



République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère De L'Enseignement Supérieur et La Recherche Scientifique



UNIVERSITE KASDI MERBAH – OUARGLA

Faculté de Médecine D'Ouargla

Département de Médecine

**LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION
CHEZ MALADES SUIVIS POUR INFECTION A VIH
AU NIVEAU DE CENTRE REGIONAL DE
REFERENCE D'OUARGLA
ETUDE DE 03 MOIS**

Mémoire De Fin D'études Pour L'obtention Du Doctorat en Médecine

Présenté par :

REZZOUG AYOUB

Encadré par :

DR LATI IBTISSEM

Devant le Jury Composé de :

| | | |
|---------------------------------|--------------|------------------------------------|
| Pr. ZATOUT RAMDANE | Président | Professeur en psychologie |
| Dr. LATI IBTISSEM | Promoteur | MAHU en maladies infectieuses |
| Dr. HACHANI FATIHA | Examinatrice | MAHU en maladies infectieuses |
| Dr. CHAHED MOHAMMED ADEL | Examineur | Assistant en maladies infectieuses |

Année universitaire : 2022/2023



République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère De L'Enseignement Supérieur et La Recherche Scientifique



UNIVERSITE KASDI MERBAH – OUARGLA

Faculté de Médecine D'Ouargla

Département de Médecine

**LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION
CHEZ MALADES SUIVIS POUR INFECTION A VIH
AU NIVEAU DE CENTRE REGIONAL DE
REFERENCE D'OUARGLA
ETUDE DE 03 MOIS**

Mémoire De Fin D'études Pour L'obtention Du Doctorat en Médecine

Présenté par :

REZZOUG AYOUB

Encadré par :

DR LATI IBTISSEM

Devant le Jury Composé de :

Pr. ZATOUT RAMDANE

Président

Professeur en psychologie

Dr. LATI IBTISSEM

Promoteur

MAHU en maladies infectieuses

Dr. HACHANI FATIHA

Examinatrice

MAHU en maladies infectieuses

Dr. CHAHED MOHAMMED ADEL

Examineur

Assistant en maladies infectieuses

Année universitaire : 2022/2023

Remerciements

Remerciements

Au terme de ce travail on adresse nos remerciements :

Au bon dieu :

Dieu, le Seigneur, le Miséricordieux et le tout puissant, merci de nous avoir donné le courage et la santé durant ces longues années des études, la volonté d'entamer et la patience de mener ce mémoire à son terme.

A notre cher encadrant :

Tout d'abord, ce travail ne serait pas aussi riche et n'aurait pas pu avoir le jour sans l'aide et l'encadrement de **DR LATI IBTISSEM** maitre-assistant en maladie infectieuse, on le remercie sincèrement pour son assistance et son sens de former et d'informer.

A notre président de jury :

Notre remerciement s'adresse aussi à notre président de jury **Pr. ZATOUT RAMDANE** d'abord de l'honneur que vous nous faite en acceptant de présider notre jury de mémoire, et aussi de nous apporter de l'aide et de nous recevoir en toutes circonstances avec sympathie, et bienveillance, malgré vos obligations professionnelles.

Aux membres de jury :

Dr. HACHANI FATIHA et **Dr. CHAHED**, nous sommes très honorées de vous voir siéger dans notre jury et d'avoir accepté de juger notre travail, pour l'intérêt de l'enrichir par vos remarques.

Veillez trouver ici nos chères maitres le témoignage de notre grande reconnaissance, de notre gratitude, de notre profond respect et l'expression de nos sincères remerciements.

A tous qui nous a aidées à accomplir ce travail :

On tient également, à exprimer nos vifs respects et nos forts remerciements surtout à le psychologue **NADIA** et chef de service de nous réserver toujours le meilleur accueil et pour la spontanéité et la simplicité avec lesquelles vous avez nous reçu pour nous apporter de l'aide et de nous encourager.

Dédicaces

Je dédie cette thèse à

A ma douce mère :

A l'être le plus chère de ma vie maman, votre affection me couvre, votre bienveillance me guide, votre encouragement m'accompagne le long de mes années d'étude et votre présence à mes côtés dans les moments les plus difficiles, ont toujours été la source de force pour affronter les différents obstacles.

C'est grâce à vous et pour vous que je suis là aujourd'hui, ce modeste travail est le fruit de vos efforts avant d'être les miens. Aucun hommage ne serait suffisant d'exprimer, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices que vous avez consentis pour mon instruction et mon bien être.

A mon père :

A celui qui m'a élevé dans l'honneur, la droiture et la dignité, à l'homme qui est toujours pour moi un exemple de bonneté et de sagesse. Nulle dédicace n'est susceptible de vous exprimer mes profondes affections et mes immenses gratitudes pour tous les sacrifices que vous avez consentis pour mes éducations et mes études.

Puisse Dieu vous prêter bonne santé et longue vie afin que je puisse à mon tour ; vous combler tous les deux.

À mes frères et mes sœurs :

Youcef, Souhaib, Ali, Abdallah, Hanna, Aoueb, Ahmed : vous êtes mon soutien indéfectible, l'amour et le soutien que vous m'avez donné m'a servi énormément, je suis reconnaissante envers vous. J'espère qu'on reste toujours les uns à côté de l'autre, je vous aime.

A mes collègues d'internat :

Bachir, Tarek, Anis, Hamza, Mostafa, Hamoud, Mounaim

Je suis ravissante d'enrichir ma vie par votre reconnaissance.

Tous les moments passés, les plaisirs vécus, les chagrins ressentis, les secrets partagés, les gardes assurées, les comptes rendus dictés, les journées et les nuits passées, ont participé à créer des bons souvenirs qui sont et seront toujours gravées dans ma mémoire. On a passé ensemble des moments agréables et inoubliables, merci d'être là

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|------|
| REMERCIEMENTS | I |
| DÉDICACES | III |
| TABLE DES MATIERES | V |
| ACRONYMES & ABREVIATIONS | X |
| LISTE DES TABLEAUX | XII |
| LISTES DES FIGURES | XV |
| RÉSUMÉ | XVII |
| CHAPITRE I : REVUE DE LA LITTERATURE | 1 |
| I. INTRODUCTION : | 2 |
| II. OBJECTIFS : | 3 |
| 1. OBJECTIF GENERAL : | 3 |
| 2. OBJECTIFS SPECIFIQUES : | 3 |
| III. Définition de La discrimination et de La stigmatisation : | 4 |
| 1. La stigmatisation : | 4 |
| 2. La Discrimination : | 7 |
| IV. Les différentes formes de la stigmatisation et de la discrimination | 10 |
| 1. Les formes de la stigmatisation : | 10 |
| 3. Les formes de la discrimination : | 11 |
| V. Riposte nationale au sida et prise en charge des PVVIH : | 11 |
| VI. Généralité sur Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : | 12 |
| 1. Agent pathogène : | 12 |
| 2. Caractéristiques du VIH : | 13 |
| 3. Variabilité du VIH : | 14 |
| 4. Mode de transmission : | 14 |
| 1. LA TRANSMISSION SEXUELLE : | 14 |
| 2. LA TRANSMISSION SANGUINE : | 14 |
| 3. LA TRANSMISSION DE LA MERE A SON ENFANT : | 14 |
| 5. Evolution de l'infection par l'VIH : | 15 |
| 1. Stade 01 : Primo-infection : | 15 |
| 2. Stade 02 : Phase de latence (symptômes généraux ou pas de symptômes) : | 15 |
| 3. Stade 03 : Phase symptomatique ou Sida : | 15 |
| 6. CLASSIFICATIONS DES MANIFESTATIONS DUES A L'INFECTION VIH : | 16 |
| 1. La classification des CDC (1993) | 16 |

| | | |
|-------|--|----|
| 2. | La classification de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : | 19 |
| 7. | Traitement : | 20 |
| VII. | Situation épidémiologique : | 21 |
| 1. | Situation épidémiologique au niveau mondial : | 21 |
| 2. | Situation épidémiologique en Algérie : | 23 |
| VIII. | Situation de stigmatisation et de discrimination des PVVIH en Algérie : | 26 |
| 1. | Domaine de la santé : | 26 |
| 2. | Domaine Social : | 28 |
| | CHAPITRE II : MATERIELS & METHODES | 29 |
| I. | Matériels : | 30 |
| 1. | Type d'étude : | 30 |
| 2. | Lieu de l'étude : | 30 |
| 3. | Durée de l'étude : | 30 |
| 4. | Population de l'étude : | 30 |
| 5. | Critères d'inclusion : | 30 |
| 6. | Critères d'exclusion : | 30 |
| II. | Méthodes : | 31 |
| 1. | Le recueil des informations : | 31 |
| 2. | Traitement des données : | 31 |
| 3. | Les variables étudiées : | 32 |
| | CHAPITRE III : RESULTATS | 33 |
| I. | Caractéristiques sociodémographiques : | 34 |
| 1. | Répartition des patients selon le sexe : | 34 |
| 2. | Répartition des patients selon l'âge : | 34 |
| 3. | Structuration des patients par tranches d'âge et par sexe : | 35 |
| 4. | Ancienneté du diagnostic de séropositivité de la population enquêtée : | 36 |
| 5. | Situation familiale de la population enquêtée : | 37 |
| 6. | Niveau scolaire de la population enquêtée : | 38 |
| 7. | Lieu d'habitation de la population enquêtée : | 39 |
| 8. | Situation d'emploi de la population enquêtée : | 40 |
| 9. | Appartenance dans les populations les plus exposées au risque VIH/sida : | 40 |
| 10. | Situation sexuelle de la population enquêtée : | 41 |
| II. | Expériences de stigmatisation et de discrimination : | 42 |
| 1. | Exclusion des événements et activités sociales : | 43 |

| | | |
|------|--|----|
| 2. | Exclusion des évènements et activités familiales : | 45 |
| 3. | Exclusion des activités et évènements religieux : | 46 |
| 4. | Commérages : | 46 |
| 5. | Agression verbale : | 48 |
| 6. | Agression physique : | 50 |
| 7. | Pression psychologique ou manipulation par le conjoint : | 51 |
| 8. | Rejet sexuel : | 52 |
| 9. | Discriminations par d'autres PVVIH : | 52 |
| 10. | Discrimination au sein de la famille : | 53 |
| III. | ACCÈS AU LOGEMENT, AU TRAVAIL, AUX SERVICES DE SANTÉ ET A L'ÉDUCATION : | 54 |
| 1. | Changement de résidence : | 54 |
| 2. | Emploi : | 55 |
| 3. | Changement professionnel : | 56 |
| 4. | Interdiction d'une institution d'enseignement : | 56 |
| 5. | Enfants suspendus de l'école : | 57 |
| 6. | Accès aux services de santé : | 57 |
| 7. | Refus des services de planification familiale et services de santé sexuelle et reproductive : | 57 |
| IV. | STIGMATISATION INTERNES ET CRAINTES RESSENTIES : | 58 |
| V. | DROITS, LOIS ET POLITIQUES : | 62 |
| 1. | Connaissance sur la déclaration d'engagement sur le VIH/sida : | 62 |
| 2. | Connaissance des lois nationales sur la protection des droits : | 63 |
| 3. | Violations des droits à cause du statut sérologique : | 63 |
| 4. | Recours légal : | 64 |
| VI. | DIVULGATION DE LA SÉROPOSITIVITE ET CONFIDENTIALITE : | 64 |
| 1. | Comportement des agents de santé et confidentialité du dossier médical : | 64 |
| 2. | Divulgence de son statut et confidentialité : | 64 |
| 3. | Réaction de l'entourage suite à la divulgation du statut sérologique : | 65 |
| | CHAPITRE IV : DISCUSSION | 68 |
| I. | Taille de l'échantillon : | 69 |
| II. | Le sexe : | 69 |
| III. | La tranche d'âge : | 70 |
| IV. | Niveau d'étude : | 70 |

| | |
|---|----|
| V. Niveau de stigmatisation et de discrimination : | 71 |
| 1. Exclusion des enquêtés des manifestations sociales : | 72 |
| 2. Exclusion des enquêtés des manifestations familiales : | 72 |
| 3. Exclusion des enquêtés des manifestations religieuses : | 72 |
| 4. Commérages vécues par les PVVIH : | 73 |
| 5. Insultes, harcèlements, menaces verbales : | 73 |
| 6. Violences physiques : | 73 |
| VI. Stigmatisation par le personnel de santé : | 74 |
| VII. L'accès à l'emploi : | 74 |
| VIII. Concernant la stigmatisation interne et craintes ressenties : | 75 |
| IX. Connaissance de la loi portant protection : | 75 |
| X. Divulgence du statut séropositif par les PVVIH elles-mêmes : | 76 |
| RECOMMANDATIONS | 77 |
| CONCLUSION | 78 |
| BIBLIOGRAPHIE | 79 |
| ANNEXES | 83 |

