être le sort prédestiné. Il travaillait comme maçon pour mon père. Il venait souvent chez moi dans le but de faire connaissance avec moi, il m'a invitée plusieurs fois à sortir avec lui, à aller manger de la soupe sucrée, mais je n'osais pas sortir avec lui, car j'avais peur de lui transmettre le virus. Il m'a dit qu'il m'aimait. Puisqu'il m'aimait, je devais lui dire la vérité. S'il en avait peur, il ne m'épouserait pas. Je voulais lui dire la vérité quoi que ce soit sa décision. Ainsi, il pourrait se protéger du virus si on se mariait. Il m'a épousée malgré ma séropositivité. Depuis notre mariage, nous utilisons des préservatifs jusqu'à présent sans jamais oublier. »

(Oanh, 35 ans, mariée (2 fois), 2 enfants, travail à domicile, 14 ans de vie avec le VIH)

Mãn, 28 ans, a également eu la chance de rencontrer un homme (non infecté) qui l'aimait et a décidé de se marier en toute connaissance de cause. Elle déclare :

« Pas encore mariée, notre mariage est prévu pour l'année prochaine, mais les deux familles se connaissent déjà. Je suis heureuse que mon mari ne soit pas infecté et sache que je suis malade, et qu'il m'aime toujours. Quand je lui ai dit que j'étais malade, il n'a pas eu peur. Il m'a dit que s'il y avait un problème, tous les deux nous mourrions ensemble ! Je lui ai dit qu'il était fou. »

(Mãn, 28 ans, célibataire, profession libérale, 10 ans de vie avec le VIH)

L'expérience de Dung ressemble à celle d'Oanh, mais Dung s'est remariée une seconde fois, après un divorce avec son premier mari qui avait une autre femme. Sauf qu'elle n'a pas avoué à son deuxième mari sa contamination. Dung doit sa contamination au commerce du sexe, qu'elle a pratiqué dès l'âge de 16 ans, pendant dix ans. Elle l'a découverte à la suite d'un test pratiqué après qu'elle a entendu parler du VIH. (Cf. le cas de Dung dans la section Portrait)

Thào se trouve dans une situation qui peut sembler injuste, car c'est en marchant sur une aiguille souillée qu'elle a contracté le virus. Elle a dû quitter son mari et son fils et partir sans donner de nouvelles. Sur son nouveau lieu d'hébergement elle a trouvé le bonheur (mariage), avec un homme dans une situation identique, en lui avouant sa séropositivité. Ils se sont mariés et ont trois enfants.

« Quand j'ai appris ma séropositivité, je ne voulais plus vivre. Je pensais qu'il n'existait pas de traitement et que j'allais en mourir. J'avais peur. En arrivant chez moi j'étais très préoccupée. J'ai immédiatement quitté ma belle-famille et j'ai décidé de quitter mon mari, et le fils que j'ai de lui. Je suis retournée chez ma mère. Il y a quelques années, ma mère a acheté une maison à Bình Chánh. C'est à ce moment-là que j'ai connu le père, maçon, de mon second mari. C'est grâce à lui que j'ai connu mon mari. Sinon je n'aurais eu aucune raison de rencontrer qui que ce soit car je ne voyais personne. Dès que je l'ai connu un peu plus, je lui ai parlé de ma contamination. S'il m'aimait il l'accepterait. Il est comme moi, sauf que sa contamination à lui n'est pas confirmée, bien qu'il ait subi deux tests. Ce n'est ni positif, ni négatif. Peut être que j'ai une résistance plus faible que la sienne. »

(Thào, 35 ans, mariée (2 fois), 4 enfants, marchande ambulante, 11 ans de vie avec le VIH)

Quant à Vàng, elle s'est mariée à 19 ans, contre l'avis de la famille, avec un homme soupçonné d'avoir contracté le VIH. C'est au moment de l'accouchement de son deuxième enfant qu'elle a découvert sa propre séropositivité, sans doute transmise par son mari, toxicomane. Elle nous a confié :

Q. Lorsque le médecin vous a annoncé que vous étiez contaminée, avez-vous accepté cette réalité ?

R. Oui, je savais que mon mari avait été infecté, car à l'époque je le connaissais déjà et un cousin avait prévenu ma famille, en disant qu'il avait le Sida, mais je ne le croyais pas.

Q. Donc vous le saviez déjà avant votre mariage ?

R. Mais je ne croyais pas c'était vrai. Je n'y accordais pas d'importance, et lors du premier accouchement j'ai fait les tests prévus au cours de la grossesse, négatifs, j'étais clean. C'est au deuxième accouchement qu'ils se sont révélés positifs.

Q. Mais lui, était-il testé à cette époque ? Avait-il un résultat ?

R. Oui, il a eu le résultat, mais il n'est pas rentré à la maison.

Q. Lorsque vous avez compris qu'il était positif, pourquoi n'avez-vous pas pris de mesures de protection ?

R. A ce moment-là, j'en ai entendu parler, mais je ne voulais pas savoir. Je n'y croyais pas.

Q. Mais il n'a rien dit lorsque vous vous êtes mariés ?

R. Non, il n'a rien dit. Je ne savais pas. On m'a demandé si j'étais positive, et pourquoi je n'ai rien dit au médecin. J'ai dit que je ne savais pas.

Q. Il y avait donc un soupçon de contamination sur votre mari, mais les résultats du test ne vous ont pas été communiqués ? Avez-vous demandé s'il avait déjà fait un test ?

R. Non, je n'ai rien demandé. J'ai juste entendu ce qui se disait à son propos. Mais je ne savais pas. J'étais habituée, je n'y croyais pas. Alors je ne lui demandais rien.

(Vàng, 29 ans, mariée, 3 enfants, travail à domicile, 5 ans de vie avec le VIH)

Vy vit avec son petit ami et a un enfant décédé de la varicelle. Ses parents ont refusé la main de leur fille à la famille de son concubin quand ils sont venus la demander en mariage. Elle raconte :

« Ma famille n'a pas accepté notre mariage, bien que sa famille soit venue chez mes parents pour me demander en mariage. Mais mes parents n'ont pas accepté sous prétexte que ce n'était pas une bonne famille (aventurier-giang-hô). Malgré tout je me suis obstinée et nous vivons ensemble. »

(Vy, 33 ans, célibataire, 1 enfant décédé, chômeuse, 15 ans de vie avec le VIH)

Si certaines femmes ont accepté de parler honnêtement à leur futur conjoint, ce n'est pas le cas de toutes. Tel est le cas de Dung, 39 ans, qui a connu deux mariages, été prostituée pendant dix ans, dès l'âge de 16 ans, et dont nous avons parlé plus haut :

Q. Avant votre mariage, est ce qu'il connaissait votre état de santé ?

R. Non, mon mari avait des doutes, mais il préférait « laisser aller les choses ».

Q. Donc avez-vous utilisé des préservatifs ?

R. Oui, mais il n'aimait pas. Quelques années après, il m'a dit qu'il s'en fichait car « quoi qu'il en soit... ». Quand j'ai emmené mon mari faire des tests de CD4, on lui a dit qu'il était en bonne santé, et qu'il n'avait pas de traitement à prendre. Son taux était très élevé, des milliers de cellules. Il n'en avait pas besoin. Il était comme les gens normaux. Donc il n'en a pas eu. On ne lui en donnerait que si son taux était bas. 2 000 cellules, son taux. Il n'en a pas besoin. Et il travaille toujours comme chauffeur.

(Dung, 39 ans, mariée (2 fois), 1 enfant, marchande ambulante, 10 ans de vie avec le VIH)

En raison de la pauvreté de sa famille, Liên a exercé la prostitution dès sa jeunesse. Elle a maintenant 45 ans, continue, mais vit avec un homme séropositif comme elle pour avoir un soutien financier.

« J'ai rencontré un partenaire, un homme comme moi, malade, il prend des ARV. Il est très gentil. Il y a longtemps il a été infecté par des aiguilles. Il était toxicomane, mais il a arrêté et pris des médicaments. Il est très gentil et on est amis. Il m'aide aussi. On se reconforte dans la vie. »

(Liên, 45 ans, célibataire, serveuse de café, 9 ans de vie avec le VIH)

Au Viêt Nam le mariage est toujours une institution importante. À laquelle doit se plier toute femme qui tombe enceinte. Il est en effet très mal vu d'être une « fille-mère » (không chồng mà chửa) et il faut un père pour l'enfant. Thùy a consommé de la drogue et s'est retrouvée avec le VIH. Son amoureux l'ignorait, elle est tombée enceinte à la suite de rapports non protégés. Elle a dû se marier sans le souhaiter.

Avoir l'occasion de rencontrer un mari est parfois à l'origine d'une entreprise commerciale. C'est le cas de Hạnh, 43 ans, née à Tiền Giang dans une famille purement

paysanne. Elle est l'avant-dernière d'une famille de quatre enfants. Elle a arrêté ses études en 6^e de collège, par manque d'argent. Elle aidait alors ses parents aux travaux des champs et à la cuisine. Sa mère est morte tôt, aux alentours de 40 ans. À l'âge de 16 ans, elle a quitté la campagne pour la ville et travailler dans un restaurant en tant que serveuse. À 19 ans, elle a commencé à travailler dans un café en tant que serveuse et prostituée. Ses revenus, pour partie, étaient destinés à sa famille pour aider à réparer la maison et améliorer la porcherie et l'enclos à lapins. Elle a été arrêtée par la police. Elle a travaillé dans plusieurs magasins de Tièn Giang et HCMV. Durant son activité dans les cafés, elle n'utilisait pas de préservatifs. Elle est donc contaminée.

Puis elle a rencontré, à cet âge, 19 ans, un chauffeur long-trajet. Ils ont mis en commun leur capital pour acheter un café. Ils se sont mariés et ont eu une fille saine, non contaminée. Son activité de prostitution est secrète et seule sa belle-mère connaît la maladie du couple. Ils ont acheté une maison. Ils se soignent aux ARV depuis 2008. Son mari travaille encore en tant que chauffeur et reste longtemps hors de la maison.

Souvent les familles de porteuses du Sida se retrouvent détruites. Soit un ou plusieurs membres de la famille meurent, soit les femmes sont forcées d'abandonner leurs enfants et de les confier à l'extérieur, ou de partir se faire soigner dans une ville, de déménager dans un quartier favorable aux soins. Les déménagements sont nombreux et les point fixes rares. Pourtant presque toutes ont des enfants.

7.2.2 Présence d'enfant(s) et/ou désir de procréation : rôle et responsabilité des femmes séropositives

Sur les 27 femmes de l'étude atteintes du VIH, 19 ont des enfants, 5 ont plus de deux enfants, 2 femmes ont perdu leur enfant, et 4 autres ont des enfants atteints par le virus.

La plupart ont eu leur premier enfant avant leur contamination. Et certaines, déjà deux fois mères, ont décidé d'en avoir un troisième malgré leur maladie.

Vàng, contaminée par son mari toxicomane, bien qu'elle ait déjà deux enfants sains, en souhaite un troisième.

« Puisque nous voulions une fille, nous l'avons faite. J'ai pris des ARV pendant la grossesse. J'étais donc confiante, car mon médecin m'avait dit que ça irait si je prenais mes médicaments. Aucun de ses trois enfants n'est contaminé, à sa plus grande fierté. Je suis ravie, car je les ai mis au monde et s'ils avaient été malades, ils seraient malheureux. »

(Vàng, 29 ans, mariée, 3 enfants, travail à domicile, 5 ans de vie avec le VIH)

Thảo s'est mariée pour la première fois à l'âge de 20 ans. C'est elle qui a attrapé ce virus en marchant sur une aiguille souillée. Elle a laissé son premier enfant chez son premier mari puis en a eu trois autres. Le dernier est arrivé sans qu'elle s'y attende.

« Le premier et le deuxième ont un an d'écart (2009 et 2010), après j'ai voulu arrêter car j'ai pensé qu'avec ma maladie, faire trop d'enfants serait fatigant. J'ai pris des contraceptifs. Mais un jour où je travaillais beaucoup, des heures supplémentaires, j'ai oublié de les prendre. Je me suis retrouvée enceinte sans m'en rendre compte. Jusqu'à ce que j'apprenne à l'hôpital de Cần Giuộc que ma grossesse était trop avancée pour un avortement. On m'a transférée à l'hôpital Hùng Vương, où on m'a demandé si je voulais l'abandonner. J'ai refusé, non, je voulais le garder. Elle pesait 1,6 kg à la naissance, pas comme sa sœur, car nous étions très pauvres. »

(Thảo, 35 ans, mariée (2 fois), 4 enfants, marchande ambulante, 11 ans de vie avec le VIH)

Dans les périodes les plus difficiles, elles ont toujours veillé à se garder en bonne santé, quitte à déménager de ville en ville, pour se rapprocher des traitements. Et préserver leur santé pour leurs enfants.

« Quand j'ai découvert ma contamination, j'ai réfléchi et j'étais triste. Puis j'ai pensé que si je réfléchissais trop, je m'effondrerais, et que s'il m'arrivait quelque chose, personne ne s'occuperait de mon enfant. Je n'y pense donc plus. Je dois juste survivre pour mon enfant. »

(Vàng, 29 ans, mariée, 3 enfants, travail à domicile, 5 ans de vie avec le VIH)

« Je ne savais pas que j'avais été contaminée par le VIH. Quand je l'ai su j'ai voulu mourir. Alors les femmes de L'Union des femmes du quartier m'ont conseillée. Je leur

ai dit que je voulais leur confier mon enfant séropositif pour qu'elles l'envoient à l'orphelinat. Maintenant je ne veux plus vivre. »

(Tuyét, 39 ans, mariée (2 fois), 3 enfants dont un enfant séropositif, marchande ambulante, 7 ans de vie avec le VIH)

On constate que les femmes mères d'enfants séropositifs rencontrent plus de difficultés. Elles souffrent du harcèlement stigmatisant dont sont victimes leurs enfants à l'école. Par ailleurs la discipline liée au traitement médicamenteux à laquelle leurs enfants sont contraints est une charge supplémentaire :

The, mariée à 27 ans (mariage non enregistré), découvrit sa contamination à l'occasion du deuxième accouchement. Elle n'avait pas suivi les conseils préventifs sur la transmission dans le couple, rapports non protégés, ni connu d'informations sur la transmission mère-enfant. Par manque de moyens, elle a été obligée d'allaiter. A son avis, ce n'est pas la maladie qui tue, mais ceux qui stigmatisent et vous rejettent, « *Si vous ne vous acceptez pas, la société ne vous accepte pas.* » :

Q. Comment va votre fille maintenant ?

R. Toujours normal

Q. Dans quelle classe est-elle ?

R. 6e

Q. Elle est au courant de sa maladie ?

R. Oui

Q. Elle suit un traitement ?

R. Oui, elle prend toujours ses médicaments

Q. Quelles réactions à l'école ?

R. Encore maintenant, beaucoup l'agressent, on l'appelle « Na Sida »

(The, 39 ans, célibataire, 2 enfants, profession libérale, 11 ans de vie avec le VIH)

Née à Bèn Tre, Mai et sa fille ont été infectées par le père. Après le décès de celui-ci, elle a parlé à sa fille de leur contamination, pour pouvoir se faire correctement soigner l'une et l'autre en toute franchise. Elle raconte :

« Après le décès de son père, je lui ai parlé, car à 7 ans elle pouvait garder un secret. C'est ce qui m'a motivée. D'abord je me sens moins seule, ensuite, comme elle ne mangeait pas et refusait de m'obéir, je lui ai dit en pleurant « Eh bien ton père est mort à cause de ça. Si j'avais su sa maladie, je ne t'aurais pas laissée naître, mais je ne le savais pas. Alors que faire ? Ton père n'a rien dit, il a menti. Toi, maintenant, si tu veux être en bonne santé, tu dois m'écouter et particulièrement bien manger. Tu dois m'aider ». Et je lui ai demandé de n'en rien dire à personne, de garder le secret. Et ça a marché ! Elle m'écoute mieux. Elle prenait des ARV depuis 2006. Maintenant elle comprend ce que je lui explique et obéit. Je lui dis de faire des études, pour trouver plus tard un travail moins fatigant. Quand elle est fatiguée je cherche à l'encourager. »
(Mai, 46 ans, veuve, 1 enfant infecté, marchande ambulante, 14 ans de vie avec le VIH)

Le plus difficile, pour sa fille, c'est d'avoir à cacher sa maladie aux enseignants et aux camarades de classe. Mai dit à ce sujet : *« Personne ne le sait à l'école. Mais je n'ai pas besoin de les informer puisque ma fille en général est en bonne santé. Quand elle va mal, elle reste à la maison. Je ne pense pas que c'est nécessaire de le dire, sinon elle sera harcelée et blessée. Je pense qu'il ne faut pas le dire. Je sais me protéger. »* (Mai, 46 ans, veuve, 1 enfant infecté, marchande ambulante, 14 ans de vie avec le VIH)

D'autres femmes ne peuvent rester mères, par manque de temps ou de forces, elles sont amenées à confier leur enfant à leur famille ou à une organisation. Parfois même à un orphelinat.

Thùy, qui se droguait, a été contaminée par des aiguilles partagées. Après l'annonce de sa maladie, elle a été assez triste et a vécu chez sa mère, enceinte d'un enfant non désiré. Son enfant est pris en charge partiellement par sa mère qui travaille la journée et s'en occupe la nuit. Le petit ami de Thùy n'est au courant ni de sa maladie, ni de sa toxicomanie. Elle a caché l'information. Son enfant a la chance de ne pas être infecté. Mais sa santé est plus fragile que celle des autres bébés. Elle raconte :

« Ca fait neuf mois depuis l'accouchement, mais je ne suis sortie de l'hôpital qu'il y a quelques mois. Je ne pensais pas être mère. Mais une fois enceinte, j'ai pensé « ca y est je vais donner naissance à un bébé ».

(Thùy, 22 ans, mariée, 1 enfant, chômeuse, 5 ans de vie avec le VIH)

Kim s'est prostituée tôt (à 13 ans). Elle a vécu avec sa grand-mère, ses parents sont morts quand elle était jeune. L'argent qu'elle gagne sert à subvenir aux besoins de grand-mère. Kim a eu un enfant avec son petit ami, mais après l'accouchement elle a envoyé son bébé aux parents de son petit ami et ne l'a plus jamais revu car ils ont déménagé sans laisser l'adresse.

Elle a dit :

Q : Vous avez des enfants?

R : Oui, mon bébé est né lorsque j'avais environ quinze ans. Depuis, il a été confié aux parents de mon petit ami jusqu'à maintenant.

Q: Bien, est-ce que c'est votre premier amour? Il est quel âge ?

R: Oui, il est plus âgé que moi, née en 1979, j'avais vingt ans dans ce moment-là.

Q: Mais puis-je rendre visite à votre enfant?

R: Non, on ne voulait pas le voir, on a venu la maison et a déménagé et je n'ai pas les trouvés.

(Kim, 30 ans, célibataire, 1 enfant, prostituée, 6 ans de vie avec le VIH)

Dans la même situation, Mân est née à Bën Tre, elle habite à HCMV, il y a dix ans, son petit frère et son neveu également infectés sont décédés récemment. Après le décès de son mari, sa belle-famille a pensé qu'elle avait transmis l'infection à son mari, mais leur enfant n'est pas infecté. La famille de son mari a gardé sa fille jusqu'à maintenant.

« Je ne vis pas avec sa belle-famille car je suis écoeurée le droit d'élever mon enfant (surtout ma belle-mère). Parfois, je suis malade, je suis triste de toutes sortes de choses et on a pris mon enfant sous prétexte que j'étais malade et que c'était risqué. À ce moment-là, j'ai pensé que je devais la quitter, elle m'a manqué, j'étais triste. Plus tard, je me suis dit que c'était également vrai, on avait raison. »

(Mân, 47 ans, veuve, 1 enfant, marchande ambulante, 9 ans de vie avec le VIH)

Les enfants constituent une stimulation permettant à ces parents malades de dépasser les complexes ou hontes engendrés par leur maladie, de donner de la vie à la vie et d'espérer, mais l'espoir est supprimé lors qu'elles sont témoins du décès de leur enfant.

Vy (33 ans, chômeuse, célibataire, 1 enfant décédé, 15 ans de vie avec le VIH) est infectée par l'usage de drogues. Elle était très triste lorsque son enfant est décédé de la varicelle, mais la famille pensait que son enfant était mort des suites de son infection. Elle a dit :

Q. Que pensiez-vous de la réaction de votre mère à ce moment-là?

R. Elle a tellement pleuré, elle dit : « C'est fini, tu ne nous a pas écoutés, tu es tombée malade, tu as nui à ton enfant jusqu'à sa mort. » Mais quand il est né, il n'était pas malade et ma mère ne m'a pas laissé le garder.

Q. Pourquoi votre enfant est-il mort ?

R. Il avait la varicelle, il n'était pas contaminé, j'ai fait les examens tous les mois dans la période de la grossesse et on n'a rien trouvé. J'étais très triste lorsqu'il est décédé, la famille ne me permettait pas de sortir pour l'enterrement. Ensuite, je suis resté dans la rue pendant quelques jours.

Les enfants constituent une stimulation permettant à ces parents malades de dépasser les complexes ou hontes engendrés par leur maladie, de donner de la vie à la vie, et d'espérer. Pour les femmes sans mari, les enfants sont une grande consolation.

7.2.3 Réaction de la famille envers les femmes infectées par le VIH

La conséquence inévitable de la consommation de drogues et de la prostitution est que ces femmes ont perdu confiance de leur famille. La relation dans la famille a été ébranlée. Après la découverte de leur contamination, beaucoup d'entre elles n'ont pas reçu l'aide et l'amour de leur famille. Cependant, elles ont été aliénées par leurs familles. La relation entre les membres de la famille était toujours tendue. Ils se soupçonnaient les uns les autres et se protégeaient les uns des autres. Au début, lorsque leurs parents ne comprenaient pas cette maladie, ils stigmatisaient leurs enfants dans les activités quotidiennes.

Le cas de Xuân en est un exemple, elle a caché sa contamination à sa mère. Quand cette dernière a su que Xuân était séropositive, elle lui a interdit de participer à certaines activités quotidiennes de la famille. Xuân n'avait pas le droit de manger à table avec la famille.

« Au début, ma mère était triste. Quand je venais de découvrir ma séropositivité, ma mère ne comprenait pas du tout cette maladie. À chaque fois que je buvais un verre

d'eau ou mangeais dans un bol, ma mère avait peur que je transmette le virus aux autres. Parfois, après avoir préparé le repas, elle mettait de la nourriture sur un plateau séparé pour moi. Plus tard, après avoir participé à des séances de consultation sur le VIH, elle a bien compris. »

(Xuân, 36 ans, célibataire, chômeuse, 15 ans de vie avec le VIH)

Quant à Ngân, elle sentait l'attitude distante de son père, notamment après la mort de sa mère.

« Ma mère m'a dit : Ne pense plus à des choses tristes, habite avec moi jusqu'à ce que je ferme mes yeux pour l'éternité. Ce qui ne devait pas arriver est arrivé. Maintenant, tu te trouves dans cette situation, je serai à tes côtés afin de t'aider à corriger ta faute. » Je l'ai regardée. Je l'ai vue triste et pleurer quand elle me consolait. Comme elle m'aimait, elle a caché ma séropositivité à la famille. Elle avait peur que les gens fassent des commentaires. Je pense que mon père était au courant. Je pense que ma mère l'a dit à mon père. Dans l'ensemble, depuis que je suis infectée par le VIH, mon père ne m'aime plus. Je sens l'attitude distante de mon père. Depuis la mort de ma mère, il ne fait plus attention à moi. Il ne veut même pas me regarder en me croisant. C'est comme ça. Seule ma mère m'aimait. Elle est morte, personne ne s'occupe plus de moi. Maintenant, je me souviens donc de la parole de ma mère. »

(Ngân, 34 ans, célibataire, prostituée, 4 ans de vie avec VIH)

Non seulement leurs parents, mais aussi leurs frères et sœurs n'acceptent pas ces femmes à cause de ce qu'elles ont fait dans le passé et de leur séropositivité actuelle. La relation entre elles et leurs frères et sœurs est très tendue. Elles ne trouvent pas chez leurs frères et sœurs de sympathie ni pour elles par la relation fraternelle, ni pour les personnes touchées par des maladies incurables. La tension existe toujours dans leur relation. Ils ne peuvent même pas se parler entre eux :

« Nous ne sommes pas proches l'une de l'autre. Pour être honnête, nous nous entendons comme chien et chat, je ne sais pas pourquoi. Nous ne pouvons pas nous parler sans que cela ne dérape en dispute. Ma mère a dit que nous étions comme chien et chat, pas comme les sœurs. Nous ne nous entendons pas. Je ne peux pas échanger avec ma petite

sœur plus de deux mots. Je lui parle sec. Je ne peux pas parler avec elle sans l'engueuler. Ma petite sœur et moi ne sommes donc pas proche l'une de l'autre. »

(Mân, 47 ans, veuve, 1 enfant, marchande ambulante, 9 ans de vie avec le VIH)

« Ils m'ont dit aussi que j'étais infectée au VIH, que cela ne pourrait pas être changé, que les gens en avaient peur et que les gens devaient en avoir peur. Rien ne peut changer ma situation. Aujourd'hui, ils ne m'engueulent plus et ne me disent plus de mourir comme quand ils étaient petits. Quand ils étaient jeunes, ils m'engueulaient méchamment. Maintenant, ils me montrent qu'ils ne veulent pas parler avec moi. J'aime mes neveux et nièces, mais je ne peux pas m'approcher d'eux. Ils m'interdisent de m'approcher de leurs enfants, ils évitent aussi de s'approcher de moi. »

(Vy, 33 ans, célibataire, 1 enfant décédé, chômeuse, 15 ans de vie avec le VIH)

Quant à la sœur d'Hiên, elle a tellement honte d'avoir une petite sœur infectée qu'elle interdit même à sa mère de rencontrer sa petite sœur chez elle :

« Ma sœur a dit à ma mère : Elle a certainement attrapé le Sida, ne la laisse pas entrer dans ma maison. Si tu la rencontres et si tu as pitié d'elle, tu peux faire tout ce que tu veux pour elle dans la rue, mais ne la laisse jamais entrer dans ma maison. Si je ne suis pas là, ne la laisse pas entrer dans la maison ». Je n'ai pas de maison afin de rentrer pendant la fête du Têt. Je ne m'entends pas bien avec ma grande sœur. Dans l'ensemble, elle veut que personne ne sache qu'elle ait une petite sœur comme moi. »

(Hiên, 38 ans, célibataire, prostituée, 11 ans de vie avec le VIH)

Lorsque même leurs proches, à savoir frères, sœurs, parents n'ont pas de sympathie pour elles, le partage et l'acceptation de la part de parents sont éloignés très limités. Les relations sont presque coupées.

Étant plus chanceuses que familiales en générale d'autres, bien qu'elles soient infectées et stigmatisées par la communauté, certaines femmes dans cette étude sont traitées comme les autres membres dans leur famille. Pour certaines femmes célibataires que leurs parents leur accordent toujours une attention complète et des soins particuliers et continuent de les accompagner.

« Ma mère a pleuré très fort, ce qui m'a fait pleurer aussi. Ensuite, elle n'en a plus parlé. Elle me traite comme si je n'étais pas infectée au VIH. Elle me traite de la même manière qu'avant. Elle ne me discrimine pas. Je pense que je suis plus chanceuse que beaucoup d'autre. Je ne suis donc pas triste. Si ma famille me discriminait, je serais certainement triste et je n'habiterais pas ici. Ma mère me conseille souvent de ne rien penser, d'être optimiste, de vivre longtemps que je peux. Toute ma famille est au courant de ma séropositivité. Pourtant, personne ne me discrimine. Tout le monde me traite normalement. Je trouve que je suis plus chanceuse que beaucoup d'autres personnes. Mes parents m'ont dit : Continues à prendre des médicaments. Ne pense à rien. Tu pourras nous abandonner, mais nous ne t'abandonnerons jamais, la famille ne t'abandonnera jamais. »

(Mân, 47 ans, veuve, 1 enfant, marchande ambulante, 9 ans de vie avec le VIH)

Certaines sont même soignées de tout cœur par leurs parents bien qu'elles soient mariées. Oanh, après avoir été infectée au VIH par son premier mari, elle s'est mariée pour la deuxième fois. Sa première belle-famille est au courant de sa séropositivité. Cependant, seul son deuxième mari le sait aussi. Sa deuxième belle-famille ne le sait pas, car ils n'habitent pas chez elle :

« Mes parents sont tristes pour ma séropositivité. Mon père m'aide beaucoup. Il m'emmène participer aux réunions de l'association, chercher des médicaments, prendre les t médicaments. Il me dit de le prendre régulièrement pour être en bonne forme comme les autres. Je n'ai aucun autre choix que de prendre des médicaments. Si je tombe malade, personne ne s'occupera de moi. Il faut laisser les choses se dérouler naturellement, je n'ai pas d'autre choix. »

(Oanh, 35 ans, mariée (2 fois), 2 enfants, travail à domicile, 14 ans de vie avec le VIH)

Par rapport aux femmes infectées au VIH habitant chez elle avec leurs frères et sœurs, la relation des femmes infectées au VIH habitant chez leur belle-famille a ses propres particularités. Elles ont des avantages mais aussi des inconvénients dans cette relation avec leur belle-famille.

Ayant été infectée au VIH par leur mari, certaines femmes ont habité avec leur belle-famille juste après leur mariage :

« J'habite ici, chez ma belle-famille. Nous habitons avec mes beaux-parents, le couple de mon beau-frère, mon fils et deux neveux. Comme je suis mariée, je dois habiter chez mes beaux-parents...Tout est normal, rien n'a changé car nous ne sommes pas nombreux. Nous deux habitons avec mes beaux-parents, ils ne disent rien. Peut-être ils pensent que mon mari a le Sida et que c'est normal que je sois aussi infectée au VIH. Notre vie se passe normalement, rien n'a changé. La relation dans notre famille est normale, nous ne sommes pas discriminés. »

(Ngoc, 32 ans, mariée, 1 enfant, marchande ambulante, 7 ans de vie avec le VIH)

« J'habitais avec ma première belle-famille, elle est au courant de ma séropositivité. Après la mort de mon premier mari, je me suis remariée. Ma deuxième belle-famille n'est pas au courant de ma contamination, car nous avons une chambre et je peux donc prendre le traitement sans que personne ne le voit . »

(Oanh, 35 ans, mariée (2 fois), 2 enfants, travail à domicile, 14 ans de vie avec le VIH)

D'après ce que ces femmes ont dit, on peut constater qu'en général la relation dans leur famille demeure très tendue. La stigmatisation de la part de la famille envers les personnes « ayant commis des fautes » persiste. Pour changer cela, il faut du temps et que la perception des individus et de la société vis-à-vis des personnes porteuses du VIH, soit éduqué.

7.2.4 Soutien familial

Chaque individu naît et grandit en s'attachant intimement à sa famille. La famille pour lui-même joue toujours un rôle important et elle occupe une position irremplaçable. En réalité, ceux qui vivent avec le VIH/Sida comprennent et voient mieux l'importance de ce rôle, notamment les femmes. Bien que dans plusieurs cas, la famille « se mette en dehors » et elle ne les aide pas.

La première attente à l'égard de la famille (élargie) est toujours d'ordre moral. La famille constitue un appui. En période de « stress », de « choc », la famille console. Elle console, par sa présence ou ses paroles, et rend une dignité à ces femmes. Car les femmes séropositives, au début, se perçoivent comme « malades », voire « inhumaines », « indignes » et « coupables ».

Nhung a la chance que sa famille l'aime pareillement en bonne santé ou malade. Elle a confié que, bien avant de découvrir qu'elle était infectée, le corps présentait des signes de

maladie, la famille était toujours intéressée et lui rendait visite. Elle n'a pas été séparée de sa famille mais a toujours été soutenue par sa famille. Elle a dit :

« Des membres de la famille m'aiment, certains frères et sœurs m'ont demandé pourquoi j'étais malade. » Jusqu'à ce qu'elle soit infectée, l'amour était le même, elle a raconté : « les membres de la famille m'aimaient toujours, la même chose à côté de la famille de mon mari... »

(Nhung, 42 ans, veuve, 1 enfant, profession libérale, 15 ans de vie avec le VIH).

Les confidences, les échanges et les conversations entre parents et enfants sont nécessaires pour montrer de l'affection et renforcer la cohésion entre les membres. Vy et Nhung ont des parents qui sont en bonne santé et les aiment :

« Papa est toujours à mes côtés, seuls mes frères ont peur de moi, mes parents sont toujours à côté de moi si j'ai besoin. Maman n'est pas comme papa mais je sens que mes parents m'aiment bien, partagent avec moi lors que je suis triste. »

(Vy, 33 ans, célibataire, 1 enfant décédé, chômeuse, 15 ans de vie avec le VIH)

L'environnement familial pousse, voire oblige, ces malades à se soigner :

« Ma famille m'a rappelée tout temps de prendre les médicaments. Parfois, c'était l'heure de prendre le traitement, mais oublié et ma famille m'a toujours rappelé à quelle heure je devais les prendre. »

(Oanh, 35 ans, mariée (2 fois), 2 enfants, travail à domicile, 14 ans de vie avec le VIH)

La famille constitue non seulement une aide morale, mais aussi une aide matérielle. Pour beaucoup de séropositifs, les problèmes financiers constituent un problème majeur. Pour ceux qui doivent soigner un proche également séropositif, les frais de médicaments et le régime alimentaire entraînent d'énormes dépenses non négligeables. Ils font donc appel à l'entourage familial élargi, sachant que les séropositifs sont généralement issus de familles pauvres.

« Mes parents aussi étaient tristes. Quand j'avais besoin d'aller ailleurs, mon père m'y emmenait. Par exemple il fait le trajet pour chercher les médicaments, pour que je puisse venir à la réunion des PVVIH et il me rappelle de prendre mon traitement. »

(Oanh, 35 ans, mariée (2 fois), 2 enfants, travail à domicile, 14 ans de vie avec le VIH)

À travers ces témoignages, on voit combien, au Viêt Nam, les valeurs traditionnelles d'amour, de protection et d'entraide des membres de la famille restent entretenues, et ont incontestablement joué un rôle majeur auprès des femmes de notre étude.

7.3 Éléments sociaux

7.3.1 Aide des amis, de la communauté

L'autre élément incontournable de la vie individuelle, c'est la communauté où elle s'inscrit. Comme le Viêt Nam est un pays en voie de développement, c'est sur la vie agricole qu'il se développe où le lien communautaire est très fort. Par conséquent, la communauté joue un rôle important pour chacun de ses membres. Les valeurs sociales de l'individu sont influencées par les normes et les valeurs de la communauté où il habite.

Lorsque les aides des parents font défaut, les voisins et amis remplacent la famille. L'importance du rôle des voisins s'exprime dans ce proverbe classique vietnamien : « *Bán anh em xa mua láng giềng gần* » [Néglige tes frères lointains s'il le faut. Mais cherche à gagner tes voisins proches] (Kiều, 2004, p. 290).

La petite famille de Phụng ne cohabite pas avec la grande famille. Elle a reçu l'aide des voisins. Ce partage non négligeable, tant moral que matériel, lui a été donné en période de grande difficulté. Lorsque son mari est mort, Phụng n'a reçu ni attention ni aide de sa famille ou belle-famille. Cette indifférence provient sans doute de la peur du VIH, qui provoque un rejet de la part de ceux qui ressentent cette peur. Mais, Phụng a reçu des aides de sa communauté, notamment à l'occasion des funérailles de son mari. On a collecté de l'argent pour elle et sa fille :

« Mon mari est mort vers 4h du matin. À 7h, les voisins ont fini de monter la tente. Ils sont allés chercher des tables, des tabourets et de la voile sans attendre que je demande. On m'a dit : Bien que ta famille n'organise pas les funérailles, l'argent a été déjà collecté (par les voisins) et je ne pouvais donc pas le leur rendre. Il est inutile d'acheter plus de papier votif, car il y en a déjà beaucoup. Si on en achetait plus, me disaient-ils, tu devras mettre plus longtemps à le brûler. Ne vaudrait-il pas mieux que tu prennes ce montant de 800 000 dongs restant ? Bien qu'on sache que ta belle famille

n'est pas d'accord, tu devrais le prendre car tu en auras besoin pour payer beaucoup de choses après cette funéraille . Ce montant plus l'argent offert par les voisins, les familles, cent ou deux cents mille dong m'ont permis de vivre au quotidien . »

(Phụng, 46 ans, veuve, 1 enfant, paire-éducatrice, 8 ans de vie avec le VIH)

L'apparition du groupe des autres séropositifs, subissant la même situation qu'eux, est une étape fondatrice importante pour ces malades. Le fait de s'attacher et de se sentir estimé par un nouveau groupe social est une étape valorisante. La sympathie et la compréhension sont au rendez-vous. En outre, la participation au groupe leur permet un meilleur accès aux protocoles des services médicaux.

7.3.2 Services médico-sociaux

Le Sida est une maladie incurable, car jusqu'à présent on n'a pas trouvé de médicament capable de guérir. Donc, des médecins, des agents médicaux sont très importants. Ils apportent non seulement des informations utiles aux malades, mais redonnent l'espoir et la foi dans le traitement. Ils aident les patients à vivre en se sentant utiles et plus optimistes. Les témoignages de notre étude le reflètent bien. La plupart des femmes participant à l'étude ont reçu des conseils, ont été examinées, ont été traitées et même ont reçu des aides des agents médicaux :

« Quand je suis venue à l'Institut Pasteur manière à faire le test VIH, j'y ai rencontré le docteur N. Il m'a dit que j'avais attrapé une mycose, que je devais prendre les médicaments prescrits et que je devais les acheter à mes frais. Après une semaine, j'avais toujours de la fièvre. Il m'a dit de m'inscrire au programme de traitement gratuit. Puis j'ai pris des médicaments ARV pendant six mois, j'ai revu plus tard le docteur N par hasard. À cette époque-là, mon esprit était éveillé et je me sentais en bonne santé. Il m'a conseillé de participer aux activités organisées par la communauté des gens comme moi, pour rencontrer des amis, partager ensemble nos expériences ou nous entraider. Il m'a dit que si je continuais à m'isoler, je ne pourrais pas vivre. Il m'a donné beaucoup de cartes de visite. J'en ai pris une par hasard. J'ai participé toute de suite au group TB. »

(Ngọc, 30 ans, mariée (2 fois), profession libérale, 5 ans de vie avec le VIH)

« Quand j'ai du temps libre le matin, Mme Thanh nous vient nous chercher dans les parcs. Elle nous a également rassemblés, mais je ne savais pas qu'elle était paire-éducatrice au pair. Elle nous a propagé et a distribué des préservatifs, des aiguilles et des seringues car elle avait peur que nous puissions transmettre la maladie aux clients, on a discuté entre nous, elle est très gentille et mignone. On se comprend. »

(Ngân, 34 ans, célibataire, prostituée, 4 ans de vie avec VIH)

L'apparition du groupe des autres séropositifs, subissant la même situation qu'eux, est une étape fondatrice importante pour ces malades. Le fait de s'attacher et de se sentir estimé par un nouveau groupe social est une étape valorisante. La sympathie et la compréhension sont au rendez-vous. En outre, la participation au groupe leur permet un meilleur accès aux protocoles des services médicaux.

7.3.3 Stigmatisation et discrimination de la communauté

La stigmatisation est un phénomène social lié aux facteurs économiques, sociaux et politiques d'une société et aux facteurs socio-psychologiques des personnes stigmatisées. Goffman dit de la stigmatisation qu'elle correspond à *« la dévalorisation profonde d'un sujet »* et qu'elle transforme *« une personne aux capacités pleines et entières en un individu méprisé aux capacités réduites. »* Il poursuit et remarque que *poser un regard négatif sur « les autres » permet au groupe ou à l'individu de confirmer leur propre « normalité » et de justifier ainsi leur dévaluation de « l'autre »* (Nyblade et al., 2003, p. 8).

La stigmatisation liée au VIH/Sida peut être décrite comme *« un processus de dévaluation des personnes séropositives. La discrimination, qui fait suite à la stigmatisation, désigne le traitement injuste fait à une personne au motif de son statut sérologique réel ou supposé »* (UNAIDS, 2003).

Selon Morrison , *« Parker et Aggleton ont fourni une base d'action à cette campagne en soulignant le fait que la stigmatisation est un processus produisant et reproduisant des relations de pouvoir, et que la stigmatisation liée au VIH renforce les inégalités sociales existantes »* (Parker. R, et Aggleton. P, 2003) ; (Morrison. K, 2007).

La stigmatisation et le mépris envers les personnes séropositives tient principalement à la méconnaissance que les gens ont de la maladie: plus la connaissance évolue, plus le mépris régresse et le regard de la société sur les personnes séropositives change en fonction de leur éducation. *En premier lieu*, c'est la propre peur des gens vis-à-vis du Sida, car on le considère comme une maladie dangereuse, transmissible et inguérissable : « Cette peur est aggravée par la confusion des messages parfois contradictoires transmis par les médias et par les ragots quotidiens sur les mécanismes supposés de transmission du VIH » (Khuát *et al.*, 2004a, p. 14). On ne veut toujours pas avoir de contacts directs avec des personnes vivant avec le VIH, bien qu'on connaisse parfaitement bien les voies de transmission principales de la maladie.