ACRONYMES & ABBREVIATIONS

| | |
|---------------------|---|
| AIDS Algérie | Association de prévention VIH/Sida |
| ARV | Antirétroviral (aux) |
| CD | Centre (s) de Dépistage |
| CDC | Centers for Disease Control |
| CDR | Centre(s) De Référence pour la prise en charge de l'infection VIH/sida |
| El Hayet | Association des Personnes Vivant avec le VIH |
| ETME | Elimination de la Transmission Mère-Enfant |
| GNP+ | Global Network of People Living with HIV |
| LNR | Laboratoire National de Référence pour le VIH/sida |
| MICS 2019 | Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS). Algérie 2019 |
| OMS | L'organisation mondiale de la santé |
| ONG | Les organisations non gouvernementale |
| ONUSIDA | Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida |
| PEC | Prise En Charge |
| PNS | Plan Stratégique National |
| PS | Professionnel (le) s du Sexe |
| PVVIH | Personnes Vivant avec le VIH |
| Sida | Syndrome d'Immunodéficience Acquise |
| TARV | Traitement (s) Antirétroviral (aux) |
| UDI | Utilisateurs des drogues par voie injectable |
| UNAIDS | Joint United Nations Programme on HIV/Aids |
| UNESCO | L'organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture |
| VHB | L'hépatite B |
| VHC | L'hépatite C |
| VIH | Virus de l'Immunodéficience Humaine |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| TABLEAU 1 : CLASSIFICATION CLINIQUE DE L'INFECTION D'APRÈS LE CDC 1993 | 19 |
| TABLEAU 2: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'ÂGE | 35 |
| TABLEAU 3: RÉPARTITION DES ENQUÊTÉS SELON LEUR APPARTENANCE DANS LES POPULATIONS CLÉS AU VIH/SIDA | 41 |
| TABLEAU 4: RÉPARTITION DES PVVIH EN FONCTION DE LEUR COMPORTEMENT SEXUEL ET DE LEUR STATUT MATRIMONIAL | 42 |
| TABLEAU 5: EXCLUSION DES ÉVÉNEMENTS ET ACTIVITÉS SOCIALES PAR SEXE DE LA POPULATION ÉTUDIÉE LORS DE L'ENQUÊTE. | 43 |
| TABLEAU 6 : EXCLUSION DES ÉVÉNEMENTS ET ACTIVITÉS SOCIALES PAR SEXE DE LA POPULATION ÉTUDIÉE LORS DE L'ENQUÊTE | 44 |
| TABLEAU 7 : EXCLUSION PAR SEXE DES ÉVÉNEMENTS ET ACTIVITÉS FAMILIALES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE LORS DE L'ENQUÊTE. | 46 |
| TABLEAU 8 : CAS DE COMMÉRAGES ENREGISTRÉS SELON LE SEXE | 47 |
| TABLEAU 9 : RAISONS LIÉES AUX COMMÉRAGES SELON LE SEXE RAPPORTÉ PAR LA POPULATION ÉTUDIÉE LORS DE L'ENQUÊTE | 48 |
| TABLEAU 10 : AGRSSIONS VERBALES RAPPORTÉS SELON LE SEXE | 49 |
| TABLEAU 11 : CAUSES LIÉES AUX CAS D'AGRESSION VERBALE SELON LE SEXE | 50 |
| TABLEAU 12 : CAS D'AGRESSION PHYSIQUE SELON LE SEXE RAPPORTÉS | 51 |
| TABLEAU 13 : PRESSION PSYCHOLOGIQUE OU MANIPULATION PAR LE CONJOINT PAR SEXE ... | 51 |
| TABLEAU 14 : REJET SEXUEL | 52 |
| TABLEAU 15 : DISCRIMINATION PAR D'AUTRES PVVIH | 53 |
| TABLEAU 16 : DISCRIMINATION AU SEIN DE LA FAMILLE SELON LE SEXE | 53 |
| TABLEAU 17 : CHANGEMENT DU LIEU DE RÉSIDENCE SELON LE SEXE | 54 |
| TABLEAU 18 : LES CAUSES DU CHANGEMENT DE DOMICILE | 55 |
| TABLEAU 19 : PERTE D'EMPLOI | 55 |
| TABLEAU 20 : REFUS D'EMBAUCHE | 55 |
| TABLEAU 21 : CHANGEMENT DE POSTE DE TRAVAIL SELON LE SEXE | 56 |
| TABLEAU 22 : CHANGEMENT PROFESSIONNEL SELON LE SEXE | 56 |
| TABLEAU 23 : REFUS DE PRISE EN CHARGE PAR LES SERVICES DE SANTÉ DE LA POPULATION ÉTUDIÉE LORS DE L'ENQUÊTE SELON LE SEXE | 57 |
| TABLEAU 24: REFUS DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE ET SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE | 58 |
| TABLEAU 25 : DÉCISIONS PRISES À CAUSE DE LA STIGMATISATION INTERNE | 59 |
| TABLEAU 26 : PEURS ET CRAINTES VENANT D'AUTRES PERSONNES | 60 |

| | |
|--|----|
| TABLEAU 27 : CRAINTE D'ÊTRE REJETÉ SEXUELLEMENT | 61 |
| TABLEAU 28 : CONNAISSANCE DE L'ENGAGEMENT SUR LE VIH/ SIDA QUI PROTÈGE LES DROITS DES PVVIH | 63 |
| TABLEAU 29 : CONNAISSANCE DES LOIS NATIONALES SUR LA PROTECTION DES DROITS | 63 |
| TABLEAU 30 : VIOLATIONS DES DROITS À CAUSE DU STATUT SÉROLOGIQUE | 63 |
| TABLEAU 31 : RAISONS D'UN NON RECOURS PAR VOIE LÉGALE | 64 |
| TABLEAU 32: DIVULGATION DU STATUT SÉROLOGIQUE PAR UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ ... | 64 |
| TABLEAU 33: DIVULGATION DE SON STATUT ET CONFIDENTIALITÉ | 65 |
| TABLEAU 34 : RÉACTION DE L'ENTOURAGE SUITE À LA DIVULGATION DU STATUT SÉROLOGIQUE | 66 |

LISTES DES FIGURES

| | |
|--|----|
| FIGURE 1 : STRUCTURE DU VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE DE TYPE 1 (VIH-1) ... | 13 |
| FIGURE 2 : EVOLUTION DU NOMBRE DE LYMPHOCYTES T4 ET DE LA QUANTITÉ DE VIRUS AU COURS DES DIFFÉRENTES PHASES DE L'INFECTION À VIH | 16 |
| FIGURE 3: ESTIMATION DU NOMBRE D'ADULTES ET D'ENFANTS VIVANT AVEC LE VIH 2021 | 21 |
| FIGURE 4: ESTIMATIONS DES PERSONNES VIVANT AVEC VIH TOUS LES ÂGES 1999 -2022 | 22 |
| FIGURE 5: ESTIMATION DES NOUVELLES INFECTIONS À VIH 1990-2022 | 22 |
| FIGURE 6: ESTIMATIONS DES DÉCÈS LIÉS AU SIDA TOUS LES ÂGES 1990-2022 | 23 |
| FIGURE 7 : ÉVOLUTION DU NOMBRE ESTIMÉ DE PVVIH EN ALGÉRIE 2000-2018 | 25 |
| FIGURE 8: RÉPARTITION PAR SEXE DE LA POPULATION ÉTUDIÉE | 34 |
| FIGURE 10: RÉPARTITION DES GROUPES D'ÂGE SELON LE SEXE DE LA POPULATION ÉTUDIÉE | 35 |
| FIGURE 11: ANCIENNETÉ DU DIAGNOSTIC DE SÉROPOSITIVITÉ DE LA POPULATION ENQUÊTÉE | 36 |
| FIGURE 12: ANCIENNETÉ DE LA SÉROPOSITIVITÉ VIH SELON LE SEXE DE LA POPULATION ÉTUDIÉE | 37 |
| FIGURE 13: SITUATION FAMILIALE DE LA POPULATION ÉTUDIÉE LORS DE L'ENQUÊTE. | 37 |
| FIGURE 14: SITUATION FAMILIALE PAR SEXE DE LA POPULATION ÉTUDIÉE LORS DE L'ENQUÊTE | 38 |
| FIGURE 15: NIVEAU SCOLAIRE DE LA POPULATION ÉTUDIÉE LORS DE L'ENQUÊTE | 39 |
| FIGURE 16: RÉPARTITION DES PVVIH ENQUÊTÉES SELON LEUR ZONE D'HABITATION. | 39 |
| FIGURE 17 : SITUATION D'EMPLOI DE LA POPULATION ÉTUDIÉE LORS DE L'ENQUÊTE. | 40 |
| FIGURE 18: RÉPARTITION DES ENQUÊTÉS SELON LEUR APPARTENANCE DANS LES POPULATIONS CLÉS AU VIH/SIDA | 41 |
| FIGURE 19: DISTRIBUTION DES PVVIH PAR SEXE SELON "SEXUELLEMENT ACTIF" | 42 |
| FIGURE 20: EXCLUSION DES ÉVÉNEMENTS ET ACTIVITÉS SOCIALES | 43 |
| FIGURE 21 : EXCLUSION PAR SEXE DES ÉVÉNEMENTS ET ACTIVITÉS SOCIALES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE LORS DE L'ENQUÊTE. | 44 |
| FIGURE 22 : EXCLUSION DES ÉVÉNEMENTS ET ACTIVITÉS SOCIALES PAR SEXE DE LA POPULATION ÉTUDIÉE LORS DE L'ENQUÊTE | 45 |
| FIGURE 23 : EXCLUSION DES ÉVÉNEMENTS ET ACTIVITÉS FAMILIALES. | 45 |
| FIGURE 24: COMMÉRAGES RAPPORTÉS PAR LA POPULATION ÉTUDIÉE LORS DE L'ENQUÊTE ... | 47 |
| FIGURE 25 : COMMÉRAGES RAPPORTÉS PAR SEXE PAR LA POPULATION ÉTUDIÉE LORS DE L'ENQUÊTE | 48 |
| FIGURE 26 : CAS D'AGRESSIONS VERBALES RAPPORTÉES PAR LA POPULATION ÉTUDIÉE LORS DE L'ENQUÊTE | 49 |
| FIGURE 27 : CAS D'AGRESSIONS VERBALES RAPPORTÉES PAR SEXE PAR LA POPULATION ÉTUDIÉE LORS DE L'ENQUÊTE | 50 |
| FIGURE 28 : PRESSION PSYCHOLOGIQUE OU MANIPULATION PAR LE CONJOINT PAR SEXE | 52 |
| FIGURE 29 : CHANGEMENT DU LIEU DE RÉSIDENCE SELON LE SEXE | 54 |
| FIGURE 30 : CRAINTE D'ÊTRE REJETÉ SEXUELLEMENT | 61 |
| FIGURE 31 : DÉTÉRIORATION DE LA SANTÉ DES PVVIH DUE À LA STIGMATISATION | 62 |

RÉSUMÉ

Introduction : Le virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) reste un problème majeur de santé publique en Algérie. Les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sont confrontées non seulement à des problèmes médicaux personnels, mais également à des problèmes sociaux, tels que la stigmatisation et la discrimination.

Méthode : Nous avons mené une étude descriptive exploratoire dont l'objectif est de décrire les différents aspects de la stigmatisation et de la discrimination vécue par les PVVIH. Notre travail comporte 56 cas sur une période de 03 mois au niveau de centre régional de référence d'Ouargla.

Résultats :

La stigmatisation/discrimination au niveau social et familial : est dominée par le commérage 28.6% et le harcèlement verbal 21.5%, la Pression psychologique ou manipulation par le conjoint 34.8%, Rejet sexuel 26.8%, et la discrimination au sein de la famille 19.6%.

Accès au travail, aux services de santé et d'éducation : 4.9% ont perdu leur emploi. 16% ayant déclaré au moins une expérience de stigmatisation/discrimination par le personnel de santé.

Stigmatisation interne et craintes ressenties : 82.1 % ont une piètre estime de soi, 67.9 % ont un sentiment de honte, 60.7 % ont un sentiment de culpabilité. Parmi eux, 41.1 % ont choisi de « ne pas se rendre à des manifestations sociales », 37.5 % ont choisi « de s'isoler de sa famille/amis », et 32.1 % ont choisi « d'éviter d'aller à l'hôpital ».

Droits, lois et politiques : 83.9% n'ont jamais entendu parler de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA. 62.5 % ne connaissent pas les lois nationales sur la protection des droits.

Divulgarion du statut sérologique et confidentialité : 79.6% au mari/épouse, 64.3% au personnel de santé, 55.4% à un membre de la famille. La réaction est discriminatoire dans majorité des cas.

Conclusion : La stigmatisation et la discrimination font partie de la vie quotidienne des personnes vivant avec VIH. Tous les domaines sont concernés.

Mots clés : stigmatisation, discrimination, VIH

Introduction: Human Immunodeficiency Virus (HIV) remains a major public health problem in Algeria. People living with HIV (PLHIV) face not only personal medical problems, but also social problems, such as stigma and discrimination.

Method: We conducted an exploratory descriptive study to describe different aspects of stigma and discrimination experienced by PLHIV. Our work includes 56 cases over a period of 03 months at the regional reference center of Ouargla.

Results:

Stigma/discrimination at social and family level: is dominated by Gossip 28.6% and verbal harassment 21.5%, Psychological pressure or manipulation by the spouse 34.8%, Sexual rejection 26.8%, and discrimination within the family 19.6%.

Access to work, health and education: 4.9% lost their jobs. 16% reported at least one experience of stigma/discrimination by health workers.

Internal stigmatization and perceived fears: 82.1% have low self-esteem, 67.9% feel ashamed, 60.7% feel guilty. Of these, 41.1% chose « not to attend social events », 37.5% chose « to isolate themselves from family/friends », and 32.1% chose « to avoid going to hospital ».

Rights, laws and policies: 83.9% have never heard of the declaration of commitment on HIV/AIDS. 62.5% do not know the national laws on the protection of rights.

Disclosure of HIV status and confidentiality: 79.6% to husband/wife, 64.3% to health staff, 55.4% to a family member. The reaction is discriminatory in most cases.

Conclusion: Stigma and discrimination are part of the daily lives of people living with HIV. All areas are concerned.

Keywords: stigma, stigmatization, discrimination, HIV

مقدمة: لا يزال فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) مشكلة صحية عامة رئيسية في الجزائر. لا يواجه الأشخاص المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية مشاكل طبية شخصية فحسب، بل يواجهون أيضًا مشاكل اجتماعية، مثل وصمة العار والتمييز.

الطريقة: أجرينا دراسة وصفية استكشافية لوصف الجوانب المختلفة لوصمة العار والتمييز التي يعاني منها الأشخاص المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية. يشمل عملنا 56 حالة على مدى 03 أشهر في المركز المرجعي بورقلة.

النتائج:

الوصمة / التمييز على المستوى الاجتماعي والأسري: تهيمن عليه القيل والقال 28.6% والتحرش اللفظي 21.5%، والضغط النفسي أو التلاعب من طرف الزوج 34.8%، والرفض الجنسي 26.8%، والتمييز داخل الأسرة 19.6%.

الحصول على العمل والخدمات الصحية والتعليمية: 4.9% أعلنوا فقدانهم للعمل. بينما 16% أبلغوا عن تجربة واحدة على الأقل من الوصم/التمييز من طرف العاملين في قطاع الصحة.

الوصم الداخلي والمخاوف المتصورة: 82.1% يعانون من تدني احترام الذات، و67.9% يشعرون بالخجل، و60.7% يشعرون بالذنب. حيث اختار 41.1% «عدم حضور المناسبات الاجتماعية»، اختار 37.5% «عزل أنفسهم عن العائلة/الأصدقاء»، واختار 32.1% «تجنب الذهاب إلى المستشفى».

الحقوق والقوانين والسياسات: 83.9% لم يسموا قط عن إعلان الالتزام بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. 62.5% لا يعرفون القوانين الوطنية المتعلقة بحماية الحقوق.

الكشف عن حالة فيروس نقص المناعة البشرية والسرية: 79.6% أخبر الزوج/الزوجة، 64.3% أخبر العاملين في قطاع الصحة، 55.4% أخبر أحد أفراد الأسرة. أين كانت رد الفعل تمييزية في معظم الحالات.

الاستنتاج: الوصم والتمييز جزء من الحياة اليومية للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية. وموجودة في جميع مجالات الحياة.

الكلمات المفتاحية: الوصمة، وصمة العار، التمييز، فيروس نقص المناعة البشرية

CHAPITRE I : REVUE DE LA LITTERATURE

I. INTRODUCTION :

L'infection par le VIH est un problème de santé publique d'envergure mondiale avec ses nombreuses répercussions socio-économiques. En effet depuis la description des premiers cas en 1983, l'infection par le VIH est devenue une véritable pandémie. [1]

Malgré les progrès dans la prise en charge des patients séropositifs, l'infection par le VIH reste un fléau, surtout dans sa phase terminale en l'absence de traitement, appelée sida. Cette maladie est aujourd'hui une des causes principales de décès dans le monde pour les adolescents et les femmes en âge de procréer, qui a entraîné jusqu'ici plus de 40,1 millions de décès avec 38,4 millions de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) à la fin de 2021, dont plus des deux tiers dans la Région africaine. [2, 3]

L'augmentation du nombre de PVVIH a ouvert la voie à une autre phase de l'épidémie, notamment celle des conséquences sociales, marquées par un niveau élevé de stigmatisation et de discrimination [4]

La stigmatisation et la discrimination à l'endroit des PVVIH ont un impact négatif sur les efforts nationaux fournis pour la prévention et la prise en charge du VIH/Sida. En effet, des études ont rapporté que la stigmatisation prononcée à l'endroit des PVVIH empêche leur accès aux services de prévention, de dépistage et de prise en charge médicale [5-8], ou encore diminue leur adhérence au traitement antirétroviral [9], ce qui pourrait favoriser et faciliter la transmission du VIH.

En Afrique subsaharienne, de nombreuses études ont rapporté la prépondérance des cas de violence, d'abus et de discrimination contre les PVVIH [10].

Pour lutter efficacement contre ce problème, il fallait disposer de données factuelles sur le terrain afin de mieux planifier les actions à mener. C'est dans cette optique qu'on a fait cette enquête où l'objectif est de décrire les différents aspects de la stigmatisation et de la discrimination vécue par les PVVIH au CDR d'Ouargla.

II. OBJECTIFS :

1. OBJECTIF GENERAL :

L'objectif principal est d'étudier la stigmatisation et la discrimination vécu par les PVVIH suivies au CDR d'Ouargla.

2. OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- 1- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des personnes vivant avec le VIH.
- 2- Décrire les différents aspects de la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH aux différents milieux (familial, social, travail...)
- 3- L'impacts de la stigmatisation et la discrimination sur les personnes vivant avec le VIH.

III. Définition de La discrimination et de La stigmatisation :

1. La stigmatisation :

La stigmatisation a été décrite comme un processus dynamique de dévaluation qui 'discrédite significativement' un individu aux yeux des autres (Goffman E. 1963) [11]. Les caractéristiques sur lesquelles se porte la stigmatisation, par exemple la couleur de la peau, la manière de parler et la préférence sexuelle, peuvent être totalement arbitraires. Dans une culture ou une situation particulière, certains attributs sont choisis et définis par d'autres personnes comme peu honorables ou sans valeur. [12]

La stigmatisation associée au VIH s'observe à plusieurs niveaux, et tend à s'appuyer sur des pensées négatives déjà implantées et les renforce, en associant le VIH et le sida à des comportements d'ores et déjà marginalisés comme le commerce du sexe, la consommation de drogues, l'homosexualité et la transsexualité. La stigmatisation renforce également le sentiment de peur face aux exclus et aux autres groupes vulnérables, par exemple les détenus et les migrants. On dit souvent que les personnes vivant avec le VIH ont mérité ce qui leur arrive car elles ont fait quelque chose de mal. En blâmant des personnes ou des groupes en particulier qui sont 'différents', les autres peuvent se dispenser de reconnaître leur propre risque, d'affronter le problème et de prendre en charge les personnes affectées.[12]

Les représentations des personnes vivant avec le VIH dans les médias et à la télévision, qui suggèrent qu'il s'agit d'une 'maladie de femme', d'une 'maladie de junkie', d'une 'maladie de Noir' ou de la 'peste gay', peuvent renforcer la stigmatisation. La conception du péché, dans la croyance religieuse, soutient et renforce aussi l'idée selon laquelle l'infection au VIH vient punir un comportement déviant. [12]

La stigmatisation se manifeste par le langage. Depuis le début de l'épidémie, les métaphores puissantes associant le VIH à la mort, à la culpabilité et à la punition, au crime, à l'horreur et à 'autrui' ont construit et légitimé la stigmatisation. L'emploi de ce langage s'explique par un autre aspect sous-tendant et renforçant le processus de stigmatisation : les gens ont peur des maladies mortelles. La stigmatisation se fonde en partie sur la peur des gens face aux conséquences de l'infection au VIH, en particulier concernant les taux élevés de létalité (surtout lorsque les traitements ne sont pas largement accessibles), la peur de la transmission ou de voir une personne atteinte du Sida avancé décliner à vue d'œil. [12]

La stigmatisation plonge ses racines dans le passé et se manifeste dans les valeurs de la vie quotidienne. Bien que les représentations associées au sida varient, elles sont schématisées de manière à faire en sorte que la stigmatisation associée au sida s'intègre dans les inégalités sociales existantes et les renforce [13]. Ces inégalités, sont par exemple des inégalités entre les sexes, les inégalités fondées sur la race et l'ethnicité, et les inégalités liées à la sexualité en général. Par conséquent, les hommes et les femmes sont souvent traités différemment lorsque l'un ou l'autre est infecté par le virus ou supposé l'être : on blâmera probablement davantage une femme, quand bien même aurait-elle été infectée par son mari, et les femmes infectées sont probablement moins bien acceptées par leurs communautés. [12]

Ce phénomène est lié aux inégalités entre les sexes existant depuis longtemps, fondées sur les idéologies concernant la masculinité et la féminité qui ont fait porter depuis toujours aux femmes la responsabilité de la transmission des infections sexuellement transmissibles de toutes sortes, et la culpabilité d'une supposée 'promiscuité sexuelle'. De la même manière, les accusations portées contre les homosexuels et les transsexuels se fondent sur la stigmatisation de longue date liée à leur style de vie et à leurs pratiques sexuelles. Les stéréotypes fondés sur la race et l'ethnicité sous-tendent également la stigmatisation associée au sida [14]. Par exemple, on a associé à l'épidémie des suppositions racistes concernant 'la sexualité africaine' et une vision des pays en développement de 'comportement immoral' en Occident. Enfin, la vulnérabilité au VIH des communautés vivant dans la pauvreté a renforcé la stigmatisation existante des personnes économiquement marginalisées.

La stigmatisation est, par ces associations d'idées, liée à la puissance et à la domination dans l'ensemble de la société, créant et renforçant les inégalités, et fait que certains groupes se sentent supérieurs alors que d'autres se sentent dévalorisés. L'association du VIH aux groupes et aux pratiques déjà stigmatisés aggrave les inégalités existantes, renforce l'instauration et la reproduction de rapports de pouvoir inéquitables. La stigmatisation préexistante accentue la stigmatisation liée au VIH, non seulement parce que les groupes déjà stigmatisés le sont encore plus lorsque le VIH y est associé, mais aussi parce que les personnes vivant avec le VIH sont censées appartenir à des groupes marginalisés. [12]

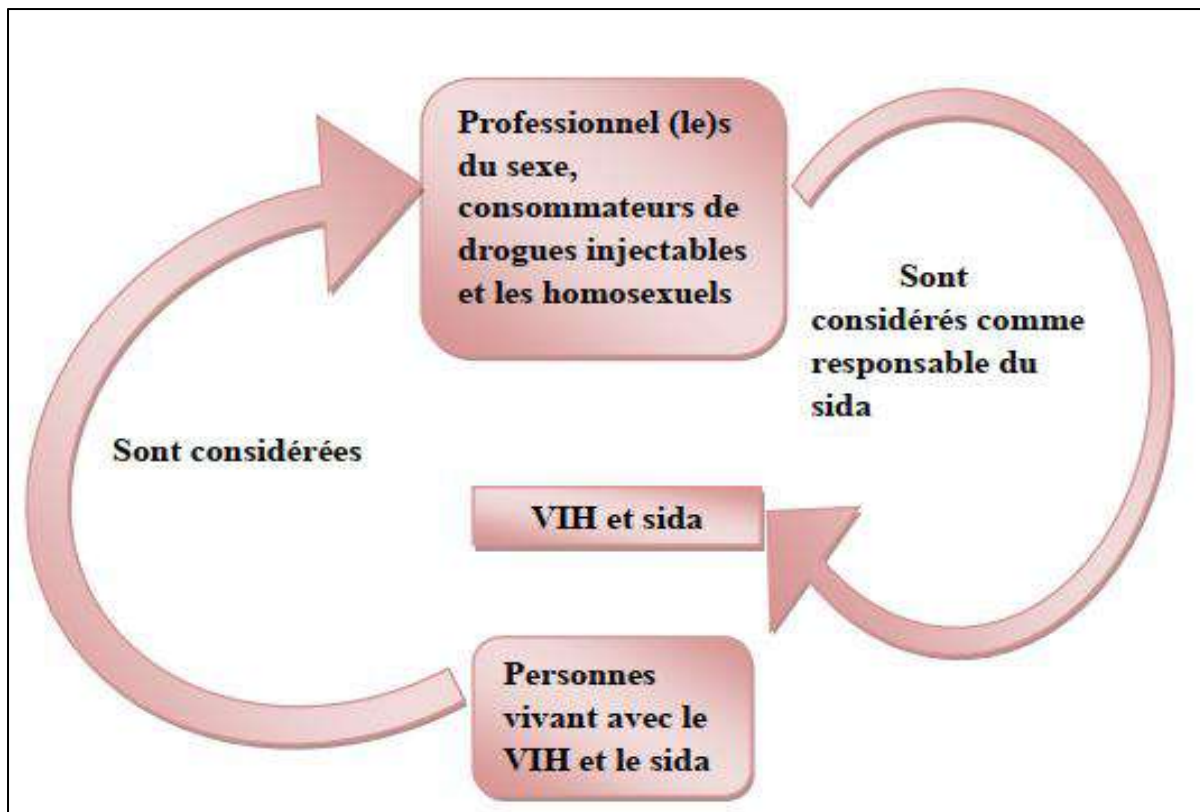


Figure 1: Le cycle de la stigmatisation et de la marginalisation (Parker R. et Aggleton P. 2003)[13]