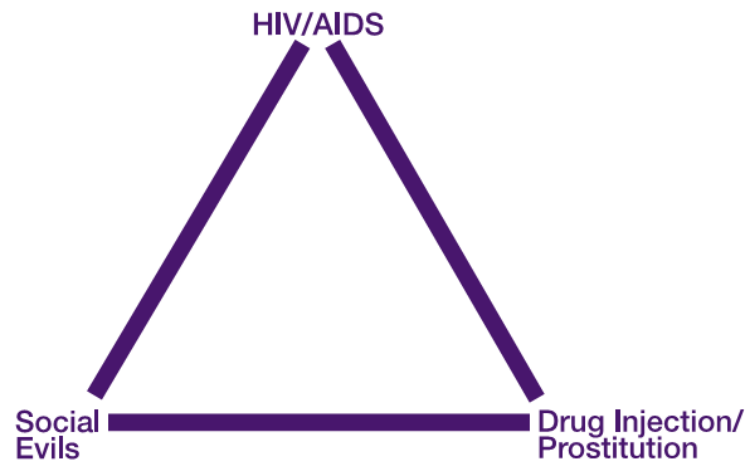
Ensuite, sous l'angle de l'éthique et des normes sociales, les personnes séropositives sont perçues (dans les politiques, les programmes d'État et l'opinion publique) par la société comme étant liées à la drogue et à la prostitution – deux phénomènes considérés comme des « fléaux sociaux » [*tê nạn xã hội*] (Cf. la section « identité ») et ces deux phénomènes sont considérés comme actes déviants par rapport aux normes sociales et aux valeurs éthiques du Viêt Nam (ainsi qu'en plusieurs autres pays).

Le lien entre les personnes séropositives et la drogue ou la prostitution existe car les gens croient que l'injection de la drogue et la prostitution entraînent inéluctablement la contamination. Or, c'est un fait que les personnes séropositives ont majoritairement été contaminées à la suite d'un de ces deux actes, mais pas tous. Par conséquent, les personnes séropositives sont beaucoup plus gravement stigmatisées, car elles sont considérées comme des « fléaux sociaux. »

La ligne que forme le lien VIH, Drogue-prostitution, Fléaux sociaux est appelée « *Triangle de stigmatisation* » [*stigma triangle*] (Khuát *et al.*, 2004, p. 20).

En fait, les personnes séropositives sont d'autant plus stigmatisées que lors des émissions de télévision ou autres (Cf. Annexe : *Affiches de la campagne de prévention et de lutte contre le Sida au Viêt Nam*), les médias soulignent toujours la notion de « fléaux sociaux » afin de les éliminer de la société et ce par, tous les outils juridiques possibles, lois nouvelles ou simple fait de recommander la délation auprès de la police.

Figure 17 Triangle de la stigmatisation



Cité par Khuât *et al.*, 2004, p. 20

On a vu que la discrimination naissait de la peur de la société envers ces malades. Peur de cet inconnu qui provoque la mort et peut se transmettre. Cette peur est en grande partie, la peur de l'« inconnu ». Face à l'inconnu naît souvent l'exclusion : soit on l'éloigne, soit on s'en éloigne. La société éloigne les malades à l'abri dans les hôpitaux, les amis s'éloignent du malade, en ont peur. Ne le reconnaissent plus comme des leurs.

Il n'existe presque pas d'exception. En effet, presque toutes les femmes positives VIH participant à cette étude ont dit que la stigmatisation des gens dans la société s'expliquait par leur peur de la maladie :

« Si on apprend que je suis séropositive, on me stigmatisera certainement. On en a très peur. C'est pourquoi je ne parle à personne de ma séropositivité. Puisque personne ne sait que je suis contaminée, on me traite normalement. Comme je me garde toujours propre, on ne le sait donc pas. Quand je venais de rentrer, on avait toujours peur de moi. On pensait que je me droguerais à nouveau. »

(Nguyêt, 33 ans, célibataire, profession libérale, 7 ans de vie avec le VIH)

La peur que la communauté a vis-à-vis de la maladie et des personnes séropositives persiste même après la mort de ces derniers. On dit souvent que « la mort est la fin. » Pourtant, cela n'est pas vrai pour les personnes mortes du Sida. En effet, lorsque les personnes séropositives sont vivantes, comme tout le monde a peur de cette maladie, personne ne veut plus entrer en contact avec eux. Même après leur mort, on en a encore peur. Du coup, on brûle toutes

leurs affaires afin d'éviter la propagation de la maladie. Cependant, la mort des séropositifs n'est pas la fin, car la société continue à mépriser leur famille. Dans le cas de Man, une femme participant à cette étude, son petit frère était contaminé. Lorsque ce dernier est décédé, la peur était telle que les voisins voulaient même casser son cercueil. Mân raconte :

*« Dans mon village natal, si on dit aux voisins que l'on est contaminé, ils auront peur et n'oseront pas s'approcher de nous... Quand mon frère était vivant, personne ne voulait s'approcher de lui, sauf ma mère et nous - ses frères et sœurs, des gens de notre famille. Même les gens de notre ascendance n'osaient pas s'approcher de lui. Nos parents n'osaient pas non plus venir lui rendre visite. Il a tendu un hamac sous un arbre et il s'y est installé. Seuls nous, ses frères et sœurs, venions le soigner, aucun voisin n'est venu lui rendre visite] Quand il est décédé, tout le monde a été au courant, ils ont dit qu'il était atteint du Sida, car il avait parlé de sa contamination à tout le monde dans notre village natal lorsqu'il vivait, il n'avait peur de personne... Quand il allait mourir, on nous a dit d'acheter un sac en caoutchouc d'avance dans le but de le mettre dedans juste après qu'il rendrait son dernier soupir, qu'ainsi les gens oseraient venir faire leurs condoléances, que sinon personne n'oserait venir... Quand il est décédé, nous avons fait fabriquer un cercueil. On a dit à ma mère de le casser et le jeter. Elle leur a dit : **Putain, il ne reste rien à jeter.** Elle n'avait peur de rien. On a brûlé toutes ses affaires sans n'en laisser aucune. »*

(Mân, 47 ans, veuve, 1 enfant, marchande ambulante, 9 ans de vie avec VIH)

La peur de la maladie et des séropositifs se manifeste dans la société par le fait que les gens les excluent et refusent tout contact :

« Quand les gens ont su que j'étais séropositive, on s'est éloigné de moi. En me voyant venir, ils tournaient le dos. S'ils discutent entre eux, ils s'arrêtent de parler en me voyant approcher. Je comprends mais je ne dis rien. Le temps résoudra les choses. Plus tard, grâce à l'information et à la communication à travers la radio locale, les gens comprendront progressivement et ils stigmatiseront moins. Pourtant la stigmatisation ne disparaît pas complètement, elle persiste toujours. Elle est comme un iceberg immergé. Ils stigmatisent mais pas autant qu'avant. Par exemple, je me suis assise sur une chaise, ensuite je me suis levée, on a immédiatement lavé la chaise sur laquelle je m'étais assise. Le croyez-vous? J'étais allée à un café dans mon quartier.

Après avoir pris un café, je suis partie. J'ai fait semblant de revenir et j'ai vu que l'on avait pris la chaise sur laquelle je m'étais assise pour aller la laver. Aujourd'hui, ce n'est plus comme ça. La stigmatisation diminue et c'est plus calme. Le comportement des gens n'est plus comme avant. On me traite avec égalité, mais c'est une égalité forcée. En effet, on n'est plus amical comme avant quand je n'étais pas contaminée. Les gens qui ne sont pas séropositifs, on les traite autrement. »

(The, 39 ans, célibataire, 2 enfants, profession libérale, 11 ans de vie avec le VIH)

« On n'ose pas entrer en contact avec moi ou causer près de moi. Je ne comprends pas du tout pourquoi ils ont peur d'être contaminés. Je ne le leur reproche pas, car ils ne connaissent pas bien cette maladie. J'en suis triste mais je ne leur reproche pas, car ils ne sont pas comme moi. Avant, j'étais comme eux, je ne le leur reproche donc pas. »

(Kim, 30 ans, célibataire, 1 enfant, prostituée, 6 ans de vie avec le VIH)

Ces femmes séropositives, sont stigmatisées par la société parce qu'elles sont atteintes de la maladie du siècle. Mais en plus, elles sont stigmatisées parce que les gens pensent qu'elles sont homosexuelles, toxicomanes ou prostituées. Cette stigmatisation est appelée « double stigmatisation », double peine (VNP+, 2015). L'histoire de The en est un bon exemple. Elle dit:

« Dans notre société, on attribue souvent des étiquettes aux personnes contaminées comme nous. Par exemple, pour les hommes, on dit qu'ils sont toxicomanes ; pour les femmes on dit qu'elles exercent un métier illégitime (prostitution). »

Elle nous raconte encore :

« Avant, je travaillais comme serveuse. Là où je travaillais, on me remettait en question, c'était inévitable. Pour être honnête, on m'a fortement insultée. Même quand je me suis mariée avec mon mari (le mari actuel), on m'a solidement engueulée. Puis, une personne a déblatééré dans mon dos. On m'a demandé pourquoi je n'avais pas répondu à cette personne, je m'en foutais. Si cette personne avait été correcte, elle aurait dû me parler en face et je l'aurais remerciée mais elle a parlé mal de moi dans mon dos, je m'en suis fiché. On a fait des commentaires méchants sur moi en disant que j'exerçais un métier méprisable (la prostitution). On m'en a tellement parlé tout le temps qu'aujourd'hui si quelqu'un me demande ce que je fais, je leur dis: Oui, je fais ce métier-là pour nourrir mes parents. Maintenant, plus personne ne me donne à

manger, plus personne ne nourrit mes parents. Je réponds comme ça à tous ceux qui m'interpellent. Étant choquée par leurs questions, je leur réponds comme ça. Je leur dis que, c'est vrai et je n'offre mon corps à personne gratuitement. Alors, on ne sait plus quoi dire je ne parle pas pareil à tout le monde. Je ne réponds pas d'une manière provocante à tout le monde. Si tu me parles respectueusement, je te parlerai aussi respectueusement. Si tu me parles d'une manière mal élevée, je ferai pareil avec toi. Si on dit que je suis pute mais on ne dit pas que j'exerce le métier de prostitution. On le dit franchement on dit que c'est à cause de ce métier que j'ai été contaminée. On le dit franchement. On ne le dit pas par derrière que j'exerce le métier de prostitution. »

(The, 39 ans, célibataire, 2 enfants, profession libérale, 11 ans de vie avec le VIH)

« À cette époque-là (en 2005), la société stigmatisait lourdement. Même mes frères et sœurs avaient peur de moi quand je suis revenue à mon village natal. Je n'osais donc pas y revenir. Je suis restée ici un certain temps et je ne suis revenue à mon village natal qu'après que tout ça a diminué. Là-bas, on stigmatise lourdement. On ne sait pas que j'ai été contaminée. Là-bas, on considère que tous ceux qui ont été contaminés sont liés à la prostitution et la drogue. C'est pourquoi, on n'ose pas aller à Sàì Gòn. »

(Yên, 43 ans, séparée, 1 enfant, marchande ambulante, 11 ans de vie avec le VIH)

Elles pensent que cette stigmatisation trouve son origine dans le fait que certaines personnes n'ont pas suffisamment ou n'ont pas de connaissances sur la maladie, et que lorsqu'on a des connaissances là-dessus, on les traite d'une manière normale.

« Je ne peux pas affirmer à 100 % que les gens ne stigmatisent plus. La stigmatisation n'a pas totalement disparu, elle persiste car il y a des gens qui n'ont pas de connaissances. Comme ces gens doivent travailler, ou bien pour parler d'une manière un peu dure, ils sont stupides, ils n'écoutent pas la radio, ils ne regardent pas la télé ou d'autres choses. Ils n'écoutent pas les médecins ou les consultants qui leur expliquent la voie par laquelle cette maladie se transmet. Comme ils n'ont pas de connaissances, ils me stigmatisent. Quant aux gens qui sont éduqués puisqu'ils regardent la télé ou d'autres choses, ils ont des connaissances, ils me traitent donc d'une manière normale. Pour être honnête, la stigmatisation n'a pas totalement disparu, elle persiste. »

(Thảo, 35 ans, mariée (2 fois), 4 enfants, marchande ambulante, 11 ans de vie avec le VIH)

« Bien sûr, j'avais peur qu'on l'apprenne. Si on avait appris que j'avais été contaminée, on en aurait eu peur, on aurait eu peur du VIH. Avant, lorsque je venais d'être contaminée, tout le monde en avait peur. Plus tard, on a entendu les médias dire que ce virus ne se transmettait ni par voies normales, ni en partageant la nourriture, qu'il ne se transmettait que par voie sanguine et sexuelle. Donc, on n'en a plus peur et on se comporte d'une manière normale. »

(Dung, 39 ans, mariée (2 fois), 1 enfant, marchande ambulante, 10 ans de vie avec le VIH)

Cela se voit nettement dans des familles côtoyant des personnes vivant avec le VIH. En effet, outre le fait qu'ils ont des proches subissant la même situation (être séropositives), les membres de ces familles acquièrent des connaissances sur la maladie. C'est pour cette raison qu'ils ne stigmatisent plus les personnes positives VIH comme le font les autres. Vâng raconte:

« Certains ne comprennent pas, ils en ont donc peur. Quant aux gens vivant en famille avec des séropositifs, ils n'ont peur ni de la maladie ni de moi. Ici, beaucoup de gens ont des proches contaminées par le VIH, ils n'en ont donc pas peur. Tous ceux dont les proches ne sont pas contaminées en ont peur. Je n'ose pas révéler ma séropositivité à des gens dont les enfants ne sont pas contaminés, de peur qu'ils nous excluent moi et mes enfants. Les autres femmes cachent aussi leur séropositivité, sans n'en parler à personne. »

(Vâng, 29 ans, mariée, 3 enfants, travail à domicile, 5 ans de vie avec le VIH)

La stigmatisation se manifeste par le fait que les gens excluent, ne veulent pas entrer en contact avec elles et ils parlent dans le dos des personnes séropositives:

« Non, on ne sait pas, je ne le leur dis pas. Si on le savait, on récupérerait le logement et ainsi je devrais déménager. Déménager tout le temps, c'est fatigant. En plus, on est très méchant, on ne parle pas de ma séropositivité directement avec moi, mais dans mon dos. C'est pourquoi, je ne veux le dire à personne. Par exemple, tu sais que je suis séropositive, tu ne dis rien en face, mais tu dis à tes enfants de ne pas s'approcher de moi, car je suis séropositive. Ensuite, tes enfants jouent dans la rue, ils disent à mes enfants : « Votre mère est atteinte du Sida », c'est malheureux. Au retour du travail, je reste dans la maison sans sortir. Si quelqu'un me donne de la nourriture, j'en mange.

Sinon, ce n'est pas grave. Lorsque je rencontre des enfants, lorsque je joue ou que je parle avec eux, je cherche à les protéger en ne tenant pas d'objets pointus ou coupants susceptibles de les égratigner. Une fois en rencontrant un enfant aimable, je lui ai pris les mains ou les pieds, on a dit des paroles blessantes dès que j'ai tourné le dos. Je les ai entendues par hasard et je me suis sentie triste. C'est pour cette raison que je cherche à éviter ces situations. Je ne pourrais pas le supporter si on me disait des paroles blessantes directement. »

(Tuyét, 39 ans, mariée (2 fois), 3 enfants dont un enfant séropositif, marchande ambulante, 7 ans de vie avec le VIH)

« Mes amis ne savent pas que je me drogue car je leur cache ma séropositivité. Parfois, certains disent que cette Thùy, elle est atteinte par le Sida. Comme je suis trop maigre, on pense donc que j'ai attrapé le Sida. Je m'en fous de ce que l'on dit car je ne sais pas comment leur répondre, je ne peux pas nier la vérité. Beaucoup de gens n'osent pas entrer en contact avec moi. En me trouvant trop maigre, on dit que je suis certainement toxicomane. Chaque fois que j'entends cela, je me sens très honteuse. »

(Thùy, 22 ans, mariée, 1 enfant, chômeuse, 5 ans de vie avec le VIH)

« Parfois quand je sors et je vois des gens prendre leur petit déjeuner ou du café dans la rue et j'entends ces gens critiquer et faire des commentaires. Les uns critiquent, les autres ne critiquent pas. Dans ce quartier, toutes les personnes âgées et tous les adultes sont au courant. Plusieurs fois, en passant, j'ai entendu ces gens parler, mais je ne savais pas de quoi ils parlaient. Ils ont dit que personne n'était correct aujourd'hui, que si quelqu'un rencontrait un malheur, tout le monde faisait des commentaires méchants, que la maladie se répandait. » En entendant ces paroles, je n'ai rien dit et m'en suis allée tout de suite en pensant qu'ils ne parlaient pas de moi, mais de quelqu'un d'autre peut-être. Dans mon quartier, il y a certainement quelques autres personnes qui sont aussi séropositives, mais ils cachent leur séropositivité. »

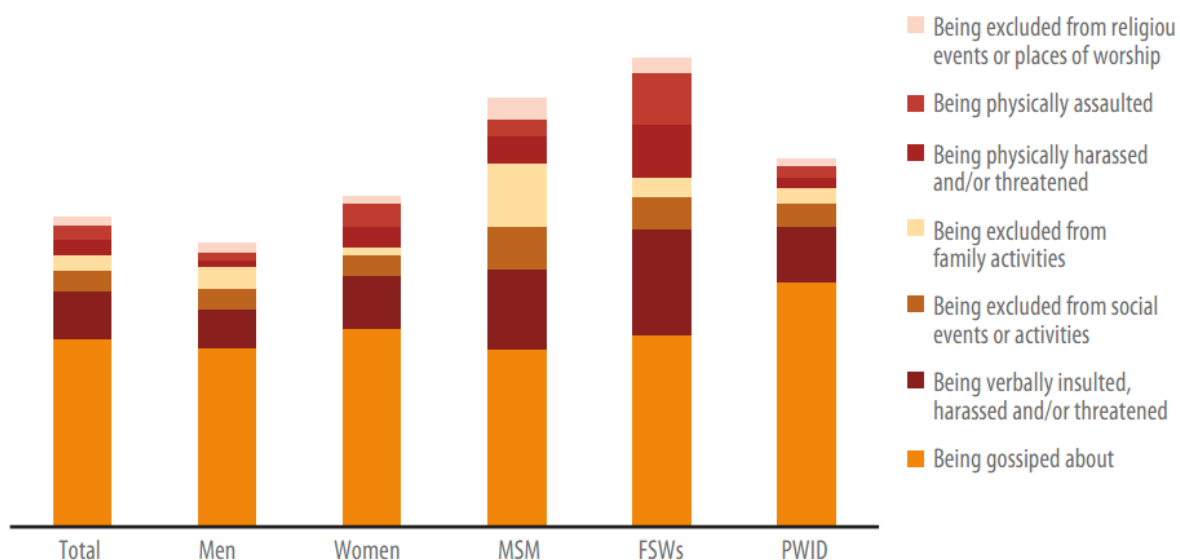
(Liên, 45 ans, célibataire, serveuse de café, 9 ans de vie avec le VIH)

Selon l'étude *Stigma Index* (2015) « le taux des personnes positives au VIH qui subissent des commentaires et des ragots est le plus élevé parmi ceux qui subissent la stigmatisation et la discrimination. » 23,35 % des personnes positives VIH disent qu'ils ont subi

des commentaires et des chuchoteries de la part des autres au cours de 12 derniers mois. Ce taux chez les toxicomanes est de 30 %, il est à noter que 82,6 % des personnes positives au VIH doivent subir des commentaires et des ragots, totalement ou partiellement en raison de leur séropositivité. Ce taux est de 59,5 % chez les femmes vivant avec le VIH et de 39,3 % chez les toxicomanes.

Les Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes (HSH) subissant des commentaires et des ragots pour d'autres raisons est de 27,3 %, et 50 % des prostituées sont stigmatisées en raison de leur contamination par le VIH et d'autres raisons en même temps, ce qui montre que la double stigmatisation s'explique par leurs comportements « à risque » (VNP+, 2015a, p. 42).

Figure 18 Expériences de stigmatisation et de discrimination communautaires/sociales au cours des 12 derniers mois



Cité par VNP+, 2015a, p. 42

Certaines femmes sont non seulement stigmatisées par les ragots, mais aussi offensées par le fait que les gens annoncent aux autres leur séropositivité.

« Une fois, j'étais tellement malade que je devais marcher avec une canne. Quelqu'un que je ne connaissais pas a écrit mon nom complet sur des feuilles et les a distribuées

comme des tracts partout dans mon quartier, du début à la fin de la ruelle. Il était écrit que Phan Thị Xuân était contaminée par le VIH. »

(Xuân, 36 ans, célibataire, chômeuse, 15 ans de vie avec le HIV)

Ces femmes sont discriminées dans les hôpitaux, leurs amis s'éloignent d'elles, mais elles sentent aussi le même problème de la part de leur famille. Elles sont très réceptives aux actions concrètes de la famille. La famille est l'endroit où des personnes contaminées, notamment des femmes contaminées, sont protégées et soignées.

Cependant, pour un certain nombre d'entre elles, la famille est aussi l'endroit où elles sont stigmatisées et exclues, au point que beaucoup ont dû quitter leur famille et vivre seules. Quant aux femmes séropositives participant à cette étude, pas mal d'entre elles ont été contaminées par leur mari mais ne reçoivent pourtant pas l'amour et la sympathie de la part de leur belle -famille.

Dans le cas de Mân, elle raconte :

« Avant, quand on était intimes, ils me demandaient de venir chez eux pour les aider lors des tous les événements familiaux à savoir leurs funérailles, les anniversaires de décès, je les aidais à cuisiner. Plus tard, après avoir appris ma séropositivité, ils ne m'ont plus demandé de les aider, même lorsque je suis revenue chez eux, ils ne m'ont rien laissé faire. Ils m'ont dit: « Reste là et ne fais rien ». Quand ils ont dit cela, J'ai compris qu'ils avaient peur et se méfiaient de moi. En général, ma belle-famille était assez gentille avec moi, car je l'aidais dans toutes les choses. Tous mes beaux-frères et belles-sœurs m'aimaient. Quand mon mari est mort et j'ai découvert ma contamination, aucun d'eux ne s'est occupé de moi. Parfois, des femmes stigmatisées m'ont dit : « Mon Dieu! Ma belle-famille me critique lourdement alors que je suis tellement malheureuse. On répète que je suis atteinte de telle ou telle maladie. » Ce matin, j'ai rencontré une femme qui est aussi atteinte de cette maladie (le Sida). Son mari est mort il y a environ deux ou trois mois. Sa grande belle-sœur a engueulé son mari devant tout le monde et a dit à ces derniers que sa petite belle-sœur avait attrapés « le Sida. » Aujourd'hui, personne dans le quartier ne la fréquente plus. Elle est venue me voir à midi. J'ai été choquée et j'ai eu pitié d'elle en écoutant son histoire. »

(Mân, 47 ans, veuve, 1 enfant, marchande ambulante, 9 ans de vie avec VIH)

Une autre femme nous raconte l'histoire de sa copine qui est stigmatisée et discriminée par sa famille :

« Ma copine en est un exemple. Les gens dans sa famille mettent des gants pour tout, même pour ouvrir la porte. Je me sens triste pour elle. Je lui ai demandé si elle était triste d'être traitée de cette manière. Elle m'a dit qu'elle était évidemment très triste d'être traitée pareillement par sa famille. Elle est triste mais pourtant elle se drogue. »

(Mãn, 28 ans, célibataire, profession libérale, 10 ans de vie avec le VIH)

*« En apprenant que j'ai été contaminée, il a incité son enfant à courir le long de la rue en hurlant : **La femme de l'oncle, Tu es atteinte par le Sida.** Je l'ai rapporté à la police. C'est le neveu de mon mari. Il a crié que la femme de l'oncle Tu étais atteinte par le Sida. Lorsque j'allais dans la rue, dès que je sortais de ma maison, tout le monde me regardait. Tous les matins, lorsque je sortais de ma maison afin d'aller au travail, je voyais trois ou quatre personnes m'attendre dans la rue dans le but de me regarder. Le soir, lorsque j'entrais ma moto à la maison, trois ou quatre personnes rentrant du marché m'attendaient aussi là pour me regarder. C'était les années 2004 et 2005. Quant à mes petites et grandes belles-sœurs vivant sous le même toit que moi, elles m'excluaient. Elles étaient toutes terribles. Elles ne parlaient pas avec moi. »*

(Yên, 43 ans, séparée, 1 enfant, marchande ambulante, 11 ans de vie avec le VIH)

Cependant, les mères et les pères sont les personnes qui aiment leur enfant le plus et qui ni ne les excluent ni ne les stigmatisent. Elles racontent :

« Tout est normal, rien n'a changé car ma famille n'est pas nombreuse. En effet, mon mari et moi habitons avec mes parents. Mes parents ne critiquent rien. Peut-être que c'est parce qu'ils pensent que mon mari a été contaminé et qu'il m'a évidemment transmis la maladie. Notre vie se déroule comme d'habitude. Rien n'a changé. »

(Ngọc, 32 ans, mariée, 1 enfant, marchande ambulante, 7 ans de vie avec le VIH)

« Ma mère me traite comme une personne normale, elle me traite de la même manière que quand je n'étais pas malade, elle ne me discrimine pas. Je pense que je suis plus chanceuse que beaucoup d'autres personnes. C'est pourquoi je ne suis pas triste. Si ma famille me discriminait, je serais triste et ne serais pas ici. Mes parents m'ont dit de prendre les médicaments et de ne pas penser à quoi que ce soit, qu'ils ne

m'abandonneraient pas, que c'était seulement moi qui pourrais les abandonner et que ma famille ne m'abandonnerait jamais. »

(Mãn, 28 ans, célibataire, profession libérale, 10 ans de vie avec le VIH)

Jusqu'au moment de l'interview, certaines femmes pensaient qu'il restait beaucoup de gens qui stigmatisaient les personnes positives au VIH :

« En général, je ne fréquente plus jamais personne d'autre que celle dont j'ai parlé avec toi tout à l'heure. En général, beaucoup de mes amis ont appris que j'avais été contaminée. Aujourd'hui, les amis ne sont pas sincères les uns avec les autres. Tant que tu as de l'argent, tu as des amis. Si tu n'as pas d'argent, ils ne te fréquentent plus. Je n'ai qu'un seul ami dont j'ai parlé avec toi. Il reste beaucoup de personnes qui discriminent énormément. »

(Hièn, 38 ans, célibataire, prostituée, 11 ans de vie avec le VIH)

« J'ai peur que les gens apprennent ma séropositivité lorsque je ferai mettre à jour mon livret de famille prochainement. J'en ai peur, car on stigmatise toujours les personnes contaminées. Si on ne sait pas que je suis contaminée, on vient manger dans mon petit restaurant de rue. Si on le sait, je ne pourrai plus jamais faire ce petit commerce. »

(Yén, 43 ans, séparée, 1 enfant, marchande ambulante, 11 ans de vie avec le VIH)

Elles sont également stigmatisées dans des établissements de santé :

« Après l'accouchement, je me suis demandé pourquoi on ne m'avait pas emmenée dans une salle normale destinée aux femmes ayant accouché par voie basse. On m'a emmenée dans une salle au fond du couloir, après avoir passé les toilettes. Là-bas, il y avait des femmes atteintes de l'hépatite B. Il y avait aussi des femmes contaminées comme moi, mais elles ne l'ont pas dit. Je me doutais qu'elles étaient contaminées en les regardant. En effet, les femmes atteintes de graves maladies transmissibles ont été emmenées dans cette salle. C'est pourquoi je me suis posé cette question. J'ai été triste. J'ai beaucoup réfléchi. Je ne savais pas pourquoi on m'avait emmenée dans cette salle-là. Et puis, on m'a demandé d'emmener mon bébé dans la salle de bains. On l'a lavé avec des gants médicaux. »

(The, 39 ans, célibataire, 2 enfants, profession libérale, 11 ans de vie avec le VIH)

Depuis qu'elle est contaminée, elle doit subir une stigmatisation considérable de la part des établissements de santé à chaque fois qu'elle y va pour se faire examiner. Elle raconte :

« Un jour, je suis tombée malade. Je suis allée à l'hôpital pour me faire examiner. J'ai dit à l'agent de santé que j'étais contaminée et que j'avais subi un test sanguin. On m'a dit d'attendre dans un coin avant d'entrer dans une salle. On m'a fait entrer dans plusieurs salles. On m'a posé des questions sommaires sans m'avoir tâté le pouls. Et puis, on m'a dit de rentrer chez moi et de ne pas m'inquiéter de ma santé. »

(The, 39 ans, célibataire, 2 enfants, profession libérale, 11 ans de vie avec le VIH)

« Ce médecin est entré dans la salle, mais il n'osait pas m'accoucher en sachant que j'étais contaminée. J'ai accouché dans une salle privée. Il m'a laissée souffrir horriblement, il n'osait pas m'accoucher. Il m'a laissé pousser moi-même pour expulser le bébé, il m'a laissé accoucher toute seule, car il avait peur du risque d'être en contact avec mon sang et donc d'être contaminé. »

(Kim, 30 ans, célibataire, 1 enfant, prostituée, 6 ans de vie avec le VIH)

Oanh a aussi dit que la stigmatisation de la société l'empêche de participer aux activités sociales dont celles qui sont liées au VIH. Elle raconte :

« J'étais membre d'un club « camarade aide camarade » dans le but d'aider des personnes contaminées. Une fois, je suis venue chez une personne contaminée pour faire de la sensibilisation. J'y ai vu des gens de sa famille, je n'osais donc plus la sensibiliser. J'y suis revenue plusieurs fois avec d'autres gens, mais sa famille n'aimait pas notre travail. Une autre fois, en apprenant qu'une famille avait un enfant contaminé, je suis immédiatement venue rendre visite à cette famille, mais je trouvais que je n'étais pas la bienvenue et qu'on me regardait d'une manière bizarre, on n'était pas content de ma présence. En me voyant, on avait l'air étrange. J'y suis restée un instant et puis je m'en suis allée. Aujourd'hui, je ne participe plus à cette activité, même si on me le demande. »

(Oanh, 35 ans, mariée (2 fois), 2 enfants, travail à domicile, 14 ans de vie avec le VIH)

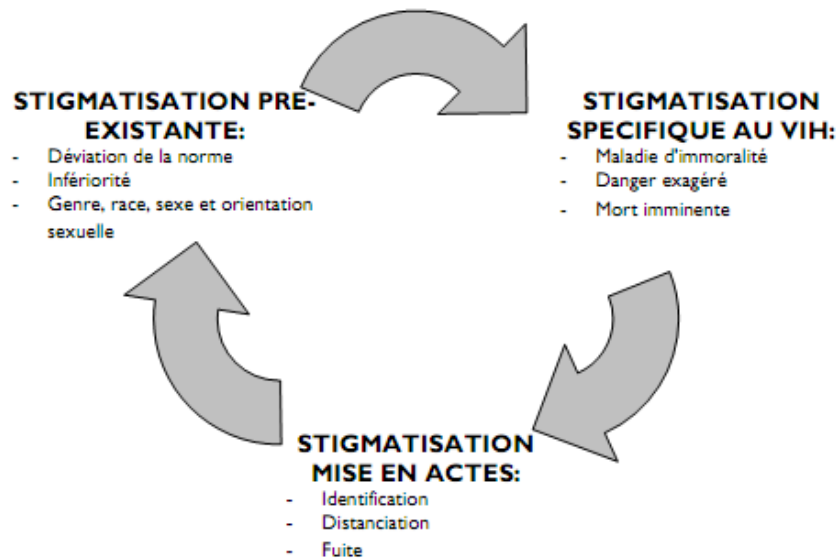
En outre, elles subissent d'autres types de stigmatisation par exemple se voir refuser des postes, être licenciées (Cf. la section « *Emploi* »).

Si les hommes sont infectés par le VIH via la consommation de drogues injectables ou de rapports sexuels non protégés, la société les considère comme des « fléaux sociaux » [*tê nạn xã hội*]. Par contre, si les femmes sont infectées par le VIH via leurs maris infectés, elles sont réputées avoir « violé les normes éthiques de la société » [*vi phạm chuẩn mực xã hội*] (Khuât *et al.*, 2004).

L'absence de compréhension de la part des amis et des proches, en plus du complexe d'infériorité lié à leur maladie, amènent les femmes infectées par le VIH à s'isoler.

Ainsi, les femmes subissent la stigmatisation de la société. Cette stigmatisation trouve son origine dans la peur de la maladie mortelle, du manque de connaissance des habitants, de l'absence des politiques réelles permettant de protéger et d'éliminer la discrimination envers des personnes positives au VIH.

Figure 19 Éléments de la stigmatisation

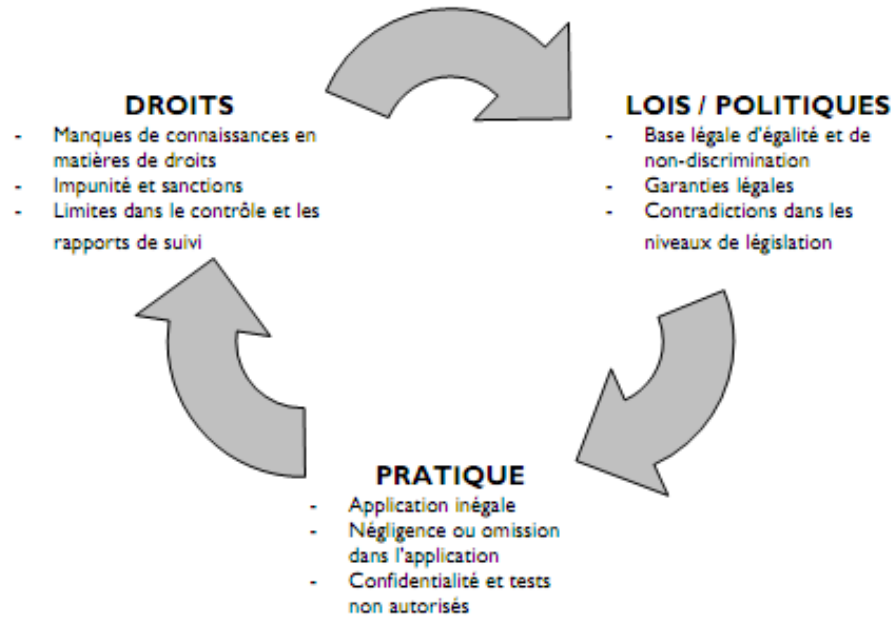


Cité par Morrison, 2007, p. 5

Ken Morrison (2007) a montré les éléments de la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH. La stigmatisation associée au VIH pourrait consister en trois catégories: la stigmatisation pré-existante, la stigmatisation spécifique au VIH et la stigmatisation mise en actes ou tangible. Ces catégories se chevauchent et sont interconnectées, elles n'agissent pas comme des éléments isolés mais forment un continuum qui se construit sur les autres catégories et les renforce (Lundgen & Olausson, 2013).

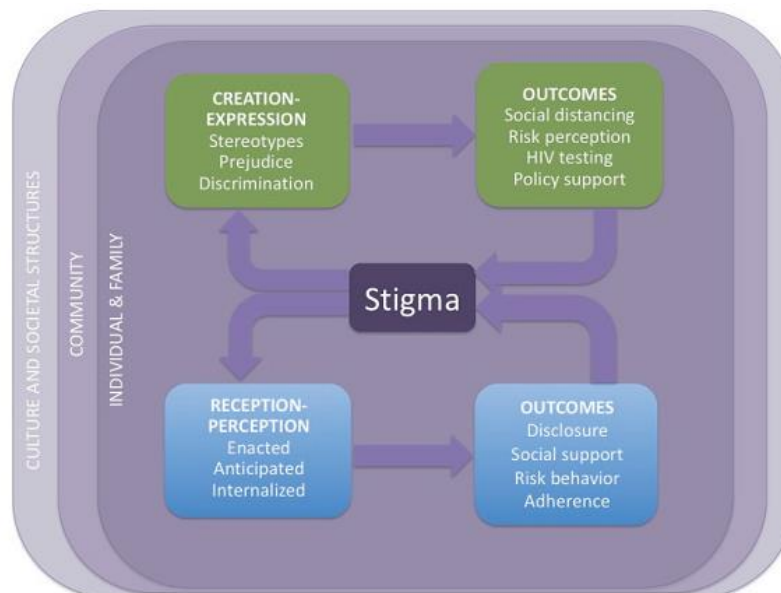
Il a identifié trois catégories récurrentes en lien avec la discrimination : la loi et les politiques ; l'application ou les pratiques légales et de politiques et les droits humains.

Figure 20 Éléments de la discrimination



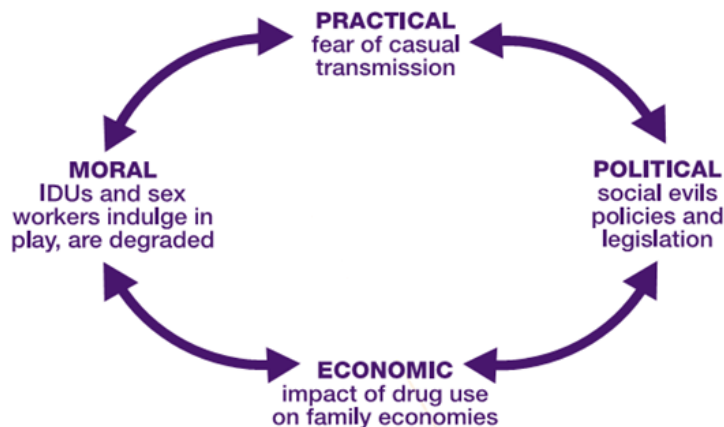
Cité par Morrison, 2007, p. 6

Figure 21 Cadre conceptuel, cadre de stigmatisation du VIH



Cité par Pharris-Ciurej, 2011, p. 67

Figure 22 Causes de la stigmatisation et de la discrimination liées au Sida

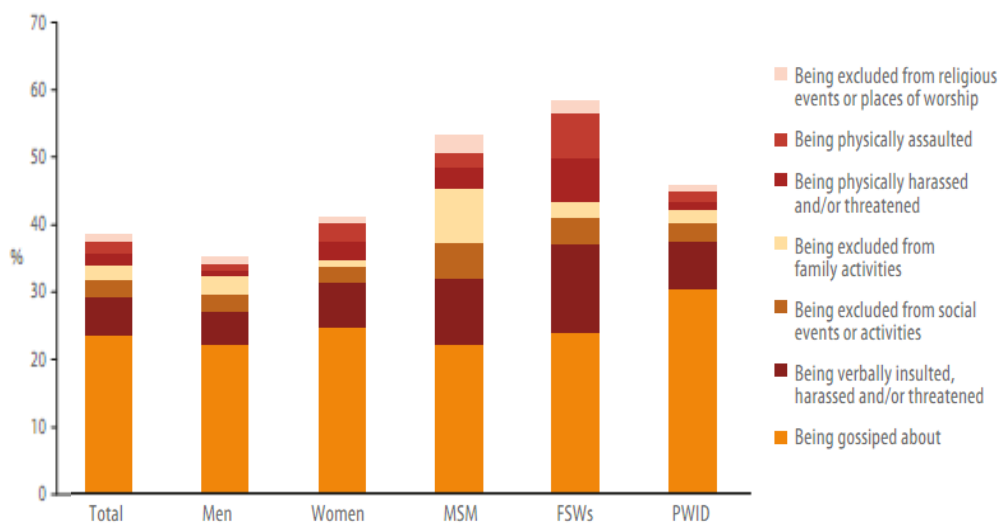


Cité par Khuât *et al.*, 2004, p. 39

Dans Stigma Index, VNP+ (2005) a réaffirmé que les formes de discrimination vis-à-vis des personnes positives VIH sont fort variées.

En effet, ils sont verbalement offensés (font l’objet de commentaires, de rumeurs, d’insultes, et de menaces), subissent des actes discriminants et injustes (être exclus des activités de la famille, de la société ou des organisations religieuses) et des atteintes physiques, sont attaqués et brutalisés, subissent la pression psychologique de leur partenaire ou se font refuser des relations sexuelles à cause de leur contamination par le VIH ou sont discriminés par d’autres personnes vivant avec le VIH (VNP+, 2015a, p. 42).

Figure 23 Expériences de stigmatisation et de discrimination communautaires /sociales au cours des 12 derniers mois



Cité par VNP+, 2015a, p. 42

En résumé, la stigmatisation et la discrimination envers des femmes contaminées par le VIH demeurent très lourdes. C'est l'obstacle majeur à leur contact avec le monde extérieur.

Des femmes contaminées subissent la stigmatisation plusieurs fois, sous plusieurs formes dans leur vie depuis qu'elles vivent avec le VIH. L'obsession de la stigmatisation, l'exclusion et l'éloignement de la société à leur égard leur ont fait perdre la confiance et la foi qu'elles avaient en la société. Elles doivent également subir la stigmatisation à l'égard de leur famille, par exemple leurs enfants. Ce qui les empêche d'avoir des relations avec les gens autour d'elles.

Mais c'est surtout un obstacle à leur élaboration de nouvelles relations, ce qui limite ou prolonge le temps nécessaire à leur réintégration dans la communauté après être contaminées, notamment, et c'est le plus grave, l'accès à la prévention, aux soins et aux traitements du VIH. En même temps, cela cause l'auto-stigmatisation et la haine de soi qui les blessent davantage.