La stigmatisation associée au VIH est donc un processus par lequel les personnes vivant avec le VIH sont discréditées. Ce phénomène peut affecter à la fois les personnes infectées ou supposées l'être et celles affectées par le sida par association, telles que les orphelins ou les enfants et la famille des personnes vivant avec le VIH. [12]

La stigmatisation peut apparaître à un autre niveau. Les personnes vivant avec le VIH peuvent intérioriser les réactions négatives des autres et résulter en une auto-stigmatisation ou une stigmatisation 'intériorisée' comme certains l'ont appelée l'auto-stigmatisation. Elle est associée à ce que certains auteurs ont parfois appelé la stigmatisation 'ressentie' par opposition à la stigmatisation 'effective', en ce qu'elle touche principalement aux sentiments de dignité et de valeur d'un individu ou d'une communauté affectée. Chez les personnes vivant avec le VIH, ce phénomène peut se manifester par un sentiment de honte, de culpabilité et de dévalorisation qui, associé au sentiment d'être en retrait de la société, peut conduire à la dépression, au repli, voire au désir de suicide. [12]

Plusieurs facteurs causaux peuvent provoquer la stigmatisation associée au sida, notamment [15] :

- Peur de contracter le VIH par contact quotidien avec des PVVIH par mauvaise compréhension de la maladie et manque de connaissances et d'informations détaillées.
- Les mythes concernant la transmission du VIH ;
- La manière irresponsable dont les médias parlent de l'épidémie ;
- L'insuffisance de l'accès au traitement ;
- Une mauvaise prise en charge des accidents d'exposition au sang pour le personnel de santé.
- Les craintes liées à un certain nombre de questions sensibles d'ordre social comme la sexualité, la maladie et la mort.
- Les conséquences de cette stigmatisation liée au sida sur les PVVIH sont multiples [15]
- Utilisation plus faible des services de prévention du VIH, du dépistage et du counseling [16]
- Dénier du risque et probabilité moindre d'adopter un comportement préventif [17, 18]
- Participation réduite aux programmes de prévention de la transmission mère-enfant [19, 20]
- Divulgateion réduite et retardée du statut sérologique VIH aux partenaires, aux prestataires de soins de santé et aux membres de la famille [21, 22]
- Report ou rejet du traitement, des soins et du soutien [23]
- La stigmatisation et la discrimination affectent de manière disproportionnée les femmes et les filles (10) avec la violence comme sévère conséquence [24, 25]
- Effets amplifiés parmi les groupes socialement vulnérables [26, 27]

2. La Discrimination :

La discrimination implique que l'on traite une personne de manière différente et injuste, inéquitable ou préjudiciable, souvent sur la base de son appartenance, ou sur la base de son appartenance perçue à un groupe particulier. [28]

La discrimination est la conséquence de la stigmatisation. La discrimination consiste à faire des choses ou à oublier de faire des choses découlant de la stigmatisation dirigée à l'encontre des personnes qui sont stigmatisées. La discrimination, telle que définie par l'ONUSIDA (2001) [29] dans le Protocole pour l'identification de la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH, renvoie à toute forme de distinction, d'exclusion ou de restriction arbitraire à l'égard d'une personne, généralement mais pas exclusivement, en fonction d'une caractéristique inhérente à cette personne ou perçue

comme appartenant à un groupe particulier, par exemple dans le cas du VIH et du sida, une personne dont le statut VIH est confirmé ou supposé positif, que ces mesures aient ou non une quelconque justification.

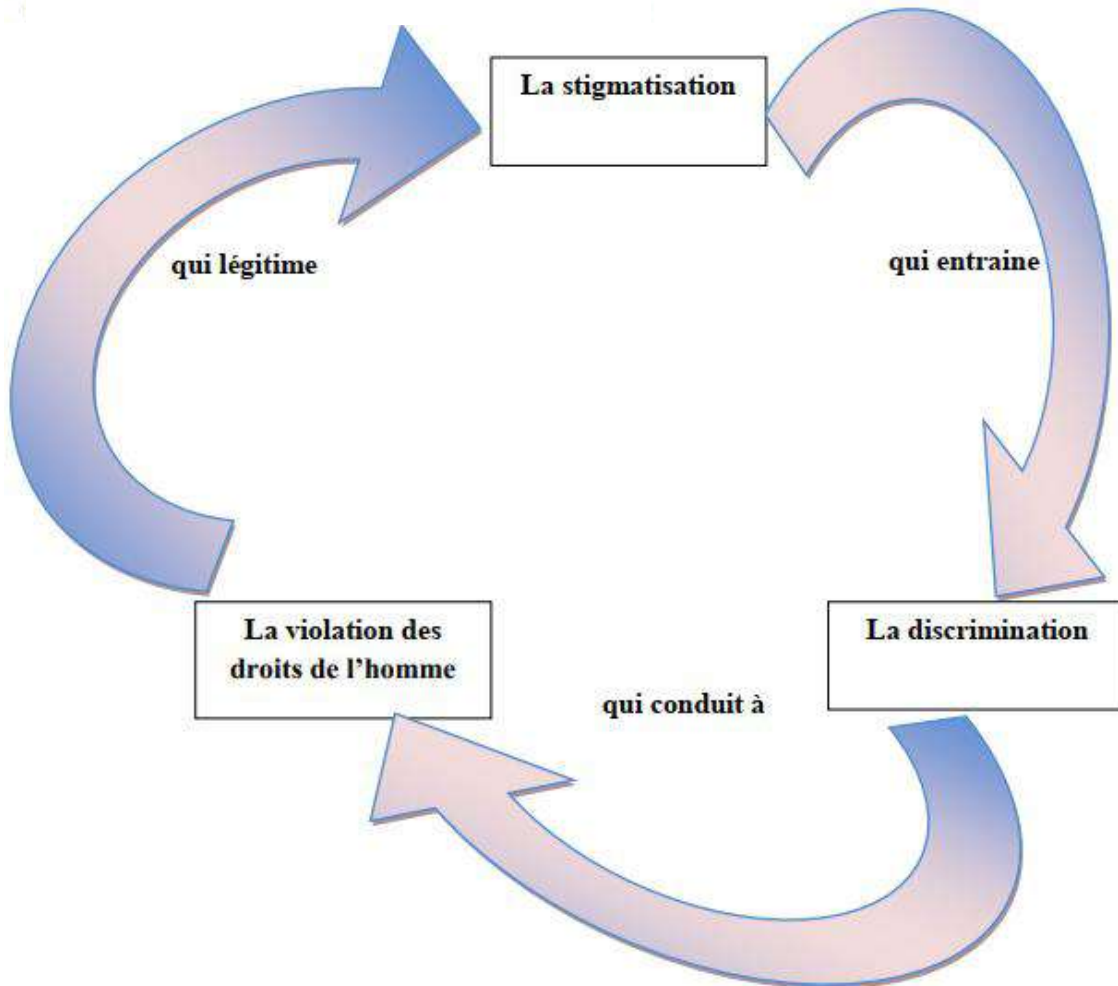


Figure 2: Le cycle de la stigmatisation, de la discrimination et des violations des droits de la personne [30]

La discrimination associée au VIH peut apparaître à plusieurs niveaux [31]. La discrimination peut survenir dans le contexte familial ou communautaire, ce qui est parfois décrit comme la stigmatisation ‘effective’. Il s’agit d’actes qui poussent les individus à faire des choses, ou à oublier de faire des choses, qui mettent les autres en danger ou à leur refuser des services ou des droits. A titre d’exemple de cette forme de discrimination envers les personnes vivant avec le VIH, on peut citer : l’ostracisme conduisant par exemple à obliger les femmes testées positives au VIH à retourner dans leur famille lorsqu’elles présentent les premiers signes de la maladie, ou lorsque leur partenaire est décédé du sida ; le fait de fuir la personne ou d’éviter d’être à son contact quotidiennement, le harcèlement verbal, la violence

physique, la déconsidération et les reproches verbaux, le commérage, le déni des rites funéraires traditionnels sont également des formes de discrimination. [12]

La discrimination existe également dans le milieu institutionnel, en particulier sur le lieu de travail, dans les services de soins de santé, les prisons, les établissements d'enseignement et les centres sociaux. Cette discrimination concrétise la stigmatisation effective en des politiques et des pratiques institutionnelles discriminant les personnes vivant avec le VIH, ou au contraire en une absence de politiques antidiscriminatoires ou de procédures de réparation.

Les exemples de cette forme de discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH sont entre autres [12]:

- Services de soins de santé : soins de qualité inférieure, déni d'accès aux soins et aux traitements, dépistage du VIH sans consentement, violations de la confidentialité, notamment parler de la séropositivité d'une personne à ses proches ou à des organismes extérieurs, attitudes négatives et pratiques dégradantes de la part des professionnels de la santé.
- Lieu de travail : refus d'accorder un emploi en raison du statut sérologique, dépistage du VIH obligatoire, exclusion des personnes séropositives des régimes de prévoyance ou des prestations médicales.
- Ecoles : refus d'inscrire des enfants affectés par le VIH, ou renvoi des enseignants séropositifs.
- Prisons : ségrégation obligatoire des personnes séropositives et exclusion de ces dernières des activités collectives.

Au niveau national, la discrimination peut refléter la stigmatisation ayant été officiellement sanctionnée ou légitimée par des lois et des politiques déjà mises en place, et promulguées sous forme de pratiques et de procédures. Cela peut renforcer d'autant la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH et légitimer par conséquent la discrimination.

Dans de nombreux pays, des lois ont été promulguées en vue de restreindre les droits des personnes et des groupes affectés par le VIH. Il s'agit entre autres des éléments suivants :

- dépistage et test obligatoires de groupes et d'individus ;
- interdiction de recruter des personnes vivant avec le VIH pour certains postes et certains types d'emploi ;
- isolement, détention et examen médical, et traitement des personnes infectées obligatoires ;

• restrictions concernant les voyages à l'étranger et les migrations, notamment le test VIH pour les personnes demandant un permis de travail et expulsion des étrangers séropositifs.

La discrimination peut survenir par omission, par exemple lorsque les lois, les politiques et les procédures visant à redresser et à sauvegarder les droits des personnes vivant avec le VIH ne sont pas appliquées ou font défaut. [12]

Des cas de discrimination ont été observés :

1. Des enfants renvoyés de la crèche parce que leur mère était séropositive ;
2. Des femmes séropositives enceintes n'arrivant pas à trouver une clinique pour la prise en charge de leur accouchement ;
3. Des stagiaires renvoyés de leur institution à la fin de leur cursus pour cause de sérologie positive au VIH ;
4. Des maisons d'accueil refusant l'admission à des femmes séropositives ;
5. Des femmes séropositives renvoyées du domicile conjugal après le décès de leur mari ;
6. L'accès aux soins dentaires n'est assuré que si la sérologie au VIH est cachée ;
7. Des travailleurs victime d'un dépistage du VIH effectué à leur insu par les recruteurs ;
8. Les examens complémentaires médicaux réalisables uniquement grâce aux interventions de l'association des PVVIH ;
9. L'infection au VIH considérée comme une maladie chronique, selon la réglementation de la sécurité sociale ;
10. Les enseignants et les responsables des établissements scolaires non informés sur la séropositivité de certains écoliers considérés comme atteints d'une maladie chronique.

La stigmatisation et la discrimination sont des réalités quotidiennes pour les personnes vivant avec le VIH, ainsi que pour les groupes particulièrement vulnérables à l'infection à VIH. Il s'agit notamment des professionnels(le)s du sexe, les homosexuels, des consommateurs de drogues injectables, des détenus et des personnes souffrant de la tuberculose. Lorsqu'ils sont diagnostiqués séropositifs, les membres de ces groupes, déjà stigmatisés, sont plus susceptibles que les autres d'être encore plus discriminés, jusqu'à se voir refuser l'accès aux services [13, 32]

IV. Les différentes formes de la stigmatisation et de la discrimination

1. Les formes de la stigmatisation :

Il existe trois formes de stigmatisation [33]:

- **Forme I** : la présence de déformations externes, telles que les cicatrices et les manifestations physiques d'anorexie mentale, de lèpre, d'infirmités physiques ou handicap social, telle que l'obésité.
- **Forme II** : les déviations de traits personnels, incluant troubles mentaux, toxicomanie, alcoolisme et antécédents criminels.
- **Forme III** : les groupes ethniques et nationalités, ou religions perçues comme étant hors des normes sociales.

3. Les formes de la discrimination :

Discrimination directe et indirecte.

La discrimination peut être directe ou indirecte. Dans le premier cas, la discrimination est patente : elle peut être constatée et dénoncée. Mais suite au développement de la lutte contre les discriminations, il existe un certain nombre de pratiques dissimulées. Ces pratiques visent à écarter des candidats de manière indirecte. La notion de discrimination indirecte a été introduite suite aux tentatives de rééquilibrage entre les différents groupes de population. La mesure de la représentation des différents groupes dans les différents Secteurs d'activité (en particulier aux Etats-Unis) a permis de détecter des variations des à la suite du développement de certaines pratiques irréprochables, mais qui en fait lésaient un groupe particulier. Le repérage de la discrimination direct relève d'une analyse juridique qui permet de déceler une différence de traitement opposée à l'égalité. Le repérage de la discrimination indirecte relève de l'analyse statistique : on la repère par les effets, non par les causes. L'intention de l'auteur de la mesure (apparemment neutre) n'est pas prise en compte, seul compte le résultat. [33]

V. Riposte nationale au sida et prise en charge des PVVIH :

L'Algérie a opté dès le début de l'épidémie pour un accès universel et gratuit aux soins, au traitement (PEC gratuite et universelle des PVVIH au niveau des CDR), à la prévention et aux activités de dépistage (CD, eTME). Dans le cadre de la riposte au sida, le PNS 2020-2024 a inscrit, comme l'une de ses priorités la poursuite de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination avec une plus grande implication des PVVIH. En effet, la stigmatisation et la discrimination ont toujours représenté des obstacles majeurs à la PEC de l'infection VIH.

L'Algérie a, indéniablement, accompli des progrès qui ont permis que 17 576 PVVIH dont 1102 enfants de moins de 15 ans soient, au 2022, sous traitement antirétroviral (ARV), soit un taux de couverture de plus de 63 % [34]. La décentralisation progressive de cette prise en charge n'a cessé de se poursuivre dans la mesure où elle répond au souci de l'équité dans l'accès aux soins : ce seront 16 CDR équipés, au total, qui seront fonctionnels.

La discrimination est rencontrée çà et là en milieu de soins où des actes thérapeutiques ont pu, parfois, être refusés aux PVVIH. A cet effet, l'Algérie dispose d'un cadre général caractérisé par : [35]

- **Un arsenal juridique conséquent** qui considère que la stigmatisation et la discrimination fondées sur l'état de santé réel ou présumé constituent une atteinte à un droit fondamental, qu'elles constituent un obstacle majeur à l'accès aux soins, et qu'elles sont inadmissibles au regard des règles élémentaires d'éthique et de déontologie ;

- **La garantie des droits des PVVIH et leurs familles** en vertu du droit commun et des conventions internationales ratifiées par l'Algérie, qui constitue l'un des fondements du PNS 2016-2020 ;

- **La promulgation de deux circulaires ministérielles propres au milieu de soins**, l'une relative à la prise en charge des PVVIH dans le cadre du continuum des soins autour des CDR et l'autre, ayant trait à la lutte contre la discrimination en milieu de soins.

Par ailleurs, dans le cadre d'un projet commun Association AIDSAlgérie, UNESCO et ONUSIDA, un guide sur « la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH en Algérie-Contribution à une réponse du système éducatif » destiné aux acteurs du processus éducatif mais aussi à tous les partenaires sociaux du système éducatif engagés dans la lutte contre la pandémie du VIH/sida et ses stigmates [36] a été élaboré et diffusé. De son côté, le Ministère des Affaires Religieuses et des Wakfs n'a cessé de s'impliquer, aux côtés des ONG, dans la lutte contre la stigmatisation / discrimination liées au VIH/sida.

VI. Généralité sur Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) :

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est une infection qui attaque le système immunitaire de l'organisme. Le stade le plus avancé de l'infection à VIH est le syndrome d'immunodéficience acquise (sida). Le VIH cible les globules blancs, affaiblissant le système immunitaire et rendant les personnes touchées plus susceptibles de contracter certaines maladies comme la tuberculose, les infections et certains cancers. [2]

1. Agent pathogène : [37]

Le VIH est un rétrovirus appartient à la famille des Retroviridae, sous-famille orthoretroviridae, et au genre Lentivirus. On distingue deux espèces, le VIH-1 et le VIH-2, proches génétiquement et dans leur physiopathologie. Le VIH-1 est le plus répandu à travers le monde, responsable de la pandémie, avec près de 38,4 millions de personnes infectées fin 2021,

tandis que le VIH-2 est surtout présent en Afrique de l'Ouest et touche entre 1 et 2 millions d'individus. Ce sont des virus enveloppés formant des particules sphériques de 90 à 120 nm, constituées d'une capsid conique formée de la protéine de capsid (CA, ou antigène p24 pour le VIH-1) et renfermant le génome viral, qu'est constitué de deux copies d'ARN simple brin.

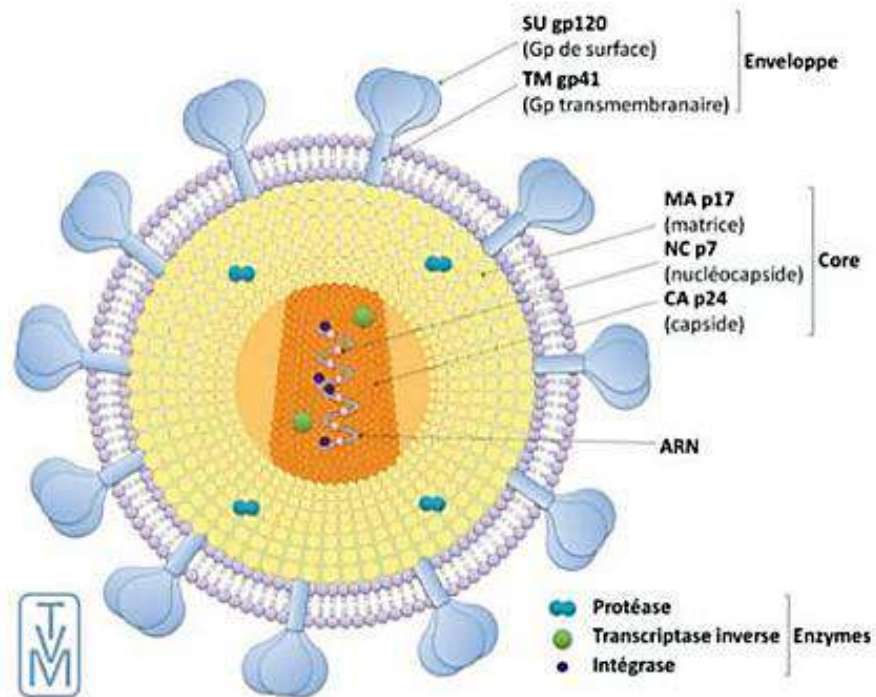


Figure 3 : Structure Du Virus de l'immunodéficience humaine de type 1 (VIH-1)

2. Caractéristiques du VIH : [38]

Plusieurs caractéristiques du VIH sont importantes :

- Le VIH, comme tous les rétrovirus, possède la particularité de :
 - Transformer son matériel génétique natif, l'ARN, en ADN grâce à une enzyme clé, la transcriptase inverse (TI),
 - S'intégrer dans le génome de la cellule qu'il infecte grâce à une enzyme virale, l'intégrase ;
- Le VIH infecte et perturbe massivement l'ensemble du système immunitaire dès sa pénétration dans l'organisme ;
- Le VIH est un virus hautement variable et très évolutif chez un même sujet et d'un sujet à l'autre. Il n'est pas stable et mute très facilement, ce qui va gêner l'adaptation de la réponse immune ;

- Le VIH est le seul virus dont un être humain infecté n'ait jamais pu se débarrasser en développant une réponse immune adaptée.

3. Variabilité du VIH : [38]

Il n'existe pas un seul mais de très nombreux virus VIH génétiquement très proches. On a dénombré, chez le VIH1, trois groupes distincts : les groupes M, N et O. Le groupe M (majoritaire) regroupe neuf sous-types (A – D, F – H, J – K). En France et dans les pays occidentaux, le sous-type B prédomine et dans le monde, le sous-type C. Le VIH est par ailleurs un virus peu stable, caractérisé par une grande variabilité génétique à l'intérieur même des sous-types. En effet, ce virus étant encore très jeune dans l'espèce humaine, de nombreuses erreurs ont lieu au cours de la réplication, ayant pour conséquence de créer des mutations au niveau de gènes codants pour ses protéines constitutives. Le taux de ces mutations est estimé à 1 pour 10 000 virus produits.

4. Mode de transmission : [39]

Il existe trois modes de transmission du VIH :

1. LA TRANSMISSION SEXUELLE :

Le VIH se transmet lors des rapports sexuels par l'échange du sperme et des sécrétions vaginales.

La voie sexuelle est à la base de 86% des cas de l'infection par le VIH

- **Transmission hétérosexuelle** : elle a lieu au cours des rapports sexuels entre hommes et femmes
- **Transmission homosexuelle** : elle a lieu au cours des rapports sexuels entre personnes de même sexe, c'est à dire entre deux hommes ou deux femmes

2. LA TRANSMISSION SANGUINE :

La transmission sanguine a lieu dans les situations suivantes :

- La transfusion sanguine lorsqu'une personne reçoit du sang infecté.
- Les matériels et objets tranchants (aiguilles, seringues, ciseaux, rasoirs, outils de tatouage, couteaux, instruments de circoncision ou de l'excision, etc.) souillés de sang infecté peuvent transmettre le VIH lors des soins ou des pratiques traditionnelles.

3. LA TRANSMISSION DE LA MERE A SON ENFANT :

La mère séropositive peut transmettre le virus à son enfant à trois stades :

- Pendant la grossesse (par l'intermédiaire du cordon ombilical et/ou du placenta)

- Pendant l'accouchement (par le sang et les sécrétions vaginales)
- Pendant l'allaitement (par le lait)

5. Evolution de l'infection par l'VIH :

En l'absence de traitement, l'infection par le VIH passe par trois stades successifs entre le moment de l'infection et l'apparition du sida. Chaque stade dure plus ou moins longtemps selon les personnes. C'est pourquoi la durée pendant laquelle une personne séropositive peut vivre sans rencontrer de problèmes particuliers varie considérablement : de quelques mois à plus de quinze ans.