Conclusion du chapitre VII

La reconstruction des relations sociales de chaque personne est différente. La famille est un soutien moral et matériel pour les femmes séropositives, et particulièrement, le rôle de l'enfant. C'est un appui pour surmonter le destin et combattre la maladie. On a vu la singularité de chaque parcours, selon l'origine de la contamination, en étaient-elles responsables ? La réaction est différente, selon qu'il y ait ou non présence d'enfants, selon le type d'aide apporté par la famille élargie, selon les moyens financiers octroyés aux malades.

En commun, elles ont toutes connu le choc de la nouvelle, le traumatisme, la pauvreté, la santé détériorée, la perte du travail, la méfiance des entourages méconnaissant la maladie, la mort d'un proche, et la mort en général. Mais toutes soulignent le changement radical apporté par les nouveaux traitements qui permettent une nouvelle hygiène de vie, une projection dans le futur et de nouvelles rencontres.

En devenant « guérissable » la maladie se normalise aux yeux des entourages et donc de la société. Mais tout n'est pas rose pour ces femmes, car reste le problème majeur du travail. Des activités ponctuelles ne suffisent pas à gagner leur vie. De gros efforts restent à faire en ce domaine, au niveau des employeurs.

Le chapitre suivant va ainsi chercher à préciser les contextes du processus de reconstruction des relations sociales de ces femmes séropositives et une analyse en détaillera les différentes étapes.

Chapitre VIII Processus de reconstruction des relations sociales des femmes vivant avec le VIH/Sida

Ce chapitre a pour but de décrire le processus de reconstruction des relations sociales des femmes infectées au VIH participant à l'étude. Il se compose de quatre parties : La première décrit le contexte dans lequel s'opère la reconstruction de ces ; La deuxième et la troisième abordent la détermination de la manière de reconstruire les relations sociales de ces femmes à chaque niveau (individuel, groupe officiel et groupe non officiel). La quatrième décrit leur espoir dans la vie.

8.1 Contexte du processus de reconstruction des relations sociales

La plupart des femmes participant à l'étude sont des personnes ayant un bas revenu, venant des foyers « pauvres » ou « presque pauvres ». Ce sont non seulement des femmes issues du groupe à « haut risque », qui ont exercé ou exercent encore la prostitution ou qui ont utilisé ou utilisent encore des drogues, mais aussi des travailleuses manuelles qui ont été infectées par leur mari (voir la section sur limite d'échantillon – les femmes ayant un niveau d'instruction élevé, un emploi stable et un revenu ne participant pas à l'étude).

Certaines femmes participant à l'étude ont été infectées au VIH alors qu'elles étaient célibataires par suite de l'usage de drogue ou à des rapports sexuels non protégés. D'autres ont été infectées par leur mari après le mariage. Alors que certaines ont été infectées lors d'activités extérieures.

La vie des femmes infectées diffère de l'une à l'autre mais leurs histoire individuelle s'inscrit dans un contexte objectif, social commun. Pourtant les éléments subjectifs, spécifiques de personnalité varient.

Les processus de reconstruction des relations sociales diffèrent. Les facteurs décisifs pour recréer des relations sociales dépendent de contextes concrets. Il s'agit du choix de mode de vie de chacune afin de se réintégrer et de stabiliser leur nouvelle vie le plus vite et le plus efficacement possible.

En général, la découverte de leur infection VIH a eu lieu après leur mariage. Presque toutes ont été infectées à la suite d'un rapport sexuel non protégé avec leur mari. C'est aussi le moment où elles ont dû soigner leur famille. Elles ont changé de vie quand elles ont pris des médicaments, car pour respecter les règles d'observance, elles ont dû déménager et changer de travail.

En regardant les événements importants dans la vie des PVVIH, on constate que l'infection VIH représente un jalon important. Si avant l'infection VIH, ces femmes avaient une vie familiale comme les autres, l'apparition du VIH les a obligées à s'adapter à une nouvelle situation. Ces changements étaient nécessaires et ce processus se déroule différemment pour chaque individu, il dépend de la situation concrète de chacune.

Le premier changement dont il faut parler concerne leur santé. Après avoir contracté le virus, leur système immunitaire est épuisé.

Toutes prennent des ARV quotidiennement, elles font souvent face à des maladies pour les personnes saines mais peuvent causer la mort chez des personnes infectées. Elles ont dû déménager et quitter leurs parents, voire abandonner leur village natal pour aller vivre ailleurs et recommencer leur vie. Bien que leur nouvelle vie soit plus difficile, privée de leurs anciennes amitiés, cela leur apporte de la quiétude, car personne ne sait qu'elles sont infectées. Il s'agit là d'un des conséquences inéluctables de la discrimination vis-à-vis des personnes séropositives, cette conséquence les oblige à quitter leur village natal. Ce qu'il rend difficile la gestion et la prise en charge des séropositifs dans les grandes villes.

Leur situation familiale a changé, certaines sont tout à coup devenues veuves après la mort de leur mari du Sida. Plusieurs d'entre elles n'ont pas voulu se remarier et sont restées veuves pour élever leurs enfants. D'autres ont retrouvé le bonheur quand elles se sont remariées avec un homme contaminé comme elle. Certaines d'autres se sont remariées à trois reprises avec des hommes séropositifs.

Les Vietnamiens ont un proverbe : « *Có an cư mới lạc nghiệp* » [Vivre en paix et travailler dans la joie] (Hà, 2014, p. 420) pour dire que l'on ne peut stabiliser sa carrière et son travail que quand on a un logement stable. Les femmes séropositives doivent non seulement changer de lieu de vie, mais aussi de travail, quand elles ne peuvent plus occuper l'ancien pour

des raisons de santé et de discrimination. Ce n'est pas facile pour elles d'autant plus qu'elles n'ont aucune qualification professionnelle, que leur santé est fragile et qu'elles ne reçoivent aucune aide. Ces obstacles les obligent à trouver une stratégie de subsistance appropriée à leur réalité. Cette réalité dépend des conditions de vie, de l'origine de leur famille et de la situation de chaque personne. La conviction, les normes et le réseau de relations sociales de ces femmes forment leur vie passée et présente.

Plusieurs d'entre elles ne vivent pas avec leurs beaux-parents ou leurs parents mais choisissent de vivre indépendamment d'eux. Presque toutes leurs activités quotidiennes doivent être réorganisées en fonction de l'état de santé actuel. En plus de gagner de l'argent, elles doivent s'occuper de leur famille tout en maintenant leur santé. Elles changent de travail pour s'adapter à leur état de santé actuel. Par exemple, généralement elles font de petits commerces ou travaillent pour leur parents et/ou font des ménages. Rares sont celles qui ne font rien et vivent essentiellement des aides financières de leur famille. Dans le contexte social d'HCMV où le processus de « *marchandisation des services d'intérêt social fondamentaux se déroule plus vigoureusement et activement que dans d'autres localités* » (Trần, 2010, p. 31), les frais médicaux deviennent de plus en plus un fardeau pour la catégorie de population pauvre et vulnérable. « *Le système financier destiné à la santé du Viêt Nam renforce les inégalités dans l'accès aux services de soins médicaux et les disparités en matière de santé, ce qui rend de nombreuses de personnes pauvres à nouveau.* » (United Nations Viet Nam, 2003, p. 5).

Dans le but de faire face à ce problème, un bon nombre de femmes séropositives ont ce que l'Etat leurs propose : accéder aux services médicaux spéciaux destinés aux personnes porteuses du VIH grâce aux programmes gratuits destinés aux personnes infectées financés par l'État et les organisations non gouvernementales. De nombreuses femmes bénéficient du traitement antirétroviral gratuit. Quant aux femmes utilisant des drogues, elles peuvent participer au programme de traitement de substitution par méthadone.

Le VIH/Sida est donc non simplement une pathologie médicale, mais aussi un phénomène social qui se forme dans des contextes sociaux spécifiques. Le processus de traitement de la maladie nécessite non seulement l'élimination des germes pathogènes, mais aussi des efforts conjoints pour le rétablissement physique et spirituel des malades. Le traitement de la maladie concerne non seulement les individus, mais aussi le processus de

reconstruction de leurs relations sociales avec l'environnement de vie. De nombreuses études ont montré la nécessité des relations sociales pour le processus de traitement de la maladie. (Shan Qiao *et al.*, 2015, p. 115).

En étudiant la façon, propre à chacune, de recréer un environnement social, on étudiera la reconstruction de ces liens sociaux. Leurs relations peuvent être maintenues sur la base des anciennes relations ou être nouvellement créées. Auquel cas, ce processus implique une continuité du passé au présent.

8.2 Reconstruction des relations sociales au niveau individuel

Le choix de maintenir, de couper les anciennes relations ou de développer de nouvelles relations est bien réfléchi, ce qui trouve son origine dans l'état de santé et les expériences personnelles liées à des réactions de la société à l'égard des femmes séropositives.

Certaines femmes comme Nguyêt en sont un exemple. Nguyêt a consommé de la drogue. Actuellement, elle n'a aucun lien avec ses anciens camarades de classe à cause de son passé.

« En sachant que je suis toxicomane, ceux qui étaient dans une même classe que moi ne veulent plus me fréquenter. C'est parce que je ne les fréquente pas. »

(Nguyêt, 33 ans, célibataire, profession libérale, 7 ans de vie avec le VIH)

Les femmes séropositives « ont perdu » non seulement leurs anciennes relations, mais aussi elles ont coupé elles-mêmes ces relations. Cela trouve son origine dans le fait qu'elles ont des complexes pour elles-mêmes, pour leurs conditions de vie actuelles lorsqu'elles se comparent avec leurs anciens amis et collègues.

« Avant, quand je n'étais pas malade, je sortais avec elle en joie et enthousiasme. Plus tard, après avoir découvert mon infection au VIH, je me suis démoralisée, je ne veux fréquenter personne, je ne veux parler avec personne. Comme si je ne veux plus rien comme mes amis. Alors je m'esquive, pour ne pas perdre du temps. Je ne veux plus rencontrer mes amis. Parfois, lorsque je suis au café avec elle, je me sens très triste. Elle est en bonne santé tandis que je suis malade. Elle n'en sait rien. Serait-t-il

raisonnable que je lui dis la vérité ? Si je lui dis la vérité, elle me fuira. Alors, je lui cache la vérité. Lorsqu'elle vient me chercher, je m'esquive. »

(Liên, 45 ans, célibataire, serveuse de café, 9 ans de vie avec le VIH)

Certaines femmes choisissent d'« avoir peu de contacts » et de s'isoler.

« Ça fait longtemps que je ne fréquente pas mes amis, ça fait 10 ans. Je communique très peu avec des gens. Je reste chez moi la plupart du temps. Quand je finis mon travail, je vais chez mes voisins pour causer un instant et puis je rentre chez moi pour m'occuper de mes affaires. Je communique très peu avec les gens. »

(Vân, 43 ans, divorcée, 1 enfant décédé, profession libérale, 12 ans de vie avec VIH)

Ou bien elles cherchent tous les moyens pour minimiser les rencontres, causer avec des amis, éviter des opportunités de communiquer avec des gens.

« Elle (son amie) m'appelle souvent pour m'inviter à sortir, à aller par-ci, par-là, à manger avec elle, mais je refuse toujours. Je fais souvent semblant d'être occupée. Je lui dis souvent que je suis prise de mes affaires, que je ne peux pas aller, que je vais avec elle une autre fois peut-être. »

(Liên, 45 ans, célibataire, serveuse de café, 9 ans de vie avec le VIH)

Pour de nombreuses femmes, après leur mariage, leurs relations se restreignent à la famille (avec leur mari, leurs enfants et leur belle famille). Elles oublient d'entretenir les relations amicales. « Depuis que je me suis mariée, je ne sors plus avec mes amis », a dit Oanh (35 ans, mariée (2 fois), 2 enfants, travail à domicile, 14 ans de vie avec le VIH)

Elles doivent mettre du temps pour s'occuper de leurs enfants et faire des ménages. En plus, certaines d'entre elles ne sont pas encouragées par leur mari de garder le contact avec leurs anciens amis.

« Depuis mon mariage, je ne sors plus avec mes amis. Je reste à la maison pour m'occuper de mes enfants. Mon mari est très difficile. Il ne me permet d'aller nulle part. Je dois juste rester à la maison pour faire des courses au marché, faire la cuisine, emmener nos enfants à l'école et s'occuper d'eux. »

(Vàng, 29 ans, mariée, 3 enfants, travail à domicile, 5 ans de vie avec le VIH)

« Puisque je me suis mariée, je ne fréquente plus mes amis. Je ne sors plus avec eux mais je les vois. Par exemple, si je les vois dans la rue, je cause un instant avec eux, je leur dis bonjour. Concernant mes partenaires commerciaux, ils se comportent normalement avec moi car ils ne savent pas que je suis dans cette situation (l'infection au VIH). »

(Ngọc, 32 ans, mariée, 1 enfant, marchande ambulante, 7 ans de vie avec le VIH)

Les témoignages dans l'étude montrent que les relations d'amitié et de travail de ces femmes sont maintenues mêmes après la découverte de leur infection VIH, bien qu'elles aient été interrompues pendant un certain temps. Les femmes ayant le niveau du bac conservent leurs amitiés, mais la divulgation de la séropositivité est très rare. Elles gardent une distance avec leurs amis, car elles ont toujours un complexe lié au fait qu'elles ne feront pas de belles carrières. Ce qui les empêche de renouer la relation d'amitié et dans certains cas, elles ont même perdu des amis intimes. Elles n'osent pas ou ne peuvent se révéler qu'à très peu d'intimes. Ainsi, le cercle des relations se restreint considérablement.

Le cas de Hiên, une prostituée est une des rares femmes qui maintient toujours l'amitié étroite avec une amie de l'école primaire. Leur amitié se resserre à travers des moments où son amie l'a aidée.

« Plus tard, je n'ai aucune relation, beaucoup de mes amis savent que je suis malade. Ils ne sont pas sincères les uns avec les autres. Lorsque j'avais de l'argent, j'avais des amis. Maintenant, je n'ai pas d'argent, ils ne me fréquentent plus. Je n'ai qu'une amie qui était dans une même classe que moi depuis le CE2 à la classe de 4^e où j'ai arrêté l'école. Mon amie m'aide beaucoup, dans tous les aspects. Parfois, quand je n'ai pas d'argent, elle me le donne. Quand je menais une vie vagabonde et je n'avais pas d'endroit pour dormir, elle m'a emmenée chez elle. En général, cette amie m'aime le plus. »

(Hiên, 38 ans, célibataire, prostituée, 11 ans de vie avec le VIH)

Elles restreignent non seulement leurs anciennes relations, mais en plus elles maintiennent une distance dans les rapports avec leurs collègues actuels, ce qui arrive à beaucoup d'entre elles. Ne voulant pas divulguer leur vie et leur santé, elles limitent ces rapports au niveau minimum de communication, à des salutations de courtoisie. *« Au lieu de travail,*

seules les collègues s'échangent rapidement quelques mots, se racontent ce qui s'est passé au travail la veille, c'est tout », a dit Ngân, (Ngân, 34 ans, célibataire, prostituée, 4 ans de vie avec le VIH).

Phuong, une travailleuse de sexe en est un autre exemple. En raison de la sensibilité et des risques de son métier lié aux acheteurs de sexe et la consommation facile des substances addictives, elle a pris l'initiative de ne pas construire une relation étroite avec ses collègues. Les communications entre elles ne se font et se terminent qu'au lieu de travail. Elle cherche à éviter d'être embringuée dans l'usage des drogues.

« J'ai des collègues. Ces gens-là se passionnent pour « la mort » – la drogue, la méthamphétamine, elles consomment toute sorte de drogue. Par exemple, quand on travaille dans un même lieu, on peut boire ensemble une bouteille d'alcool ou quelques bières. Et puis, chacune reçoit de ses clients. On ne se dispute pas les clients. Dans ce groupe, je ne peux pas faire n'importe quoi. Sinon, je mourrai facilement. Par exemple, si quelqu'une trouve un bon client et est bien payée, nous cotisons de l'argent pour aller manger ensemble. Mais si quelqu'une m'invite à visiter son domicile, je n'y vais pas. En général, je vis calmement, je ne suis pas ouverte comme les autres. »

Phuong, 35 ans, divorcée, 1 enfant, prostituée, 8 ans de vie avec le VIH

Parmi les femmes participant à cette étude, certaines consomment toujours de la drogue. Bien qu'il existe un programme de traitement de sevrage à la méthadone dans le 8^e arrondissement, tout le monde ne peut pas avoir accès aux médicaments. Cette inaccessibilité s'explique par certaines procédures administratives telles que les déclarants doivent avoir tous les papiers d'identité : livret de famille, carte d'identité.

Pourtant, cette justification est difficile pour certaines personnes qui ont perdu ou n'ont pas ces papiers, elles n'ont ni emploi ni revenu et elles vivent sur les trottoirs. En plus de ces difficultés, leur santé est mauvaise en raison des maladies opportunistes et de l'insuffisance des soins médicaux. Le cas de Xuân est un exemple assez typique. Au moment de l'étude, Xuân consommait encore de la drogue, au moins 2 fois par jour. Xuân vit dans la rue et dort sur le trottoir d'un café et elle n'a pas d'emploi, sa santé est mauvaise. Son corps présente des plaies ulcéreuses à cause des maladies opportunistes et du manque d'hygiène. Elle demande de la nourriture aux restaurants. Bien qu'elle ait une mère, une sœur et un frère, ces derniers ne

l'aident pas car elle est une personne vivant avec le VIH. Actuellement, Xuân s'appuie sur l'aide des travailleurs sociaux dans les groupes du quartier ainsi que le soutien des médecins à l'hôpital.

Les conditions subjectives et objectives liées aux procédures administratives dans la société ont exercé un impact non négligeable sur le processus de reconstruction des relations sociales de ces femmes, en particulière, des femmes séropositives et toxicomanes. Elles limitent au maximum les relations avec leurs anciens amis toxicomanes. Elles ont peur de rechuter dans la drogue. La rechute continuera à être un cercle dont elles ne peuvent pas se sortir d'autant plus qu'elles sont infectées au VIH. La rechute les rend économiquement épuisées et leur fait subir l'aliénation de leurs proches, le contrôle légal plus stricte. Par conséquent, de nombreuses femmes choisissent d'éviter et de couper complètement les anciennes relations avec leurs amis toxicomanes.

« Mes amis sont la plupart des toxicomanes. Ceux qui prennent des ARV maintenant, ont aussi consommé de la drogue, mais ils se sont sevrés de la drogue. Aucun ami n'a un passé propre. De plus, ils travaillent tous, ils ne rentrent que le soir. Je n'ai presque aucun ami. Je ne fréquente presque personne. Si je les fréquente, je rechuterai dans la drogue. Les toxicomanes sont nombreux dans ce quartier. Si je sors dans la rue, je les rencontrerai facilement, je peux me rechuter dans la drogue. C'est donc bien de rester à la maison. »

(Nguyêt, 33 ans, célibataire, profession libérale, 7 ans de vie avec le VIH)

« J'ai tout abandonné, je ne fréquente plus personne. Je ne garde aucun contact. J'ai décidé de ne pas contacter mes amis après être rentrée chez moi. Je fais des efforts. Je ne pense qu'à faire des efforts pour prendre des médicaments et à ne pas me rechuter dans la toxicomanie. ».

(Vy, 33 ans, célibataire, 1 enfant décédé, chômeuse, 15 ans de vie avec le VIH)

Après l'infection, les anciennes relations de ces femmes disparaissent et leur entourage social doit donc être recréé. Cette reconstruction dépend d'une part de leur psychologie personnelle, d'autre part du contexte social où elles vivent. Elle est un processus.

Tout le monde ne peut pas facilement accepter et trouver de nouveaux amis. Nguyêt en est un bon exemple. Elle rencontre des gens à l'hôpital où elle fait des examens médicaux et cherche des médicaments. Elle se sent embarrassée et ne sait pas comment créer une nouvelle relation car elle ne travaille pas, elle fait des ménages au domicile.

« Actuellement, je ne sais pas comment je peux trouver de nouveaux amis car je ne vais qu'à l'hôpital pour chercher des médicaments et puis je rentre à la maison. En plus, je prends un cours de couture et j'ai de nouvelles amies séropositives ici. À part ces endroits, je ne vais nulle part ailleurs pour faire des connaissances. C'est pourquoi, je ne sais pas comment trouver de nouveaux amis. Mais c'est assez difficile à maintenir la relation avec les gens si je ne sors pas avec eux. Ils ne sont pas dans la même situation que moi. J'ai très peu de contact avec eux. Il y a certaines personnes séropositives, je peux faire connaissance avec eux quand je viens chercher des médicaments. En causant un instant, on peut se faire connaissance. »

(Nguyêt, 33 ans, célibataire, profession libérale, 7 ans de vie avec le VIH)

Une façon plus simple choisie pour créer et maintenir de nouvelles relations sociales est de créer des liens avec des gens ayant la même situation. Les établissements médicaux sont les endroits les plus faciles pour que les PVVIH puissent se rencontrer.

« Lorsque je cherche des médicaments au Centre médical, je rencontre les nouveaux arrivants, on se discute en partageant les informations, certains m'ont dit qu'ils voulaient se suicider, je leur ai donné des conseils. Je leur ai dit que j'étais comme eux, que je voulais mourir et que j'allais bien ce jour-là depuis je prends des ARV. Je leur ai conseillé de faire des efforts. C'est ce que j'ai partagé avec des gens infectés au VIH comme moi. »

(Mân, 47 ans, veuve, 1 enfant, marchande, 9 ans de vie avec le VIH)

Dans le processus de rencontre et de partage, les anciens aident les nouveaux patients. Ces femmes sont devenues des amis, certaines gardent seulement les contacts pour se communiquer et s'échanger si besoin.

« On est comme des sœurs. On se sympathise et s'entend facilement. Elle m'a raconté la situation de sa famille. Je lui ai raconté la mienne. Comme moi, elle a été infectée

par cette voie-là. C'est pourquoi, on s'aime beaucoup. On partage une chambre comme des sœurs d'une même famille. Parfois, je réfléchis et je suis très triste. Les étrangers me comprennent mieux que les membres de ma famille. Je ne veux donc pas habiter avec ma famille. »

(Ngân, 34 ans, célibataire, prostituée, 4 ans de vie avec le VIH)

« J'ai une amie qui s'est mariée au début de l'année et qui vient de découvrir la séropositivité de son mari. Ce dernier a découvert son infection à travers la cirrhose du foie. Par conséquent, mon amie a été infectée. Elle a très peur, elle a caché sa maladie, même à leur famille. »

(Yên, 43 ans, séparée, 1 enfant, marchande ambulante, 11 ans de vie avec le VIH)

En outre, les femmes séropositives étant travailleuses du sexe/toxicomanes ont souvent élargi leurs relations sociales avec d'autres personnes exerçant des métiers liés au VIH quand ces personnes viennent distribuer des préservatifs à l'endroit où elles travaillent, elles sont dans le même de santé et la même situation.

Nous citons le cas de Ngan et de Kim, elles sont deux prostituées dans le 8^e arrondissement, elles connaissent Thanh lorsque Thanh leur distribue des préservatifs.

« J'ai fait connaissance avec Thanh lorsqu'elle est venue me donner des préservatifs »

(Kim, 30 ans, célibataire, 1 enfant, prostituée, 6 ans de vie avec le VIH)

« Le matin, Thanh va nous chercher dans des parcs. Elle nous sensibilise au VIH. Je ne savais pas qu'elle était paire-éducatrice. Elle vient nous voir pour faire de la sensibilisation. Chaque mois, elle nous donne des préservatifs et des aiguilles. J'entends qu'elle travaille dans le cadre de projet pour limiter la transmission du VIH à la communauté. C'est très sympa de parler avec elle. Je comprends donc facilement. »

(Ngân, 34 ans, célibataire, prostituée, 4 ans de vie avec le VIH)

Pour les plus jeunes femmes séropositives célibataires, elles ne doivent pas s'occuper de leur famille, elles choisissent de se rencontrer aux restaurants. C'est l'endroit où on peut goûter non seulement de la gastronomie, mais aussi raconter facilement des histoires personnelles de la manière la plus confortable. Pour les Vietnamiens, notamment les jeunes, les restaurants sont

un lieu de rencontre, d'échange et d'expression des relations étroites. Les relations sociales sont établies, maintenues et développées à travers ces activités.

« Parfois, mes amies m'invitent à sortir, à aller boire un coup avec eux le soir. Avant, je buvais beaucoup. Mais maintenant, je bois très peu. Ce sont des amies infectées par le VIH, elles sont tous infectés au VIH. Les PVVIH se fréquentent. C'est plus facile. »

(Nguyêt, 33 ans, célibataire, profession libérale, 7 ans de vie avec le VIH)

Cependant, les femmes plus âgées choisissent de maintenir une relation sociale sur la base des relations professionnelles et garder une distance « de sécurité » dans ces relations.

« La communication ? Quand je sors dans la rue, je communique joyeusement avec des gens. Et c'est tout. Quand je communique avec eux, je parle des choses qui ne sont pas liées à cette maladie. J'ai des amies ayant la même situation. Je partage avec ces personnes. Si quelqu'un a besoin de mon aide, je peux l'aider en partageant ma connaissance. »

(Mai, 46 ans, veuve, 1 enfant infecté, marchande ambulante, 14 ans de vie avec le VIH)

L'étude montre également le changement considérable dans les attitudes et la conception de la communauté à l'égard des femmes séropositives. Bien que la stigmatisation vis-à-vis de ces femmes existe mais elle est diminuée remarquablement. L'attitude de la communauté est devenue plus amicale et plus ouverte. Les personnes infectées sont considérées comme les membres de la communauté. Il y a un changement dans le regard de la société sur des PVVIH. C'est une occasion et l'espace pour que les femmes séropositives créent facilement leurs relations sociales.

« Tout le monde le sait. Ils n'en ont pas peur du tout. Parfois, ils plaisantent en disant que la petite (moi) est super intelligente, que ce n'est pas grave (que l'infection est un petit problème), que l'infection au VIH ne pose aucun problème. Je mange avec les voisins tout normalement, et très naturellement comme si je vais. Ici, les gens sont comme ça. »

(Dung, 39 ans, mariée (2 fois), 1 enfant, marchande ambulante, 10 ans de vie avec le VIH)

« Par exemple, Madame Sâu, elle plaisante aussi. Chaque fois qu'elle vient à la réunion, elle me voit, elle me frappe l'épaule et me demande : comment ça va ?

Comment ça va ? Cela rend mon esprit libre de toute inquiétude. Je ne suis plus triste. J'ai pensé que personne ne m'a regardé. Heureusement, beaucoup de personnes m'encouragent, ce qui me permet de continuer à vivre. »

(Liên, 45 ans, célibataire, serveuse de café, 9 ans de vie avec le VIH)

Pour avoir des relations positives, les femmes infectées au VIH doivent être plus actives afin de maintenir ces communications chaque jour. Vân fabrique le papier votif à la maison et elle a donc le temps pour rencontrer les voisins.

« Parfois, lorsque je me sens triste, je porte du papier à l'entrée du quartier où habitent certaines femmes qui fabriquent aussi le papier votif comme moi. On travaille en causant. ».

(Vân, 43 ans, divorcée, 1 enfant décédé, profession libérale, 12 ans de vie avec VIH)

Cette prise d'initiative trouve son origine dans le fait que les personnes infectées au VIH ont changé leur conscience et pensent de manière plus positive. Surmonter des traumatismes psychologiques et changer leur situation de vie leur ont permis d'avoir cette orientation en soi. Elles se déterminent à s'orienter vers un bon comportement des individus.

« J'ai pris des initiatives afin de maintenir des relations avec mes voisins et mes proches. Dans leurs yeux, si je suis une bonne personne, je peux maintenir la relation avec eux. S'ils considèrent que je ne suis pas une bonne personne, comment peuvent-ils causer avec moi ? Je le pense. Je pense qu'il vaut mieux que je fasse des efforts. Par exemple il faut avoir un emploi. En général, il ne faut rien faire pour que les gens me prennent pour une mauvaise personne. »

(Nguyêt, 33 ans, célibataire, profession libérale, 7 ans de vie avec le VIH)

Les parties précédentes ont montré l'importance de la famille dans la vie des femmes infectées bien qu'en réalité, de nombreuses femmes aient subi et subissent encore la stigmatisation de leur famille, en particulier leurs proches comme leurs frères/sœurs, leurs parents paternels/maternels. Leurs relations avec les membres de leur famille ont été interrompues à certains moments, voire coupées. Cependant, un bon nombre de femmes ont retrouvé ces relations. Certaines d'entre elles participent activement dans les activités familiales. Ce sont peut-être les anniversaires des morts, les fêtes de la famille. Elles y

participent dans un état d'esprit plus actif et de manière plus consciente de leur santé. Elles cherchent à minimiser les activités qui peuvent affecter la santé de leurs proches ou éviter la peur du VIH chez leur famille.

« Lorsque ma famille organise un événement, elle me demande de l'aider. Si ma famille organise un repas, je l'aide par volonté. En général, les gens font attention à ce que je fais. Ils n'ont pas peur comme avant. Ils n'ont plus peur d'être infectés en mangeant, en buvant, en partageant des ustensiles avec moi. Ils savent que la malade n'est pas contagieuse. Ils n'ont plus peur mais je dois faire attention moi-même pour qu'ils ne me critiquent pas. »

(Vân, 43 ans, divorcée, 1 enfant décédé, profession libérale, 12 ans de vie avec VIH).

Ou elles gardent une distance dans la communication.

« Parfois je rencontre mes cousines. Je cause avec elles joyeusement et normalement. »

(Ngọc, 32 ans, mariée, 1 enfant, marchande ambulante, 7 ans de vie avec le VIH)

La vie spirituelle des femmes infectées ne se limite qu'à des relations avec les amis et les proches dans la famille, mais elles ont aussi besoin de la relation amoureuse avec leurs partenaires. Cette étude montre également qu'en réalité la vie de nombreux couples qui sont infectés par le partenaire masculin et qui continuent à vivre ensemble est moins perturbée. Ils ajustent simplement leurs activités familiales et leur travail en fonction de leur santé. En outre, un certain nombre de femmes infectées se remarient avec des hommes infectés et aussi avec des hommes non infectés. Ils trouvent la sympathie mutuelle. Leur relation est définie comme « non planifiée » ou au-delà de « leur souhait ».

Pourtant, certaines femmes célibataires ont peur de parler de cette relation. L'état de santé ainsi que les préjugés sociaux à l'égard constituent un des facteurs qui influencent leur décision sur la relation avec leurs partenaires : être reconnue par la loi ou simplement vivre ensemble. Certaines femmes rencontrent leurs partenaires dans des établissements médicaux. Il existe entre les deux personnes des points similaires dans l'état de santé. Il s'agit là d'un facteur qui permet de créer une relation de manière plus favorable.

« Mon petit ami se trouve dans la même situation que moi. Il doit prendre des médicaments aussi, il est très doux. Il a consommé de la drogue et puis il a été infecté par l'utilisation de la drogue. Il prend des médicaments maintenant. En voyant qu'il était très doux, il me protège et m'aide. Il habite aussi dans le quartier 2 du 8^e arrondissement. Il est aussi sympa. En sachant que nous étions dans la même situation, nous nous sommes réconfortés dans la vie. »

(Liên, 45 ans, célibataire, serveuse de café, 9 ans de vie avec le VIH).

Les relations entre eux sont renforcées à travers le partage de la vie ; vivre ensemble et partager les responsabilités dans la vie privée et familiale. Le cas de Liên et son ami en est un exemple.

« Quand on était amoureux, il venait chez moi tous les jours. Quand on vit ensemble, il m'aide beaucoup. Il emmène mes parents à l'hôpital tous les jours. C'est pourquoi, j'ai accepté d'être son amoureuse. Il est super gentil. L'autre jour, il a emmené ma mère à l'hôpital de Tân Bình pour chercher des médicaments ».

(Liên, 45 ans, célibataire, serveuse de café, 9 ans de vie avec le VIH)

Elle partage souvent avec son partenaire les activités spirituelles comme aller aux pagodes régulièrement.

« Il m'emmène à des pagodes. Il m'apprend à rendre un culte aux divinités. Avant, je ne savais rien. Il m'a emmenée à des pagodes. Je me sentais tranquille en sortant des pagodes ».

(Liên, 45 ans, célibataire, serveuse de café, 9 ans de vie avec le VIH)

Ainsi, les femmes séropositives ont construit leurs relations sociales en faisant l'interaction avec un individu. Elles choisissent le maintien des anciennes relations individuelles ou la création des nouvelles relations individuelles ou les deux en fonction de leur connaissance et leurs conditions spécifiques.

8.3 Reconstruction des relations sociales au niveau du groupe

8.3.1 Intégration des femmes séropositives aux groupes

À côté des relations avec la famille ou les amis, les individus, ces femmes créent également leurs relations dans des groupes ou des associations.

« Après avoir participé au groupe « Xuân Vinh », j'ai rejoint le groupe des PVVIH dans le cadre du projet de l'organisation « World Vision » au 8^e arrondissement de 2008 à fin 2010. Actuellement je ne fais partie d'aucun groupe. L'année dernière, j'ai travaillé avec le groupe de « Life » mais cette organisation a déménagé à l'arrondissement de Thủ Đức qui est trop loin de chez moi. Je me suis arrêtée, je travaille actuellement à l'Hôpital d'enfants. »

(Mai, 46 ans, veuve, 1 enfant infecté, marchande ambulante, 14 ans de vie avec le VIH)

La participation de ces femmes aux associations et aux groupes a répondu à leur besoin et à leur désir individuel, elle est guidée par une personne intermédiaire. Il s'agit souvent des associations locales ou un groupe informel des PVVIH.

Par exemple, un groupe de personnes ayant des intérêts et des croyances similaires (Nguyễn). Un groupe d'amis s'est formé à partir du besoin de résoudre des problèmes économiques tels que l'emprunt auprès d'une association locale. Le groupe et le club du PVVIH sont créés et ils sont sous la direction d'une clinique externe ou d'une institution religieuse (Thanh, Mai, Kim).

On peut citer les groupes : *Nụ cười* [Sourire], *Xuân Vinh*, *Bạn giúp bạn* [les amis aident les amis], *Niềm tin* [croyance], M4M, G3VN, Alocare, Glink, Centre de travail social « *Ánh Dương* » [lumière du soleil] de l'Union des femmes de HCMV. Cependant, la réduction des activités et des programmes liées au VIH a également influencé leur participation à ces groupes.

« Maintenant je n'ai pas le temps, je ne participe pas aux associations. Lorsque je suis sortie du centre de rééducation sociale en 2009, ce groupe existe encore, j'y ai participé tous les mois. Maintenant, il n'y a aucune association qui peut nous aider. J'ai entendu qu'on doit payer les médicaments et il y a très peu d'organismes qui

proposent des formations. Ce n'est pas la même chose que les années précédentes où on nous a proposé les formations sur le VIH. Par exemple, le centre de réanimation (en après la désintoxication) a lancé une formation « la valeur de la vie » à laquelle j'ai participé. »

(Nguyêt, 33 ans, célibataire, profession libérale, 7 ans de vie avec le VIH)

En réalité, les groupes sont nés des projets (surtout sont financés par les organisations non gouvernementales), « Actuellement (en 2020), il existe 32 groupes dont seulement la moitié est active, car les ressources communautaires des groupes PVVIH ont été réduites. » (Phong, représentant du Réseau national des PVVIH). En plus du modèle, s'ils ont des revenus, les groupes peuvent maintenir l'ensemble de leurs opérations.

Pour participer à un groupe, les femmes séropositives passent de différentes étapes. Tout d'abord, grâce à la relation individuelle, elles sont présentées au groupe par un ami ou une personne séropositive ou un agent du service médical. Cette participation leur demande une réflexion positive sur l'avantage dans le groupe. En particulier, certaines femmes n'osent pas contacter avec les autres personnes en raison de leur état de santé. Cependant, les PVVIH en tant que les travailleurs sociaux ou le soutien de la communauté aident ces femmes qui peuvent passer cet impact. Elles ont changé la pensée et le comportement en acceptant à rejoindre volontairement un groupe.

« Le moment où j'habitais au 8^e arrondissement pour avoir le service de soin, Thành et Mai m'ont aidé pour faire l'inscription au traitement ARV. Lorsque j'ai vu ce qu'ils ont fait, je ne l'aime pas car je pense que ma famille ne m'intéresse pas et pour quoi ils peuvent m'aider, c'était inutile mais quand j'ai découvert petit à petit que leur action était très importante pour moi. En général, je n'avais pas raison, j'ai essayé de participer aux activités qu'ils ont proposées en me disant que ce n'était pas grave mais je pouvais gagner un peu d'argent. Finalement, j'aimais bien ces activités, je travaillais dans ce moment au 8^e arrondissement avec le groupe « Bạn giúp bạn » [les amis aident les amis].

(Thanh, 36 ans, veuve, 1 enfant, paire-éducatrice, 10 ans de vie avec le VIH)

Le groupe est donc un endroit où ils peuvent exprimer leurs sentiments, rencontrer des gens dans la même situation et obtenir l'attention de la communauté. La relation entre ces

femmes se comprend l'empathie des personnes ayant la même condition économique ou le même état de santé. Cela crée un lien entre eux plus durables et plus faciles. Par exemple, Nguyêt, elle se sent plus sociable et plus confiante lorsque son groupe est aussi les femmes séropositives parce que « *les personnes ayant la même situation peuvent se comprendre facilement. Avant, j'avais un petit ami qui n'était pas infecté, je me sens bizarre par rapport à son comportement.* » (Nguyêt, 33 ans, célibataire, profession libérale, 7 ans de vie avec le VIH)

Ces relations jouent un rôle très important pour les femmes séropositives qui peuvent y retrouver non seulement l'harmonie de la situation mais aussi l'harmonie spirituelle. Cela est considéré comme très important dans leur vie depuis qu'elles sont des personnes vulnérables. Elles partagent librement leur pensée, elles se rencontrent au café, organisent des pique-niques, des repas à l'extérieur. Ces rencontres sympathiques les ont aidés à se communiquer plus facile. Elles n'ont pas besoin de cacher leur situation.

« Ceux qui vont aussi à la Pagode avec moi, sont religieuses (Bouddhisme). Parce que les gens sans foi n'y vont jamais. Parfois, quand quelqu'un me demande de partir loin, j'y vais aussi. Comme aller avec quelques personnes (quatre, cinq personnes), nous rassemblons l'argent pour acheter du poisson, puis relâchons ce poisson à la Pagode. Parce qu'on ne travaille pas dimanche, nous avons donc pris rendez-vous et sommes allés au marché pour acheter du poisson puis nous avons transporté un sceau comme ça. Aller ailleurs, parfois descendre à Cần Giuộc montait aussi à Bình Dương ou à Tây Ninh aussi. Nous avons conduit une honda et puis trois ou quatre d'entre nous sommes sortis le matin, avons fait le retour dans l'après-midi, nous sommes toutes des PVVIH. Parce que les autres ont beaucoup d'argent. Moi, je n'ai pas beaucoup d'argent, j'y participe un peu, les autres donnent des millions dongs »

(Nguyêt, 33 ans, célibataire, profession libérale, 7 ans de vie avec le VIH)

Dans les groupes formels des PVVIH, les membres se rencontrent à la réunion hebdomadaire. Les femmes partagent les activités du groupe. Ces activités peuvent être basées sur le travail de projets liés aux personnes séropositives. En plus, il existe également le partage de la vie quotidienne dans les groupes. Grâce à ce partage, elles peuvent comprendre leur droit et leur devoir et elles améliorent leur santé. C'est l'un des grands avantages des relations

personnelles dans le groupe. Elles ont accès à des connaissances sur le VIH/Sida, sur les maladies des PVVIH.

De plus, les femmes séropositives ne se révèlent pas à cause de la discrimination de la société et elles ne demandent aux autres des informations sur la maladie. La proposition des formations aux PVVIH est l'objectif principal de nombreux groupes et organisations. Lorsque ces femmes ont une bonne compréhension de leur maladie, elles peuvent mieux se protéger, protéger leurs proches et minimiser la propagation du virus dans la communauté. En outre, à côté des informations formelles sur les moyens de communication nationale et locale, les femmes séropositives approchent les connaissances liées au VIH à travers de la consultation gratuite, des séances de communication proposées à la communauté par les spécialistes (psychologue, paire-éducateur, médecin, avocat).

« J'ai oublié le nom de groupe, j'ai participé aux activités proposées et suis parfois venu à la réunion et à la formation. On nous a donné les connaissances concernant les infections opportunistes, puis après la fin de la journée, nous avons reçu des frais de déplacement. »

(Hiên, 38 ans, célibataire, prostituée, 11 ans de vie avec le VIH)

« Moi, j'ai participé justement à quelque chose, j'ai aidé parfois les professionnels dans la consultation mais je n'y viens pas souvent comme les autres »

(The, 39 ans, célibataire, 2 enfants, profession libérale, 11 ans de vie avec le VIH)

La connaissance, les compétences en communication, de gestion jouent un rôle très important pour les femmes séropositives. Face à des problèmes de santé, certaines femmes ne savent pas comment gérer et prendre des décisions.

C'était une énorme limitation lorsqu'elles ne savent pas qui elles doivent rencontrer et où elles peuvent être soignées. Le retard de l'accompagnement de soin (surtout l'utilisation du traitement) a conduit à la mort inattendue de nombreux patients ou à la perte d'argent. Elles ne connaissent pas quel type d'aide sociale elles reçoivent. Par exemple, elles ont rencontré dans les démarches administratives (surtout les papiers) pour les services de soin (examen, traitement et assurance). Dans ce cas, le groupe est un pont qui les aide à amener aux services sociaux publics.

*« Je travaille en tant que paire-éducatrice dans le groupe « *Bạn giúp bạn* » [les amis aident les amis] au 8^e arrondissement. Selon l'agenda des activités, j'ai invité les patients à venir au Centre médical pour la formation ou le traitement. Je suis un pont entre les PVVIH et les services médicaux : 1) lorsqu'on a les nouveaux patients, je prends d'abord leurs coordonnées et informations nécessaires. Ensuite, je les inviterai à la journée ouverte pour le traitement (ARV). 2) je cherche de nouveaux patients qui n'ont pas été testés ou soignés. Je les emmène au Centre de santé afin qu'ils puissent être conseillés et soignés. »*

(Thanh, 36 ans, veuve, 1 enfant, paire-éducatrice, 10 ans de vie avec le VIH)

Nous pouvons citer le cas de Thanh, de Yén, elles aident non seulement les PVVIH à connecter aux réseaux médicaux, mais elles leur fournissent un soutien de pratique dans la vie quotidienne :

*« À l'époque, j'ai rejoint le groupe « *Bạn giúp bạn* » [les amis aident les amis], je suis venue chez les PVVIH, je les ai aidé à prendre des médicaments. Si quelque chose ne va pas, je devais le signaler au médecin du Centre, par exemple si elles ont un champignon ou quelque chose, comme une perte de sang (hypoglycémie), elles peuvent obtenir un médicament gratuit. Il y avait alors de nombreux projets à cette époque. Par exemple, une personne malade peut obtenir un prêt pour acheter un vélo pour vendre des billets de loterie ou quelque chose. À ce moment-là, l'hôpital du 8^e arrondissement nous ont donné des centaines dongs. »*

(Yén, 43 ans, séparée, 1 enfant, marchande ambulante, 11 ans de vie avec le VIH)

« Lorsque je participe au groupe, j'obtiens l'aide financière pour les déplacements (frais d'essence). En plus, j'ai reçu également des connaissances utiles et un petit salaire. »

(Mai, 46 ans, veuve, 1 enfant infecté, marchande ambulante, 14 ans de vie avec le VIH)

« Mai m'a aidé beaucoup, elle m'a appelé pour les activités du groupe, j'ai reçu des cadeaux (riz, lait, argent). En plus, j'ai reçu également l'aide des autres organisations comme le centre de conseil communautaire au 8^e arrondissement, la Pagode de Quóc Hoa. »

(Nhưng, 42 ans, veuve, 1 enfant, profession libérale, 15 ans de vie avec le VIH)

Ou l'Union des femmes de la ville a créé, depuis 2005, un modèle de Clubs d'empathie [*Đông cảm*] pour les femmes séropositives et leurs proches. Ce modèle permet aux activités liées au VIH de communiquer aux PVVIH et à leurs familles les connaissances, le soutien de finance à l'occasion du Têt. En plus, grâce à leur participation aux groupes dans la ville, certaines femmes peuvent demander l'aide financière et l'aide dans les démarches administratives. Par conséquent, ces activités n'ont pas encore maximisé leur efficacité.

« L'union des femme ? Chaque année, Đào a ajouté mon nom dans la liste de cette association depuis plusieurs années. À chaque fois vers le vingtième jour du Têt, Đào m'a téléphoné pour soit distribuer les cadeaux du Têt, soit donner l'argent...C'est la même chose pour chaque année. Par exemple, je suis là lorsqu'on m'appelle et je fais ce que l'on me demande et il ne faut pas faire quelque chose que les gens n'aiment pas. Si on ne peut pas participer à une activité, ce n'est pas grave. »

(Liên, 45 ans, célibataire, serveuse de café, 9 ans de vie avec le VIH)

8.3.2 Reconstruction des relations sociales à travers des activités liées au VIH

Il est indéniable le rôle important de groupe pendant la reconstruction des relations sociales de PVVIH en général et des femmes séropositives en particulier. Cela nous montre les avantages de la participation de ces femmes aux groupes. Le niveau de participation indique la probabilité et le résultat de la reconstruction de leurs relations sociales. Si elles maintiennent les relations entre deux individus, ces relations sont limitées car les liens sociaux ne sont pas aussi forts et diversifiés que les liens entre les individus et de nombreux autres individus dans un groupe.

Les activités de chaque groupe, basées sur n'importe quel critère, rassemblent d'abord des individus ayant les mêmes points de vue et consensus dans un objectif commun du groupe. Ce lien étroit suffit pour un individu dans une communauté où il trouve plus ou moins une voix, une sympathie et un partage donné.

En réalité, maintenir et développer un groupe ne sont pas faciles, en particulier pour les groupes informels ou les groupes formés sur la base d'objectifs à court terme. Le maintien d'un groupe en plus du consensus des membres du groupe nécessite également de nombreux autres facteurs tels que le leader du groupe, les ressources du groupe et les objectifs opérationnels du groupe ainsi que les avantages que le groupe apporte à ses membres.

Encourager la participation des PVVIH au groupe est l'un des objectifs de nombreuses activités liées au VIH à HCMV. Cet objectif leur permet non seulement de rapprocher les services sociaux nécessaires, de répondre à leurs besoins essentiels, mais aussi de reconstruire leur vie et de minimiser la stigmatisation. La décision de rejoindre un groupe est une chose très positive pour toutes les PVVIH en raison des avantages que le groupe leur apporte, mais certaines femmes ne veulent pas y participer bien qu'elles peuvent bénéficier des services utiles car elles n'ont pas une bonne santé ou elles sont prostituées, elles doivent travailler la nuit, elles se reposent la journée.

« Parce que je dois me reposer le matin, je vais parfois au travail très paresseux. Ensuite, je suis sortie pour rencontrer Mme Thanh qui me parlait parfois du programme des activités. Elle disait que j'avais de l'argent si j'y participais, que sinon je rentrais chez moi pour dormir seulement chez moi. »

(Ngân, 34 ans, célibataire, prostituée, 4 ans vivant avec VIH)

En se joignant au groupe et en apprenant les compétences et les expériences des autres membres peuvent aider les femmes séropositives à mieux s'identifier. Elles déterminent progressivement les objectifs de la vie, elles retrouvent la joie, partagent et savent ce dont elles ont besoin, ce qu'elles veulent. Elles ne se sentent pas seuls et ont la pensée plus positive.

Beaucoup de femmes ont subi des changements radicaux de conscience et se sont transformés en actions pratiques qui profitent à eux-mêmes et à la communauté après la participation au groupe. Par exemple, le cas de Thanh, après avoir rejoint une activité de groupe et elle a travaillé comme paire-éducatrice, elle a créé son propre groupe pour aider les autres. C'est une étape positive des PVVIH pour affirmer sa position dans la communauté. En plus, elle a une bonne relation avec l'autorité locale lors qu'elle avait le soutien des matériels pour son groupe.

« Au début, j'ai créé mon groupe, après ma demande à l'autorité, j'utilise une salle dans le local du Comité pour les activités (surtout pour la réunion). Je disais aux membres, si les membres du groupe viennent ici pour les activités du groupe, ils ont des problèmes avec l'autorité, je suis responsable. Sinon, ils viennent pour autres choses (la toxicomanie par exemple), ce n'est pas ma responsabilité ».

(Thanh, 36 ans, paire-éducatrice, veuve, 1 enfant, 10 ans avec VIH)

En particulier, la relation de Thanh avec l'agent de sécurité du quartier montre également un changement dans les relations sociales entre l'autorité et des PVVIH. Elle est plus consciente des droits civils. Elle a osé se battre et se protéger contre les préjugés contre les PVVIH. Thanh profite également des relations sociales existantes pour résoudre les difficultés dans son travail. Avant d'être infectée, Thanh était une prisonnière et une personne considérée comme « maux sociaux » du quartier. Par conséquent, ce changement est en effet un processus de reconstruction de relations sociales réussies avec l'autorité.

« Avant, lorsque la police ne me connaît pas, j'ai rencontré des difficultés lorsque j'ai participé aux activités liées au VIH car l'endroit « chaud » où je suis venue inviter les clients à participer la formation sur le VIH, je suis arrêtée avec ces clients qui étaient un trafiquant de drogue. À cette époque, je n'avais pas une carte professionnelle (certificat de travailleur social). Dans ce cas, je ne sais pas faire. J'ai demandé à la police de téléphoner au Maire de l'arrondissement qui lui a dit que je travaille ici, et que je voulais rapprocher les toxicomanes. Ensuite, j'ai été épargné. L'autorité m'a facilité cet endroit dans les activités de mon groupe. En plus, les gens sont d'accord ou non, ce n'est pas important. Il est important comment l'autorité locale se réagit, si elle n'est pas d'accord, c'est dur. Après que de nombreuses personnes ont été arrêtées, elles l'ont demandé au Comité, j'en ai eu. »

(Thanh, 36 ans, paire-éducatrice, veuve, 1 enfant, 10 ans avec VIH)

Le statut social des PVVIH est donc amélioré par des relations sociales reconstruites après qu'elles ont apporté les avantages dans la communauté à travers de leurs activités. Certaines femmes séropositives choisissent de devenir une paire-éducatrice, elles travaillent directement avec les PVVIH dans la communauté, c'est un bon exemple. Ce travail leur donne une vie adaptée à leur condition de santé et à leur capacité. En même temps, avec ce travail, elles ont beaucoup contribué à apporter le droit à un accès opportun et approprié aux services de santé sociale. Cela réduit également le risque d'infection dans la communauté pour mettre fin à l'épidémie dans la ville.

« En 2005, j'ai commencé mon travail en tant que paire-éducatrice jusqu'à maintenant, je ne gagne pas beaucoup environs trois millions dongs par mois mais je l'aime bien. Je trouve que je peux frapper la porte de gens, Actuellement, je travaille

à l'Hôpital d'enfants I avec une mission précise. Je discute avec les enfants leur en donner les enseignements nécessaires liées au VIH. »

(Mai, 46 ans, veuve, 1 enfant infecté, marchande ambulante, 14 ans de vie avec le VIH)

Les interactions multidimensionnelles entre les individus et les groupes modifient progressivement leur statut et le regard de la société. Leur apparition publique ainsi que leur voix dans la société ont créé des conditions permettant à la communauté de mieux comprendre les PVVIH. De nombreuses femmes osent révéler leur identité et leur statut dans des activités de communication pour sensibiliser le public au VIH.

Les soins sont une activité courante dans les groupes des PVVIH. Cela tient au fait que de nombreuses personnes séropositives sont ignorées et discriminées par leur famille et leurs proches, en particulier lorsqu'elles sont épuisées et ne peuvent plus prendre soin d'elles-mêmes. Beaucoup de femmes séropositives sont conscients de cette pratique après avoir reçu des soins similaires de la communauté, en particulier des groupes locaux. Ils se sont portés volontaires pour faire ce travail.

« Parfois, les gens ne peuvent pas entrer dans la salle de consultation, je les y porte. Le médecin n'a pas osé le faire. Je suis aussi malade, je n'ai pas peur de les toucher. »

(Mân, 47 ans, veuve, 1 enfant, marchande ambulante, 9 ans de vie avec le VIH)

Ces femmes s'occupent non seulement des malades, elles les aident à faire les démarches administratives pour obtenir la meilleure condition de soin.

« Je m'occupe des malades, surtout l'utilisation des médicaments. Ils n'avaient aucune personne de la famille et je les ai accompagnés à l'hôpital. J'avais une amie plus âgée que moi qui était malade, quand je suis venue la voir, elle était dans le même lit qu'une autre amie séropositive. Elle vient de découvrir une infection. Je lui donne quelques conseils ceci et cela. Elle vient de Bình Dương, elle ne veut pas y chercher les médicaments car elle a peur que les gens puissent connaître sa maladie. Elle craignait la stigmatisation des gens. Je lui ai présenté à cette salle de consultation au 4^e arrondissement. À cette époque, j'ai fait une attestation d'hébergement pour qu'elles puissent bénéficier des médicaments dans le au 4^e arrondissement. Maintenant, elle a une bonne santé, sinon avant, elle était un CD très faible ».

(Ngọc, 32 ans, mariée, 1 enfant, marchande ambulante, 7 ans de vie avec le VIH)

Nous pouvons trouver que les efforts du groupe vers les PVVIH sont très importants dans le processus de reconstruction de leurs relations sociales. Les facteurs peuvent influencer ce processus tels que l'état de santé, la stigmatisation de la famille et de la communauté, l'emploi de ces femmes sont progressivement soutenus par le groupe et la communauté. La participation aux activités communautaires est l'occasion pour qu'elles puissent promouvoir le processus de reconstruction de ses relations sociales. En plus d'assurer la santé, elles ont redécouvert leur position grâce à des activités communautaires. Au fil du temps, leurs relations sociales se sont non seulement localisées dans le cadre étroit du groupe, de la communauté, mais elles se sont également progressivement étendues à l'extérieur du groupe. Lorsque le VIH/Sida est reconnu par la société comme une maladie chronique comme les autres maladies incurables, l'acceptation communautaire est inévitable.

8.4 Rêve et espoir

N'ayant pas la bonne santé comme d'autres femmes non infectées, le souhait permanent chez ces femmes est d'avoir une bonne santé. Elles veulent être en bonne santé et avoir accès aux ARV. Quand le VIH/Sida est considéré comme une maladie chronique, beaucoup d'espoirs ont été apportés aux personnes infectées, non seulement sur le plan médical, mais aussi social. Les patients de cette maladie sont progressivement considérés comme ceux d'autres maladies, sont traités sur un pied d'égalité en ce qui concerne l'accès aux services médicaux et sociaux. Elles ont l'opportunité et les conditions nécessaires pour continuer à vivre et contribuer à la société au lieu d'être considérées comme « marginalisées. » Les progrès remarquables de la médecine dont la découverte des ARV et l'application de ce médicament pour les personnes infectées depuis 1996 a petit à petit prolongé leur espérance de vie.

« Aujourd'hui, je ne veux rien d'autre que d'avoir une bonne santé. Je suis contente de ma vie actuelle. Ma mère, mes frères et sœurs, mon mari, mes amis sont à mes côtés. Je ne veux rien de plus. Je ne veux que la santé. Je prie le Ciel de me donner la santé, de ne pas m'apporter des maladies. »

(Liên, 45 ans, célibataire, serveuse de café, 9 ans de vie avec le VIH)

« J'espère qu'on créera un médicament pour guérir cette maladie. Je suis contente de ma vie actuelle car j'ai un travail stable. De plus, mes besoins dans la vie sont très simples. Je ne veux qu'un médicament pour guérir ma maladie. »

(Oanh, 35 ans, mariée (2 fois), 2 enfants, travail à domicile, 14 ans de vie avec le VIH)

« Aujourd'hui, je ne veux rien d'autre que d'avoir une bonne santé. Je suis contente de ma vie actuelle. Ma mère, mes frères et sœurs, mon mari, mes amis sont à mes côtés. Je ne veux rien de plus. Je ne veux que la santé. Je prie le Ciel de me donner la santé, de ne pas m'apporter des maladies. »

(Liên, 45 ans, célibataire, serveuse de café, 9 ans de vie avec le VIH)

Et elles veulent continuer à bénéficier des médicaments gratuitement au moins. *« Je désire que l'on continue à fournir des médicaments gratuitement comme depuis longtemps. »* (Hiên, 38 ans, célibataire, prostituée, 11 ans de vie avec le VIH). Ce désir trouve son origine dans le changement de politique médicale pour les personnes infectées au VIH. Les personnes infectées qui participent actuellement à des programmes de traitement gratuit devront en acheter. En vue de minimiser ces coûts, il leur est conseillé de souscrire une assurance maladie. Cette assurance prend en charge 80 % des frais d'ARV. Ce taux peut atteindre 100 % en fonction des localités.

« Mon désir est de pouvoir bénéficier des médicaments gratuitement. Actuellement, j'en bénéficie gratuitement, mais j'ai entendu dire qu'on ne les fournira plus gratuitement, j'en ai très peur. Tous les patients veulent avoir une assurance, mais je n'ai pas d'assurance. Si cette politique commence début 2016, je n'ai pas d'assurance. Aucune personne infectée n'a une assurance. »

(Yên, 43 ans, séparée, 1 enfant, marchande ambulante, 11 ans de vie avec le VIH)

En outre, elles désirent que leurs enfants puissent faire leurs études :

« Je désire que mon enfant puisse aller à l'école, être alphabétisé. Je ne veux rien d'autre que cela. Comme je suis ignorante, j'ai arrêté l'école après CE2, je veux que mon enfant soit scolarisé comme d'autres enfants. »

(Vàng, 29 ans, mariée, 3 enfants, travail à domicile, 5 ans de vie avec le VIH)

Leur autre désir est d'avoir un travail lorsque les difficultés de trouver un travail constituent un obstacle les empêchant de s'intégrer et maintenir les relations sociales.

« J'espère que mon petit frère ne m'insulte plus. La difficulté est de trouver un travail, personne ne veut m'employer. J'aimerais avoir des capitaux pour faire du petit commerce afin d'aider mon père. Bien que je ne puisse lui donner que 10 000 dong, »

il est content. Il n'a pas besoin de mon argent. Mon souhait est de trouver un travail pour satisfaire mes parents, pour qu'ils ne soient plus tristes. »

(Vy, 33 ans, célibataire, 1 enfant décédé, chômeuse, 15 ans de vie avec le VIH)
« J'espère trouver un travail après mes études pour gagner de l'argent afin d'aider ma mère. Je veux rendre sa vie heureuse, je veux acheter une maison pour que ma mère n'ait plus de loyer à payer. »

(Xuân, 36 ans, célibataire, chômeuse, 15 ans de vie avec le VIH)

En plus de la santé et le travail, améliorer les relations sociales constitue également un souhait de ces femmes. C'est le souhait de rentrer vivre avec leur mère. *« Maintenant, mon seul souhait est de rentrer vivre avec ma mère »* (Xuân, 36 ans, célibataire, chômeuse, 15 ans de vie avec le VIH). En outre, elles souhaitent que la société les accepte et diminue sa stigmatisation vis-à-vis des femmes infectées. Elles veulent être elles-mêmes, être appelées par le nom donné par leurs parents, pas par le nom donné au groupe des personnes infectées au VIH. *« Je veux être appelée par mon nom familial »* (Kim, 30 ans, célibataire, 1 enfant, prostituée, 6 ans de vie avec le VIH)

Conclusion du chapitre VIII

Après l'infection au VIH, la vie des femmes vivant avec le VIH a changé : état de santé instable, perte de l'emploi, déménagement. Les femmes doivent accepter ces changements afin de choisir une stratégie de survie appropriée à la réalité sociale. Les relations sociales sont reconstruites au niveau individuel, collectif et communautaire:

Au niveau individuel, les relations sociales ont essentiellement touché les rapports d'amitié. Elles veulent maintenir les anciennes amitiés en renouant avec elles, quand c'est possible (rarement), et par ailleurs entament de nouvelles relations avec leurs camarades du groupe VIH, avec qui elles se sentent plus en phase, car partageant les mêmes problèmes. Grâce à ces groupes et aux activités qu'ils procurent elles se rendent utiles à la communauté, en conseillant, soulageant ou soutenant des malades plus malades qu'elles. Au niveau de la communauté, elles participent par ailleurs à des activités liées à la prévention du VIH, en relation avec les éléments sains de la communauté. À travers ces activités, les femmes peuvent s'affirmer, être informées et informer à leur tour, afin que leur situation soit mieux comprise. Cela commence par les familles, et peu à peu la société apprend à ne plus discriminer.

PARTIE IV
DISCUSSION, CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Chapitre IX Discussion et conclusion

Dans ce chapitre, il s'agit une discussion, conclusion et perspective de la recherche, nous allons inclure un bref résumé des principaux résultats observés, une interprétation des résultats et une critique générale de l'étude réalisée en fonction de la confirmation ou infirmation de l'hypothèse; en plus nous présenterons les limites de l'étude selon les contraintes qui pourraient apparaître en termes méthodologiques, ou selon des problèmes inhérents aux résultats ou à la procédure; une réflexion plus large sur la portée des résultats pour la problématique en question à l'avenir.

9.1 Discussion

Question générale : *Comment s'opère la reconstruction des relations sociales des femmes vivant avec le VIH/Sida à Hô Chí Minh - Ville ?*

Et les questions concrètes :

- *Comment les femmes de Hô Chí Minh - Ville ont-elles réagi à l'annonce de leur maladie ? Qu'est ce qui a changé en elles depuis cette annonce ?*
- *Quels éléments sociaux ont affecté leurs relations sociales ? Quel est le rôle de l'enfant, de la famille et de la société dans la vie de ces femmes ?*
- *Comment font les femmes séropositives pour maintenir leurs relations anciennes ou en construire de nouvelles ?*

Ci-dessous est une discussion sur le sujet : comment ont-elles ces questions été répondues dans l'étude. Cette discussion présente par ordre les thèmes concernés dans l'analyse du processus de la construction des relations sociales de ces femmes vivant avec le VIH à HCMV.

Caractères de la population des PVVIH

L'âge des séropositifs est généralement concentré à une tranche d'âge donné, notre étude indique que la majorité des femmes contaminées par le VIH sont dans la tranche d'âge des 30 à 40 ans, représentant près de la moitié des femmes interviewées. Les autres se

répartissent également entre deux groupes d'âge : de 18 à 29 ans et supérieur à 40 ans. Nous pouvons le trouver dans l'études de VNP en indiquant que « *chez les hommes et les femmes, les âges les plus courants étaient entre 30 et 39 ans (49,6 % des hommes et 55,4 % des femmes)* » (VNP+, 2015a, p. 26).

Dans l'étude de Luru, B.N, « 0,6 % des personnes se déclarent séropositives interrogées appartiennent au groupe d'âge de 50-59 ans Les autres sont réparties de manières équilibrée entre les deux autres groupes d'âge : 49,2 % chez les jeunes et 50,3 % chez les adultes (âgés de 30 à 49 ans). »

Tableau 7 Répartition (%) des répondants selon leur statut VIH, leur type de foyer et leur groupe d'âge

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>		<i>0,000</i>			<i>0,599</i>	

Cité par Luru, 2010, p. 88

Cependant, concernant l'état matrimonial il existe une différence entre notre étude et les résultats du VNP. Notre recherche montre que la plupart des femmes positives sont célibataires (13/27). Certaines vivent avec un compagnon et ont des enfants ; les femmes mariées vivant avec leur mari et leurs enfants sont très peu nombreuses, seulement 6/27 femmes, et beaucoup d'entre elles vivent avec leur 2^e ou 3^e mari ou partenaire. Les autres femmes sont toutes divorcées ou séparées (3/27), ou veuves (5/27). Au contraire, l'étude du VNP+ confirme que « beaucoup des PVVIH (45,1 % des femmes et 39,5 % des hommes) vivaient avec leur mari/ leur femme /leur partenaire » (VNP+, 2015a, p. 27).

Concernant le *niveau d'instruction* des PVVIH dans cet étude, la plupart des femmes contaminées ont arrêté leurs études après l'école primaire ou à mi-parcours du collège. Un petit

nombre de ces femmes ont arrêté leurs études au lycée. Certaines ne savent ni lire ni écrire ou ne peuvent écrire que leur nom.

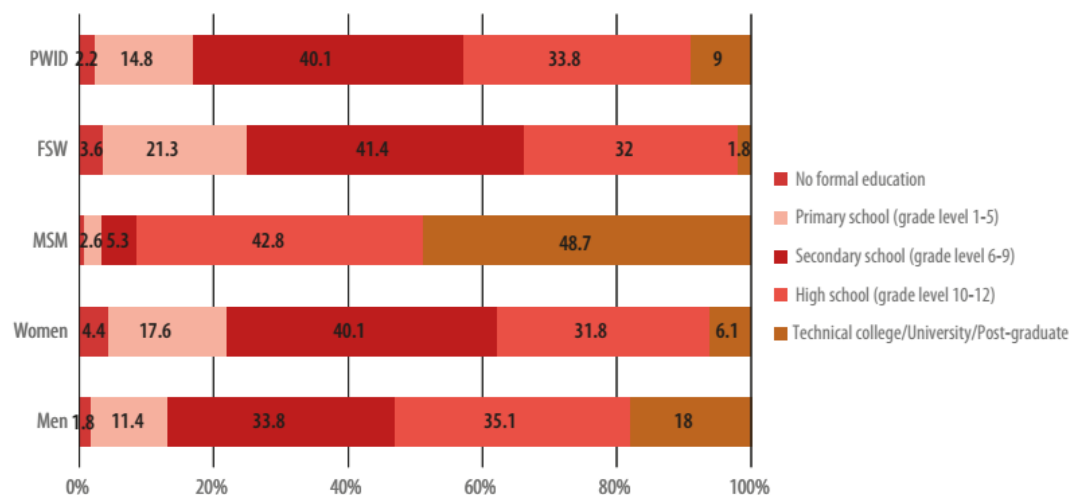
Nous trouvons le même résultat dans l'étude de Lru (2010) indiquant que le niveau d'instruction des PVVIH n'est pas élevé.

Tableau 8 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		

Cité par Lru, 2010, p. 90

Figure 24 Statut scolaire



Cité par VNP+, 2015a, p. 31

L'étude du VNP (2015) a également témoigné que « la majorité des personnes interrogées ont indiqué que leur plus haut niveau d'instruction était au collège ou au lycée et plus de 20% de femmes déclarant que leur niveau d'instruction était au moins primaire, contre 13% chez les hommes » (VNP+, 2015a, p. 31).

Emploi

Dans cette étude, les femmes positives VIH exercent des emplois simples, sans formation ni capitaux de démarrage (vente de chaussures, vente de nourriture, fabrication de papier votif à domicile), *leur revenu est faible et instable*. La plupart d'entre elles ont changé de travail ou perdu leur emploi à cause de leur peu d'estime de soi (auto-stigmatisation) et de la stigmatisation de la société.

Nous trouvons le même résultat dans l'étude de Luru (2010) indiquant que « *la plupart des séropositifs exercent des activités indépendantes et de petit commerce. La proportion des séropositifs travaillant dans les entreprises ou dans le service étatique est très faible* » (Luru, 2010, p. 91).

Est également montré dans une étude de VNP+ le fait que le taux des personnes vivant avec le VIH ayant un travail reste très faible. Cette étude souligne également que la plupart des causes de cette perte d'emploi s'expliquent totalement ou partiellement par leur contamination par le VIH (VNP+, 2015a, p. 31).

Tableau 9 Répartition (%) des répondants selon leur profession

Profession	PVVIH	MemF+	MemF-	Ensemble
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		

Cité par Luru, 2010

Choc

L'annonce de l'infection au VIH est toujours un moment traumatisant pour chaque personne. L'état de choc psychologique qui se produit, se manifeste par la colère, l'anxiété, la panique la dépression ou le suicide. Ces témoignages de femmes ont montré que ces femmes n'avait pas l'intention de se suicider comme le résultat dans l'étude *Qualité de vie face au VIH/Sida [Quality of life in HIV/AIDS]* de Basavaraj *et al.* (2010) qui a montré que « *le suicide chez les personnes infectées par le VIH/Sida a été signalé dans la plupart des cas, comme étant associé à un trouble psychiatrique concomitant* » (Basavaraj *et al.*, 2010, p. 78).

Les femmes dans l'étude de VNP+ (2012) ont témoigné qu'elles voulaient plus se suicider que les hommes, mais les femmes vivant avec le VIH à Hô Chí Minh - Ville ont subi un traumatisme psychologique. Pour les femmes infectées VIH par leur mari, quand elles ont reçu le résultat positif au VIH, elles sont tombées dans un état de stupeur et de confusion (VNP+, 2012, p. 63). Quant aux femmes infectées par la consommation de drogues, elles ont reçu les résultats des tests avec une attitude d'indifférence en pensant à la fin inévitable du jeu.

On retrouve un choc psychologique identique non seulement chez les PVVIH elles-mêmes, mais chez les membres de leur famille comme l'étude de Luu 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* » (Luu, 2010, p. 320).

Les PVVIH et leur famille sont tombées dans cet état de choc. Cela s'est expliqué par deux raisons. Premièrement, c'est une « maladie du siècle » (Khuát *et al.*, 2004, p. 15) sans traitement ; Deuxièmement, les séropositifs et les membres de leurs foyers manquent de connaissances sur le VIH/Sida (Luu, 2010).

Nous pouvons le trouver dans les études de UNDP et de Khuát qui indiquent que les habitants ont manqué informations ou reçu informations liées au VIH/Sida (UNDP, 2004, p. 30; Khuát, 2004, p. 15). Leur connaissance du VIH/Sida est donc très limitée (Belkhir, 2007, p. 84).

En outre, la connaissance dépend du niveau d'étude des habitants car le niveau de connaissance et de compréhension s'accroît conjointement au niveau d'étude : l'écart le plus

grand étant constaté entre ceux étant allé jusqu'au primaire et ceux ayant étudié jusqu'au secondaire (Belkhir, 2007, p. 85).

Auto-stigmatisation et stigmatisation

La majorité des femmes participant à cette étude se stigmatisent en se fermant aux autres et en se coupant du monde extérieur et ont dit que la stigmatisation de société s'expliquait soit par la peur de la maladie, soit par le fait que, ne voulant pas entrer en contact avec elles, on parlait dans le dos des personnes séropositives. Ces femmes sont discriminées dans les hôpitaux, leurs amis s'éloignent d'elles, mais elles sentent aussi le même problème de la part de leur famille.

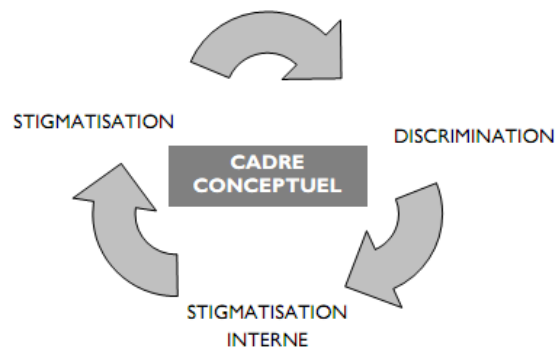
Nous pouvons le trouver également dans les autres études: Dans Stigma Index, VNP+ a affirmé qu'« *une très forte proportion des PVVIH se stigmatisent, plus des deux tiers (67,1%) ayant signalé au moins une émotion négative liée à leur statut sérologique au cours des 12 derniers mois. La honte, la culpabilité et l'auto-blâme étaient les émotions les plus souvent rapportées* » (VNP+, 2012, p. 45). Cette étude a affirmé encore une fois que les formes de discrimination et la discrimination de la communauté vis-à-vis des personnes séropositives étaient fort variées.

Ky-Zerbo *et al.* (2014) l'ont montré dans leur étude que l'auto-stigmatisation est la forme de stigmatisation majeure vécue par les PVVIH (45,6 % contre 40,2 % pour la stigmatisation dans les relations interpersonnelles et 11 % de stigmatisation dans les services de santé) (Ky-Zerbo *et al.*, 2014, p. 6).

Luru a insisté, dans son étude, sur le fait que « *pour les séropositifs, une exclusion et une séparation liées au VIH/Sida pourraient être l'exclusion d'activités communautaires, de situation quotidienne ou de soins de santé* » et « *être la conséquence d'attitude de stigmatisation liée au VIH/Sida* » (Cf chapitre 4 et 6 Luru, B.N, 2010).

Ken Morrison a indiqué le lien entre la discrimination et la stigmatisation dans son étude : « *La stigmatisation provoque la discrimination ; la discrimination conduit à l'auto-stigmatisation ; et l'auto-stigmatisation, à son tour, renforce et légitime la stigmatisation* » (Morrison, 2007, p. 4)

Figure 25 Cadre conceptuel : stigmatisation, discrimination et stigmatisation interne



Cité par Morrison, 2007, p. 4

Ce processus a été montré dans l'étude de Luru : « *l'auto-stigmatisation des séropositifs et la stigmatisation des PVVIH par les membres de la famille (MenF+) dans la société augmentent l'exclusion des séropositifs des activités communautaires. La stigmatisation des séropositifs par MenF+ dans la famille augmente l'exclusion de ces derniers et la séparation avec les MemF+ dans les situations quotidiennes* » (Luru, 2010, p. 270).

Famille, communauté et PVVIH

La communauté (voisins, amis) joue un rôle important pour chaque membre. Pour beaucoup de gens, quand ils manquent d'un soutien familial, les voisins et les amis sont devenus leur famille.

C'est ainsi que la communauté des PVVIH est devenue un lieu d'empathie et de partage. Cette participation à cette communauté aide aussi les femmes dans l'accès aux services médicaux.

Les services médicaux dans la communauté leur fournissent non seulement des informations utiles mais leur apportent l'espoir, la confiance dans le traitement. Ils aident les patients à se sentir vivre plus utile et plus optimiste. La plupart de femmes participant à l'étude ont eu l'occasion d'être conseillées et soignées au sein des services médicaux.

En revanche, c'est au sein de la société que les PVVIH ont le plus subi stigmatisation et discrimination au nom des valeurs sociales ou normes de la communauté. Nous pouvons trouver ces hypothèses dans les études de Luru; Liu et Khuât *et al.*

Dans l'étude de Luru.B.N a montré que « *la stigmatisation des PVVIH dans la société est encore forte. Elle favorise une auto-stigmatisation des PVVIH et des membres de leurs foyers ainsi qu'une stigmatisation des PVVIH par les membres des foyers* » (Luru, 2010, p. 171).

L'étude de Liu (2010) avec le thème : *Relations interpersonnelles et stigmatisation liée au VIH/Sida en Chine [Interpersonal relationships and HIV/AIDS stigma in China]* (School of Psychology, Beijing Normal University) a témoigné que « la plupart des personnes interrogées ont répondu tout simplement « peur », « dangereux », « contagieuse », « peur de l'infection », et « mort ». En effet, le VIH/Sida est représenté comme un virus/maladie transmissible, incurable et mortel. PVVIH étaient représentés comme une source majeure de propagation du VIH/Sida; La transmission du VIH se produisait, croyait-on lors d'un contact occasionnel, même par contact indirect avec les PVVIH. »

Les séropositifs subissent non seulement la stigmatisation et la discrimination de la famille et la communauté, mais « *la personne séropositive en arrive peu à peu à pratiquer l'auto-stigmatisation* » (Belkhir, 2007, p. 94), car « *les PVVIH se haïssent elles-mêmes avec les comportements de culpabilité, de honte et de désespoir, elles sont tombées dans l'impasse quand elles s'isolent de la vie familiale et sociale et attendent la mort. Certaines ont complètement changé de mode de vie, leurs relations sociales et les interactions sociales nécessaires* » (Khuât et al., 2004, p. 31; UNDP, 2004, p. 27) et Luru (2010) a indiqué que « *les caractéristiques culturelles des Vietnamiens exercent une forte influence sur l'autostigmatisation des personnes vivant avec le VIH/Sida et des membres de leurs familles* » (Luru, 2010, p. 72).

En plus, Khuât (2004) a montré « *la stéréotype de genre dans les attitudes et les comportements des habitants envers les PVVIH variaient selon le genre. Hommes et femmes ne supportent pas le même jugement éthique. Il semble qu'un homme séropositif est accepté plus facilement qu'une femme séropositive. Les femmes sont considérées comme les personnes ayant la « vertu » mais dès qu'elles sont infecté par cette maladie, elles ne peuvent pas reconnaître la compréhension et la grâce de la famille ou de la société* » (Khuât et al., 2004, p. 32).

Selon UNDP (2004), la stigmatisation et la discrimination envers les PVVIH existe sur le lieu de travail : quand les employeurs demandent un résultat de dépistage du VIH dans le dossier de candidature, ils affichent les résultats des tests des PVVIH pour les autres salariés

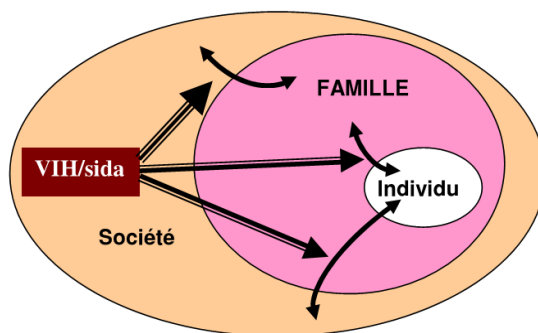
puissent avoir les « mesures de prévention » nécessaire, et enfin, licencient les personnes séropositives pour protéger les autres travailleurs (UNDP, 2004, p. 27).

En outre, cette discrimination est d'autant plus forte qu'elle existe même dans les établissements médicaux. Ce sont les gens qui connaissent le sida et les voies de transmission du VIH qui montrent toujours l'attitude discriminatoire. Bien que, « *les professionnels médicaux n'ont pas peur de cette maladie, ils sont mal à l'aise dans le processus du traitement des PVVIH* » (Khuât, T.H. *et al*, 2004, p. 30) et « *ont des méthodes de prévention coercitives, les patients se sentent donc stigmatisés* » (Khuât *et al.*, 2004, pp. 27-28).

Reconstruction des relations sociales

La reconstruction des relations sociales a été créé par les interactions sociales des femmes au niveau des individus, des groupes et des communautés. Ces interactions sont expliqué par l'analyse de Luru, B.N à travers du graphique sur l'interaction entre la société, la famille et l'individue dans le contexte du VIH/Sida. Ce graphique de Luru, B.N confirme « *le rapport de correspondance entre la société, la famille et l'individu qui sont lies les unes aux autres par des relations en interaction* » (Luru, 2010, p. 320).

Figure 26 Interaction entre la société, la famille et l'individu dans le contexte du VIH/Sida



Cité par Luru, 2010

Ce sont les interactions entre l'individu avec l'un autre; l'individu avec le groupe et l'individu avec la société. Au niveau individuel, les relations sociales sont concentrées principalement par les rapports d'amitié. Ces relations sociales peuvent être les anciennes amitiés que les femmes ont maintenues et reconstruites ou les nouvelles amitiés qu'elles ont construites dans le groupe des personnes en même situation.

Au niveau du groupe, les femmes séropositives ont reconstruit les relations sociales en participant aux activités liées au VIH/Sida et elles sont devenues des membres du groupe des PVVIH où elles se partagent les informations, des conseils et les services médicaux.

Au niveau communautaire, selon leurs témoignages, il s'agit seulement des activités liées à la prévention du VIH dans la communauté et les femmes ne parlent pas des autres activités sociales.

À travers des activités liées à la prévention du VIH, les femmes séropositives peuvent s'affirmer la communauté et la communauté peut mieux comprendre leur situation. Depuis lors, les habitants ont l'autre regard sur les PVVIH et la stigmatisation et discrimination liées au VIH et au sida peut être réduit de plus en plus dans la société.

Alors que d'autres activités de la communauté que les femmes n'ont pas mentionné car ces activités ne sont pas liés au VIH/Sida et elles y ont peur de la stigmatisation. Luru, B.N a montré que « *les différents types de stigmatisation sont en interaction les uns avec les autres et 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'auto-stigmatisation 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* » (Luru, 2010, p. 229).

Une approche différente de la reconstruction des relations sociales des PVVIH que Kanati (2011) a montré dans son étude concernant des représentation sociales du VIH/Sida et la construction d'identité séropositive, que les représentations sociales de la maladie qui contribuent à la construction d'une identité séropositive. Une véritable identité séropositive semble se construire autour des déterminants comportementaux qui portent sur la prévention d'une éventuelle double infection, le mariage entre séropositifs, le maintien de l'exercice d'un métier, le renoncement aux activités sexuelles, la participation à des rituels spécifiques de deuil, les témoignages à visage découvert, le maintien du non-dit et la politique du secret quant à leur séropositivité.

9.2 Conclusion

Avec l'explosion de l'épidémie de VIH au cours des dernières décennies, les recherches liées au VIH/Sida se développent dans différentes disciplines. À côté des travaux de recherches purement médicales, traitements et possibles préventions, ont été réalisées des recherches en sciences sociales focalisées sur les séropositifs eux-mêmes, études les facteurs liés à leur vie familiale, leur carrière et leurs maladies.

Au Viêt Nam, il existe de nombreuses études portant sur le VIH en général et le vécu des personnes atteintes du VIH en particulier, mais ces études se contentent souvent d'étudier les voies de transmission du VIH et les mesures de prévention à établir contre cette maladie. Malgré tout, certaines recherches se sont focalisées sur la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes, de la part de leur famille ou de la société, les personnes vivant avec le VIH, et le rôle particulier que joue cet entourage dans la prise en charge de ces malades, pour leur traitement, ou la prévention en particulier. Mais demeure la question de savoir « comment vivent ces personnes atteintes du VIH confrontées constamment à l'attitude stigmatisante ou discriminante de la famille ou de la société. » Autrement dit, comment ces malades sont-ils amenés à redéfinir leurs relations sociales afin de continuer à vivre.