1. Stade 01 : Primo-infection :

La charge virale augmente rapidement au cours des premières semaines suivant l'infection. Cette phase se caractérise par l'apparition fréquente de symptômes similaires à ceux d'un refroidissement ou d'une grippe légère : fièvre, éruptions cutanées, fatigue, maux de tête, etc. Souvent, les personnes touchées ou même les médecins ne remarquent pas ces symptômes ou ne font pas le lien avec une possible infection par le VIH. Le risque de transmission s'avère particulièrement élevé durant la primo-infection en raison de la forte charge virale à ce stade de l'infection. Les premiers signes de la maladie disparaissent spontanément après quelques semaines, car le système immunitaire réagit à l'agression des virus. L'infection par le VIH évolue ensuite sans qu'on ne la remarque. [40]

2. Stade 02 : Phase de latence (symptômes généraux ou pas de symptômes) :

Après la période de primo infection, la réplication du virus dans le sang diminue et se stabilise à un niveau qui varie selon les personnes. Les personnes dont le système immunitaire reste à peu près intact après 10 ans représentent environ 10% des personnes atteintes par le VIH. Plus souvent, la quantité de virus augmente dans le sang et le nombre de lymphocytes CD4 diminue sur des périodes pouvant s'étendre de 3 à 12 ans. La phase de séropositivité sans symptôme clinique correspond à la période durant laquelle les effets toxiques du virus semblent apparemment contrôlés par l'organisme, notamment par le système immunitaire. [41]

3. Stade 03 : Phase symptomatique ou Sida :

Elle correspond au stade avancé de l'infection à VIH et survient pour 50% des personnes dans les 10 à 11 années après la contamination. La réplication virale déborde alors la réponse immune de l'hôte. Le nombre des lymphocytes CD4 chute rapidement et l'immunodépression s'installe. Apparaissent des infections opportunistes conduisant à terme à la mort du patient. Il existe une très grande diversité de manifestation de la maladie SIDA. On

les résume en trois grands groupes : les cancers, les infections opportunistes et les manifestations neurologiques lorsque le VIH pénètre dans le cerveau. [42]

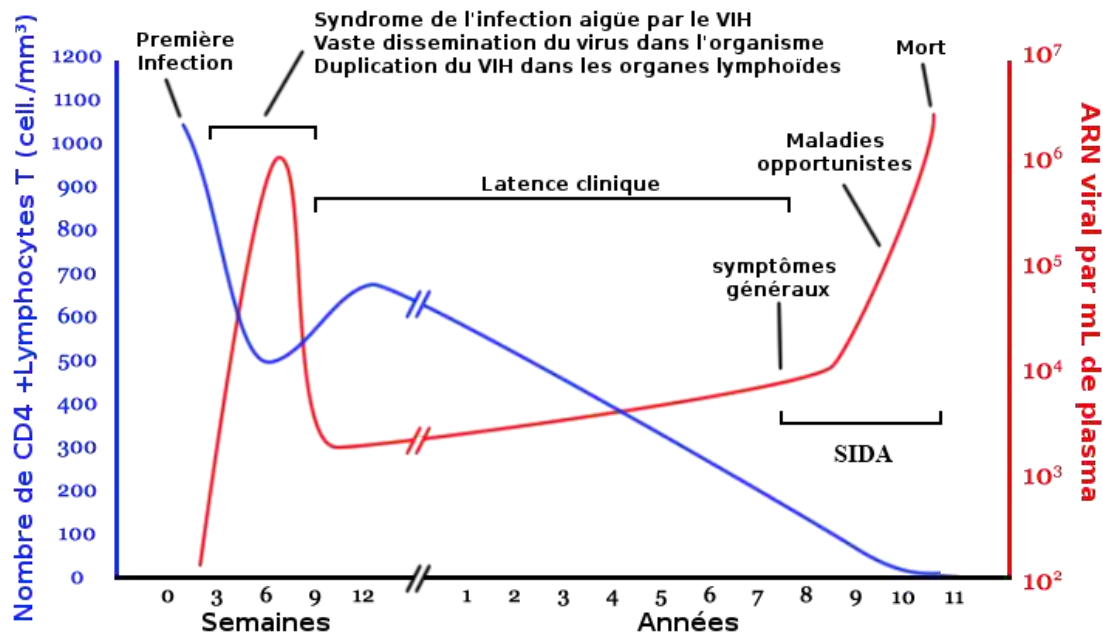


Figure 4 : Evolution du nombre de lymphocytes T4 et de la quantité de virus au cours des différentes phases de l'infection à VIH [43]

6. CLASSIFICATIONS DES MANIFESTATIONS DUES A L'INFECTION VIH : [44]

La durée de l'infection par le VIH et la diversité des tableaux cliniques rencontrés ont vite conduit à diverses classifications de cette pathologie. Pour cela plusieurs classifications ont été mises au point pour identifier l'état clinique et même immuno-clinique des patients infectés par le VIH. En plus de ces critères immuno-cliniques, les classifications diffèrent selon qu'il s'agit d'un adulte, d'un adolescent ou d'un enfant. Les classifications les plus utilisées à travers le monde sont celles de l'OMS et des CDC

1. La classification des CDC (1993) : (Centers for Disease Control) d'Atlanta (USA) :

Les Centres de contrôle et de prévention des maladies ont révisé la définition du sida qu'ils avaient proposée avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1987 afin d'y inclure les adultes et adolescents VIH-positifs présentant un taux de lymphocytes CD4 inférieur à 200 par mm³, qu'ils soient ou non symptomatiques. De plus, trois pathologies indicatrices supplémentaires ont été prises en compte. Il s'agit de la tuberculose pulmonaire, des pneumonies récidivantes dans une période de 12 mois et du cancer invasif du col de

l'utérus. Cette nouvelle définition des CDC a été mise en place aux Etats-Unis le 1er janvier 1993 (1993 [45]). Elle comprend trois catégories :

LA CATEGORIE A :

Un adulte ou un adolescent infecté par le VIH appartient à la catégorie A s'il présente un ou plusieurs des critères suivants et qu'il n'existe aucun des critères des catégories B et C,

- Séropositivité aux anticorps du VIH en l'absence de symptômes (avant 1993, la séropositivité asymptomatique ne rentrait pas dans la classification "sida") ;
- Lymphadénopathie généralisée persistante ;
- Primo-infection symptomatique.

LA CATEGORIE B :

Correspond, chez un patient infecté par le VIH, à la présence de manifestations cliniques ne faisant pas partie de la catégorie C et qui répondent au moins à l'une des conditions suivantes ; elles sont liées au VIH ou indicatrices d'un déficit immunitaire, elles ont une évolution clinique ou une prise en charge thérapeutique compliquée par l'infection à VIH :

- Angiomatose bacillaire ;
- Candidose oro-pharyngée ;
- Candidose vaginale, persistante, fréquente ou qui répond mal au traitement ;
- Dysplasie du col, carcinome in situ ;
- Syndrome constitutionnel : fièvre (38,5°C) ou diarrhée d'une durée supérieure à un mois ;
- Leucoplasie chevelue de la langue ;
- Zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome ;
- Purpura thrombocytopénique idiopathique ;
- Salpingite ;
- Neuropathie périphérique.

Cette catégorie correspond aux stades cliniques 2 et 3 de la classification de l'OMS.

LA CATEGORIE C :

Correspond à la définition du sida chez l'adulte. Les critères cliniques sont les mêmes que le stade clinique 4 de l'OMS. Lorsqu'un sujet présente une des pathologies de cette liste, il est classé définitivement dans la catégorie C :

- Candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire ;
- Candidose œsophagienne ;
- Cancer invasif du col ;
- Coccidioïdomycose ;
- Cryptococcose extra pulmonaire ;
- Cryptosporidiose intestinale d'une durée supérieure à un mois ;
- Infection à cytomégalovirus (autre que foie, rate, ganglions) ;
- Rétinite à cytomégalovirus (avec perte de la vision) ;
- Encéphalopathie due au VIH ;
- Infection herpétique, ulcères chroniques d'une durée supérieure à un mois ;
- Histoplasmosse disséminée ou extra pulmonaire ;
- Isosporidiose intestinale chronique d'une durée supérieure à un mois ;
- Sarcome de Kaposi ;
- Lymphome de Burkitt ;
- Lymphome immun blastique ;
- Lymphome cérébral primaire ;
- Infection à Mycobacterium avium ou kansasii, disséminée ou extra pulmonaire ;
- Infection à Mycobacterium tuberculosis quel que soit le site ;
- Infection à mycobactérie, identifiée ou non, disséminée ou extra pulmonaire ;
- Pneumonie à pneumocystis carinii ;
- Pneumopathie bactérienne récurrente ;
- Leuco-encéphalopathie multifocale progressive ;
- Septicémie à salmonelle non typhi récurrente ;
- Syndrome cachectique dû au VIH

Pour chaque catégorie clinique, il existe trois niveaux en fonction du nombre de lymphocytes CD4 ou cellules T-helper qui sont la première cible du virus de l'immunodéficience humaine. (Tableau 01)

Tableau 1 : Classification clinique de l'infection d'après le CDC 1993

| Lymphocytes CD4+ | Stade A Asymptomatique Primo-infection | Stade B Symptomatique Non SIDA | Stade C Symptomatique SIDA |
|--------------------------|--|--------------------------------------|----------------------------------|
| $\geq 500/\text{mm}^3$ | A1 | B1 | C1 |
| 200 à 499/ mm^3 | A2 | B2 | C2 |
| $< 200/\text{mm}^3$ | A3 | B3 | C3 |

2. La classification de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) :

Cette classification est divisée en 4 stades cliniques :

- **le stade clinique 1** : au cours duquel le patient après une phase asymptomatique présente des adénopathies persistantes généralisées ;
- **le stade clinique 2** : est caractérisé par une perte de poids inférieure à 10 % du poids corporel, des manifestations cutané-muqueuses mineures (dermite séborrhéique, ulcérations buccales récidivantes), un zona au cours des 5 dernières années, des infections récidivantes des voies respiratoires supérieures ;
- **le stade clinique 3** : est défini par une perte de poids supérieure à 10 % du poids corporel, une diarrhée chronique sans étiologie pendant plus d'un mois, une fièvre prolongée inexplicable pendant plus d'un mois, une candidose buccale (muguet), une leucoplasie chevelue buccale, une tuberculose pulmonaire dans l'année précédente, des infections bactériennes sévères (pneumopathies par exemple) ;
- **le stade clinique 4** : est atteint lorsque le patient présente une pneumocystose, une toxoplasmose cérébrale, une maladie de Kaposi, un lymphome, une mycobactériose atypique généralisée et plus généralement toute affection grave apparaissant chez un patient infecté par le VIH, ayant une baisse importante de son immunité (taux lymphocytes CD4 inférieur à 200 par mm^3).

7. Traitement : [2]

Il n'existe pas de moyen de guérir l'infection à VIH. Elle est traitée à l'aide de médicaments antirétroviraux, qui empêchent le virus de se répliquer dans l'organisme.

À l'heure actuelle, le traitement antirétroviral (TARV) ne guérit pas de l'infection à VIH, mais permet au système immunitaire de la personne infectée de se renforcer, leur permettant ainsi de combattre d'autres infections.

Actuellement, le TARV est un traitement à vie qui doit être pris tous les jours.

Il réduit la quantité de virus dans l'organisme, ce qui met fin aux symptômes et permet aux personnes touchées de vivre une vie pleine et saine. Les personnes vivant avec le VIH qui sont sous TARV et qui ne présentent aucun signe du virus dans le sang ne transmettront pas le virus à leurs partenaires sexuels.

VII. Situation épidémiologique :

1. Situation épidémiologique au niveau mondial :

L'ONUSIDA estime depuis le début de l'épidémie que 85,6 millions de personnes ont été infectés par le VIH et que 40,1 millions de personnes sont décédées. On compte, en 2022, environ 39 millions de PVVIH dans le monde, 630.000 sont mortes de maladies liées au sida et 1,3 millions de nouvelles infections. [46]

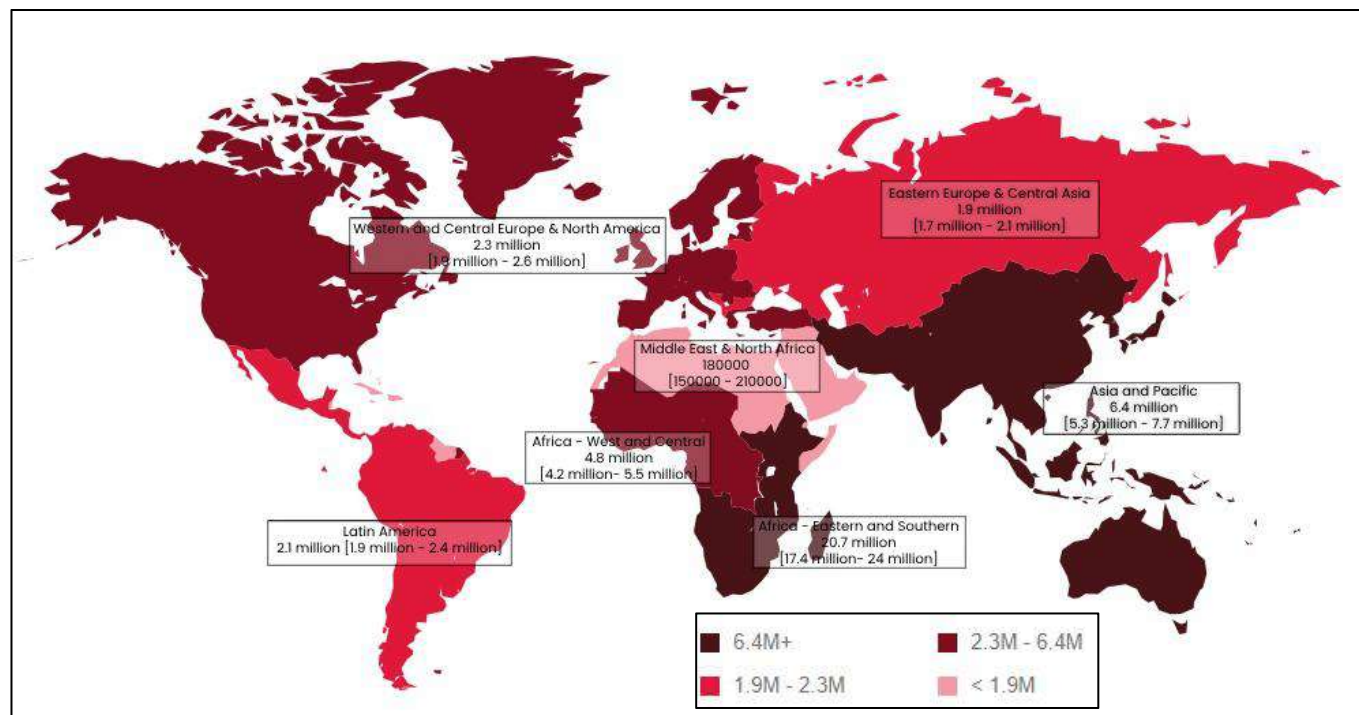


Figure 5: Estimation du nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH 2021