En utilisant la méthode d'entretien approfondi (*récit de vie*) auprès de 27 femmes vivant avec le VIH à HCMV, chacune choisie par la méthode dite « de la boule de neige qui roule » et en appliquant la théorie de l'interaction symbolique, la théorie de la construction sociale et la théorie d'étiquetage.

Notre recherche a démontré que les femmes interviewées ont été *infectées par le VIH par plusieurs voies* (par leur mari/partenaire sexuel, par la prostitution et par l'usage de drogue ou pour d'autres raisons). L'identification de la cause de la contamination chez ces femmes est de caractère relatif. En effet, certaines exercent la prostitution et utilisent de la drogue par injection en même temps. Elles ne peuvent donc pas déterminer par quelle voie elles ont été contaminées.

La majorité des femmes contaminées par le VIH participant à cette étude sont dans *la tranche d'âge* des 30 à 40 ans, représentant près de la moitié des femmes interviewées (13/27). Les autres se répartissent également entre deux groupes d'âge : de 18 à 30 ans (7/27) et

supérieurs à 40 ans (7/27). Concernant l'état matrimonial, la plupart des femmes positives VIH sont célibataires (12/27). Certaines vivent avec leur copain et ont des enfants ; les femmes mariées vivant avec leur mari et leurs enfants sont très peu nombreuses, seulement 9/27 femmes, et beaucoup d'entre elles vivent avec leur 2^e ou 3^e mari. Les autres femmes sont toutes divorcées ou séparées (3/27), ou veuves (3/27). Pour celles qui sont mères, leurs enfants sont tous majeurs (plus de 18 ans) ou vont à l'école, et seulement deux ont été contaminés par leur mère.

En ce qui concerne leur *niveau d'instruction*, les femmes participant à l'étude ont un très bas niveau d'instruction. La plupart des femmes contaminées ont arrêté leurs études après l'école primaire ou à mi-parcours du collège. Un petit nombre de ces femmes ont arrêté leurs études au lycée. Aucune parmi ces 27 femmes n'ont fait des études supérieures. Certaines d'entre elles (5/27) n'ont pas terminé l'école primaire. Certaines ne savent ni lire ni écrire ou ne peuvent écrire que leur nom.

L'identité des femmes séropositives est très variée. Elle s'inscrit non seulement dans un processus de développement personnel et de socialisation individuelle mais aussi dans le regard de la société, l'« étiquetage » de la société envers ces femmes. Cette identité est construite et change selon les interactions avec autrui à travers le biais de négociations entre l'attribution de l'identité (statut, étiquette) et l'acceptation de celle-ci.

Notre recherche a également démontré que la plupart des femmes avaient subi *un énorme choc en apprenant leur maladie*. Faire face à cette cruelle vérité, être porteur du VIH, n'est pas simple. Et le traumatisme a duré longtemps. Les femmes sont passées par plusieurs stades psychologiques : état de choc, puis le doute, puis une immense colère, suivie souvent de moments de panique extrême, ou d'inquiétude face à la mort possible et acceptation et espérance de vie.

À la suite de ce traumatisme, *la santé, l'emploi et les relations sociales* de ces femmes ont été changés.

Pour les femmes atteintes du VIH/Sida, leur désir de bonne santé est entier et absolu. Une « nécessité » qui les fait vivre au rythme des médicaments. Ce qui va considérablement influencer leur vie. Un « va-et-vient » permanent entre les effets du médicament et leur santé : si « ça marche », elles pourront travailler. On voit qu'elles ne cherchent plus à donner du sens

à leur mort, mais un sens à leur vie. Début du lien social. Obligées de se battre pour quelque chose. Car maintien d'une bonne santé dépend d'abord de leur résistance individuelle, mais aussi de l'accès aux soins. Or, ces femmes participaient aux protocoles de traitement institutionnalisés à HCMV, et, pendant notre étude, leur santé, grâce à l'apparition des rétroviraux qui bloquent la réplication du virus, s'est en effet stabilisée.

On voit, dès lors que leur santé leur permet de travailler, qu'elles ne cherchent plus à donner du sens à leur mort, mais un but à leur vie. Penser même que cette vie puisse être « organisée », maîtrisée, comme la vie de tout un chacun. Elles ne subissent plus, mais deviennent actrices de leur vie. C'est un passage très important pour elles. Elles se battent enfin « pour » quelque chose et non plus « contre » quelque chose.

Cela dit, avant l'apparition des ARV, leur santé était faible. On découvre là que le regard extérieur ne peut « reconnaître » le malade, pour ses amis, le malade est devenu « autre », une autre personne. Et donc ils s'en éloignent. Certaines ont même contracté des maladies liées à la défaillance du système immunitaire (on ne meurt pas du sida, mais de la défaillance du système immunitaire qui permet à toutes sortes de maladies d'entrer dans le corps).

Immédiatement *après avoir découvert leur séropositivité*, la plupart d'entre elles ont *changé de travail* à cause de leur propre complexe (*auto-stigmatisation*) et de la stigmatisation de la société. Avant, elles exerçaient des métiers indépendants ou étaient salariées. Pourtant, après être contaminées, elles ont pratiqué des boulots qui ne leur demandaient pas beaucoup de contact.

En général, elles font ces boulots chez elles ou créent leur propre emploi en faisant du petit commerce ou en restant à domicile pour faire des travaux ménagers et s'occuper de leur famille. Les femmes soumises au protocole des ARV doivent prendre leurs médicaments selon un horaire précis. C'est pour cette raison que les séropositives ont du mal à maintenir un emploi stable et peuvent facilement perdre leur emploi.

Comme les femmes positives VIH exercent des emplois simples, sans formation exigée ni capitaux de démarrage (vente de chaussures, vente de nourriture, fabrication de papier votif au domicile), *leur revenu est faible et instable*.

Leurs *relations sociales* se sont trouvées gravement perturbées par l'attitude de stigmatisation, stigmatisation auto-infligée (*auto-stigmatisation*), ou provenant de la famille ou de l'entourage.

L'auto-stigmatisation se forme dès que les femmes découvrent leur contamination, et s'exprime par de multiples émotions : auto-ressentiment, complexe de culpabilité ; désespoir en réfléchissant à soi-même, à la famille et à la société. Ces émotions négatives les conduisent à s'isoler de la vie familiale et communautaire. La majorité des femmes participant à cette étude se stigmatisent en se fermant aux autres.

La stigmatisation et la discrimination de la communauté envers des femmes contaminées par le VIH demeurent très lourdes. Elles sont considérées comme un obstacle majeur à leur contact avec le monde extérieur.

Des femmes contaminées subissent la stigmatisation plusieurs fois, sous plusieurs formes dans leur vie depuis qu'elles vivent avec le VIH. L'obsession de la stigmatisation, l'exclusion et l'éloignement de la société à leur égard leur ont fait perdre la confiance et la foi qu'elles avaient dans la société. Elles doivent également subir la stigmatisation à l'égard de leur famille, par exemple leurs enfants. Ce qui les empêche d'avoir des relations avec les gens autour d'elles. Mais c'est surtout un obstacle à leur élaboration de nouvelles relations, ce qui limite ou prolonge le temps nécessaire à leur réintégration dans la communauté après être contaminées, notamment, et c'est le plus grave, l'accès à la prévention, aux soins et aux traitements du VIH.

Dès lors pour continuer d'exister, il leur a fallu réinventer leurs relations sociales. Les résultats de l'étude ont montré que la reconstruction des relations sociales de chaque personne est différente. La famille est un soutien moral et matériel pour les femmes séropositives, en particulière, le rôle de l'enfant. Elle est un appui pour qu'elles puissent surmonter le destin pour combattre la maladie. On a vu la singularité de chaque parcours, selon l'origine de la contamination, en étaient-elles responsables ? La réaction est différente, selon qu'il y ait ou non présence d'enfants, selon le type d'aide apporté par la famille élargie, selon les moyens financiers octroyés aux malades.

Ces relations sociales sont reconstruites au niveau individuel, collectif et communautaire:

Au niveau individuel, les relations sociales ont essentiellement touché les rapports d'amitié. Elles veulent maintenir les anciennes amitiés en renouant avec elles, quand c'est possible (rarement), et par ailleurs entament de nouvelles relations avec leurs camarades du groupe VIH, avec qui elles se sentent plus en phase, car partageant les mêmes problèmes. Par ces groupes et les activités qu'ils procurent elles font des travaux utiles à la communauté, en conseillant, soulageant ou soutenant des malades plus malades qu'elles.

Au niveau de la communauté, elles participent par ailleurs à des activités liées à la prévention du VIH, en relation avec les éléments sains de la communauté. À travers ces activités, les femmes séropositives peuvent s'affirmer, être informées et informer à leur tour, afin que leur situation soit mieux comprise. Cela commence par les familles, et peu à peu la société apprend à ne plus discriminer.

9.3 Limites de la recherche

L'échantillon de recherche comprend certaines femmes interviewées qui, à ce moment-là, travaillaient dans des organisations à but non lucratif, des groupes sociaux, ou des groupes humanitaires. Selon l'auteur, il s'agit d'une part d'un avantage dans le travail de recherche, concernant l'exploitation d'autres informations liées aux activités professionnelles et à la conscience des interviewées, mais d'autre part, d'un inconvénient, notamment dans la mesure où ces femmes maîtrisent la façon de répondre et de partager des renseignements et évitent de répondre aux questions délicates et individuelles. Les femmes participant à l'étude ne sont pas représentantes pour les toutes femmes vivant avec VIH par exemple les prostituées, les femmes séropositives ayant les rapports homosexuels.

9.4 Voies de recherche

Notre étude s'est intéressée aux femmes séropositives à HCMV avec un petit échantillon. Nous savons que nous ne pouvons pas généraliser nos résultats aux hommes séropositifs et aux toutes femmes séropositives (prostituées, femmes séropositives ayant les rapports homosexuels)

au Viêt Nam. Une étude de comparaison entre les PVVIH est ouverte pour mieux comprendre la différence de processus de reconstruction des relations sociales chez les PVVIH.

Au Viêt Nam, il existe beaucoup d'images différentes attachées aux PVVIH sous l'attitude de la stigmatisation et discrimination liées au VIH et au sida. Dans ce cas, quelles sont la représentation sociale et l'identité seropositive des PVVIH ?

Une autre voie de recherche consisterait à étudier l'influence indirecte du VIH /sida sur leurs enfants sans séropositivité. Quand ces femmes seront décédées, comment intégreront-ils leurs enfants la société ?

BIBLIOGRAPHIE

1. AIDS MAP. (2017). *Why is it so hard to make a vaccine against HIV ?* Consulté le 20.07.2017 sur <http://www.aidsmap.com/Why-is-it-so-hard-to-make-a-vaccine-against-HIV/page/1271042/>
2. AusAIDS (2011). *Women who inject drugs: beyond the numbers*. Consulté le 14.08.2014 sur http://ni.unimelb.edu.au/_data/assets/pdf_file/0003/932880/FIDU_Final_book.pdf
3. AVERT. (2019). *HIV and AIDS in South Africa*. Consulté le 02.09.2019 sur <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/sub-saharan-africa/south-africa>
4. AVERT. (2018). *Global HIV statistics*. Consulté le 09.05.2020 sur <https://www.avert.org/global-hiv-and-aids-statistics>
5. AVERT. (2017). *History of HIV and AIDS overview*. Consulté le 03.04.2018 sur https://www.avert.org/professionals/history-hiv-aids/overview#footnote22_8o3cxbw,
6. AVERT. (2016). *HIV and AIDS in China*. Consulté le 18.03.2018 sur <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/asia-pacific/china>
7. Bajoit, G. (2009). Le concept de relation sociale. *Nouvelles perspectives en sciences sociales : revue internationale de systémique complexe et d'études relationnelles*, 5 (1), 51-65.
8. Basavaraj, K.H. *et al.* (2010). Quality of life in HIV/AIDS, *Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS*, 31 (2), 75-80. Consulté le 13.08.2014 sur <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3122586/>
9. Battagliola, F. *et al.* (1991). *Dire sa vie entre travail et famille. La construction sociale des trajectoires*. Paris : C.S.U.
10. Becker, H. S. (1985). *Outsider, Études de sociologie de la déviance*. Paris : Métailié.
11. Belkhir, L. (2007). *Institution sanitaire et institution familiale face à l'épidémie de sida au Viêt Nam : étude introductive*. [Mémoire de master 2]. Provence : Université de Provence.
12. Bertaux, D. (2005). *L'enquête et ses méthodes. Le récit de vie*. Paris : Armand Colin.
13. Besnard, P. (2005). Déviance. Dans *Dictionnaire de la pensée sociologique*. Paris : Quadrige/PUF.

14. Bộ Kế hoạch và Đầu tư. (2001). *Tóm tắt báo cáo «Đánh giá Chương trình Quốc gia Phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam Giai đoạn 1/1996 - 6/2001 » [Bilan du Rapport sur le Programme national VIH/Sida dans les périodes du janvier 1996 au juin 2001]*. Consulté le 27.06.2017 sur <http://agro.gov.vn/images/2006/10/115024577.PDF>
15. Bộ Y tế. (2017). *Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS 6 tháng đầu năm 2017 và nhiệm vụ trọng tâm 6 tháng cuối năm 2017. [Bilan de prévention et la lutte contre le VIH/Sida au cours des six premiers mois en 2017 et la tâche clé au cours des six derniers mois de 2017]*. Consulté le 24.04.2018 sur http://vaac.gov.vn/Cms_Data/Contents/Vaac/Folders/Solieubaocao/Solieu/~contents/4UUJBYQ6FQYNT64M/958-BC-6-thang-2017.pdf
16. Bộ Y tế. (2016). *Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS 6 tháng đầu năm 2016 và nhiệm vụ trọng tâm 6 tháng cuối năm 2016. [Bilan de prévention et la lutte contre le VIH/Sida au cours des six premiers mois en 2016 et la tâche clé au cours des six derniers mois de 2016]*. Consulté le 24.04.2018 sur http://vaac.gov.vn/Cms_Data/Contents/Vaac/Folders/Solieubaocao/Solieu/~contents/S7KJHXMTFXFG293N/bao-cao-6-thang-dau-nam-2016-ky-ngay-August-09-2016.pdf
17. Bộ Y tế. (2016a). *Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2015 và các nhiệm vụ trọng tâm năm 2016. [Bilan de prévention et la lutte contre le VIH/Sida en 2015 et la tâche clé en 2016]*. Consulté le 24.04.2018 sur http://vaac.gov.vn/Cms_Data/Contents/Vaac/Folders/Solieubaocao/Solieu/~contents/BCG2DGP6NQ77KBCX/Bao-cao-HIV_AIDS-nam-2015-va-nhiem-vu-trong-tam-nam-2016_final.pdf
18. Bộ Y tế. (2014). *Báo cáo 06/BC-BYT, Tổng kết công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2013 và định hướng kế hoạch năm 2014 [Rapport N° 06/BC-BYT, Bilan de prévention du VIH/Sida en 2013 et plan en 2014]*.
19. Bộ Y tế. (2014a). *Báo cáo « Tình hình nhiễm HIV/AIDS và kết quả hoạt động phòng, chống HIV/AIDS 4 tháng đầu năm 2014 », [Rapport sur la situation de l'infection par le VIH/Sida et le résultat des activités de prévention et de lutte contre le VIH/Sida au cours des 4 premiers mois de 2014]*. Consulté le 04.04.2018 sur http://vaac.gov.vn/Cms_Data/Contents/Vaac/Folders/Solieubaocao/Solieu/~contents/XTKJNTN9C2WAXA2K/Bao-cao-Quy-1-2014_Final.pdf

20. Bộ Y tế. (2013). *Hướng dẫn thực hiện nghị quyết 20/CP của chính phủ về việc đẩy mạnh công tác phòng chống nhiễm HIV/AIDS [Guide d'application de la résolution 20 / CP du gouvernement sur la prévention et la lutte contre le VIH/Sida]*. Consulté le 04.04.2018 sur http://moj.gov.vn/vbpq/lists/vn%20bn%20php%20lut/view_detail.aspx?itemid=10458
21. Bộ Y tế. (2009). *Ước tính và dự báo nhiễm HIV/AIDS tại Việt Nam năm 2007 – 2012 [Estimation et prévisions sur l'infection du VIH/Sida au Việt Nam du 2007 au 2012]*. Consulté le 22.08.2017 sur: <http://unaids.org.vn/wp-content/uploads/2015/08/EPP-report-VN.pdf>
22. Bộ Y tế. (1993). *Thông tư hướng dẫn thực hiện Nghị quyết 20/CP của Chính phủ về việc đẩy mạnh công tác phòng chống nhiễm HIV/AIDS [Circulaire sur la guide d'application de la résolution 20 / CP du gouvernement sur la prévention et la lutte contre le VIH/Sida]*. Consulté le 09.09.2019 sur <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Thong-tu-10-BYT-TT-day-manh-cong-tac-phong-chong-nhiem-HIV-SIDA-huong-dan-Nghi-quyet-20-CP-44583.aspx>
23. BP. (2018). *Không lây nhiễm HIV qua đường tình dục nếu tải lượng HIV dưới ngưỡng phát hiện [Ne pas transmettre le VIH par rapport sexuel si la charge de VIH est inférieure au niveau de détection]*. Consulté le 09.09.2019 sur <http://vaac.gov.vn/Tin-Tuc/Detail/Khong-lay-nhiem-HIV-qua-duong-tinh-duc-neu-tai-luong-HIV->
24. Brouard, P. & Wills, C. (2006). *A Closer Look: The Internalization of Stigma Related to HIV*. Washington, DC: POLICY Project/Futures Group. Consulté le 26.02.2017 sur http://www.policyproject.com/pubs/generalreport/Internal_Stigma.pdf
25. Bui, K. C *et al.* (2010). Induced abortion among HIV-positive women in Northern Việt Nam: exploring reproductive dilemmas. *Culture, Health & Sexuality*, 12 (S1), 41–54. Consulté le 26.02.2017 sur https://www.researchgate.net/publication/26657425_Induced_abortion_among_HIV-positive_women_in_Northern_Viet_Nam_Exploring_reproductive_dilemmas
26. Carmel M. Martin & Chris Peterson (2008). The social construction of chronicity- a key to understanding chronic care transformations. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 15 (3): 578–85. Consulté le 05.07.2017 sur https://www.researchgate.net/publication/26288773_The_social_construction_of_chronicity_-_A_key_to_understanding_chronic_care_transformations

27. Centers for Disease Control and Prevention. (2017). *HIV in the United States: At A Glance*. Consulté le 05.07.2017 sur <https://www.cdc.gov/hiv/statistics/overview/ata glance.html>
28. Centers for Disease Control and Prevention. (2001). HIV and AIDS-United States, 1981-2000. *MMWR Weekly*, 50 (21): 430-4. Consulté le 12.07.2017 sur <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5021a2.htm#tab1>
29. Centers for Disease Control and Prevention. (1981). Pneumocystis Pneumonia - Los Angeles. *MMWR*, 30 (21) : 1-3. Consulté le 09.05.2017 sur https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/june_5.htm
30. Cervera, M. (2013). *L'accompagnement associatif vers l'emploi : le cas des Personnes vivant avec le VIH*, [Thèse de doctorat]. Paris : Université Paris-Est.
31. Chính phủ Việt Nam. (2011). *Quyết định về việc ban hành chuẩn hộ nghèo, hộ cận nghèo áp dụng cho giai đoạn 2011-2015, Số 09/2011/QĐ-TTg, Hà Nội ngày 30 tháng 01 năm 2011. [La décision numéro 09/2011/QĐ-Ttg Premier Ministre datée du 30 janvier 2011 relative la promulgation du standard pour mesurer les ménages pauvres, les ménages presque pauvres appliquée à la période 2011-2015]*. Consulté le 20.04.2018 sur <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Van-hoa-Xa-hoi/Quyết-dinh-09-2011-QĐ-TTg-chuan-ho-ngheo-can-ngheo-118397.aspx>
32. Chính phủ Việt Nam. (2007). *Nghị định số 108 với các hướng dẫn về việc thực hiện giảm tác hại, điều trị kháng retrovirus và công việc của PLWH như các nhà giáo dục đồng đẳng. [Décret N°108 avec des instructions sur la mise en œuvre de la réduction des méfaits, le traitement antirétroviral et le travail des PVVIH comme des pair-éducateurs]*. Consulté le 27.06.2016 sur <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Nghi-dinh-108-2007-ND-CP-huong-dan-Luat-Phong-chong-nhiem-vi-rut-gay-ra-hoi-chung-suy-giam-mien-dich-mac-phai-o-nguoi-HIV-AIDS-53378.aspx>
33. Chính phủ Việt Nam. (2007a). *Quyết định số 60/2007/QĐ-TTg ngày 07 tháng 5 năm 2007 « về việc thành lập Quỹ hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS » [Décision N°60/2007/QĐ-TTg du 07 mai 2007 «sur la création du Fonds de soutien aux personnes atteintes du VIH/Sida»]*. Consulté le 27.05.2017 sur http://www.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/hethongvanban?class_id=1&_page=76&mode=detail&document_id=23937

34. Chính phủ Việt Nam. (2005). *Quyết định số 432/QĐ-TTg thành lập “Cục phòng chống HIV/AIDS Việt Nam”* [Décision N°432 relative à la création du «Département de prévention et de lutte contre le VIH/Sida du Việt Nam»]. Consulté le 27.06.2017 sur <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Bo-may-hanh-chinh/Quyết-dinh-432-QĐ-TTg-thành-lập-Cục-Phòng-chống-HIV-AIDS-thuộc-Bo-Y-te-doi-ten-thành-Cục-Y-te-du-phòng/4653/noi-dung.aspx>
35. Chính phủ Việt Nam. (2000). *Quyết định số 61/2000/QĐ-TTg thành lập “Ủy ban Quốc gia phòng chống AIDS và phòng chống ma túy mại dâm”* [Décision N°61/QĐ-TTg du 05 juin 2000 relative à la création du «Comité national de prévention et de lutte contre le Sida, la drogue et la prostitution»]. Consulté le 27.06.2017 sur <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Bo-may-hanh-chinh/Quyết-dinh-61-2000-QĐ-TTg-thành-lập-Uy-ban-Quốc-gia-phòng-chống-AIDS-va-phòng-chống-te-nam-ma-tuy-mại-dâm-46418.aspx>
36. Chính phủ Việt Nam. (1996). *Nghị định số 34/CP hướng dẫn thi hành lệnh phòng, chống nhiễm viruts gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch ở người (HIV/AIDS)*, [Décret N°34/CP guidant l'exécution de l'Ordonnance sur la prévention et la lutte contre l'infection au virus provoquant le syndrome d'immunodéficience humaine acquise (le VIH/Sida)]. Consulté le 02.12.2016 sur <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Nghi-dinh-34-CP-huong-dan-thi-hanh-phap-lenh-phòng-chống-nhiễm-vi-rut-gay-ra-hội-chung-suy-giảm-miễn-dịch-mac-phai-o-nguoi-hiv-aids-39869.aspx>
37. Chính phủ Việt Nam. (1993). *Nghị quyết số 5/CP ngày 29/11/1993 về ngăn chặn và chống tệ nạn mại dâm*. [Résolution N°5/CP du 29 novembre 1993 sur la prévention et la lutte contre la prostitution]. Consulté le 04.04.2018 sur <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Van-hoa-Xa-hoi/Nghi-quyết-5-CP-ngăn-chặn-va-chống-te-nam-mại-dâm-38497.aspx>
38. Chính phủ Việt Nam. (1993). *Nghị quyết số 6-CP ngày 29 tháng 1 về “tăng cường chỉ đạo công tác phòng, chống và kiểm soát ma túy* [Résolution N°6-CP du 29 janvier sur «le renforcement de la direction de la prévention, la lutte et le contrôle des drogues»]. Consulté le 04.04.2018 sur <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Trach-nhiem-hinh-su/Nghi-quyết-6-CP-tang-cuong-chi-đạo-cong-tác-phòng-chống-va-kiểm-soát-ma-tuy-38498.aspx>
39. Chính phủ Việt Nam. (1992). *Nghị định số 16-CP, ngày 18 tháng 12 năm 1992 qui định một số vấn đề về phòng và chống nhiễm HIV và Sida* [Décret N°16-CP du 18 décembre prévoyant un certain nombre de questions relatives à la prévention et à la lutte contre le

- VIH/Sida]. Consulté le 04.04. 2018 sur: <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Nghi-dinh-16-CP-quy-dinh-van-de-ve-phong-va-chong-nhiem-HIV-va-SIDA-38423.aspx>
40. Chính phủ Việt Nam. (1993). *Nghị quyết số 20-CP ngày 5/5/1993 về việc đẩy mạnh công tác phòng chống nhiễm HIV/Sida. [Résolution N°20-CP du 05 mai 1993 sur le renforcement de la prévention de la contamination au VIH/Sida]*. Consulté le 04.04.2018 sur:<https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Nghi-quyet-20-CP-day-manh-cong-tac-phong-chong-nhiem-HIV-Sida-38559.aspx>
41. College of Physicians of Philadelphia (2017). Vaccine Development, Testing, and Regulation. *History of vaccines and educational resource*. Consulté le 27.07.2017 sur <https://www.historyofvaccines.org/content/articles/vaccine-development-testing-and-regulation>
42. Connein, B. (2005). Interactionnisme symbolique. Dans *Dictionnaire de la pensée sociologique*. Paris : PUF.
43. Cooley, C.H. (1902). *Human Nature and the Social Order*. New York : Charles Scribner's Sons.
44. Cục phòng chống HIV/AIDS Viet Nam. (2015). *Số liệu HIV/AIDS và tử vong đến hết năm 2015. [Chiffres du VIH/Sida et décès liés au Sida jusqu'en 2015]*. Consulté le 04.04.2018 sur http://vaac.gov.vn/Cms_Data/Contents/Vaac/Folders/Solieubaocao/Solieu/~contents/BCG2DGP6NQ77KBCX/Bao-cao-2015_so-lieu_Final.pdf
45. Cục phòng chống HIV/AIDS. (2015a). *Kỷ yếu 10 năm xây dựng và trưởng thành [Mémoire de 10 ans de la construction et du développement]*. Consulté le 27.06.2017 sur:<http://vaac.gov.vn/gioi-thieu/Detail/Lich-su-hinh-thanh-va-phat-trien-9>)
46. Cục phòng chống HIV/AIDS. (2015b). *Nhà nước có những chính sách ưu đãi như thế nào cho người nhiễm HIV? [Quelles sont les politiques préférentielles pour les personnes vivant avec le VIH?]*. Consulté le 06.04.2018 sur <http://vaac.gov.vn/FAQ/Detail/Nha-nuoc-co-nhung-chinh-sach-uu-dai-nhu-the-nao-cho-nguoi-nhiem-HIV--W>
47. Cục thống kê thành phố Hồ Chí Minh. (2015). *Niên giám thống kê năm 2015 [Annuaire statistique de Hồ Chí Minh - Ville en 2015]*. Consulté le 06.04.2018 sur http://www.pso.hochiminhcity.gov.vn/c/document_library/get_file?uuid=7311d5ad-c5a4-4383-8fb4-36c209afa120&groupId=18

48. Cục thống kê thành phố Hồ Chí Minh. (2018). *Niên giám thống kê năm 2018 [Annuaire statistique de Hồ Chí Minh - Ville en 2018]*. Consulté le 09.05.2020 sur http://www.pso.hochiminhcity.gov.vn/c/document_library/get_file?uuid=39b99ebb-a1d4-4d47-87eb-a1797915115b&groupId=18
49. Curran, J. W, MD & Jaffe, H.W. MD. (2011). AIDS: The Early Years and CDC's Response. *Supplements*, 60(04): 64-69. Consulté le 15.05.2017 sur <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su6004a11.htm>
50. Đảng cộng sản Việt Nam. (2005). *Chỉ thị số 54/2005/CT-TW ngày 30 tháng 11 năm 2005 của Ban chấp hành TW Đảng CSVN về « tăng cường lãnh đạo công tác phòng, chống HIV/AIDS trong tình hình mới » [Directive N°54/2005/CT-TW du 30 novembre 2005, promulguée par le Comité central du Parti communiste sur « le renforcement de la direction de la prévention et la lutte contre le VIH/Sida dans la nouvelle situation»]*. Consulté le 01.12.2016 sur <http://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Chi-thi-54-2005-CT-TW-tang-cuong-lanh-dao-cong-tac-phong-chong-HIV-AIDS-trong-tinh-hinh-moi-6153.aspx>
51. Đảng cộng sản Việt Nam. (1995). *Chỉ thị số 52-CT/TW ngày 11 tháng 3 năm 1995 về việc lãnh đạo công tác phòng chống AIDS của Ban bí thư trung ương Đảng khóa VII [Directive N°52-CT/TW du 11 mars 1995 relative à la direction de la prévention et de la lutte contre le Sida du Secrétariat du Parti central de la 7^e législature VII]*. Consulté le 01.12.2016 sur <http://mattran.org.vn/Home/vanbanHD/vbhd-matuy.htm#5>
52. Delaney, M. (2006). History of HAART – the true story of how effective multi-drug therapy was developed for treatment of HIV disease. *Retrovirology*. 3 (Suppl 1): S6. Consulté le 03.04.2018 sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1716971/>
53. De Queiroz, D.Je & Ziolkowski, M. (1997). *L'interactionnisme symbolique*. Renne : Presses Univesitaires Rennes.
54. Desclaux, A (dir.), Msellati. P (dir.) & Sow K. (dir.). (2011). *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud : genre et accès universel à la prise en charge*. Paris : ANRS. Consulté le 07.03.2017 sur <https://halshs.archives-ouvertes.fr/ird-00605208/document>
55. Drapeau, A. (2014). *Aspects méthodologiques de l'échantillonnage*. Consulté le 20.04.2018 sur <http://www.iusmm.ca/documents/pdf/Recherche/Recherche/ADrapeau-COPEP.pdf>

56. Đức Tùng. (2006, 14 avril). Công bố báo cáo của CSIS về tình hình HIV/AIDS tại Việt Nam [Rapport du CSIS sur la situation du VIH/Sida au Việt Nam]. *Tạp chí Lao động xã hội* Consulté le 27.04.2018 sur <http://www.molisa.gov.vn/vi/pages/ChiTiet.aspx?IDNews=7812>
57. ELIST10. (2015). *Top 10 dangerous diseases that cannot be cured*, Consulté le 09.07.2017 sur <http://www.elist10.com/top-10-dangerous-diseases-cured/>
58. Ferréol, G. *et al.* (1995). *Dictionnaire de sociologie*. Paris : Armand Colin.
59. Fleury, H.J.A. (1998). Việt Nam : évocation historique et pathologies virales dominantes. *Virologie*, 2 (6), 431-434.
60. Forte, M-C. (1998). *Le VIH-Sida au féminin : Impacte du diagnostic de séropositivité sur les conditions de vie des femmes hétérosexuelles de la ville de Québec*, [Mémoire de fin d'étude]. Laval : Université Laval. Consulté 10.07.2017 sur <http://www.nlc-bnc.ca/obj/s4/f2/dsk3/ftp04/mq33636.pdf>
61. Garnier, G. (2012). Les pires épidémies de l'Histoire. *Euro-Assurance*. Consulté le 30.06.2017 sur <https://www.euro-assurance.com/actualites-assurance/pires-epidemies-histoire.html>
62. Gaudine, A. *et al.* (2009). Perspectives of HIV-related stigma in a community in Việt Nam. *International Journal of Nursing Studies*, 47 (2010), 38–48. Consulté le 26.04.2018 sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19729162>
63. Gayle, D. H & Hill, L.G. (2001). Global Impact of Human Immunodeficiency Virus and AIDS. *Clin Microbiol Rey* 14(2): 327–33. Consulté le 07.07.2017 sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC88977/>
64. General Statistics Office of Việt Nam (GSO). (2009). *Statistical Yearbook of Việt Nam*
65. Gile, K.J & Handcock, M.S. (2012). On the concept of snowball sampling. *Sociological Methodology*. . Consulté le 07.07.2017 sur <http://hbanaszak.mjr.uw.edu.pl/TempTxt/Sociological%20Methodology-2011-Handcock-367-71.pdf>.
66. GIPA Việt Nam (2008). *Báo cáo đánh giá [Rapport d'évaluation]*.
67. Gibson, M.V. (2012). Climbing a Mountain: Stories of Women Living with HIV on Body Imaging. *Women's Health and Urban Life*, 11 (2), 26-41. Consulté le 05.04.2018 sur <https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/33915/1/11.2.Gibson.pdf>
68. Goffman, E. (2012). *Stimate : les usages sociaux des handicaps* (traduit par Alain Kihm). Paris, France : Les éditions de minuit. (Œuvre originale publiée en 1963).

69. Goffman, E. (1959). *The Presentation of Self in Everyday Life* Doubleday in Garden City. New York : Written in English.
70. Grawitz, M. (2001). *Méthodes des sciences sociales*. Paris : Dalloz.
71. IAS. (2017). La Déclaration de Paris sur le VIH: pas sans la recherche. Consulté le 08.08.2017 sur <http://www.ias2017.org/The-Paris-Statement-HIV-Science-Matters>
72. Imtiyaz Yusuf. (2014). Conflicts and the future of Islam and Buddhism in SE Asia. The Nation en ligne le 12 février 2018. Consulté le 08.08.2017 sur <http://www.nationmultimedia.com/opinion/Conflicts-and-the-future-of-Islam-and-Buddhism-in--30238293.html>
73. Indexmundin, Consulté sur <http://www.indexmundi.com>
74. Institute for Economics & Peace. (2016). Global terrorism index. Consulté le 08.02.2018 sur <http://economicsandpeace.org/wp-content/uploads/2016/11/Global-Terrorism-Index-2016.2.pdf>
75. Issiaka, S *et al.* (2001). Living with HIV: women's experience. Burkina Faso, West Africa. AIDS CARE (2001), 13 (1), 123–128.
76. Jahan, I. (2007). The social construction of self and womanhood in a Hindu village of Bangladesh. *Journal of World Anthropology: Occasional Papers*, 3 (2007), 41–51.
77. Hà, P. (2014). *Tuyển chọn tục ngữ ca dao dân ca Việt Nam [Sélection des proverbes populaires du Việt Nam]*. Hà Nội: Edition de Temps.
78. HIV online. (2008, 23 avril). *Ma túy là hiểm họa và con đường dẫn tới HIV/AIDS [La drogue est une menace et la voie vers le VIH/Sida]*. Consulté le 10.05.2020 sur <http://hiv.com.vn/duong-den-hiem-hoa/ma-tuy-la-hiem-hoa-va-con-duong-dan-toi-hiv-aids-432384>
79. Hoàng Ân. (2015, 06 juin). 15 quốc gia nguy hiểm và bất ổn nhất thế giới hiện đại [15 pays le plus dangereux et le plus instable du monde modern]. *Tri Thuc Tre*. Consulté le 26.04.2018 sur <http://ttvn.vn/gioi-tre/15-quoc-gia-nguy-hiem-va-bat-on-nhat-the-gioi-hien-dai-22015661311723.htm>
80. Hồ Chí Minh Provincial AIDS Committee *et al.* (2007). *The HIV epidemic in Hồ Chí Minh City : Where is it going ? Dịch tại thành phố Hồ Chí Minh: xu hướng trong tương lai, Dự án phân tích và vận động chính sách [Epidémie à Hồ Chí MinhVille: tendance dans le futur, Projet d'analyse et de mobilisation politique]*, Consulté le 10.08.2014 sur <http://www.hivpolicy.org/Library/HPP001514.pdf>

81. Huang, M. B *et al.* (2015, 22 décembre). Characterizing the HIV/AIDS epidemic in the United States and China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Consulté le 05.03.2018 sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4730421/>
82. Huang, Y. (2005, 31 mars). The Politics of HIV/AIDS in China. *Lake Forest College*. Consulté le 15.07.2017 sur <http://www.temple.edu/lawschool/phrhcs/conference/hivpolitics.pdf>
83. Human Rights Campaign. (1981). *HIV/AIDS & HRC: Two Decades of Fighting for Life*. Consulté le 15.07.2017 sur https://www.bowdoin.edu/queer/pdf/hrc_hiv aids.pdf
84. Humphreys, L. (2007). *Le commerce des pissotières : pratiques homosexuelles anonymes dans l'Amérique des années 1960*. Paris : La découverte.
85. Hurford, P. (2017, 28 juin). How long does it take to research and develop a new vaccine ? *Effective Altruism Forum*. Consulté le 03.04.2018 sur http://effective-altruism.com/ea/1c5/how_long_does_it_take_to_research_and_develop_a/
86. Kahn, P. (2005). *Aids vaccine handbook- 2nd edition global perspectives*, Consulté le le 23.07. 2017 sur <http://www.avac.org/sites/default/files/resource-files/AIDS%20Vaccine%20Handbook2nd%20Edition2005.pdf>
87. Kanati, L. (2011). *Des représentations sociales du VIH/Sida à la construction d'une identité séropositive : Analyse de discours en pays Moba (Nord-Togo)*. [Thèse de doctorat], Nanterre : Université Paris Ouest Nanterre La Défense.
88. Kiêu, T.H. (2004); *Tinh tuyển văn học Việt Nam - Văn học dân gian [Sélection de la littérature Việt Namienne-Littérature populaire]*. Vol 1. Hà Nội: Edition des sciences sociales.
89. Khuất, T.H.O. (2007). *A civil society perspective - HIV/AIDS policy in Việt Nam*, Open Society Institute. Consulté le 16.10.2016 sur https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/Viêt_Nam_20071129.pdf
90. Khuất, T.H. *et al.* (2004). *Understanding HIV and AIDS-related Stigma and Discrimination in Việt Nam*. Hà Nội: Edition des statistiques. Consulté le 16.11.2016 sur https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2016/10/Understanding-HIV-and-AIDS-related-Stigma-and-Discrimination-in-Viêt_Nam.pdf
91. Khuất, T.H. *et al.* (2004a). *Tìm hiểu sự kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan tới HIV&AIDS ở Việt Nam [Comprendre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et au SIDA au Việt Nam]*. Hà Nội : Edition de statistiques.