Source : UNAIDS epidemiological estimates, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>)

En 2022, 39 millions de personnes vivaient avec le VIH dans le monde, 37,5 millions d'adultes (15 ans ou plus) et 1,5 million d'enfants (0-14 ans). 53 % PVVIH étaient des femmes et des filles. 86 % de PVVIH connaissaient leur statut sérologique. Environ 5,5 millions de personnes ne savaient pas qu'elles vivaient avec le VIH. [46]

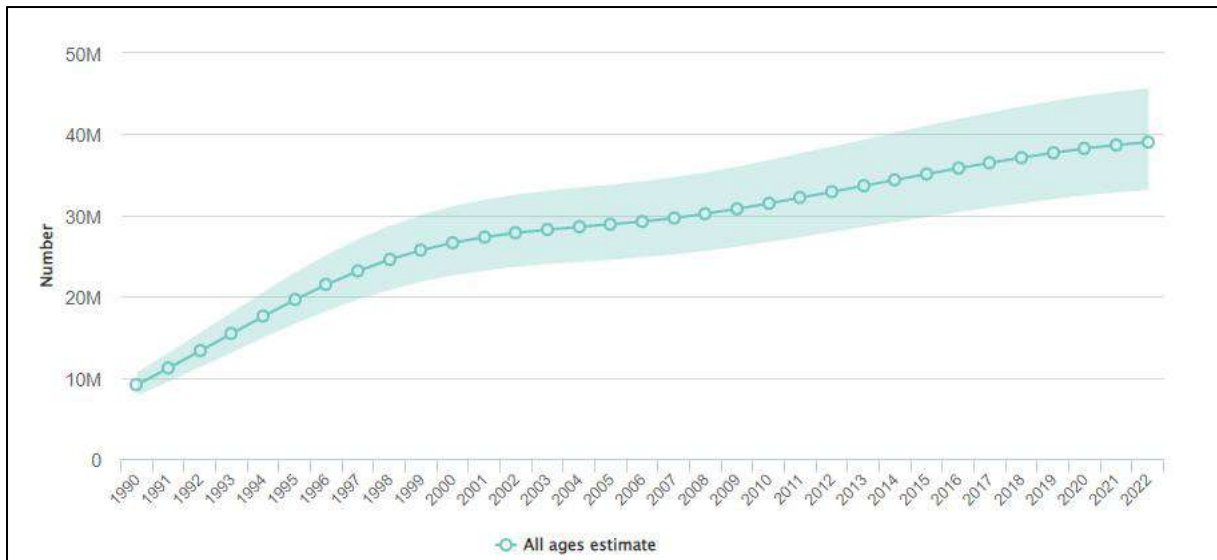


Figure 6: Estimations des personnes vivant avec VIH tous les âges 1999 -2022[47]

Les nouvelles contaminations au VIH ont diminué de 59 % depuis leur sommet atteint en 1995, En 2022, 1,3 million de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH, contre 3,2 millions en 1995. Les femmes et les filles représentaient 46 % environ des nouvelles infections au VIH. Depuis 2010, les nouvelles infections à VIH ont reculé de 38 %, passant de 2,1 millions à 1,3 million en 2022. [46]

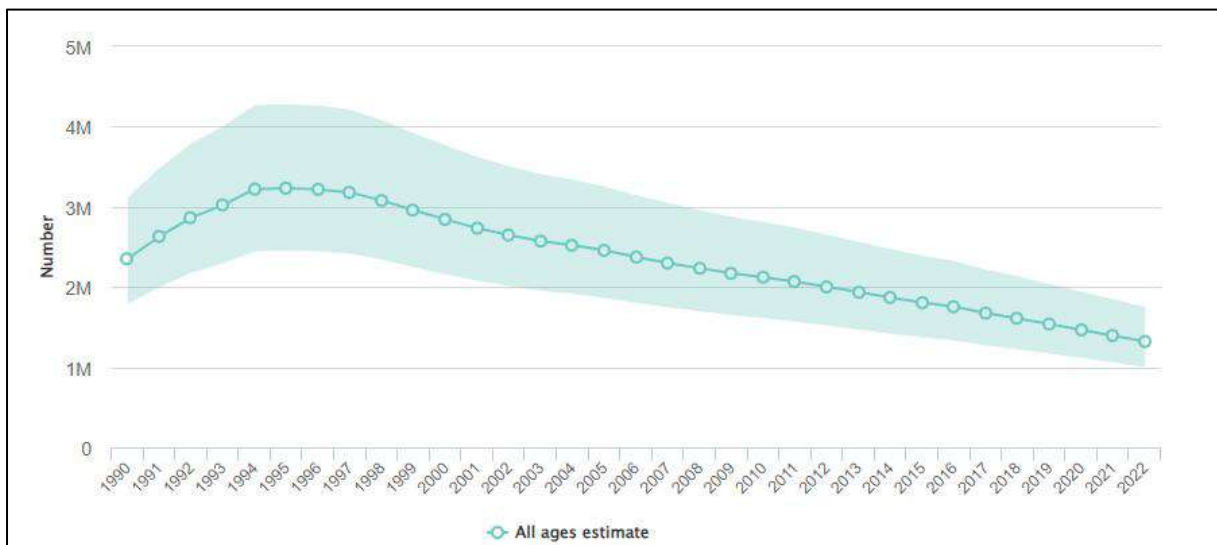


Figure 7: Estimation des nouvelles infections à VIH 1990-2022[47]

Plus de la moitié des nouvelles contaminations par le VIH dans le monde (70%) surviennent au sein des populations clés (les homosexuels, UDI, PS, transgenres, prisonniers). En 2019, les populations clés représentaient 99% des nouvelles contaminations en Europe de

l'Est, en Asie centrale. Au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, ces dernières représentaient 97%. [48]

Dans le monde, 46 % des nouvelles contaminations au VIH concernaient des femmes et des filles (toutes tranches d'âge confondues) en 2022. En Afrique subsaharienne, elles constituaient 63 % des nouvelles infections au VIH. Dans toutes les autres régions, plus de 70 % des nouvelles contaminations au VIH en 2022 ont été recensées chez les hommes et les garçons. Chaque semaine, 4 000 adolescentes et jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans ont contracté le VIH dans le monde. 3 100 de ces infections sont survenues en Afrique subsaharienne. [46]

Les décès dus au sida ont diminué de 69 % depuis le pic de 2004 et de 51 % depuis 2010. En 2022, environ 630 000 personnes sont décédées de maladies opportunistes dans le monde, contre 02 millions en 2004 et 1,3 million en 2010. La mortalité liée au sida a diminué de 55 % chez les femmes et les filles et de 47 % chez les hommes et les garçons depuis 2010. [46]

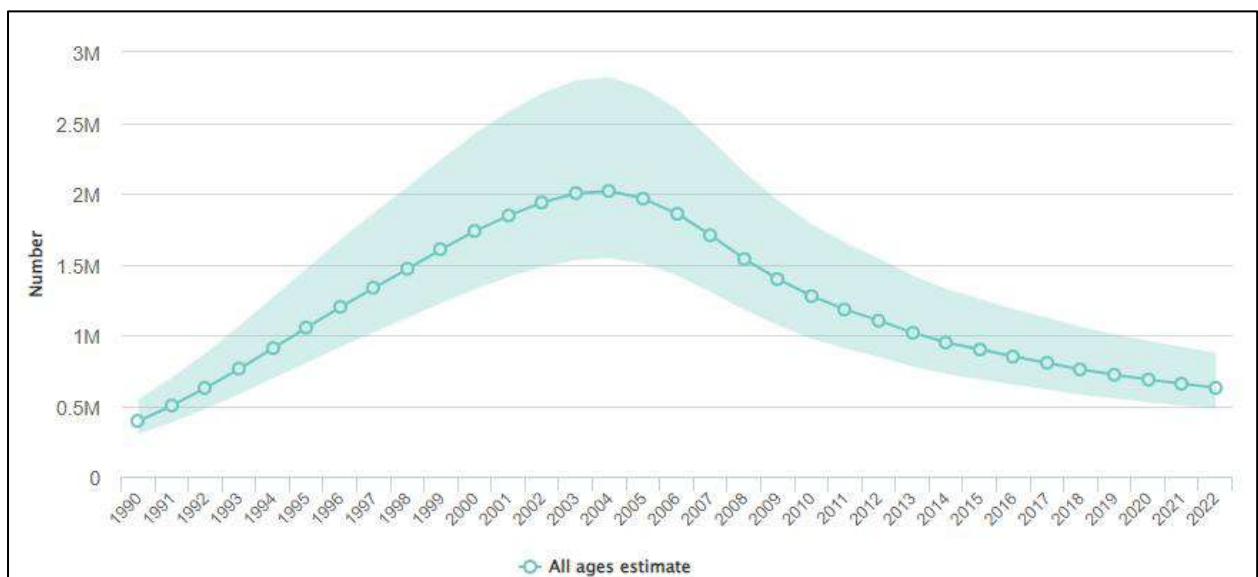


Figure 8: Estimations des Décès liés au sida tous les âges 1990-2022[47]

2. Situation épidémiologique en Algérie :

L'Algérie s'est engagée depuis le début de l'épidémie dans la riposte au VIH/sida à travers un engagement politique et s'est inscrite dans la stratégie de l'ONUSIDA qui vise à mettre fin au sida d'ici 2030 à travers l'objectif des 3 cibles 95-95-95 à savoir [49] :

- 1ère cible : 95% de toutes les PVVIH connaissent leur statut sérologique

- 2ème cible : 95% de l'ensemble des personnes infectées par le VIH diagnostiquées reçoivent un traitement ARV
- 3ème cible : 95% des personnes recevant un traitement ARV ont une charge virale indétectable.

Selon l'ONUSIDA 2022 les PVVIH estimait à 28 000 en Algérie, dont 46,42 % des femmes, avec 2200 Adultes et enfants nouvellement infectés [34].

Selon le PNS 2022 de l'Algérie le profil épidémiologique de l'infection VIH a toujours été celui d'une épidémie de type peu active, avec une prévalence dans la population générale faible inférieure à 0.1% mais concentrée dans les groupes de population clés [Professionnelles du sexe (PS), les Homosexuels et Consommateurs de drogue par voie Injectable (UDI)]. [35]

Depuis la notification obligatoire, en 1990, des cas de sida et de séropositifs, le profil épidémiologique du VIH est resté inchangé (peu actif, à faible prévalence). La prévalence du VIH parmi les populations les plus exposées au risque est de 7,21 % pour les PS, de 2,2 % pour les homosexuels et de 2,1 % pour les UDI. Ces résultats montrent bien que l'épidémie en Algérie est bien concentrée dans ces groupes de populations.