92. Krim, M. (1985). AIDS: The Challenge to Science and Medicine. *The Hastings Center Report*, 15 (4), 2-7, Consulté le 07.08.2017 sur http://www.jstor.org/stable/3561389?seq=2#page_scan_tab_contents
93. Ky-Zerbo, O *et al.* (2014). La stigmatisation des PVVIH en Afrique: analyse de ses formes et manifestations au Burkina Faso. *Sante Publique*, 26 (3): 375–384.
94. Langois, S. (2005). « Relations sociales », in Borlandi, M. *et al*, *Dictionnaire de la pensée sociologique*, PUF, 2005, 800p.
95. Laperrier, A. (2004). *L'observation directe*, in *Recherche sociale De la problématique à la collecte des données*, sous la direction de Benoit Gauthier, Presses de l'Université du Québec, 2004.
96. Le Breton, D. (2012). *L'interactionnisme symbolique*. Paris : PUF.
97. Lê, N. H. (2002). *Lịch sử & lý thuyết xã hội học [Histoire & Théorie sociologique]*. Edition d'Université Nationale de Hà Nội. 349 p.
98. Liu, L. (2010). *Interpersonal relationships and HIV/AIDS stigma in China*, Explore PsychOpen Journal, School of Psychology, Beijing Normal University. Consulté le 07.08.2017 sur <https://pdfs.semanticscholar.org/0cb2/863b78341cb63b44bf99ebb514d50ab89736.pdf>
99. Li, Z, Teng, Z & Miao, H. (2017). Modeling and Control for HIV/AIDS Transmission in China Based on Data from 2004 to 2016. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*. Consulté le 12.02.2018 sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5613381/pdf/CMMM2017-8935314.pdf>
100. Liên hiệp quốc (UN). (2004). *Giảm thiểu kì thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS tại nơi làm việc ở Việt Nam [Diminution de la stigmatisation et de la discrimination reliée au VIH/Sida au lieu de travail au Việt Nam]*. Consulté le 12.04.2018 sur <http://cantholib.org.vn/DataLibrary/Images/Giam%20thieu%20ky%20thi%20va%20phan%20biet%20doi%20xu%20voi%20HIV.pdf>
101. Linda, C. P *et al.* (1997). Rising HIV infection rates in Ho Chi Minh City herald emerging AIDS epidemic in Việt Nam. *AIDS*, 11 (1), 5-13. Consulté le le 23.08.2017 sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9376101>
102. Lundgen, K & Olausson, A. (2013). *HIV/AIDS-related stigma and discrimination among Vietnamese adolescents – A quantitative study*. [Thesis in Caring Sciences -The

- Bachelor Programme of Science in Nursing] UPPSALA UNIVERSITET. Consulté le 12.04.2018 sur <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:598229/FULLTEXT01.pdf>
103. Luu, B.N. (2010). *La famille Vietamienne face au VIH/Sida : Connaissances, stigmatisation et exclusion : étude cas-témoin à Ha-Long, province de Quang Ninh, Việt Nam*, [Thèse de doctorat], Nanterre : Université Paris Ouest Nanterre La Défense.
104. Ly, V.S (2015), *Tình hình nhiễm HIV/AIDS tại Việt Nam (Tính đến 31/05/2015)*. Ngày cập nhật 17/07/2015, [L'épidémie de VIH au Việt Nam, jusqu'au 31 mai 2015 mis à jour le 17/07/2015], Centre de prévention du VIH/Sida de la province de Thừa Thiên Huế. Consulté le 04.04.2018 sur <http://hiv.thuathienhue.gov.vn/?gd=1&cn=95&tc=1281>
105. Mai Anh. (2015, 27 décembre). Lợi ích của điều trị HIV bằng thuốc kháng virus ARV: Uống thuốc đầy đủ, lây nhiễm giảm tới 95%. [Avantages de l'utilisation des antirétroviraux ARV: Prendre le médicament complètement, l'infection diminue donc à 95%]. *Gia Dinh & Doi song*. Consulté le 17.04.2018 sur <http://giadinh.net.vn/y-te/loi-ich-cua-dieu-tri-hiv-bang-thuoc-khang-virus-arv-uong-thuoc-day-du-lay-nhiem-giam-toi-95-20151225111334833.htm>
106. Marti, M.C & Peterson, C (2009). The social construction of chronicity-a key to understanding chronic care transformations. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(3), 578-85. Consulté le 17.04.2018 sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19522914>
107. Mead, G.H. (1934). *Mind, Self and Society*, Chicago: Charles W.Morris
108. Michelat, G. (2005). Entretien. Dans *Dictionnaire de la pensée sociologique*. Paris : Quadrige/PUF.
109. Ministry of Women's Affairs (Cambodia) (2006). « The Women's face of AIDS in the Greater Mekong Sub-region », in *A Symposium Report*.
110. Morrison, K. (2007). *Rompre le cycle : Stigmatisation, Discrimination, Auto-Stigmatisation et VIH*. USAI. Consulté le 13.04.2018 sur http://www.policyproject.com/pubs/generalreport/Breaking%20the%20cycle_FR.pdf
111. Nguyễn, T.A *et al.* (2008). A hidden HIV epidemic among women in Vietnam. *BMC Public Health*. Consulté le 14.08.2014 sur <https://bmcpublikehealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-8-37>
112. Nguyễn, T.M & Nguyễn, T. B. (2017). *Một số vấn đề về phát triển con người ở Việt Nam [Quelques enjeux du développement humain au Việt Nam]*. Consulté le 09.04.2018 sur <http://vienthongke.vn/attachments/article/2527/Bai6.So%201.2017.pdf>

113. NIH History. (2016). *Timeline (1981-1988)*. Consulté le 15.05.2017 sur https://history.nih.gov/nihinownwords/docs/page_29.html
114. Nyblade, L *et al.* (2003). *Disentangling HIV and AIDS stigma in Ethiopia, Tanzania and Zambia*. International Center for Research on Women. Washington, DC 20036, U.S.A. Consulté le 16.05. 2017 sur <https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2016/10/Disentangling-HIV-and-AIDS-Stigma-in-Ethiopia-Tanzania-and-Zambia.pdf>
115. Office fédéral de la statistique (OFS). (2014). *Rapport de méthodes : Echantillonnage boule de neige-La méthode de sondage déterminé par les répondants*, Neuchâtel. Consulté le 09.04.2018 sur <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/publications.assetdetail.349363.html>
116. Oger, H. (1909). Technique du peuple annamite, Encyclopédie de la civilisation matérielle du pays d’Annam. Consulté le 09 mai 2020 sur <https://www.wdl.org/fr/item/14383/view/1/9/>
117. ONUSIDA. (2013). *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de Sida 2013*
118. Paille, P & Mucchielli, A (2013). L’analyse thématique. *L’analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
119. Pellowski, A.J *et al.* (2013). A pandemic of the poor: social disadvantage and the U.S. HIV epidemic. *American Psychologist*, 68(4), 197-209. Consulté 07.07.2017 sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3700367/>
120. Pendse, R. *et al.* (2016). HIV/AIDS in the South-East Asia region: progress and challenges. *Journal of Virus Eradication*, 2 (4), 1–6. Consulté le 30.11.2017 sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5353351/pdf/jve-2-1.pdf>
121. Pew Research Center’s Forum on Religion & Public Life. (2012). *The global religious landscape – A report on the size and distribution of the world’s major religious groups as of 2010*. Consulté le 19.01.2018 sur <http://assets.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/11/2014/01/global-religion-full.pdf>
122. Pison, G. (2017). Tous les pays du monde. *Population & Sociétés*, (547) . Consulté le 30.11.2017 sur <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/tous-les-pays-du-monde/>
123. Pham, S.C. (2006). Viêt Nam, Fighting a Rising Tide: The Response to AIDS. *East Asia*. Tokyo: Japan Center for International Exchange, 266-284. Consulté le 18.08.2017 sur <http://www.jcie.org/researchpdfs/RisingTide/Viêt Nam.pdf>

124. Quốc hội Việt Nam. (2016). *Luật trẻ em số 102/2016/QH13 ngày 05 tháng 4 năm 2016* [*Loi sur les enfants N°102/2016/QH13*]. Consulté le 27.06.2017 sur <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Giao-duc/Luat-tre-em-2016-303313.aspx>
125. Quốc hội Việt Nam. (2015). Bộ luật dân sự số 91/2015/QH13 ngày 24 tháng 11 năm 2015 [*Code civil N°91/2015/QH13*]. Consulté le 27.06.2017 sur <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/quyen-dan-su/Bo-luat-dan-su-2015-296215.aspx>
126. Quốc hội Việt Nam. (2014). *Luật bảo hiểm xã hội (Số: 58/2014/QH13 20 tháng 11 năm 2014)* [*Loi sur l'assurance sociale N°58/2014/QH13 du 20 novembre 2014*]. Consulté le 27.06.2017 sur <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Bao-hiem/Luat-Bao-hiem-xa-hoi-2014-259700.aspx>
127. Quốc hội Việt Nam. (2013). *Hiến pháp 2013 [Constitution de 2013]*. Consulté le 04.04.2018 sur <http://www.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/NuocCHXHCNVietNam/ThongTinTongHop?categoryId=920&articleId=10053009>
128. Quốc hội Việt Nam. (2006). *Luật phòng, chống nhiễm viruts gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch ở người (HIV/AIDS) (số 64/2006/QH11)*. [*Loi sur la prévention et la lutte contre l'infection au virus provoquant le syndrome d'immunodéficience humaine acquise (le VIH/Sida) N°64/2006/QH11*]. Consulté le 27.06.2016 sur http://www.moj.gov.vn/vbpq/lists/vn%20bn%20php%20lut/view_detail.aspx?itemid=15096
129. Quốc hội Việt Nam (2005). *Luật thanh niên năm 2005 (Số: 53/2005/QH11 ngày 29 tháng 11 năm 2005* [*Loi de la jeunesse N°53/2005/QH11 du 29 novembre 2005*]. Consulté le 27.05.2017 sur: <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Van-hoa-Xa-hoi/Luat-Thanh-nien-2005-53-2005-QH11-6921.aspx> 270617
130. Paille, P. & Mucchielli, A. (2013). L'analyse thématique. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
131. Parker, R. & Aggleton, P (2003). HIV and AIDS-related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and Implications for Action. *Social Science & Medicine*, 57 (1),15–24. Consulté le 05.04.2018 sur <http://blogs.law.columbia.edu/genderandsexualitylawblog/files/2012/04/Parker.pdf>
132. Pharris-Ciurej, A. (2011). *HIV-related stigma in Việt Nam: Implications for the prevention and control of HIV in concentrated epidemic settings*, Stockholm. . Consulté le 05.04.2018 sur

https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/40659/Thesis_Farris.pdf?sequence=1&isAllowed=y

133. Pison, G. (2017). Tous les pays du monde. *Population & Sociétés*, (547). Consulté le 30.11.2017 sur <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/tous-les-pays-du-monde/>

134. Savoie-Zajc, L. (2004). L'entrevue semi-dirigée. Dans Benoît Gauthier (dir.) *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

135. Simelela, N.P *et al.* (2014). A brief history of South Africa's response to AIDS. *South African Medical Journal (SAMJ)*, 104(3). Consulté le 10.09.2019 sur <http://www.samj.org.za/index.php/samj/article/viewFile/7700/5855>

136. Shan Qiao *et al.* (2015). The role of social relationship in HIV healing and its implications in HIV cure in China. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 3 (1). .

Consulté le 11.04.2018

sur <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21642850.2015.1040405#aHR0cHM6Ly93d3cudGFuZGZvbmxpbmUuY29tL2RvaS9wZGYvMTAuMTA4MC8yMTY0Mjg1MC4yMDE1LjEwNDA0MDU/bmVIZEFjY2Vzcz10cnVlQEBAMA==>

137. Stone, D & Kiem, H-P & Jerome, K.R (2013). Argeted gene disruption to cure HIV *Curr Opin HIV AIDS*, 8(3), 217–223. Consulté le

10.08.2017 sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4226633/>

138. Thanh Trâm. (2012, 02 mars). Người mẫu, ca sĩ, học sinh cũng ký “hợp đồng”... mại dâm [Mannequin, chanteuse, et étudiante signent également le "contrat" ... de prostitution].

Dan Tri. Consulté le 27.06.2017 sur <http://dantri.com.vn/su-kien/nguoi-mau-ca-si-hoc-sinh-cung-ky-hop-dong-mai-dam-1331042468.htm>

139. Thi, D. M. (2008). A qualitative study of stigma and discrimination against people living with HIV in Ho Chi Minh City. *AIDS Behav*, 12 (4),63-70. DOI: 10.1007/pp10461.

Consulté le

10.08.2017 sur https://www.researchgate.net/publication/51393137_A_Qualitative_Study_of_Stigma_and_Discrimination_against_People_Living_with_HIV_in_Ho_Chi_Minh_City_Viet_Nam

140. T.H. (2005, 29 novembre). 100 người bị nhiễm HIV mỗi ngày [100 de nouveaux cas d'infection par jour]. *Vnexpress*. Consulté le 06.09.2017 sur <https://vnexpress.net/tin-tuc/thoi-su/100-nguoi-bi-nhiem-hiv-moi-ngay-2064993.html>
141. Tổng cục thống kê. (2015). *Báo cáo điều tra lao động việc làm năm 2014 [Le rapport de l'Enquête sur les travailleurs et les emplois menée en 2014]*.
142. Tổng cục thống kê (GSO). (2011). *Điều tra đánh giá các mục tiêu về phụ nữ và trẻ em 2011 [Enquête d'évaluation des objectifs sur les femmes et les enfants 2010-2011]*, Hà Nội.
143. Tổng cục thống kê thành phố Hồ Chí Minh. (2012). *Tình hình kinh tế xã hội thành phố Hồ Chí Minh tháng 3/2012 [Situation socio-économique à Hồ Chí Minh Ville en mars 2012]*.
144. Trần, H. Q (2010). Phúc lợi xã hội và xu hướng hàng hóa hóa (phân tích kết quả khảo sát tại thành phố Hồ Chí Minh) [Aides sociales et tendance de leur marchandisation (Analyse des résultats de l'enquête à Hồ Chí Minh -Ville)]. *Journal of Social Science*, 7 (143), 21-36, Consulté le 10.08.2017 sur https://www.academia.edu/31764487/Ph%C3%BAc_l%E1%BB%A3i_x%C3%A3_h%E1%BB%99i_v%C3%A0_xu_h%C6%B0%E1%BB%9Bng_h%C3%A0ng_h%C3%B3a_h%E1%BB%A3a_Ph%C3%A2n_t%C3%ADch_k%E1%BA%BFt_qu%E1%BA%A3_kh%E1%BA%A3o_s%C3%A1t_t%E1%BA%A1i_TP.HCM
145. Trần, T. (2004, 25 mars). Hiểm họa nhiễm HIV qua đường tình dục [Danger de l'infection au VIH par les rapports sexuels]. *Tuổi trẻ, giới tính & HIV*. Consulté le 26.09.2017 sur <http://hiv.com.vn/Thong-Tin/hiem-hoa-nhiem-hiv-qua-uong-tinh-duc-185>
146. Tuấn Nguyễn. (2011, 05 janvier). Gái mại dâm ngày càng trẻ hóa [les prostituées sont de plus en plus rajeunies]. *Tiền Phong*. Consulté le 27.06.2017 sur <http://m.tienphong.vn/phap-luat/gai-mai-dam-ngay-cang-tre-hoa-563359.tpo>
147. Tuyết Mai. (2013, 18 janvier). Đổi tên gọi “mại dâm” để tránh miệt thị ? [Renommer la « prostituée » pour éviter la stigmatisation]. *Khám phá*. Consulté le 27.06.2017 sur <http://khampha.vn/tin-nhanh/doi-ten-goi-mai-dam-de-tranh-miet-thi-c4a54854.html>
148. Trần, A.T. (2012). *Xu hướng việc làm lao động nữ tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2012-2015 [Tendance d'emploi pour les femmes à Hồ Chí Minh - Ville de 2012 à 2015]* (07/03/2012). Centre de prévision du besoin pour les ressources humaines et de l'information du marché du travail à Hồ Chí Minh Ville. Consulté sur <http://dubaonhanluchcmc.gov.vn>
149. Ủy ban nhân dân Thành phố Hồ Chí Minh. (2015). *Báo cáo tổng kết các hoạt động xử lý ổ định cho bệnh nhân HIV/AIDS tại quận 8 thời kỳ 2011-2015 và định hướng hoạt động thời*

kỳ 2016-2020 [Bilan des solutions stables pour les clients seropositifs au 8ème quartier dans la période du 2011-2015 et le programme prévu pour la période 2016- 2020].

150. Ủy ban nhân dân Thành phố Hồ Chí Minh. (1993). *Chỉ thị số 02/CT-UB của ngày 04 tháng 01 năm 1993 về việc kiên quyết bài trừ nạn mại dâm, xử lý nghiêm minh đối với người vi phạm.* [Directive N°02/CT-UB du 04 janvier 1993 sur la détermination d'éliminer la prostitution, de sanctionner strictement les personnes enfreignant]. Consulté le 27.06.2017 sur <http://vanbanphapluat.com/chi-thi-02-ct-ub-nam-1993-ve-viec-kien-quyet-bai-tru-nan-mai-dam-xu-ly-nghiem-minh-doi-voi-nguoi-vi-pham-do-uy-ban-nhan-dan-thanh-pho-ho-chi-minh-ban-hanh-18153.html>

151. Ủy ban nhân dân Thành phố Hồ Chí Minh. (1993a). *Chỉ thị số 23/CT-UB về phòng, chống tệ nạn mại dâm-ma túy và ngăn chặn Sida với 4 mục tiêu chính đến năm 1995.* [Directive N°23/CT-UB sur la prévention et la lutte contre la prostitution et la drogue et l'enrayement du Sida avec quatre objectifs principaux jusqu'en 1995]. Consulté le 27.06.2017 sur <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Van-hoa-Xa-hoi/Chi-thi-23-CT-UB-phong-chong-te-nan-mai-dam-ma-tuy-ngan-chan-sida-thanh-pho-Ho-Chi-Minh-94055.aspx>

152. United Nation. (2017). *World Economic Situation and Prospects 2017.* Consulté le 02.01.2018 sur https://www.un.org/development/desa/dpad/wp-content/uploads/sites/45/publication/2017wesp_full_en.pdf

153. United Nations Viet Nam. (2003). *Health care for financing for Viet Nam,* Consulté le 24.04.2018 sur : <http://www.vn.undp.org/content/Viêt Nam/vi/home/library/poverty/health-care-financing-for-viet-nam.html>

154. UNAIDS. (2019). *Fact sheet global aids update 2019.* Consulté le 22.08.2019 sur https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf

155. UNAIDS. (2019a). *Women and HIV – a spotlight on adolescent girls and young women.* Consulté le 03.09.2019 sur https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019_women-and-hiv_en.pdf

156. UNAIDS. (2019b). *Data 2019,* Consulté le 27.09.2019 sur https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf

157. UNAIDS. (2018). *Data 2018,* Consulté le 27.09.2019 sur https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaid-data-2018_en.pdf

158. UNAIDS. (2017). *Fact sheet-World Aids day 2017.* Consulté le 30.06.2017 sur <http://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>

159. UNAIDS. (2017a). *Data 2017*. Consulté le 13.09.2017 sur http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf
160. UNAIDS. (2016). *Global update*. Consulté le 19.02.2017 sur http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf
161. UNAIDS. (2016a). *Lao PDR Country progress report*. Consulté le 04.09.2017, sur : http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/LAO_narrative_report_2016.pdf
162. UNAIDS. (2016b). *The aids epidemic can be ended by 2030 with your help*. Consulté le 28.08.2017 sur https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_with-your-help_en.pdf
163. UNAIDS. (2015). *How Aids changed everything: MDG: 15 years, 15 lessons of hope from the aids response*. Consulté le 06.07.2017 sur http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/MDG6Report_en.pdf
164. UNAIDS. (2015a). *2015 China AIDS Response Progress Report*. Consulté le 04.09.2017 sur http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/CHN_narrative_report_2015.pdf
165. UNAIDS. (2015b). *UNAIDS terminology guidelines 2015*. Consulté le 18.09.2019 sur https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_en.pdf
166. UNAIDS. (2014). *A focus on women: a keys strategy to preventing HIV among children*. Consulté le 18.09.2019 sur https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2538_preventingHIVamongchildren_en_0.pdf
167. UNAID. (2014). *Gap report*, Consulté le 03.04.2018 sur http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Gap_report_en.pdf
168. UNAIDS. (2014). *Report, Children and HIV fact sheet, may 2014*
169. UNAIDS. (2013). *AIDS by the numbers*. Consulté le 10.08.2014 sur http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/JC2571_AIDS_by_the_numbers_en.pdf
170. UNAIDS. (2013). *Report, Global report Core Epidemiology slides*. September 2013
171. UNAIDS. (2011). *Global HIV/AIDS response: epidemic update and health sector progress towards universal access: progress report 2011*. Consulté le 11.07.2014 sur <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knownyourepidemic>

172. UNAIDS. (2008). *The First 10 Years*, Consulté le 28.04.2017 sur http://data.unaids.org/pub/report/2008/jc1579_first_10_years_en.pdf
173. UNAIDS. (2007a). *Implementing the UN learning strategy on HIV/AIDS- sixteen case studies*. Switzerland. Consulté le 11.07.2014 sur http://www.unicef.org/lac/spbarbados/Implementation/HIV-AIDS/global/un-learning-strat_2007.pdf
174. UNAIDS. (2007b). *Nam giới có quan hệ tình dục đồng giới - phần bị bỏ quên trong ứng phó với AIDS của các quốc gia ở khu vực châu Á và Thái Bình Dương [Hommes ayant des rapports homosexuels – part oubliée dans la réaction contre le Sida des pays en Asie et Océan Pacifique]*.
175. UNAIDS. (2006). *25 Years of AIDS. A Timeline. From Body Positive*. (2), Consulté le 23.05.2017 sur http://www.uncares.org/common/docs/25YearsofAIDS_en.pdf
176. UNAIDS. (2004). *Viet Nam: epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections*. Consulté le 06.04.2017 sur http://data.unaids.org/publications/fact-sheets01/Viêt Nam_en.pdf
177. UNAIDS. (2003). *Fact sheet on stigma and discrimination*. Consulté le 06.04.2017 sur http://data.unaids.org/publications/fact-sheets03/fs_stigma_discrimination_en.pdf
178. UNDP. (2004). *Giảm thiểu kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS tại nơi làm việc ở Việt Nam [Réduction de la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/Sida au lieu de travail au Viêt Nam]*. Consulté le 10.08.2014 sur http://www.vn.undp.org/content/dam/Viêt Nam/docs/Publications/18932_hivemplv.pdf
179. USAID. (2001). *HIV/AIDS in Việt Nam and USAID Involvement*. Consulté le 16.08.2017 sur https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnacn098.pdf
180. Ủy ban phòng chống AIDS thành phố Hồ Chí Minh. (2015). *Báo cáo tình hình HIV tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2015. [Bilan de la situation du VIH/Sida à Hồ Chí Minh Ville en 2015]*.
181. Ủy ban Quốc gia phòng, chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm (2011, 08 novembre). *Tranh cổ động phòng, chống HIV/AIDS [Affiches de la campagne de prévention et de lutte contre le Sida]*, Consulté le 10 mai 2020 sur <http://tiengchuong.vn/gallery/100/Tranh-co-dong-phong-chong-HIVAIDS/album83.vgp>
182. Ủy ban thường vụ Quốc hội. (1995). *Pháp lệnh số 40-LC/CTN ngày 12 tháng năm 1995 về « phòng, chống nhiễm virus gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người*

- (HIV/AIDS) [Ordonnance N°40-LC/CTN du 12 mai 1995 du Comité permanent de l'Assemblée nationale du Viêt Nam sur la prévention et la lutte contre de l'infection au virus provoquant le syndrome d'immunodéficience (VIH/Sida)]». Consulté le 02.12.2016 sur <http://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Phap-lenh-phong-chong-nhiem-vi-rut-gay-ra-hoi-chung-suy-giam-mien-dich-o-nguoi-HIV-AIDS-1995-40-L-CTN-39186.aspx>
183. Villanueva, M.I.M. (1997). *The social construction of sexuality personal meanings, perceptions of sexual experience, and females' sexuality in Puerto Rico*, [Thesis in Doctor of Philosophy], Virginia Polytechnic Institute and State University.
184. VNP+ (2012). *Nghiên cứu về chỉ số đánh giá mức độ kỳ thị với người có H ở Việt Nam [Etude sur l'index d'évaluation de la stigmatisation et discrimination envers les personnes vivant avec le VIH au Viêt Nam]*, 30/11/2012. Hà Nội, Việt Nam.
185. VNP+ (2015). *Nghiên cứu về chỉ số đánh giá mức độ kỳ thị với người có H ở Việt Nam năm 2014 [Etude sur l'index d'évaluation de la stigmatisation et discrimination envers les personnes vivant avec le VIH au Viêt Nam en 2014]*. 2014. Hà Nội, Việt Nam.
186. VNP+. (2015a). *Stigma Index, 2015*, Consulté le 26.02.2017 sur <http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/reports/Viêt Nam%202015%20report%20Stigma%20Index%20R2%20Report%20Eng.pdf>
187. Winskell, K.; Hill, E. & Obyerodhyambo, O. (2011). Comparing HIV-related symbolic stigma in six African countries: Social representations in young people's narratives. *Social Science & Medicine*, 73 (2011), 1257-1265.
188. Worldatlas. (2018). The 10 Worst Epidemics. *History*, Consulté le 03.04.2018 sur <http://www.worldatlas.com/articles/the-10-worst-epidemics-in-history.html>
189. Worldometers, consulté sur : www.worldometers.info/
190. Worldpopulation, consulté sur <http://worldpopulationreview.com/continents/>
191. WHO. (2019). *Progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections*. Consulté le 22.09.2019 sur <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324797/WHO-CDS-HIV-19.7-eng.pdf?ua=1>
192. WHO. (2019a). *Atlas of African health statistic 2019- The sustainable development goals and universal health coverage in the WHO African region*. Consulté le 30.08.2019 sur <http://www.aho.afro.who.int/sites/default/files/Atlas%20of%20African%20health%20statistics%202019.pdf#overlay-context=en/node/5326>

193. WHO. (2018). *Global health estimates 2016: Estimated deaths by cause and region, 2000 and 2016*, Consulté le 04.09.2018 sur http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/
194. WHO. (1998). *STI, HIV: Consensus report on STI, HIV and AIDS epidemiology Viet Nam*. Consulté le 01.02.2017 sur http://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/1352/19980821_VNM_eng.pdf
195. Zhou. YR. (2007). If you get AIDS... you have to endure it alone: understanding the social constructions of HIV/AIDS in China. *Social Science & Medicine*, 65(2), 284-295.

ANNEXES

Annex 1 Guide d'entretien

Nom du répondant :Année de naissance:

Adresse actuelle :

Profession:

Durée de l'entretien : début fin

Date

Lieu :

Thème N°1 Situation familiale (avant l'infection) (à partir de la naissance)

- Parent, sœurs, frères
- Santé, éducation
- Relation familiale
- Relation avec les amis, voisins et la communauté
- Événements mémorables de l'enfance
- Vie personnelle
- Emploi

Thème N°2 Découvert de l'infection et vie actuelle

- Contexte de l'infection et attitude individuelle
- Première personne informée par votre infection et son attitude
- Autres personnes informées et leur attitude
- Santé après l'infection
- Révolution de l'emploi (changement, difficulté)
- Relation avec les autres:
 - + Membres de la famille
 - + Amis
 - + Collègues
 - + Autres femmes séropositives
- Vie conjugale

- + En couple
- + Mariage
- + Relation sexuelle
- + Enfant (infection, santé, éducation...)
- Regard de la société:
 - + Opinion publique
 - + Aide/soutien
 - + Discrimination
 - + Participation des activités sociales et religieuses
 - + Services médicaux (attitude, qualité, quantité, disponibilité)

Thème N° 3 Difficultés actuelles dans la vie et les réactions (emploi, santé, éducation des enfants, relation sociale)

Thème N°4 Besoin et désir

Thème N° 5 Lois et droits des PVVIH

Thème N° 6 Option personnel et autres

Annexe 2 Exemples de l'entretien version traduction en française

1. *Entretien avec Dung* (39 ans, mariée 2 fois, 01 enfant, marchande ambulante, 10 ans de vie avec le VIH).

Q: Comment vous vous appelez?

R: Dung

Q: Quelle année vous suivez le traitement ARV?

R: C'est mon premier cahier de suivi, ça fait 3 ans où j'ai eu. Maintenant, nous sommes 2016.

Q: Dans ce moment-là, vous êtes quel niveau de CD4 ?

R: Mon niveau de CD4 est 490, très bas, j'étais malade dans ce moment-là.

Q: Comment alliez vous ce moment-là ?

R: Dans ce moment-là, je me sens qu'il y a une anémie ou quelque chose inconnue dans mon corps comme je me sens que j'ai mal à l'estomac. Je suis hospitalisée durant quelques mois. Après la sortie de l'hôpital, je suivais le protocole de l'AVR.

Q: Quand vous avez découverte votre infection?

R: Depuis longtemps, environs des années 90, il y avait une fois de la consultation où j'ai découvert cette maladie, j'en avais peur, je n'ai dit personne, j'ai jeté mon carnet de soins car je me sentais peut-être très bien. Ensuite, je suis très malade, j'ai perdu quelques kilogrammes de plus 60 kg à plus 40 kg. Mon poids est plus de 70 kgs. Je prends les traitements, je mange bien. Donc, mon CD4 est levé environs plus 400.

Q : Est-ce que vous pouvez me raconter votre enfance ?

R : Mon enfance était très dure, j'ai travaillé depuis que j'étais petite pour aider la famille.

Q: Quel niveau scolaire arrêtez vous?

R : J'ai fini le CP, maintenant, je n'écris que mon nom.

Q : Qu'est ce que vous avez fait après la sortie de l'école ?

R : Quand j'étais petite, je travaillais comme femme de ménage. Je faisais du nettoyage. On me nourrissait.

Q: Vous travailliez dans ce domaine jusqu'à quel âge ?

R : À l'âge de 17 ans, je voulais trouver du travail.

Q: Comment avez-vous trouvé du travail ?

R: Grâce aux amis de la famille, ces personnes m'ont aidé et montré comment je devais interagir dans le monde du travail.

Q : Où avez-vous travaillé ?

R: Au marché CHO LON, N° 65, vente de tissu

Q : Comment etes-vous allée ?-

R : à cyclo, à l'époque, quelques filles du village m'ont demandé si je voulais faire ce métier (la prostitution), elles m'aideraient.

Q: Est ce que vous aviez peur?

R : Au début, j'en avais peur. J'ai pleuré énormément. Petit à petit, je m'y suis habituée

Q: Pourquoi avez vous choisi ce métier? PV:

R : En voyant ma famille vivre en misère, personne ne me nourrit, je voulais trouver du travail.

Q : Combien de temps vous avez exercé ce métier ?

R: une dizaine d'année

Q : Quand vous exercez ce métier, vous utilisez les moyens de protection?

R : par faute de connaissances

Q : les autres personnes ne vous ont pas montré ?

R: Avant que l'on a montré cela. On m'a montré celui, cela. J'ai entendu parler du VIH quelques fois et j'avais donc peur. À l'occasion d'une campagne de test de dépistage gratuit, je suis venue au centre. Je tremblais de peur en y entrant. Le jour où je suis venue chercher le résultat, en sachant que j'ai été contaminée, j'ai immédiatement quitté le centre sans prendre des médicaments. J'ai également jeté le carnet de soins. Plus tard, quand je suis tombée malade, j'ai dû demander un autre carnet ailleurs.

Q : Où avez-vous consulté ?

R : à Âu Dương

Q: Ah Âu Dương?

R : Oui, j'y ai suivi les traitements après j'ai changé...

Q : A ce moment votre corps n'a encore rien montré ?

R : Non, j'ai entendu que l'on a parlé...j'ai testé et je suis contaminée.

Q : Comment vous vous sentez ?

R : Cela m'est arrivé, tant pis, je ne fais que végéter. On m'a dit de prendre des médicaments mais je ne l'ai pas fait car j'étais en bonne forme. Plus tard, j'en ai pris après être tombée malade

Q: Pourquoi vous avez jeté votre carnet de soins?

R : Ce jour-là, en recevant un résultat positif, j'ai jeté le carnet de soins car j'avais peur que ma famille le sache. Plus tard, quand je faisais une consultation, on m'a demandé mon code de

patient indiqué dans ce carnet. On m'a demandé pourquoi j'y avais fait une consultation mais je n'avais pas de code de patient. Je ne me souvenais plus où j'avais mis ce carnet.

Q: Dans les années 90, vous avez découvert votre infection, est ce que vous avez parlé avec quelqu'un?

R: Non, je n'ai parlé à personne. On le savait quand j'étais tombée malade.

Q : Quelle année etes vous tombée malade ?

R: Il y a quelques années, ah, depuis 2013, je n'ai pris aucun traitement, ma famille le savait seulement quand j'étais tombée malade et hospitalisée. Depuis, je n'ai rien dit.

Q: Comment votre famille réagit ?

R : ma famille a dit que ça est arrivé et pourquoi je n'ai pas parlé... Tout le monde m'a conseillé de ne pas être triste, ne pas penser. Moi-même, je sais, je n'en ai pas peur si je ne suis pas optimiste ma santé est faible.

Q : Après la découverte de l'infection, est ce que vous continuez ce métier (prostituée) ?

R : Oui, ensuite de moins en moins car j'ai trouvé l'autre boulot.

Q : Et maintenant ?

R: Non, je fais actuelle de la vente de produits artisanaux et alimentaires

Q : Quand vous avez arrêté ce métier ? vous vivez avec qui?

R : Depuis environs dizaine années, je suis marié il y a quelques années.

Q : Quand votre marie a décidé de marier avec vous, est ce qu'il connaît votre maladie ?

R : Non, mon mari avait des doutes mais il s'est dit de laisser les choses se faire.

Q: Donc, est ce que vous avez utilisé des préservatifs ?

R : Oui mais il ne voulait pas utiliser des préservatifs. Quelques années plus tard, il m'a dit qu'il s'en foutait car quoi qu'il en soit. Il a testé son niveau de CD4 mais on ne lui a pas donné le traitement car il était en forme. Son niveau de CD4 était très haut. On le lui a donné quand son niveau de CD4 était bas. Maintenant, il est chauffeur de taxi.

Q : Votre mari est chauffeur de taxi ?

R : Oui,

Q: Votre revenue vient où? Votre mari ou vous ?

R : Les deux

Q : Est-ce que vous avez des enfants ?

R : Oui, j'ai un garçon de 14 ans.

Q : ça fait longtemps où vous etes mariée ?

R : ça fait 13, 14 ans, je n'ai pas d'enfant avec le deuxième mari. Mon fils, c'est l'enfant avec le premier mari.

Q: Votre premier mari, où est-il?

R: Divorce, il s'est remarié depuis longtemps.

Q: La famille de votre mari connaît votre état de santé?

R : Personne ne le sait. Il la cache à sa famille. De temps en temps, il rend visite à sa famille car il n'est pas en bonne santé

Q: Vos amis, après qu'ils ont découvert votre maladie, vous avez perdu le contact ?

R : Non, comme d'habitude, quand je suis hospitalisée, ils m'ont rendu visite en conseillant que je devais manger bien pour avoir une bonne santé et mes voisins sont normaux.

Q : Est-ce que vos voisins le savent ?

R : Oui, ils n'en ont pas peur et je me sens que je ne suis pas malade.

Q : A vos avis, est ce que les gens discriminent les femmes séropositives ?

R : Non

Q : Comment est-elle votre santé ? Est-ce que vous avez l'autre maladie ?

R : comme ci, comme ça, j'ai seulement cette maladie. J'avais les rendez-vous de consultation à l'hôpital pour savoir si j'avais le diabète mais j'ai seulement cette maladie. J'ai plus une chance des autres décédés car ils ont refusé de suivre le protocole d'ARV. A ce moment-là, j'ai pris le traitement, je me suis sentie que je suis partie en avion comme des nuages dans le ciel, comme quelqu'un est ivre mais j'étais petit à petit habituelle. Avant, j'ai pris mes médicaments le soir, maintenant, je le prends dans la journée.

Q : Combien de temps avez-vous pour cette habitude ?

R: environs la moitié de mois

Q : Il faut respecter les horaires comme ça, est ce que vous avez des difficultés ?

R : Aucune difficulté, ça arrive si l'on le prend en retard mais ça n'est pas grave. C'est mieux qu'il faut le prendre à l'heure. Quelque fois, je suis occupée, j'ai oublié de ramener les traitements sur moi, j'ai consulté au médecin qui m'a dit « non, si je le prends dans la journée. »

Q : Est-ce que votre vie est changée après l'infection ?

R : Non, je vis comme d'habitude, je vis aussi avec insouciance, je ne pense rien du tout, je vis en riant si heureux.

Q : la période des années 90 jusqu'en 2013, comment vivent-vous ?

R : Je travaille normalement, l'amitié est normale.

Q : Avez-vous peur que les gens connaissent votre état de santé ?

R : J'en ai peur, j'ai peur de perdre les gens qui savent ma maladie car ils ont peur de VIH mais plus tard les gens écoutent cette interview, que cette maladie ne se répande pas normalement, elle ne soit transmise que de certaines façons.

Q : Est-ce que vous avez des difficultés dans le travail ?

R : A début, c'était difficile, je n'ai pu faire des ventes. Quand les enfants sont grands, je devais chercher du travail, j'ai emprunté de l'argent pour acheter celui-ci à la vente. Maintenant, je vends dans la rue, parfois des dizaines de milliers.

Q : Vous travaillez à quelle heure du matin ?

R: A partir de 5h du matin jusqu'au lendemain à 1 ou 2 heures du matin et j'ai rangé les affaires environ 22h.

Q : Est-ce que vous vendez sur le trottoir.

R : Oui, je vends des chaussures sur les trottoirs. Je ne dois pas payer d'impôts. J'ai eu de la chance. J'ai demandé aux habitants d'ici leur permission en leur disant que j'étais malheureuse et en leur promettant de ranger mes marchandises en ordre. Mes marchandises sont propres, pas du tout sales. Quand j'en vends dans la rue Nguyen Trai, je demande aussi la permission des gens là-bas. Sinon, il faut louer une place. De plus, je dois payer les intérêts des prêts. On est venus me voir en octobre pour les prendre

Q : Cette raison, vous les vendez bien ?

R: Oui, ç'est mieux.

Q : Qu'est-ce que vous souhaitez dans l'avenir?

R : J'espère que je ne devrai plus emprunter de l'argent. Ainsi, je serai plus tranquille. Maintenant, je dois emprunter de l'argent et je dois faire plus d'efforts pour rembourser les dettes au fur et à mesure

Q : Est-ce que vous avez le soutien local ?

R : Non, j'ai seulement reçu environs plus de 300 000 dongs

Q : Cet argent pour quelle allocation ?

R : Pour l'allocation médicale mais cette année, je ne l'ai pas reçu et ensuite, je n'ai pas eu l'assurance maladie comme l'aide médicale.

Q : Est-ce que vous avez reçu l'autre soutien de l'organisation ou de l'individu ?

R : Rien

Q : Est-ce que vous participez aux activités proposées aux femmes séropositives ?

R : Non, je ne sais rien

Q : Quelle religion pratiquez-vous ?

R : Bouddhisme

Q : Est-ce que vous allez souvent à la Pagode ?

R : Oui, j'y vais le 15 du mois de calendrier lunaire avec les voisines.

Q : Qu'est ce que vous priez ?

R : Surtout pour la santé

Q : Votre enfant est infecté ?

R : Non, il est né à l'Hopital Tu Du

Q : Au moment de l'accouchement, le docteur sait que vous êtes infectée ?

R : Oui, après la rentrée au domicile, on m'a téléphoné pour avoir des nouvelles.

Q : Comment évaluez-vous les services médicales ?

R : Bien, lors que l'on m'a distribué les traitements, on m'a demandé « je suis bien », « si j'aurais un souci, il me faut appeler au Centre de consultation. »

Q : Comment est-il le comportement des personnels médicaux ?

R : Très accueillant, on est en échange agréable.

Q : Les autres centres, comment sont-ils les personnels médicaux ?

R : Je ne sais pas, je ne vais pas ailleurs. Quand je suis hospitalisé, ils étaient gentils comme tout.

Q : Est-ce que vous entendez les lois pour les PVVIH et la loi pour la prévention et lutte contre le Sida ?

R : Oui, si on est infecté, on doit éviter des rapports sexuels, il ne faut pas couper les ongles sans protéger.

Q : Est-ce que vous avez entendu le droit des personnes séropositives ?

R : Non, je ne sais pas, je suis occupé pour la vente et pour les enfants, je ne connais rien.

Q : Où pratiquez vous votre métier (prostituée) ?

R : Dans les restaurants, le karaoké.

Q : Est-ce qu'il y a quelqu'un pour vous protéger ?

R : Non, personne

Q : Pour qui vous faites ça ?

R : Pour ma famille, les dépenses au quotidien

Q : Votre famille sait que vous êtes prostituée ?

R : Oui

Q : Combien des enfants avez-vous ?

R : trois garçons

Q : Est-ce qu'ils sont scolarisés ?

R : Non, ils ont arrêté ;

Q : Est-ce qu'ils ont appris un métier ?

R : Non, je ne sais pas

Q : Est-ce que vous avez ajouté quelque chose ?

R : Non, merci

Q : Merci à vous

2. *Entretien avec Nguyệt* (33 ans, célibataire, serveuse de café, 7 ans vivant avec VIH)

Q : Vous habitez où ?

R : Cinquième arrondissement

Q : Quelle année vous avez découvert l'infection ?

R : Depuis 2008, après la sortie du Centre de rééducation sociale, je suis allée au 8ème arrondissement pour un test gratuit, je suis positive. Je l'ai fait à 314 Au Duong Lan au début de 2009. Donc, je suis le protocole d'ARV

Q : Pour quoi vous êtes infectée ?

R : L'injection de drogues, je l'ai consommée depuis quelques années, je suis arrêtée en 2003 pendant 48 mois mais je suis sortie du Centre après quelques années.

Q : Est-ce que vous avez le parrainage familial ?

R : Oui, grâce à ma famille qui s'est portée garant pour moi si non, je devais aller à Nhị Xuân

Q : Sinon, quel centre étiez-vous ?

R : Centre N°6 à Đak Nông

Q : Vous habitiez où quand vous étiez petite ?

R : J'habitais avec mes grands-parents depuis mon enfance. Mes parents se sont divorcés. Par conséquent, personne ne s'occupait de moi. Mon père habitait avec mes grands-parents mais il sortait toute la journée. Quant à ma mère, comme elle s'est remariée et a fait d'autres enfants, elle ne pouvait pas s'occuper de moi. Mon grand-père ne me laissait jamais vivre dans l'insuffisance. Je me suis livrée à la drogue en fréquentant de mauvais amis. J'ai commencé à

me droguer quand j'étais en premier de lycée. Et puis j'ai arrêté mes études. J'ai été arrêtée après 3 ans de consommation de drogue.

Q : Où avez vous consommé la drogue ?

R : 8^{ème} arrondissement, 1^{er} arrondissement et 5^{ème} arrondissement, ça fait beaucoup des copains, copines de consommateurs.

Q : Combien de fois vous rentrez au Centre ?

R : Une fois seulement, je suis arrêtée par la police pour quelques fois mais mon grand-père s'est portée garant pour moi. Finalement, je suis rentrée au Centre pour cette fois.

Q : Vous avez arrêté de consommer des drogues depuis la sortie jusqu'aujourd'hui ?

R : Oui, 8 mois de crise. Il n'y a rien au Centre et je pense que les autres nous regardent en méprisant, j'ai décidé de l'abandonner.

Q : Comment trouvez-vous l'argent ?

R : Avant d'être arrêtée, je volais de l'argent à mon grand-père pour acheter de la drogue. Parfois, mes amis payaient de la drogue pour moi. Après un certain temps, puisque je lui volais de l'argent tout le temps, mon grand-père devait cacher son argent. Il ne me laissait pas savoir où il le cachait

Q : Qu'est ce que vous avez fait ?

R : Je suis des amis qui ont l'argent pour acheter de la drogue.

Q : Est-ce que vous devez travailler comme prostitué ?

R : Oui, ça fait seulement quelque mois et je suis arrêtée

Q : Pour quelle raison ?

R : Car, je suis prostituée à 3^{ème} arrondissement avec les clients

Q : Pourquoi vous êtes contaminée ?

R : La raison ? Je pense que ma contamination s'explique par le partage des aiguilles avec mes copains. Puisqu'il faisait nuit et j'étais fatiguée. De plus, je n'avais pas d'argent pour payer les frais de transport pour aller acheter des aiguilles. Je pense que j'ai été contaminée en partageant des aiguilles avec les autres, pas en travaillant (comme prostituée) car je faisais appel à des préservatifs

Q : Est-ce que vous utilisez un préservatif ?

R : Oui, j'étais en premier du lycée, je n'ai pas pu me contrôler ;

Q : Est-ce que vos amis vous ont montré ?

R : Oui, j'ai connu les gens qui faisaient le moto-taxi, ils m'ont guidé et m'ont porté sur place s'il avait les clients et j'ai partagé l'argent avec eux mais la police nous a connu, c'est moi qui ai été arrêtée, ce n'est pas lui !

Q : Où avez-vous été arrêtée ?

R : 3^{ème} arrondissement par le commissariat de cet arrondissement.

Q : Où on vous a envoyé ?

R : Ah, je ne sais pas trop, on m'a arrêtée pendant demi-journée, ensuite m'a envoyée à l'hôpital de 3^e arrondissement, je ne connaissais pas cet hôpital. On m'a appelé à faire une teste et faire pipi mais j'étais fatiguée, je n'avais rien à manger, je ne pouvais pas faire pipi, je devais boire de l'eau pour le faire. Après la teste, j'ai reçu le resultat positif et on m'a directement transmise au Fatima où je restais pendant dix jours. Ensuite, on m'a envoyée au centre de rééducation.

Q: Dans ce moment là, vous savez combien de temps vous devez y rester ?

R: Non, je pense que ça dure seulement 2 ans mais je suis arrêtée après le décret N°20. Ça dure 48 mois dont 2 ans de désintoxication et 2 ans après désintoxication. Donc, je le connais dans ce moment là mais je devais l'accepter.

Q: Donc vous devais aller au travail (prostituée) quand vous étiez jeune ?

A: Oui, à ce moment-là, mais j'étais la nouvelle, il n'y a pas si longtemps, j'ai été arrêté, parce que les autres filles étaient très malines, on ne pouvait pas les arrêter mais comme moi, j'étais stupide, la police m'a arrêté et les autres se sont enfuies complètement.

Q: Vous êtes sortie au centre quelle année ?

R: Je ne fais rien. C'est exactement la fin de l'année 2008.

Q: À la fin de 2008, qu'avez-vous fait après votre retour? Où passer le test?

R: Je suis rentrée à la maison. Ensuite, j'ai passé un test dans l'arrondissement 8, mais à ce moment-là, celui-ci venait d'emménager ici (avant à 314 Au Duong Lan), puis j'ai pris des médicaments. Après quelque temps, j'ai commencé à faire de la marchande ambulante.

Q : Qu'est ce que vous faites ?

R : Je seconde ma grand-mère dans son épicerie. Je ne peux faire rien d'autres car ma santé est mauvaise. Ce n'est pas comme tu vois. En fait, je suis très faible, je tombe malade facilement, notamment quand il fait un temps pareil.

Q: Pourquoi vous pensez que vous êtes infectée ?

R: Parce que je pense que la travailleuse du sex, ça me fait trop risquer.

Q: Mais Votre santé a diminué?

R: À ce moment-là, je n'avais rien, tout allait bien. Mais quand j'ai essayé, j'ai mesuré CD4 et il y en avait 162. J'étais qualifié pour prendre des médicaments. À ce moment-là, mon corps ne montrait rien et je n'avais rien à l'école. Je connais beaucoup de gens qui avaient la fièvre et tout ça, mais je n'en ai pas. Mais je pense que c'est un jeu, je peux le supporter, et j'accepte la vérité même si je prends des médicaments.

Q : Quand vous avez les résultats, comment vous vous sentez ?

R : En ce moment-là, je me suis mise à pleurer sur place. On m'a conseillé de me calmer. Je n'ai pas accepté la vérité. Je suis rentrée chez moi et j'ai raconté à ma mère. Elle a pleuré aussi.

Q : Vous parlez à qui d'abord ?

R : Je ne dis à personne. Seule ma mère le sait. C'est comme ça jusqu'à ce jour car si toute la famille le savait, elle en serait triste. Ma mère m'a dit de ne pas le dire à personne, et de toujours cacher car cette maladie n'était pas dangereuse du tout, pourvu que je doive faire attention pour ne pas la transmettre aux membres de la famille. Ce n'est pas la peine de le laisser savoir à tous les gens de la famille car ils en seraient tristes s'ils le savaient

Q: Avez-vous vu comment votre mère a réagi à ce moment-là?

R: Elle a seulement pleuré mais elle ne réagit rien, elle n'a pas maudit, elle a juste pleuré. Parce qu'elle ne pensait pas que c'était le cas. Maintenant je vis avec ma mère, je vis avec ma belle-mère, mes grands-parents sont vieux. Ma grand-mère est morte et maintenant j'ai le grand-père.

Q: Alors, est-ce que vos grands parents le connaissent ?

R: Non, mon grand-père a quatre-vingts ans cette année. Il ne connaît rien. Mes tantes et mes pères savaient que j'étais mort, car j'étais très en colère à cette époque. À l'époque, j'ai joué à la plage et ils ont continué à demander à la police de m'attraper et de jurer, et de maudire et de détester. Le côté maternel m'aimait toujours, mais le côté paternel me détestait. C'est aussi parce que je suis ici depuis quelques années maintenant, je peux le garder propre, donc je le respecte toujours plutôt que de le mépriser ou quelque chose du genre. Si je le rejouais, je ne pourrais penser à rien d'autre.

Q : Est-ce qu'il y a autres personnes dans votre famille qui savent votre santé ?

R : Personne ne le sait. Je dois le cacher en pensant qu'il ne faut pas laisser beaucoup de personnes le savoir. En effet, j'ai un beau-père, non pas un père. S'il le sait, sympathisera-t-il avec moi ou me discriminera-t-il ? Si j'avais un père pour partager, ce serait bien. Or, je n'ai aucune personne pour partager. Le meilleur est que je partage seulement avec ma mère. Quant à mes demi-frères et sœurs, je ne veux pas leur dire de peur qu'ils soient effrayés

Q : Vos demi-frères ?

R : Je ne le dis non plus à mes demi-frères et demi-sœurde peur de les effrayer

Q: Vous vivez maintenant à la maison avec votre mère qui vend des provisions, vos voisins dans le quartier ne savent rien?

R: Celui-ci est connu pour être très discriminatoire. Les gens ont encore très peur.

Q : Est-ce que vous avez pensé à trouver du travail ?

R : Bah oui, actuellement, j'apprends à confectionner des vêtements en série. Après l'apprentissage, je pourrai travailler comme ouvrière de couture. Ou bien, je pourrai prendre des matériaux et confectionner des vêtements à domicile. Je m'ennuie de seconder ma mère.

Q : Si vous postez, vous devez entrer dans l'entreprise ?

R : Non seulement les entreprises mais aussi les ateliers privés offrent ce type de boulot. Mais, en l'acceptant, je dois travailler selon un horaire fixe. Si je prends des matériaux pour fabriquer chez moi, c'est plus flexible. Ainsi, je peux travailler ou m'arrêter de travailler quand je veux. Si je travaille comme salariée, il est très difficile d'avoir la permission de prendre des congés pour aller m'approvisionner en médicaments. Si je suis salariée et je demande beaucoup de jours de congés, les employeurs n'accepteront jamais. Mon cousin, il s'approvisionne en médicaments aussi ici. Ses parents étaient séropositifs et sont morts tous les deux. Il est tout seul. Il a été contaminé du virus aussi. Ce n'était pas que ses parents lui ont transmis le virus. Il a été contaminé à l'âge d'adulte. Il travaille aussi. Il n'a pas le temps d'aller s'approvisionner en médicaments. Parfois, je l'aide à aller en chercher

Q: Vous pouvez aider à recevoir ces médicaments?

R: Oui, chacun son tour, cette fois je m'en occupe, le prochain mois, elle s'en occupe.

Q : Votre vie quotidien comment est-elle actuellement ?

R : Je me lève tôt pour faire un peu de jogging. Au retour du travail le soir, je reste à la maison pour regarder la télé ou faire d'autres choses. Je ne sors pas. Je n'ai aucun ami. Je ne fréquente presque personne car mes amis sont tous toxicomanes. Si je les fréquente, je me livrerai à la drogue à nouveau. J'ai peur de rencontrer des gens qui me connaissent. Parfois, je dois éviter les gens que je trouve familiers

Q: Mais parfois vous devez sortir?

R: Bien, quand je sors en rencontrant les gens, je leur dis « bonjour » quand même. Parfois, on m'a demandé 10 000 dongs, je pouvais lui donner si j'en avais mais je ne le suis pas. S'il y a

beaucoup de contacts, je suis risquée de rejouer. Bien, mieux vaut ne pas jouer. En plus, à la maison, ma mère m'avait aussi maudit.

Q: Mais vous n'avez pas d'amis qui ne jouent pas?

A: Non, tous mes amis jouent. Ceux qui prennent des ARV, ceux qui ont joué, mais ils l'ont abandonné. Mes amis, personne n'est « propres », dans le passé. Personne n'est bien. Maintenant, ils travaillent toute la journée, ils n'ont pas de temps de me voir.

Q: Qu'est-ce que vos amis font habituellement?

R: Souvent des emplois indépendants : faire de la livraison, agent de sécurité...(copine et copain).

Q: Ainsi, lorsque vous avez découvert que vous étiez infecté, comment est-elle votre relation avec avec les voisins?

R: Non, je n'ai rien dit à personne, personne ne savait que j'étais malade. Parce que personne ne sait que j'étais malade, les gens me traitent toujours normalement. Mais parce que je le garde propre, les gens ne le voient pas. À mon retour, les gens avaient encore peur de moi. Les gens ont peur de vouloir rejouer.

Q: Saviez-vous que vous étiez de retour du centre?

R: Les gens le connaissent car je suis partie depuis quelques années. Le temps où j'étais à la maison en train de jouer, les gens le savaient. À la maison, les gens le savent aussi.

Q: Avant, vous n'étiez pas ici ? Pourquoi on le connaît ?

R: Mais les gens savent aussi parce que l'est dans le même arrondissement N°8 (dans le quartier 5 toujours). Les gens me voient autour de la rue, ils savent déjà, puis savent que je joue. Je suis toute la journée dans la rue. Maintenant quand je sors dans la rue, je vois une personne, je sais que cette personne joue, je ne sais pas ce que c'est, je sais tout de suite.

Q: Mais vous sentez-vous maintenant inférieur à vous-même?

R: Non, je ne me sens inférieur à personne. Je pense que je suis toujours normale. Parce que chacun a son travail, il n'a pas de temps de me critiquer. Quant aux voisins, que je rencontre, je ne leur parle, sinon, alors pas de problème. Les gens ne savent même pas que je suis malade.

Q: Qu'en est-il de la relation avec les amis masculins?

R: c'est normal, parfois, on a pris un rendez vous pour sortir, aller boire un verre et tout ça. Normalement, je peux encore boire. Je n'ai pas beaucoup bu depuis longtemps maintenant. Ce sont aussi des PVVIH. Parce que c'est quelqu'un qui a H qui joue ensemble, alors c'est facile

Q: Avez-vous un petit ami maintenant?

R: maintenant, oui. C'est aussi la personne avec H.

Q: Avez-vous des relations sexuelles?

R: pas actuellement

Q: Depuis votre sortie du centre ?

R: parce que je ne connais personne, et personne ne me convient. Je connais quelqu'un pendant un certain temps. Je vois cette personne qui reconsomme la drogue en m'invitant. C'est pour ça que je ne fais jamais de connaissance avec les autres dans ce moment-là, je suis resté longtemps à la maison, je ne suis plus allé dans la rue et ça a été long. La plupart des personnes (9/10) ont déjà reconsommé la drogue après leur sortie du centre.

Q: Le taux est très bas, le taux d'abandon est très bas

R: C'est très difficile, car j'ai peur de la reconsommer, c'est très malheureux. Maintenant, si je la reconsomme, personne ne m'inquiète. Il n'y a que maman qui ne savait pas quoi faire. Donc, je m'arrête.

Q: Dans votre famille, il n'y a que votre mère le sait, votre mère vous a traitée comment lorsqu'elle a découvert votre infection?

R: Non, comme quand elle ne le savait pas à l'époque, elle avait peur des moyens par lesquels elle pourrait se propager. Après la formation de prévention, elle savait que manger et boire ne pourraient pas se propager. Elle est donc toujours normale. Elle n'a peur de rien.

Q: Est-ce qu'il y a le changement dans votre relation avant et après l'infection ?

R: À l'heure actuelle, il n'y a pas de changement.

Q : Qui sont ils vos amis ?

R : Je fréquente des personnes porteuses du VIH plutôt. Maintenant, je n'ai plus aucun ami normal. Mes camarades de classe ne veulent plus me voir. Je ne les fréquente pas non plus

H: Donc, à votre manière, pour maintenir des relations avec les voisins et vos proches, vous n'avez rien dit?

R: La façon de maintenir les relations avec les voisins et les parents est de le faire seul. Aux yeux des gens, nous sommes de bonnes personnes, nous pouvons entretenir avec des personnes. Si les gens me considèrent comme d'une mauvaise personne, comment les gens peuvent-ils me parler? Je pense ça, je pense que le mieux est de faire des efforts. Tout comme j'ai un travail par exemple. En général, ne faites rien pour que les gens aient l'air mauvais.

Q: comment sont ils de nouveaux amis?

R : j'ai une relation comme les autres.

Q : comment faites vous pour avoir de nouveaux amis ?

R: Actuellement, je ne sais pas comment le faire, car je n'ai besoin d'aller chercher des médicaments et fais mon retour à la maison. Je suis la formation de la couture. Maintenant, j'ai plus d'amis comme moi et comme ça, mais je ne suis pas allée dans les autres endroits. Donc, je ne sais pas comment le faire. Mais si un ami ne consomme pas la drogue, c'est très difficile. Parce que les gens n'ont pas la même situation avec moi, j'ai très peu de contacts. De plus, les personnes sont la même situation, elles vont chercher les médicaments, je les croise et je parle de quelques phrases, tout va bien.

Q: Participez-vous à des activités sociales? Le club des PVVIH ? Maintenant, avez-vous des aides des organisations sociales ?

R: À ce moment-là, je n'ai pas de temps, je n'y participe pas. En 2009, dès mon arrivée, j'ai participé à certains clubs mais pas de club des PVVIH mais il n'y a pas d'organisation maintenant, j'ai entendu que demain les médicaments ne sont pas gratuits.

Q : est ce qu'il y a des formations pour les PVVIH ?

R : De moins en moins, pas comme les années précédentes, le bureau « retour de la famille » avait une formation « valeur de vie » où j'ai participé mais maintenant, il n'y a pas beaucoup de projet.

Q: Quelle est la chose la plus difficile dans votre vie en ce moment?

R: Rien du tout. Je trouve que gagner beaucoup d'argent maintenant est difficile, et on doit travailler beaucoup soi même, c'est tout simple, mais je ne peux pas gagner autant d'argent que les gens, cela est difficile, je me sens normal

Q: Mais y a-t-il quelque chose qui vous préoccupe?

R: moi? S'inquiéter, s'inquiéter comme si j'avais peur de demain, c'est comme moi s'il n'y a pas de soutien de médicaments, si le prix des médicaments est trop cher. J'ai peur que je n'ai pas d'argent pour les acheter. J'ai juste peur de ça.

Q: Votre emploi, êtes-vous inquiète?

R: Le travail me rend facile. Maintenant que je n'apprends rien, je peux demander de l'aide à la vente auprès d'autres endroits. Maintenant, il recrute tellement de vendeurs pour Tet. Je sentais que si je voulais le faire, je le ferais, je pourrais le faire. Parfois extrême. Il est important que nous puissions le faire ou non. Paresseux, vous ne pouvez pas le faire, mais supportez fort, quoi que vous puissiez faire.

Q: Craignez-vous que beaucoup de gens connaissent votre maladie?

R: Avant, je viens d'arriver ici, j'ai peur d'être vu. Mais je suis habituée à cela maintenant. Si on me regarde, qu'est ce que l'on fait maintenant? Mais j'ai toujours peur de rencontrer des amis. Parfois, je vois quelqu'un que je connais et je l'évite. J'en ai peur, tout le monde en a peur.

H: Par exemple, quand vous êtes arrivé ici, est-ce que vous connaissez quelqu'un qui récupère aussi des médicaments?

R: Mais, euh, quand j'ai rencontré une personne mais je ne savais pas s'il vient pour récupérer les médicaments. Donc, je l'évite d'abord pour en être sûr. Parfois, je n'ose pas rencontrer ces personnes. Oh mon Dieu, il y a beaucoup de gens qui viennent ici, je ne vois pas où ils se trouvent. Les gens ont tellement peur. Ils cachent leur visage.

Q: Ainsi, par exemple, si vous avez des amis dans le quartier 5, beaucoup de gens viennent ici pour obtenir des médicaments?

R: Beaucoup de gens savent aussi. Comme Mme Mai, tout le monde la connaît bien.

Q: Et parfois, les amis et les proches est-ce qu'ils vous rendent visite chez vous ?

R: Oui, seulement les gens savent mon infection comme vous par exemple mais la famille aussi ne savait pas. Je ne l'ai pas dit à ma famille et je n'ai rien raconté.

Q: Mais les gens la connaissent. Comme Mme Mai est aussi publique, beaucoup de gens le savent.

R: Je ne sais pas. Mais personne ne la connaît (Mme Mai). Si sa famille le sait. On la connaît ici mais personne n'ose à le dire à la maison. Je vais soudainement voir les voisins en disant que je suis infectée. Oh mon dieu, je n'ose pas. Personne n'est courageux de cela.

H: Pensez-vous que la société discrimine maintenant les PVVIH?

A: Oui, comme mon frère, quand il est tombé malade, il a accidentellement informé sa tante. À ce moment-là, il avait une infection opportuniste, il était faible. Sa tante ne veut pas la voir. Il m'a raconté en pleurant. Honnêtement, ne pas dire « non-discrimination. » Ce n'est jamais arrivé. Parce que les gens ne savent pas si l'on peut survivre avec les médicaments, les gens ne pensent pas comme ça. Les gens pensent simplement qu'ils sont malades et sont infectés. Puis les gens ont pensé que parce qu'ils étaient malades, c'était peut-être un mal social, puis ils sont tombés malades. Ensuite, les gens se dédaignent. Il est donc préférable de ne pas laisser les gens savoir comment marcher mieux, je trouve cela très difficile. Sauf les parents accepteront la vérité. Mais s'ils ne sont pas leurs parents, je pense que les gens n'accepteront pas la vérité, même sa tante n'a pas accepté ça. Ses parents sont décédés.

Q: Mais vous savez que ses parents sont morts parce que ...?

R: Oui, car lorsque ma tante serait morte, j'aurais été arrêtée à l'école. J'ai entendu dire que lorsque ma tante est décédée, il n'y avait pas de médicament gratuit et qu'elle achetait des médicaments à l'hôpital qui ne lui a pas guidé à prendre des médicaments, on n'enseignait rien, alors elle prit des médicaments mais parfois elle ne les prit pas. Il reste beaucoup de médicaments. J'ai entendu que ma tante est décédée puis son mari est décédé après.

H: Quelles sont les deux personnes avec lesquelles vous êtes infecté, quelle est la cause? Est-ce qu'ils ont consommé des drogues ?

R: parce que ma tante est allée au Cambodge, je pensais qu'elle avait une relation avec qui est infecté. Puis, après cela, elle est morte pendant un certain temps et il a eu une autre femme, mais les enfants ne sont pas infectés.

Q: Alors votre cousin a consommé des drogues?

R : il est homosexuel.

Q: Les homosexuels courent un risque élevé. Mais il prend des médicaments, il n'y a pas de problème.

R: oui, le médecin a également dit que s'il doit prendre le médicament régulièrement,

Q: Beaucoup de personnes que j'ai rencontrées ont également pris des médicaments pendant quelques années, mais leur apparence était bonne et bonne, quelle que soit leur santé. Cela fait quelques années, vous deviez vous détendre deux fois de plus, donc ça va, d'accord.

R: Beaucoup de gens que je vois prennent des médicaments, mais quand je regarde, je ne sais pas, comme si je ne savais pas moi-même si cette personne prenait des médicaments, regardait des personnes en bonne santé comme des gens qui regardaient en rond, je ne sais pas quand ils prennent des médicaments, mais en fait, quand j'ai reçu un médicament, j'ai vu des gens viennent les recevoir, mais je ne pouvais pas le voir dans la rue.

Q : Votre souhait à venir ?

R : J'espère trouver un emploi stable pour mieux gagner. Je ferai des économies pour avoir de quoi vivre dans l'avenir. En réalité, personne ne peut s'occuper de moi. Ma mère, elle doit nourrir ses deux autres enfants et ne peut donc pas s'occuper de moi comme il faut. Sa santé n'est pas bonne. Je dois travailler et faire des économies afin d'avoir de quoi dépenser s'il m'arrive un problème. L'importance est d'avoir une bonne santé

Q: Maintenant vous aidez votre mère, est ce qu'elle vous donne l'argent?

R: Oui, juste pour de l'argent, parfois 50 mille DONGS, parfois quand maman gagne beaucoup elle me donne beaucoup.

Q: Allez-vous souvent à la Pagode ou à l'église?? Combien de fois par mois ?

R: Oui, je vais à la Pagode le 14 ou 15 du mois (agenda lunaire) et chaque mois, je suis végétarienne durant 10 jours.

Q: Vous êtes végétarienne de quelle date à quelle date ?

R: Ce sont les jours suivants : le 1er, 8, 18, 23, 24 et 27, 28, 29, 30. Parce que je ne savais pas à l'époque, je ne mangeais que pendant quatre jours. Je ne mangeais que le 30, 1 et 14, 15 mais Une amie ayant également H est toujours végétarienne qui m'a montré en disant si je mangeais, je ne mangerais que pendant 10 jours, mais ces dix jours sont dans le calendrier bouddhiste.

Q: Oh, selon la date du calendrier?

R: Oui, à l'époque je venais de manger et je ne me souvenais pas du jour où ma mère m'a dit, mais maintenant je me regarde le calendrier, je me souviens. Les gens disent qu'il vaut mieux manger pendant dix jours.

Q: Donc, après être devenu végétarien et être allé à la Pagode, avez-vous la foi? Est-ce que beaucoup d'entre vous dans votre groupe y vont? Où allez-vous?

R : Croyant, j'ai prié pour ma santé et pour tout le reste, beaucoup de gens vont aussi la Pagode pour y croire. Parce que ces personnes ne croient pas qu'elles n'y vont jamais. Je suis allé à la Pagode près d'ici, elle est au début de cette route. Et parfois, je suis allé un peu loin si quelqu'un me demande. Par exemple, on a 4 personnes font un don pour acheter du poisson, puis le relâcher. Surtout le dimanche, nous avons pris rendez-vous et sommes allés au marché acheter du poisson.

Q: Où êtes-vous allés? Quelle pagode?

R: Normalement, je vais près d'ici, ici, au début de la route, comme ça. Si vous allez loin, allez à d'autres endroits, nous descendons aussi parfois à Can Giuoc, montez à Binh Duong également, Tay Ninh également.

Q: Wow, êtes-vous allé à la pagode Tay Ninh? C'est très loin mais revenez-vous le soir ?

R: Oui, on a pris la moto, trois ou quatre personnes sont sorties le matin pour rentrer l'après-midi. Cela fait deux heures environ à moto, mais Car, Il y a des gens qui montent là-bas et s'assoient pendant un long trajet, j'ai mal au dos est fatigué et je me sens très vite.

Q: C'était amusant, est-ce que ces activités vous mettaient parfois à l'aise?

R: Certaines personnes ont un H, parce que beaucoup de gens ont beaucoup d'argent, je n'ai pas beaucoup d'argent, si j'ai beaucoup d'argent, alors je fais un peu de don, j'imprimerai les litanies pour la pagode. Beaucoup de gens dépensent aussi un million de DONGS. Il y a beaucoup de gens qui ont un travail plus stable, plus d'argent.

Q: Comment ces personnes ont-elles gagné beaucoup d'argent?

R: Par exemple Hong qui a fait des commerces au marché de Rach Ong et elle a beaucoup de magasins, elle avait beaucoup d'argent. Et la plupart d'entre nous n'ont pas beaucoup d'argent, seule Hong a beaucoup d'argent. Elle a également deux enfants et son mari est décédé.

Q: Elle est infectée par son mari?

R: Oui, elle a été infectée par son mari, les deux enfants n'ont rien eu, mais je trouve si quelqu'un ayant joué avec quelqu'un dans la même situation, ils sont heureux. Pour ma part, j'ai trouvé un petit ami à cette époque, mais il n'avait pas de personne qui n'était pas une PVVIH, c'était une personne normale. C'est comme si je pensais que je suis malade comme si je vais me distancer. Si jamais je m'y habitue, je dirai que je suis malade, ce serait peut-être mieux si je ne le savais pas. Si je parle seul, je n'ose pas parler. Si je garantis de dire que les gens vont me craindre immédiatement.

Q: Êtes-vous sûr? Parce que je trouve qu'il y a des couples qui se connaissent bien mais ils ne disent pas leur infection.

R : Mais si je le cache, je peux le cacher, mais je pense que ça doit être familié depuis longtemps. Par exemple, maintenant que je veux aller plus loin, je dois dire que je suis dans une situation telle que si je veux avoir un bébé, je peux l'infecter ? Alors ce que je dis le rendra immédiatement effrayé. Je pense que oui, alors je ne m'y habitue pas. Alors il a pensé que quelque chose n'allait pas, il n'avait aucune sympathie avec moi. Mais dans mon groupe, les célibataires infectés sortent et s'amuse, nous pensons qu'il est normal pour nous de bien vivre si nous n'avons pas besoin d'une vie qui lie les enfants. Je vis bien avec moi-même pour pouvoir toujours être heureux. Je lis tristement le sutra, je ne lis que le sutra, mais nulle part sauf tous les jours. Tous les jours, je lis comme ça, je vais à la pagode sinon je le lis à la maison tous les jours.

Q: Vous pratiquez la bouddhisme à la maison?

Q: Oui, seul mon beau-père est catholique, il est le seul chrétien mais il ne suit pas beaucoup. Il n'a rien adoré. Il ne va pas à l'église du tout.

Q: Lorsque vous êtes allé tester et que vous avez reçu les services médicaux, avez-vous quelque chose à dire?

R: Actuellement, le service de santé est bon, mais c'est payant est-ce mieux? Mais je pense maintenant que si c'est payant pour les médicaments, beaucoup d'amis n'auront pas d'argent. En fait, si vous donnez un million de dongs par mois pour payer les médicaments, personnes ne sont venues. Nous gagnons en moyenne environ 3 millions de dongs pour la nourriture et les boissons au mois, ainsi que de l'argent pour les médicaments et d'autres dépenses. Je pense que si les gens ne parrainent plus. Non, à partir de maintenant, tout le monde a également laissé entendre que le médicament n'était plus disponible et tout le monde était perplexe.

Q: Mais à ce moment-là, vous achetez la mutuelle?

R: Oui mais il s'agit d'un ménage entier, beaucoup de personnes sont en difficulté car il faut l'acheter pour toute la famille.

Q: Et l'attitude du personnel médical? Vous sentez-vous discriminé?

R: Bien, parce que ça fait longtemps. Maintenant, je n'en ai pas, mais une fois, j'ai adhéré comme si je soutenais des personnes infectées par le H, des personnes infectées par le virus H sont mortes. Il faut que des parents soient parrainés pour traiter quelqu'un qui vous l'a dit pour que cela ne soit pas garanti par H. Parce que vous savez tous les deux que H sait qui est mort en premier? Après avoir dit cela, j'ai dit que je ne dirais pas cela si je disais que j'insultais les gens. Je l'ai dit franchement mais je n'ai pas peur du tout. Ce qu'ils savent tous, c'est qu'ils disent que les gens ne sont pas silencieux. Parce que si vous ne l'avez pas donné maintenant, alors à qui devriez-vous demander à votre grand-mère d'y aller, elle est vieille et que faites-vous donc? Mais après avoir dit cela, tout le monde m'a dit qu'après cela, Mme Binh Nge, lorsque Mme Binh a fini de l'écouter, tout le monde l'a dit, alors ne soyez pas triste. En général, c'est le cas. Mais ces gars sont bons, personne ne peut me dire quelque chose de différent. Mais si je sortais chez un autre médecin quand j'entendais que quelqu'un était malade, les gens auraient trop peur.

Q: Avez-vous déjà visité une clinique extérieure?

R: Oui, mais je n'ai rien dit, je n'ai jamais dit que c'était comme quoi que ce soit, je n'ai jamais dit que j'étais malade, j'étais infecté et j'étais soigné. Je ne l'ai pas dit parce que je craignais que les gens ne me soient pas faciles, alors quand j'ai entendu le frère, il a dit que ma femme avait subi un examen de la vue. C'est vrai, je me souviens seulement que, avant de savoir que j'étais malade, j'étais allé à l'examen médical de Điện Biên Phu parce que j'avais une maladie des yeux parce que je prenais de la drogue. Je suis allé là-bas, ma mère m'a demandé d'y aller,

peut-être environ quelques millions, alors je suis allé là-bas et on m'a dit la vérité sur la situation où j'étais toxicomane, on me traitait comme si quelque chose était traité avec moi immédiatement. Elle m'a demandé de faire une analyse de sang pour faire un test sanguin. Après cela, une fois le test terminé, j'ai regardé le résultat comme s'il était séropositif, je savais que j'étais malade et je ne m'étais pas dit de recueillir les résultats et de le lui donner. Elle m'a dit de tenir ces résultats pour trouver les médicaments et que cet examen n'était pas important, mais que les gens ne voulaient pas me parler. Je n'y suis pas allé jusqu'à maintenant. Mais maintenant que j'ai appris de mon expérience, je n'y irai plus tard.

Q : Il existe l'inégalité dans quel domaine ?

R : Il me semble que les employeurs demandent aux candidats de faire un test de dépistage du VIH quand ces derniers postulent un poste. En effet, mon cousin a postulé un poste de vendeur dans un magasin à l'arrondissement 1. Lorsqu'il y est venu pour déposer sa candidature, on lui a demandé de faire un test de dépistage du VIH. Il a abandonné sa candidature et a immédiatement quitté le magasin. C'est extravagant. Ce faisant, comment les personnes séropositives peuvent-elles trouver du travail ?

Q : est-ce que c'est le règlement dans cette entreprise ?

R : Ma demi-sœur, la fille de ma mère et mon beau-père, qui travaille pour la société Chin Luu, m'a raconté l'histoire de sa copine. Cette dernière devait passer un test sanguin tous les six mois. Après un test, on a découvert qu'elle avait été contaminée. Pourtant, on ne le lui a pas dit. On lui a dit qu'elle était séronégative. Mais on l'a mise à la porte en lui disant que c'était une réduction des effectifs.

Q : Mais cela dépend-il de la profession ? Je ne sais pas à cause des règles de cette entreprise. Mais en réalité, il n'existe que des réglementations de l'industrie, dans les cas où la maladie est à haut risque, elles sont limitées aux personnes atteintes de H.

R : Mais quand j'ai vu ce travail, je ne l'avais pas, on fabriquait également des chaussures mais pourquoi on a traité les gens comme ça. Je pense qu'il y a des limites dans certains métiers comme les cuisiniers par exemple et les autres métiers je ne sais pas mais je pense que c'est limité dans cet emploi, il est naturel que cette personne le fasse aussi, et peut-être que demain, les personnes avec H seront au chômage.

Q : fabriquer des chaussures ?

R : Oui, elle l'avait aussi, elle a dit qu'elle était son amie, mais les autres ont testé, aucun d'entre eux ne sont pas arrêtés, on n'a pas dit qu'elle était infectée, mais on lui avait dit que cela réduirait

le personnel et qu'elle doit se reposer. Mais tout à coup, mon frère cadet a dit que maintenant on a demandé un test du VIH dans le dossier de candidat. Alors je me demande, je ne sais pas.

Q: Je ne vois pas qu'il existe une règle que seuls les gens ont. Cela dépend de quelle position ils demandent?

R: Non, quand je suis allé voir un médecin, est-ce que j'ai vu que j'avais un test sanguin? Eh bien, si vous faites cela, il sera difficile pour les gens de postuler à un emploi. Je suis aussi allé à l'atelier de transfusion sanguine pour faire un test et j'ai dû subir un test sanguin. Je veux dire, il vend des biens.

Q: Mais parfois, des analyses de sang sont effectuées pour que les gens sachent que la maladie est uniquement destinée à la prévention. Je ne suis pas sûr que les gens aillent m'accepter? Tout comme les emplois, cela n'a rien à voir avec des choses sanglantes ou les trois voies d'infection que les gens savent laisser pour prévenir. Les gens organisent le travail en conséquence, peut-être? Pas besoin de se tromper. Mais souvent, les gens ne font qu'encourager les personnes comme le mariage, par exemple, à faire un test sanguin pour savoir s'ils sont en bonne santé ou quand ils sont avec d'autres personnes. Les gens sont encouragés mais pas requis? Mais volontairement, deux personnes se sont portées volontaires pour le faire, tout cela était volontaire et la société, cela était dû à la réglementation de chaque société. Et l'histoire selon laquelle les professions qui ne figurent pas dans le règlement dit ensuite qu'elle n'accepte pas les personnes atteintes de H, doit revoir l'objet.

R: Ça dépend parce que j'ai vu que c'était effrayé. Mais est-ce que c'est dans le droit du travail? Mais cela protège, si vous dites qu'il n'y a pas de loi.

Q: Non, le droit du travail ne fait aucune distinction entre personnes handicapées ou non. Maintenant, si vous voulez savoir clairement, vous devez lire la loi pour les personnes avec H. Dans la loi qui s'applique aux détenteurs de H, il a les obligations et les droits de la personne avec H, les obligations de la personne oui H est ce qu'il faut faire? Quel est l'avantage pour les détenteurs H? Il contient des règles très claires. Lisez-le attentivement. Savez-vous quels sont vos droits qui sont violés et vous savez également que vous devez avoir des obligations telles que? Par exemple, l'obligation d'informer les proches et souvent d'informer les partenaires et les maris et de leur statut si j'ai vraiment une relation, puis je l'annonce. C'est le devoir que je dois faire pour protéger les autres et je pense que c'est naturel, car si nous nous aimons, nous nous marierons ou aurons des relations sexuelles. Dans l'esprit que je devrais dire de se protéger, c'est normal. Plusieurs fois, deux personnes sont infectées.

R: Mais personne n'a osé parler.

Q : Les deux personnes infectées sont toujours censées être protégées car elles ne le seront pas. Ne pensez pas que vous avez le VIH et que vous ne l'obtiendrez plus. Non, j'ai déjà le VIH, mais si j'ai des relations sexuelles avec une personne également infectée par le VIH, j'aurai une infection car les deux virus des deux corps vont se rejoindre et peut-être que c'est plus fort que ça casse Détruire ma santé plus rapidement. Ainsi, même si l'autre personne est infectée, il devrait quand même prendre des mesures de sécurité. Je pense que je devrais le dire, une fois que je vivrai honnêtement, ce sera moins misérable que je continue à me cacher. Ceux qui sont liés à moi, je devrais juste dire.

R: Sans lien, alors ne parlez pas.

Q: Eh bien, si quelqu'un n'a pas de lien de parenté, vous avez droit à un secret, c'est normal. C'est mon droit que la loi ait des règles très claires. Ensuite, je vous ai dit que ma sœur avait le droit à la vie privée si quelqu'un connaissait son statut VIH et sortait ensuite pour dire aux autres personnes qu'elle violait ses droits, j'ai le droit de poursuivre en justice. C'est vrai. Est-ce vrai? Juste comme ici, je vous ai interviewé et je me suis engagé à garder vos informations personnelles, c'est ce que je dois faire, il y a des cas où je sors je lui dis que j'ai droit de me poursuivre en justice? J'ai accepté. La vie privée des individus n'est en réalité pas réservée aux H, mais aux simples citoyens. Ils ont aussi leur vie privée. Personne n'est autorisé à sortir ses affaires personnelles pour perdre sa valeur dans la société. Il y en a beaucoup qui sont comme la tante qui font cela pour offenser les autres. Si cette personne a H ou n'a pas H.

R: La délinquance vient toujours aussi à l'esprit. Ce faisant, les gens sont toujours très tristes et déprimés, pour ne pas dire que les étrangers regardent les personnes qui font preuve de discrimination.

Q: C'est comme une forme de violence mentale.

R: C'est comme si c'était triste maintenant, tout comme maintenant, il ne sait pas où aller. Où aller et où dans la maison où il se trouve, ce n'est pas sous forme d'argent, mais quand il était malade, il n'avait pas d'argent. Quand il est tombé malade tout de suite, il ne s'était pas connecté à la station jusqu'à la fête du Têt, il devait lui acheter des médicaments chauds pour qu'il puisse boire afin qu'il ne puisse pas manger mais qu'il ne puisse pas manger. Pauvre lui, mais s'il avait un endroit où aller, il ne voudrait même pas être là.

Q: Merci beaucoup pour votre partage.

Annex 3 Affiches de la campagne de prévention et de lutte contre le Sida au Viêt Nam



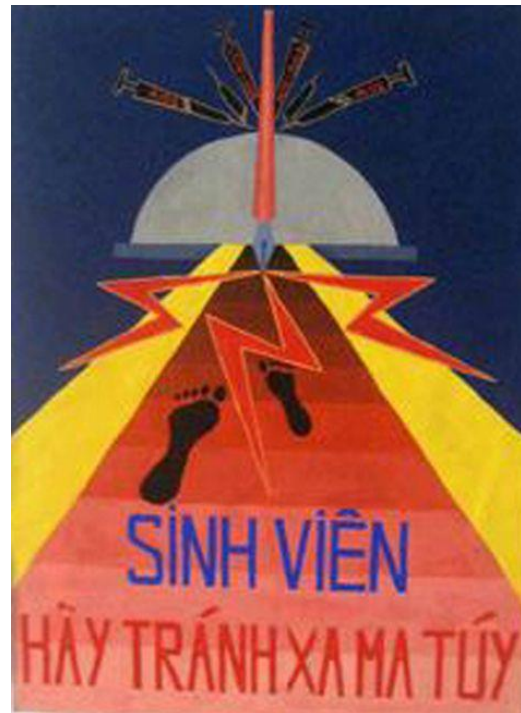
Protégez votre **coeur**

Scythe de la mort

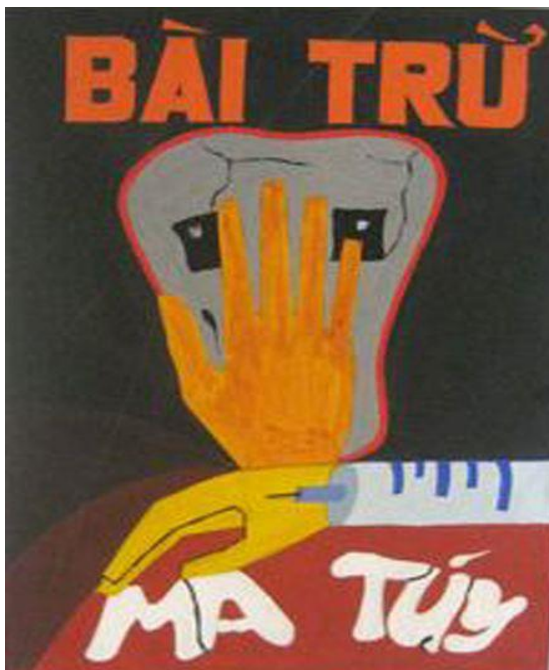
(Cité par Ủy ban quốc gia phòng chống AIDS và phòng chống tệ nạn ma túy, mại dâm 2011)



Cloche de l'école



Etudiant, éloignez vous de la drogue

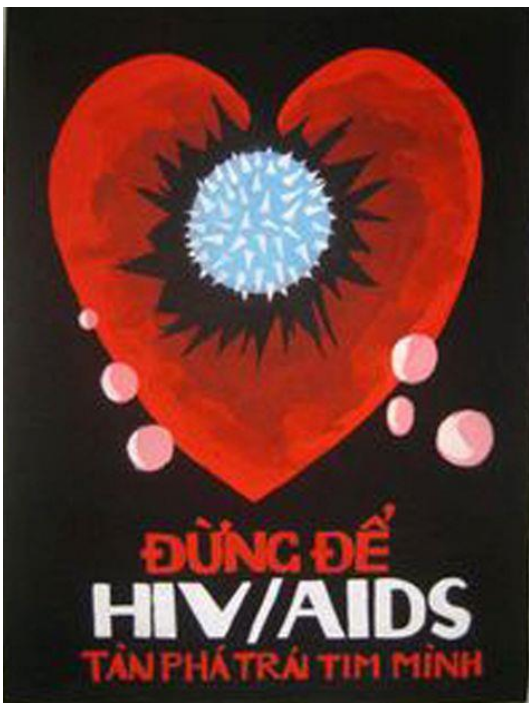


Proscrivez la drogue



Reconquerez votre vie

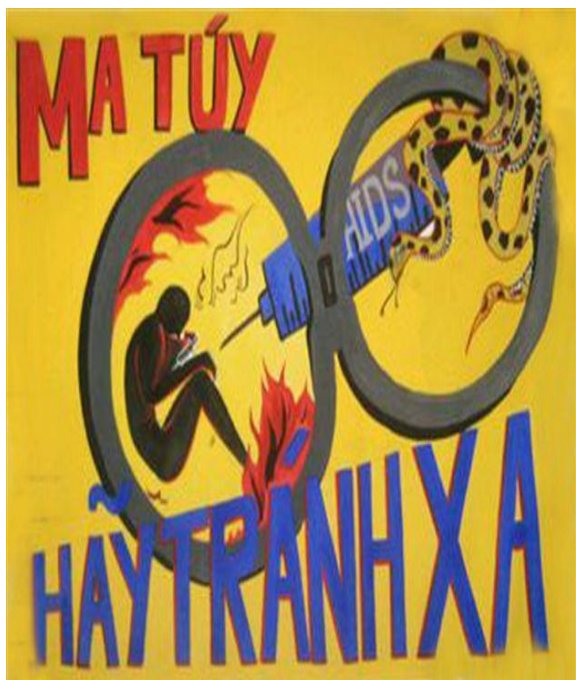
(Cité par Ủy ban quốc gia phòng chống AIDS và phòng chống tệ nạn ma túy, mại dâm 2011)



**Ne laissez pas le VIH/Sida qui détruit
votre cœur**



Mort prévue

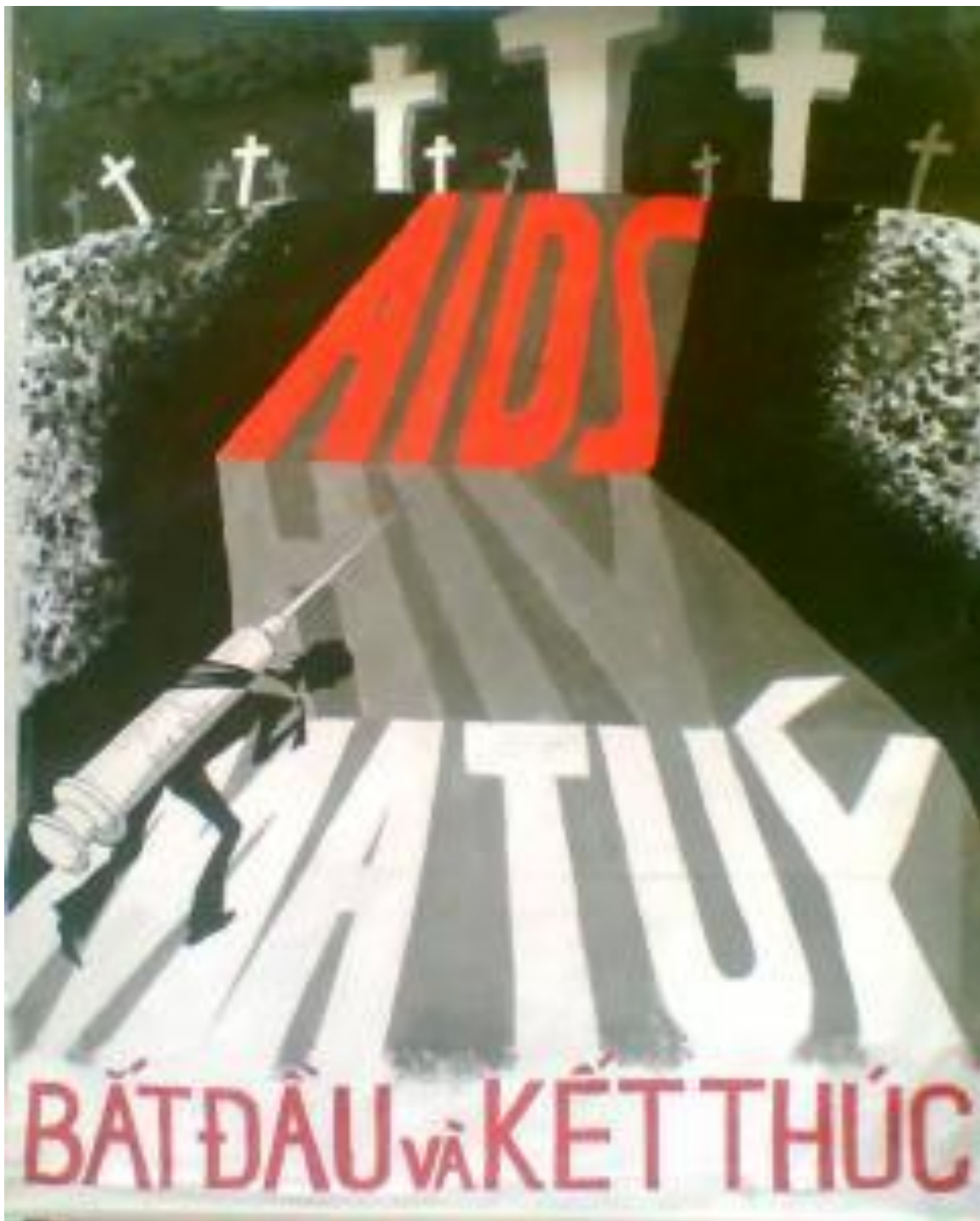


Rester à l'écart de la drogue



Pour l'école sans drogue

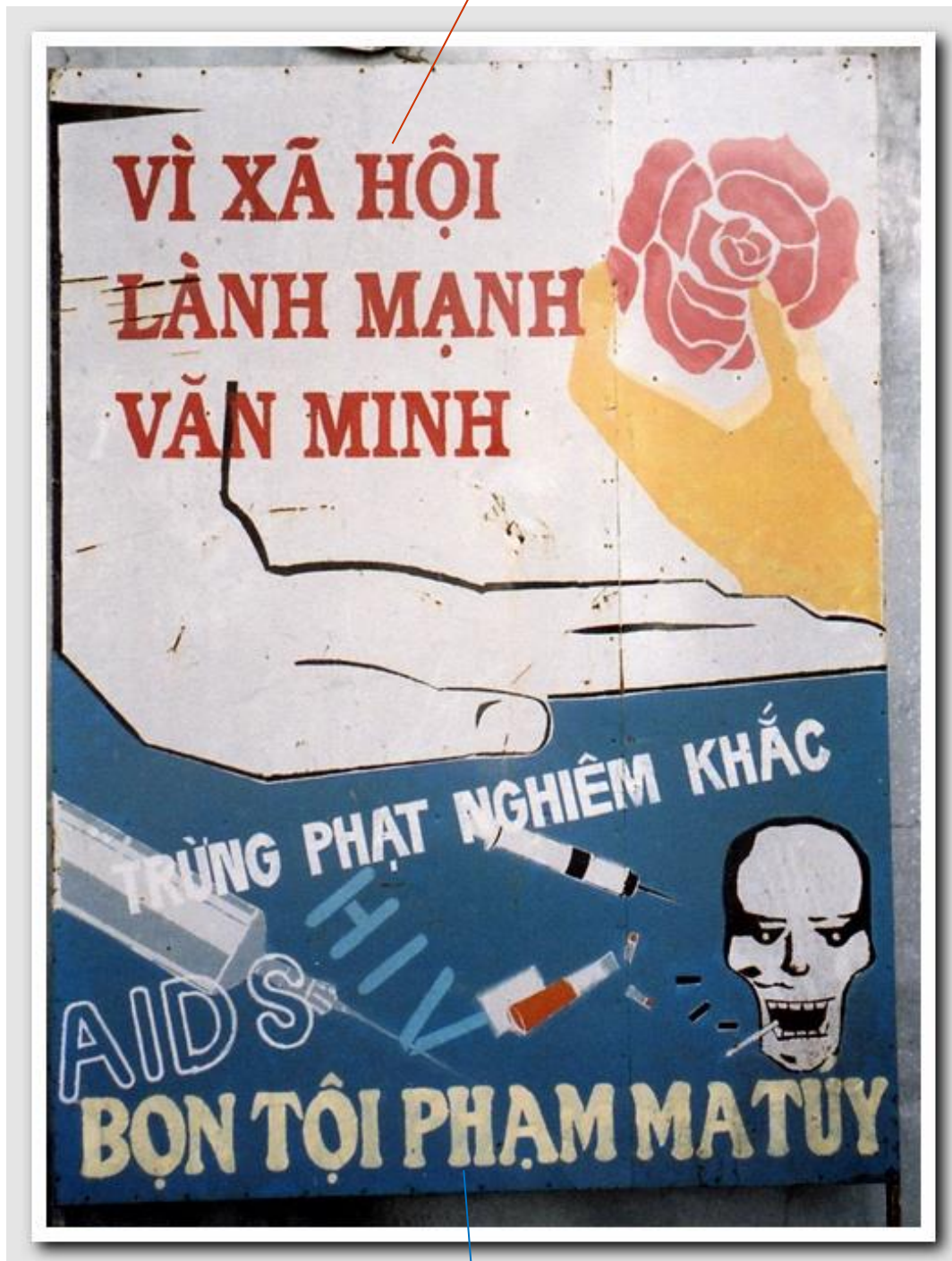
(Cité par Ủy ban quốc gia phòng chống AIDS và phòng chống tệ nạn ma túy, mại dâm 2011)



Début et fin

(Cité par HIV online, 2008)

Pour une société saine et civilisée



Sanctionner strictement des délits liés à la drogue

(Cité par HAIVN, 2012)

La drogue, N'essayez pas de l'utiliser pour une seule fois !



Une affiche au 1^{er} arrondissement, Hồ Chí Minh-Ville
(Photo prise par Nguyễn Thị Bích Liễu en 2017)

Annex 4. Images au terrain (Hô Chí Minh- Ville) prises par l'auteur en 2015



Pont de Cầu Chà Và au 8^e arrondissement, Hô Chí Minh-Ville



Pont de Nhị Thiên Đường 2 au 8^e arrondissement, Hồ Chí Minh-Ville



Une ruelle du quartier 6^e au 8^e arrondissement, Hồ Chí Minh-Ville



Faculté de consultation et soutien communautaire-Clinique de lutte contre la tuberculose, Centre médical préventif de 8^e arrondissement, Hồ Chí Minh-Ville



**Clinique du 11^e quartier Centre médical préventif au 10^e arrondissement,
Hô Chí Minh-Ville**



Une ruelle d'une femme interviewée au 8^e arrondissement, Hồ Chí Minh-Ville

Đat 20

Đơn vị:

Địa chỉ:

Số điện thoại:

SỔ KHÁM & CHỮA BỆNH

Họ và tên bệnh nhân:

Năm sinh: Nam [], Nữ []

Nghề nghiệp:

Địa chỉ:

Mã số bệnh nhân: 3115

Số hồ sơ: 23.206.26.055

Mã số BHYT:

Đi khám bệnh nhớ mang theo sổ

Họ tên bệnh nhân:

Mã số:

LẦN KHÁM

Chuyên khoa:

Triệu chứng:

Sinh hiệu: Xét nghiệm:

CD4:

Chẩn đoán:

Hướng điều trị: nhập viện [] , cấp toa []

Thuốc: 1/ Ngày lần, mỗi lần

2/ Ngày lần, mỗi lần

3/ Ngày lần, mỗi lần

4/ Ngày lần, mỗi lần

5/ Ngày lần, mỗi lần

6/ Ngày lần, mỗi lần

Cộng khoản: Ngày tháng năm 20.....

Bệnh nhân Người phát thuốc Bác sĩ khám bệnh

Phan Thanh Xuân

Tái khám ngày: 24 / 11 / 11 Họ tên:
Họ tên: Nguyễn Ngọc Xuân

Un carnet de santé d'une femme interviewée sans nom




Une affiche « Non avec la drogue » au 1^{er} de Hồ Chí Minh-Ville

Annex 5 Dépliant, catalogue et livre sur la lutte et prévention contre le Sida à Hồ Chí Minh- Ville

NHỮNG RỦI RO CỦA QUAN HỆ TÌNH DỤC KHÔNG AN TOÀN (KHÔNG 100% BẢO CAO SU)

- Mang thai không mong muốn.
- Bệnh hoa liễu (như bệnh lậu, giang mai).
- Các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục khác (như herpes, rận mu...).
- HIV - virus có thể gây ra bệnh AIDS.
- Ung thư cổ tử cung.
- Phụ nữ vô sinh do nhiễm trùng vùng chậu qua quan hệ tình dục với người đàn ông bị nhiễm bệnh.



➤ Luôn sử dụng bao cao su cho mỗi lần quan hệ tình dục.

Hộp thư thoại miễn phí: 80111456 | Website: <http://pacm.org.vn/pacweb/>

BẠN CÓ THỂ LIÊN LẠC VỚI CÁC KHOA THAM VẤN SAU ĐỂ BIẾT THÊM THÔNG TIN VỀ HIV/AIDS

ĐƠN VỊ THAM VẤN VÀ TƯ VẤN CÔNG ĐỒNG QUÂN 1

48-52 Lê Lợi, P. Tân Định, Q.1, TP. HCM - ĐT: 08.38206187

49 Trần Khắc Lập, P. Thạnh Mỹ Lợi, Q.2, TP. HCM - ĐT: 08.37422701

49A Trần Khắc Lập, P. Thạnh Mỹ Lợi, Q.2, TP. HCM - ĐT: 08.37422701

368 Cách Mạng Tháng 8, P.19, Q.3, TP. HCM - ĐT: 08.32326607

49A Trần Khắc Lập, P. Thạnh Mỹ Lợi, Q.2, TP. HCM - ĐT: 08.37422701

394/27 Nguyễn Tất Thành, P.18, Q.4, TP. HCM - ĐT: 08.39451585

394 Trần Hưng Đạo, P.7, Q.5, TP. HCM - ĐT: 08.38547358

225B Trần Hưng Đạo, P.10, Q.5, TP. HCM - ĐT: 08.38547358

102/NA Hồng Bàng, P.12, Q.6 - ĐT: 08.38172037

102/NA Hồng Bàng, P.12, Q.6 - ĐT: 08.38172037

101 Nguyễn Thị Thập, P. Tân Phú, Q.2, TP. HCM - ĐT: 08.34331383

101 Nguyễn Thị Thập, P. Tân Phú, Q.2, TP. HCM - ĐT: 08.34331383

374 Nguyễn Văn Thủ, P. Đa Kao, Q.1, TP. HCM - ĐT: 08.38180518

374 Nguyễn Văn Thủ, P. Đa Kao, Q.1, TP. HCM - ĐT: 08.38180518

107 Nguyễn Văn Tăng, P. Long Thành Mỹ, Q.9 - ĐT: 08.22477774

473A Cách Mạng Tháng 8, P.13, Q.10, TP. HCM - ĐT: 08.38239398

56/72, Đường số 5, Cầu Ông Thìn, Q.11 - ĐT: 08.35852557

79 Tô Ngọc Vân, Khu phố 5, P. Thạnh Xuân, Q.12, TP. HCM - ĐT: 08.642546276

8/104 Bình Đế Lĩnh, P.24, Q. Bình Thạnh, TP. HCM - ĐT: 08.35107155

2 Nguyễn Văn Linh, P. Linh Tây, Q. Thủ Đức, TP. HCM - ĐT: 08.38982878

213 Thống Nhất, P.11, Q. Gò Vấp, TP. HCM - ĐT: 08.35397420

72/6 Huỳnh Văn Bánh, P.15, Q. Phú Nhuận, TP. HCM - ĐT: 08.38443779

635, KP2, Dương Tinh Lộ 10, Bình Trị Đông B, Q. Bình Tân (Đường Bà Hom) - ĐT: 08.37542070

254/6 Lê Cơ, P.6, Q. Tân Bình, TP. HCM - ĐT: 08.39752091

19/5 Nguyễn Hữu Trãi, TT Tân Tạo, H. Bình Chánh, TP. HCM - ĐT: 08.37602993

719 Nguyễn Văn Lạc, P. 3 (Lạc 3) - ĐT: 08. 38284879

Khu phố Mậu A, Thôn Tân Cảnh, H. Cầu Lộ, TP. HCM - ĐT: 08.38740718

44 Thống Nhất, P. Tân Thành, Q. Tân Phú, TP. HCM - ĐT: 08.38135880

Trạm y tế xã Tân Thành Tây, đường tỉnh lộ 8, xã Tân Thành Tây, huyện Củ Chi, TP. HCM - ĐT: 08.37926800

01-02 Hoàng Hoa Thám, Phường 06-07, Quận Bình Thạnh, TP. HCM - ĐT: 08. 35102737


Để có thêm thông tin, truy cập vào website: <http://pacm.org.vn/pacweb/> hoặc liên hệ với bất kỳ khoa tham vấn nào. Hotline: 80111456

Hộp thư thoại miễn phí: 80111456 | Website: <http://pacm.org.vn/pacweb/>

HIV & TÌNH DỤC AN TOÀN


ỦY BAN PHÒNG CHỐNG AIDS THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

100% BẢO CAO SU



Hộp thư thoại miễn phí: 80111456 | Website: <http://pacm.org.vn/pacweb/>

Tại sao bạn nên đến phòng Tư vấn Xét nghiệm HIV Tự nguyện?



? Bạn lo lắng rằng chi phí xét nghiệm sẽ tốn kém?

Hãy yên tâm! Dịch vụ xét nghiệm HIV tại các phòng Tư vấn Xét nghiệm HIV tự nguyện hoàn toàn miễn phí!

? Bạn lo lắng thông tin cá nhân của mình sẽ bị tiết lộ?

Nếu không muốn, bạn không cần phải để lại thông tin cá nhân.

? Bạn phân vân về độ chính xác của kết quả xét nghiệm HIV?

Hãy yên tâm! Quy trình xét nghiệm được tuân thủ nghiêm ngặt theo quy định của Bộ Y tế và được xử lý bởi đội ngũ nhân viên có chuyên môn tốt.

? Bạn e ngại nhân viên của phòng Tư vấn Xét nghiệm HIV tự nguyện sẽ kì thị hoặc gây khó dễ cho bạn?

Hãy thoải mái! Bạn sẽ được các nhân viên tại đây tiếp đón rất thân thiện và chuyên nghiệp. Họ sẽ giải đáp những băn khoăn của bạn về HIV. Sau đó, việc xét nghiệm hay không là do bạn hoàn toàn quyết định.

Chân Trời Mới
TRUNG TÂM TƯ VẤN SỨC KHỎE CÔNG ĐỒNG


Hãy đến phòng Tư vấn Xét nghiệm HIV tự nguyện ở gần bạn nhất

An Giang
(076) 380.1901

- Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS tỉnh An Giang, 20 Nguyễn Du, P. Mỹ Bình, TP. Long Xuyên, (076) 384.9286
- Phòng Tư vấn Xét nghiệm HIV tự nguyện, Trung tâm Y tế thị xã Châu Đốc, Đường số 9, Khu cũ cầu Nhị Kiều, B. Phú Hòa A, Thôn Châu Đốc, BT, (076) 386.0470
- Trung tâm Tư vấn Xét nghiệm HIV tự nguyện, Bệnh viện Đa khoa, huyện Tịnh Biên, DT: (076) 374.1426
- Phòng Tư vấn Xét nghiệm HIV tự nguyện, Bệnh viện Đa khoa huyện Tịnh Châu, DT: (076) 628.6289

Chân Trời Mới
TRUNG TÂM TƯ VẤN SỨC KHỎE CÔNG ĐỒNG

Yêu thương tương lai đủ để biết



MIỄN PHÍ BI MẬT CHÍNH XÁC

HIV Khi tư vấn chúng tôi là chuyên gia Khi trò chuyện chúng tôi là tri kỷ

Dépliant : HIV & rapports sexuels protégés

Để biết thêm thông tin, bạn có thể liên lạc:

- **Bệnh Viện Từ Dũ**
284, Cống Quỳnh, Quận 1.
ĐT: 38 395 117
- **Bệnh Viện Hùng Vương**
128, Hồng Bàng, Phường 12, Quận 5.
ĐT: 39 557 476
- **Bệnh Viện Nhân Dân Gia Định**
1 Nơ Trang Long, Quận Bình Thạnh
ĐT: 38 412 698
- **Bệnh Viện Quận 2**
130 Lê Văn Thịnh, Quận 2.
ĐT: 37 432 369
- **Bệnh Viện Quận 4**
65 Bến Vân Đồn, Phường 12, Quận 4.
ĐT: 38 261 568
- **Bệnh Viện Quận 7**
101 Nguyễn Thị Thập A61p 1, Phường Tân Phú, Quận 7
ĐT: 38 733 420
- **Bệnh Viện Quận 8**
82 Cao Lỗ, Phường 4.
ĐT: 38 507 083
- **Bệnh Viện Quận 9**
Lê Văn Việt P. Tân Nhơn Phú, Quận 9
ĐT: 38 973 628
- **Bệnh Viện ĐKKV Học Môn**
65/2 B, Bà Triệu, Thj Trần Học Môn.
ĐT: 38 914 208 Ext:118
- **Bệnh Viện ĐKKV Củ Chi**
Ấp Bàu Sen 2, Xã Tân An Hội, Huyện Củ Chi.
ĐT: 38 920 583
- **Bệnh Viện Quận Thủ Đức**
29 Phú Châu, Phường Tam Phú, Quận Thủ Đức.
ĐT: 38 963 194
- **Bệnh Viện Bình Chánh**
E 9/5 Nguyễn Hữu Trí, Tân Túc, Bình Chánh.
ĐT: 37 603 936

Chị có thể liên hệ ngay với bác sĩ hoặc y tá tại Trạm Y tế phường/xã và Trung Tâm Y Tế quận/huyện nơi chị sinh sống để biết thêm thông tin về chương trình "Phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con"



ỦY BAN PHÒNG CHỐNG AIDS THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Thông tin dành cho phụ nữ mang thai

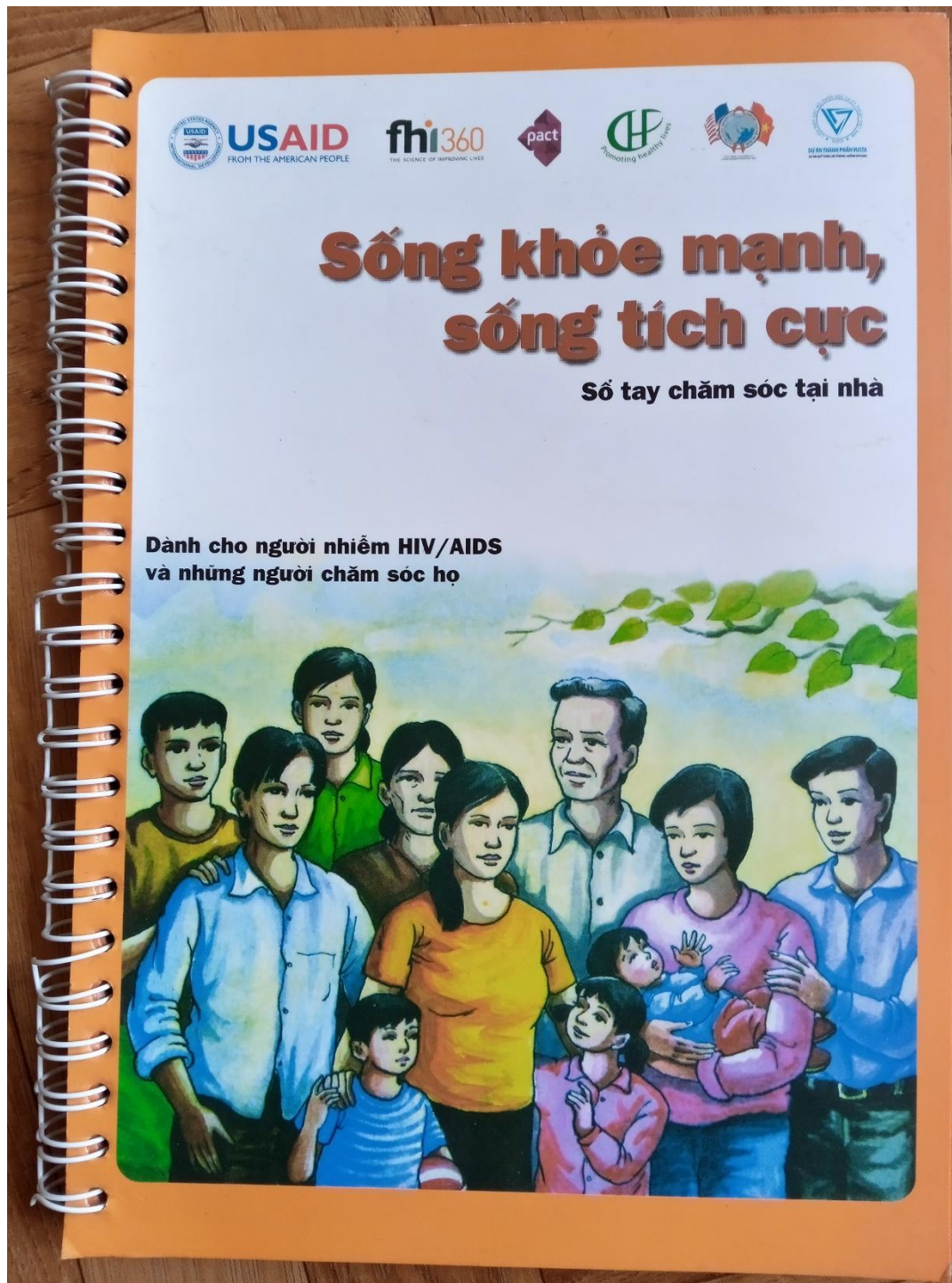
Vì đứa con thân yêu hãy nói
"Đồng ý" khi bác sĩ đề nghị chị
làm xét nghiệm HIV

Hãy làm xét nghiệm
để khẳng định là chị
không nhiễm !!!

Minh không thể
bị nhiễm HIV ??



Dépliant de Comité de la prévention et lutte contre AIDS de Hồ Chí Minh-Ville
Informations pour les femmes enceintes



**Manuel de soins à domicile
pour les personnes porteuses du VIH et leur famille**

KHÁT VỌNG SỐNG

WILL TO LIVE

CHUYỆN KỂ VỀ NĂM NGƯỜI NHIỄM HIV

AN ORAL HISTORY OF FIVE PEOPLE
WHO ARE FOUND TO BE HIV-POSITIVE



Nguyễn Nguyễn Như Trang &
Nguyễn Thị Oanh

CARE INTERNATIONAL
IN VIETNAM

1995

CANADA FUND (VIETNAM)

Un livre publié par Care internationale et Fonds du Canada au Việt Nam

Liên hiệp các Hội Khoa học và Kỹ thuật Việt Nam
Dự án Thành phần VUSTA - Dự án Quỹ toàn cầu
phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam

HƯỚNG DẪN TỔ CHỨC VÀ TRIỂN KHAI CHƯƠNG TRÌNH CHĂM SÓC HỖ TRỢ

*Tài liệu dành cho
các tổ chức phi chính phủ Việt Nam
thực hiện dự án*



Hà Nội, 2014

Un livre : « Guide pour organiser et mettre en œuvre un programme de soins et de soutien » publié par Union vietnamienne des associations scientifiques et technologiques

Liên hiệp các Hội Khoa học và Kỹ thuật Việt Nam
Dự án Thành phần VUSTA - Dự án Quỹ toàn cầu
phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam

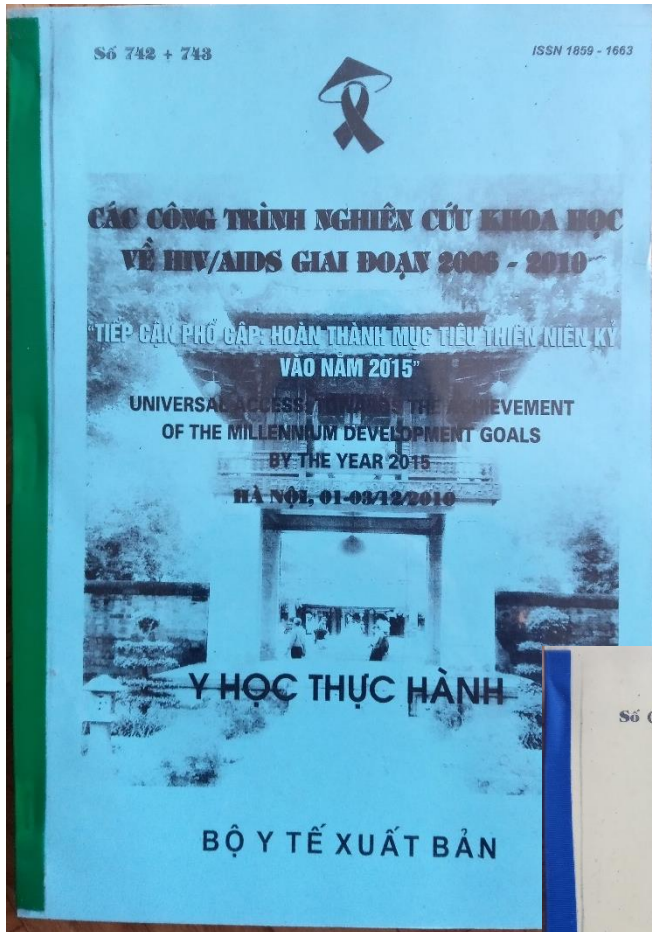
HƯỚNG DẪN TỔ CHỨC VÀ TRIỂN KHAI CHƯƠNG TRÌNH TIẾP CẬN CỘNG ĐỒNG

*Tài liệu dành cho
các tổ chức phi chính phủ Việt Nam
thực hiện dự án*



Hà Nội, 2014

Un livre : « Guide pour organiser et mettre en œuvre un programme de sensibilisation communautaire » publié par Union vietnamienne des associations scientifiques et technologiques



Travaux de recherche scientifique du ministère de la santé du Viêt Nam

ỦY BAN NHÂN DÂN THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

HỘI NGHỊ

**TỔNG KẾT 05 NĂM THỰC HIỆN KẾ HOẠCH
HÀNH ĐỘNG PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS**

(2011 – 2015)

VÀ TRIỂN KHAI KẾ HOẠCH GIAI ĐOẠN 2016 – 2020



Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 11 tháng 11 năm 2015

Une conférence de Hồ Chí Minh-Ville sur 5 ans de mise en œuvre du plan d'action de prévention du VIH 2011-2015 et de mise en œuvre du plan 2016-2020

Annex 6 30 ANS DES ÉVÉNEMENTS

- 1981: CDC (États-Unis) Découvrir les décès dus à l'immunodéficience chez les hommes Gais
- 1983: Découverte du virus du sida en 1983 par l'Institut Pasteur de Paris.
- 1984: Détermination des voies de transmission et mesures de prévention de l'infection
- 1985: Test VIH approuvé par la FDA
- 1987: L'AZT est approuvé pour le traitement du Sida
- 1988 Journée mondiale du sida le 01 décembre.
- 1994: L'AZT est utilisé pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant
- 1995: Création de l'ONUSIDA (Organisation des Nations Unies pour la prévention du sida)
- 1996: La 11ème Conférence internationale sur le VIH/ Sida, Vancouver, Canada, annonce le traitement combiné de trois ARV
- 2001: UNGASS – Le monde s'engage dans la lutte contre le sida
- 2002: Création du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et les lésions
- 2003: PEPFAR du président des États-Unis
- 2003: Initiatives 3 à 5 (3 millions par ART)
- 2006 - 2011: De nouvelles mesures pour prévenir l'infection par le VIH s'avèrent efficaces.

Annex 7 Un article

Des moines bouddhistes combattent la stigmatisation et sensibilisent au VIH

Au Viêt Nam, des moines bouddhistes combattent la stigmatisation et sensibilisent au VIH
par Sandra Bisin



© UNICEF Viet Nam/2010/Bisin

Dans une pagode au Viêt Nam, un moine Bouddhiste mène une session de communication avec des enfants pour tâcher d'en finir avec la stigmatisation et la discrimination envers les personnes affectées par le VIH et le Sida.

HÀ NỘI, Viêt Nam, 13 mai 2011 – Nhã, 31 ans, rayonne de fierté et d'amour pour sa petite fille Thúy, 8 ans, qui rentre à la maison après l'école. La fillette lance un sourire espiègle à sa mère et grimpe rapidement sur ses genoux pour s'enlacer.

« C'est seulement quand Thúy a eu quatre ans que nous avons découverts qu'elle aussi était positive au VIH », se remémore Nhã. « Elle avait toujours eu des tests négatifs et la nouvelle est venue comme un choc. J'aime tellement ma fille. Je me suis alors sentie inquiète et déprimée, et j'ai commencé à perdre espoir dans l'avenir. »

Thúy est maintenant en troisième année. « J'aime beaucoup aller à l'école », dit-elle. « J'ai des amis et j'apprends beaucoup de choses chaque jour. » À l'école, personne n'a connaissance de de son statut VIH.

Affronter la stigmatisation, faire face au VIH

« J'ai des amis qui ont décidé de révéler le fait que leur enfant était séropositif. Quand les parents d'autres élèves l'ont appris, ils ont refusé de laisser l'enfant revenir à l'école. Ca ne

pouvait être pire. Je ne veux pas que ma fille souffre, donc je me tiens juste tranquille », raconte Nhã.

Thúy et Nhã subissent régulièrement des contrôles de santé à l'hôpital voisin. Chaque mois, Thúy, Nhã et son deuxième mari bénéficient gratuitement d'un traitement anti-rétroviral. Le premier mari de Nhã est mort du Sida en 2002.

« Il travaillait dans la construction et voyageait beaucoup. Il a probablement contracté la maladie en ayant des rapports sexuels non protégés avec une prostituée », dit Nhã. À la même époque, elle a découvert son propre statut VIH.



© UNICEF Viet Nam/2010/Bisin

Le moine Huân, moine en chef à la pagode de Pháp Vân à Hà Nội, au Viêt Nam, organise deux fois par semaine des sessions d'enseignement Bouddhistes sur la réduction de la stigmatisation du VIH. Plus de 2000 enfants et jeunes ont suivi ces sessions ces deux dernières années.

« J'ai beaucoup pleuré quand le docteur m'a dit que j'étais séropositive. C'était il y a longtemps maintenant, mais je me le rappellerai pour toujours. Je ne savais rien de la maladie, et le docteur a expliqué ce que cela signifiait. J'étais désespérée », dit Nhã.

Espoir et soutien spirituel

Il y a quelques années, les amis de Nha l'ont emmenée à la pagode de Phap Van, où elle a rencontré le Moine Huan et son équipe composée de moines et de volontaires qui fournissent aide et assistance aux enfants affectés par le VIH et à leurs familles.

« Ils m'ont non seulement donné de la nourriture, mais aussi un soutien émotionnel et psychologique énorme », dit-elle. « J'ai pu aussi rencontrer des personnes qui vivaient une

histoire semblable à la mienne. Je me suis aperçue que je n'étais pas seule. Cela m'a vraiment aidé à avancer. J'ai aussi appris comment m'adresser à ma communauté et ainsi protéger ma famille. »

À la pagode, le Moine Huân organise deux fois par semaine des sessions d'enseignement Bouddhistes. « Par ces sessions, nous essayons de réduire la stigmatisation autour du VIH et nous informons sur le VIH : comment il se transmet, comment se protéger. Plus de 2000 enfants et jeunes ont suivi ces sessions ces deux dernières années. ». En plus des sessions d'enseignement, une équipe de volontaires formés par les moines organise des visites mensuelles dans environ 40 familles du voisinage.

L'« Initiative de leadership bouddhiste »

Environ 280 000 adultes et enfants vivent avec le VIH au Viêt Nam. Dans ce pays à la population majoritairement Bouddhiste, les moines Bouddhistes sont fortement respectés et influents.

L'« Initiative de leadership bouddhiste » a été mise en place par l'UNICEF au Viêt Nam en 2003. Dans le cadre de cette Initiative, l'UNICEF collabore avec le gouvernement et les partenaires internationaux pour former des moines à soutenir les besoins spécifiques des personnes affectées par le VIH - et à renforcer la prise de conscience dans leurs communautés sur le VIH et le Sida.

« Les moines bouddhistes sont la clé de notre stratégie pour diminuer la stigmatisation et la discrimination envers les familles vivant avec le VIH/Sida », explique la Spécialiste du VIH et du Sida à l'UNICEF Viêt Nam, YasudaTadashi.

« La pagode m'apporte un grand soutien spirituel », dit Nha. « Ils sont une inspiration pour moi. Je me suis fait beaucoup d'amis à la pagode. Cela me fait espérer en un avenir plus radieux, particulièrement pour ma fille. Je veux que son rêve se réalise. Elle veut devenir professeur. »

L'UNICEF apporte son aide pour la mise en oeuvre du modèle d'« Initiative de leadership bouddhiste » dans sept pagodes des deux principaux centres urbains du pays (trois à Hà Nội et quatre à Hồ Chí Minh- Ville). En pariant sur le succès de l'initiative, le Front de la Patrie du Viêt Nam a récemment lancé un programme pour reproduire cette approche dans 40 autres provinces dans tout le pays.

Annex 8 Mots et expressions utilisés par la communauté pour décrire le VIH et le Sida, les personnes vivant avec le VIH et le Sida, les utilisateurs de drogues injectables et les travailleurs du sexe : Viêt Namien-Anglais

Words and phrases used by the community to describe HIV and AIDS, people living with HIV and AIDS, injection drug users and sex workers.

Vietnamese	English
SIDA, ếch, hiv	AIDS
lám gái, mại dâm, đi, điếm, gái đung đường, đi khách, cave, làm nghề nằm ngửa ăn sẵn	Sex Worker: serving girl, pro, whore, prostitute, nightwalker, guest catcher, cave, doing job with easy earning by lying on back.
khách làng chơi	client—guest of playing village
xi ke, nghiện	drug addicted/ junkie
Nhận án tử hình	got the death sentence
bệnh thế kỷ	disease of the century
hết đời	life comes to an end
cặn bã của xã hội	scum of society
tệ nạn xã hội	social evils
đáng kiếp / đáng đời	it serves him/her right; her/his life got it
không giẩy với con/thằng SIDA	Not to drag in with that SIDA guy/scamp
hình nhân thể mạng	like a paper mummy
cá khô= chết	dried fish = death
vô loài	unclassified/ not acceptable to any class/any kind
đính chương	got a blow
nợ đời	debt of life
gánh nặng của xã hội	burden of society
ổ tiêm chích	Nest of drug users
vô công rồi nghề	a layabout
ăn không ngồi rồi/ vô tích sự	to be at a loose end
nghiện là đưa mất chất	The addicted is a person who loses self-quality
phê	High moment of satisfaction after drug use
mày chết đi cho tao nhờ	Please let die so I can have a relief
Gái đẹp bóng bẩy ngoài da, Bên trong rỗng tuếch tim la tám tầng	Beautiful girls just look glossy, but are completely empty with only syphilis deep on the 8 th layer inside.
bán thân nuôi miệng	sell body to feed mouth
cửa tử	Gate of death

Cité par Khuất, 2014, p. 4

Titre : Le processus de reconstruction des relations sociales après une épreuve majeure l'exemple des femmes séropositives VIH à Hồ Chí Minh- Ville.

Mots clés : Discrimination, Femme séropositive, Représentation sociales, Sociologie de la santé, Stigmatisation, Vietnam, VIH

Résumé : Au Việt Nam, il existe de nombreuses études portant sur le VIH en général et le vécu des personnes atteintes, mais ces travaux se concentrent souvent sur les voies de transmission et les mesures de prévention à mettre en place. Certaines recherches, cependant, se sont focalisées sur l'ostracisme et la discrimination dont sont victimes, de la part de leur famille ou de la société, ces personnes, et le rôle que joue l'entourage dans la prise en charge de ces malades, notamment pour leur traitement.

En interrogeant près d'une trentaine de femmes vivant avec le VIH à Hồ Chí Minh - Ville,

notre thèse réexamine ce questionnement et montre que la plupart d'entre elles avaient été infectées par leur mari et avaient subi un énorme choc en apprenant leur séropositivité.

À la suite de ce traumatisme, la santé, l'emploi et les modes de sociabilité ont changé, les attitudes de stigmatisation – auto-infligée ou provenant de l'environnement – faisant l'objet d'une analyse approfondie. Dès lors, pour continuer à exister, il a fallu réinventer de nouveaux types de relations ou de comportements tant au niveau individuel que sur un plan communautaire.

Title : The process of reconstruction social relations after a hardship: th example of HIV-positive women in Ho Chi Minh City.

Keywords : Discrimination, Positive women, Social representation, Sociology of health, Stigmatization, Vietnam, HIV.

Abstract : In Vietnam, many studies exist on HIV and the lives of the people living with HIV, however, they often concentrate on the way of virus is transmitted and its prevention. Some research has focused on the ostracism and discrimination from their families or the community who play roles in caring and following the treatment of them.

By interviewing nearly thirty women living with HIV in Ho Chi Minh City and applying the symbolic interactionism and the labelling theories, our thesis considers questions and

discovers that most of the women who are infected by their husbands/ partners have had enormous shock after being diagnosed as HIV positive.

After psychological shock, these following objects of study analyse their health, occupation, the change in life paradigm , the social stigmatisms and their self-stigma. Therefor, to continue living, they have to re-build new relationships or behaviours both on an individual and on communal scale.