Selon les données du rapport national de la riposte au Sida en Algérie de l'année 2018, à partir des estimations du logiciel de l'ONUSIDA EPP-Spectrum :

- Le nombre estimé de PVVIH (adultes et enfants) est de l'ordre de 16000 personnes dont 7000 femmes et près de 500 enfants de moins de 15 ans : Cependant, selon le rapport du Laboratoire National de Référence (LNR), au 30 septembre 2019 et depuis le début de l'épidémie, un total cumulé de 13 000 (dont 1930 au stade SIDA) a été recensé avec pour principal sérotype le VIH1 à plus de 99%, dont le principal mode de transmission observé est le mode hétérosexuel essentiellement autochtone. [35]

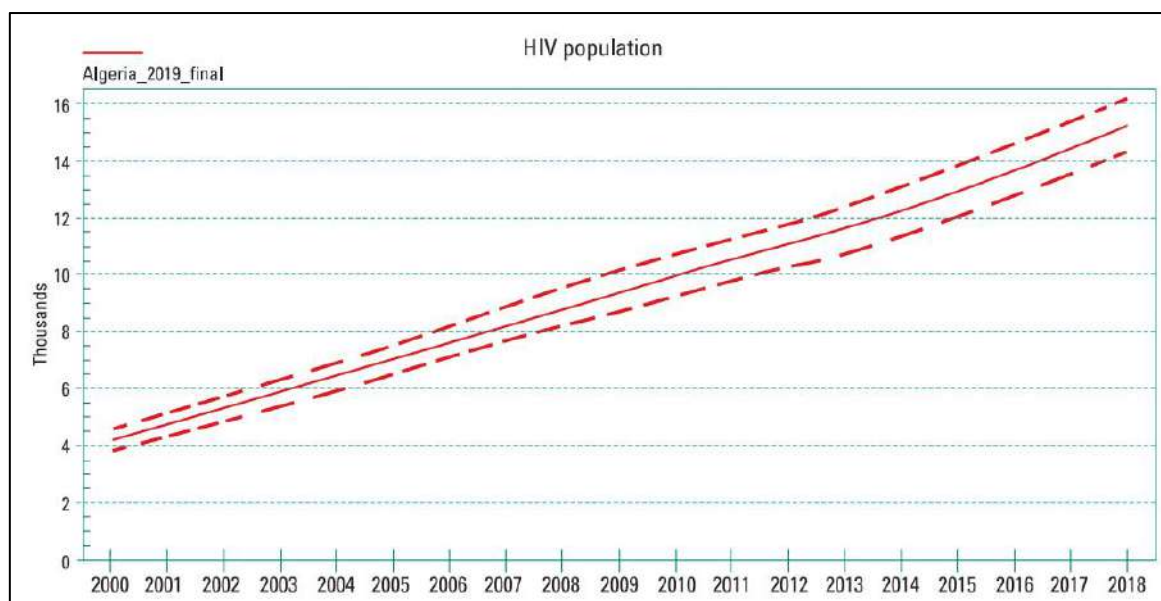


Figure 9 : Évolution du nombre estimé de PVVIH en Algérie 2000-2018

- Le nombre estimé d’adultes de plus de 15 ans nouvellement infectés : Une évolution stationnaire au cours de ces deux dernières années : le nombre estimé de nouvelles infections à VIH a connu une augmentation progressive passant de 600 cas en 2000, à 900 cas en 2010, à 1000 en 2017 et 2018, pour rester stationnaire autour de 2000 nouveaux cas par an entre 2021 et 2022 [34, 35]

En Algérie, les Centres de Référence (CDR) de l’infection par le VIH, au nombre de 16, fournissent une prise en charge universelle et gratuite basée sur un consensus national thérapeutique actualisé en 2017 puis en 2021 pour permettre le traitement de toutes les PVVIH dépistées, indépendamment du taux de CD4, dans le cadre de la stratégie « test and treat » de l’OMS.

Selon les données des CDR le nombre de cas enregistrés depuis 1985 au 30/06/22 est de 17249 cas dont 842 nouvelles infections. Une moyenne annuelle de 1700 nouvelles infections rapportées par les structures de santé selon le ministère de la santé.

Pour les 02 années 2017 et 2018, le nombre de nouvelles infections semblait stable, il avoisinait les 1000 cas/an pour les adultes et les 100 cas/an pour les enfants. En 2019, le nombre de nouveaux cas est passé à 2100 infections. Cependant de 2010 à 2019, il a été observé une augmentation du nombre de nouvelles infections de 35%.

Ces données ne représentent pas la réalité du nombre de cas de PVVIH en raison de la sous déclaration. Ces chiffres reflètent pareillement l'ampleur de cette infection dans notre pays.

L'existence de plusieurs facteurs pouvant accélérer la propagation de l'épidémie ont été identifiés dans le pays comme la transmission locale, les inégalités liées au genre, les pesanteurs socioculturelles ; ainsi que certains déterminants socio comportementaux (multi partenariat, déni de la maladie, rapports sexuels non protégés, travail du sexe...).

Les attitudes qu'adoptent les gens face à des personnes infectées par le VIH permettent d'apprécier le niveau de stigmatisation et de discrimination à l'égard de ces dernières. L'enquête MICS 2019 [50] a révélé que :

- 73 % des femmes interrogées disent du mal sur des PVVIH ou sur des personnes qu'elles pensent qu'elles vivent avec le VIH.
- 20 % des femmes auraient honte si quelqu'un dans la famille avait le VIH
- Près d'une femme sur 2 ne s'approvisionnerait pas auprès d'un marchand atteint de sida.

VIII. Situation de stigmatisation et de discrimination des PVVIH en Algérie : [36]

Bien que l'Algérie se soit dotée, ces dernières années, d'un arsenal juridique lui permettant de garantir des droits fondamentaux aux personnes touchées par le VIH/ Sida, la lutte contre la discrimination et la stigmatisation rencontre de nombreux obstacles. Ainsi, les droits des malades ne sont pas toujours respectés et sont parfois bafoués voire totalement rejetés. Cette situation de rejet enferme les PVVIH dans des conditions sociales et sanitaires intenable et finit souvent par les pousser à un repli total sur elles-mêmes.

1. Domaine de la santé :

Ce domaine, le plus important pour le malade, va de la simple consultation, au prélèvement de sang pour un examen de laboratoire, à des actes plus importants, comme l'extraction dentaire, l'accouchement, l'intervention chirurgicale, la dialyse rénale.

Le Droit aux soins

A ce jour les PVVIH se plaignent davantage de l'accueil et des conditions qui leur sont réservées dans les établissements de santé. Malheureusement, cette réalité amère laisse les

PVVIH sombrer dans la tristesse et l'isolement, se renfermant sur soi ou au contraire, devenant agressif à l'égard de cette société.

Le Droit à l'information

L'information du malade sur son état de santé est une obligation du médecin, cette information doit être claire et intelligible, elle permet au malade d'accepter ou de ne pas accepter un acte médical. Cependant, certains malades remarquent la demande de la sérologie dans le bilan pré opératoire sans être informé de la raison de cette demande.

Le Droit au secret médical

Le secret médical s'impose au médecin et à l'équipe médicale, comme le stipulent la loi sanitaire et le code de déontologie. Malheureusement, ce secret n'est pas toujours respecté et c'est ainsi que les PVVIH voient leur état de santé divulgué à leur entourage professionnel et au voisinage. Ceci les expose à la stigmatisation et à la discrimination.

Le Droit à la prévention contre la transmission mère-enfant

Dans la transmission mère-enfant, le droit de l'enfant à être protégé est respecté par le médecin traitant puisqu'il propose systématiquement le dépistage à toute femme enceinte. Cependant, certaines femmes refusent le dépistage de peur d'attirer une attention malveillante dans le milieu conjugal.

Le Droit à la procréation

Les médecins déconseillent aux femmes séropositives d'avoir d'enfants, voire même le leur interdisent, invoquant la possibilité de donner naissance à un bébé séropositif. Ceci représente un déni au droit maternel de la procréation. Par ailleurs, les femmes séropositives stériles sont écartées de la procréation médicalement assistée.

Le Droit à la reconnaissance du VIH/Sida comme maladie chronique

Actuellement, le Sida n'est pas reconnu comme une maladie chronique malgré les doléances des associations et les promesses des services publics concernés.

2. Domaine Social :

Le Droit au travail

Certaines institutions exigent la sérologie dans le cadre de l'embauche, ce qui est contraire à la législation du travail. Ce dépassement est instauré pour discriminer les PVVIH.

Le Droit à la scolarité

La scolarité est obligatoire pour tous les enfants. Ceux qui sont séropositifs peuvent suivre leur scolarité quand le personnel enseignant ne connaît pas leur statut sérologique. Néanmoins, nous ne pouvons pas préjuger de l'attitude des responsables de l'éducation nationale, s'ils avaient à inscrire un enfant séropositif. En ce sens, certains enfants ont été renvoyés de leur crèche parce que leurs parents étaient séropositifs.

Le Droit à un document administratif

Le droit au passeport, à la carte d'identité nationale et au certificat de résidence est respecté. Cependant, dans un dossier administratif, pour obtenir un prêt auprès d'une banque ou d'une institution financière, les assurances exigent une sérologie négative.

Le Droit à la libre circulation à l'intérieur et à l'extérieur du pays

Les étrangers peuvent se voir refuser le droit de résidence en Algérie s'ils sont séropositifs. Ceci est une contradiction avec les Droits Humains.

Le Droit à l'adoption

On a remarqué que des parents séronégatifs, désireux d'adopter un enfant, exigent de l'institution l'information sur la sérologie de l'enfant candidat à l'adoption. Ainsi, des enfants séropositifs n'ont pas été adoptés à cause de leur statut sérologique.

Le Droit au mariage

Le contrat de mariage peut être établi quel que soit le statut sérologique des futurs époux, cependant certaines femmes séropositives n'ont pu se marier devant l'officier de l'état civil.

CHAPITRE II : MATERIELS & METHODES

I. Matériels :

1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive exploratoire, portant sur l'ensemble des patients infectées par le VIH se présentant à la consultation spécialisée du centre régional de référence (CDR) pour la prise en charge du VIH/sida /VHB/VHC/Syphilis d'Ouargla.

2. Lieu de l'étude :

Au niveau de centre régional de référence (CDR) pour la prise en charge du VIH/sida /VHB/VHC/Syphilis d'Ouargla

3. Durée de l'étude :

L'étude est menée sur une période de 03 mois de 19 janvier 2023 à 19 avril 2023.

4. Population de l'étude :

Les données de l'étude concerneront les PVVIH adultes, âgées de 18 ans et plus.

L'enjeu principal est de pouvoir atteindre les différents profils de populations vivants avec le VIH, en particulier les populations clés (travailleuses de sexe, et leur client, les utilisateurs de drogues, les homosexuels, les personnes incarcérées) qui consultant au niveau CDR d'Ouargla, pour rendre compte les aspects de stigmatisation et discrimination que pouvaient subir les PVVIH.

5. Critères d'inclusion :

- Être une PVVIH âgée de 18 ans et plus des 2 sexes.
- Être conscient de son statut de VIH
- Être consentant à participer à l'étude.
- Capacité mentale à fournir un consentement éclairé en termes de compréhension de tous les éléments de l'étude.

6. Critères d'exclusion :

- Les PVVIH adultes qui sont dans l'incapacité d'exprimer leurs points de vue ou refus de participer à l'enquête ;

- Les personnes qui ne savent pas son statut de VIH et qui consultent pour la première fois
- Age inférieur à 18 ans
- Populations clés portants d'autres infections que le VIH (VHB/VHC/Syphilis)
- Populations consultantes pour autres infections que VIH (VHB/VHC/Syphilis)

II. Méthodes :

1. Le recueil des informations :

- Participation à la consultation des patients atteints du VIH les dimanches, mardis et jeudis au niveau de la CDR d'Ouargla.
- Expliquez l'étude et ses objectifs au patient d'une manière simple afin d'obtenir son consentement.
- Une fois le consentement obtenu, les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire de l'indice de stigmatisation 2.0 développé et mis à jour par le réseau mondial des PVVIH (GNP+) et l'ONUSIDA. Qui a été traduit en l'arabe dialectal, en garantissant la confidentialité des informations (pas de prénoms, de noms ou d'initiales).
- La technique de la collecte des données a été une interview directe avec l'enquêteur.
- Ce questionnaire en plus des données sociodémographiques (âge, sexe, situation matrimoniale, niveau d'instruction, profession...) explore les différents aspects de la stigmatisation et la discrimination auxquels les PVVIH sont confrontées (exclusion sociale, accès à l'emploi et aux services sanitaires, stigmatisation interne, parentalité, connaissance et recours à la protection juridique, dépistage et divulgation...)
- Les PVVIH avaient le libre choix, de ne pas répondre à certaines questions s'ils le désirent, ce qui fait que le total de réponses n'est toujours pas égal au total de l'échantillon.

2. Traitement des données :

Nous avons utilisé :

- Une fiche de renseignement (questionnaire inspiré par l'étude de « stigma index » qui a été traduit en arabe, de façon claire et simple) pour chaque patient pour la collecte des données (voir annexe).
- Le traitement des résultats a été réalisé par le logiciel SPSS et Excel.

3. Les variables étudiées :

▪ Les variables indépendantes :

Le sexe ; profession ; l'âge ; le niveau scolaire ; Ancienneté du diagnostic ; Situation familiale ; Lieu d'habitat

▪ Les variables dépendantes :

- La discrimination et stigmatisation sociale
- La discrimination et stigmatisation familiale
- La discrimination et stigmatisation religieuse
- La discrimination et stigmatisation professionnelle
- La discrimination et stigmatisation sanitaire selon la structure
- La stigmatisation intériorisée
- La connaissance des droits et de devoirs



CHAPITRE III : RESULTATS

I. Caractéristiques sociodémographiques :

Ce sont, au total, 56 PVVIH adultes des 2 sexes qui constituent l'échantillon de l'étude et qui ont été enquêtées.

1. Répartition des patients selon le sexe :

Sur 56 PVVIH adultes questionnées, il y avait 27 hommes (48.2%) et 29 femmes (51.8%), soit une sex-ratio de 1.07 femmes pour un homme.

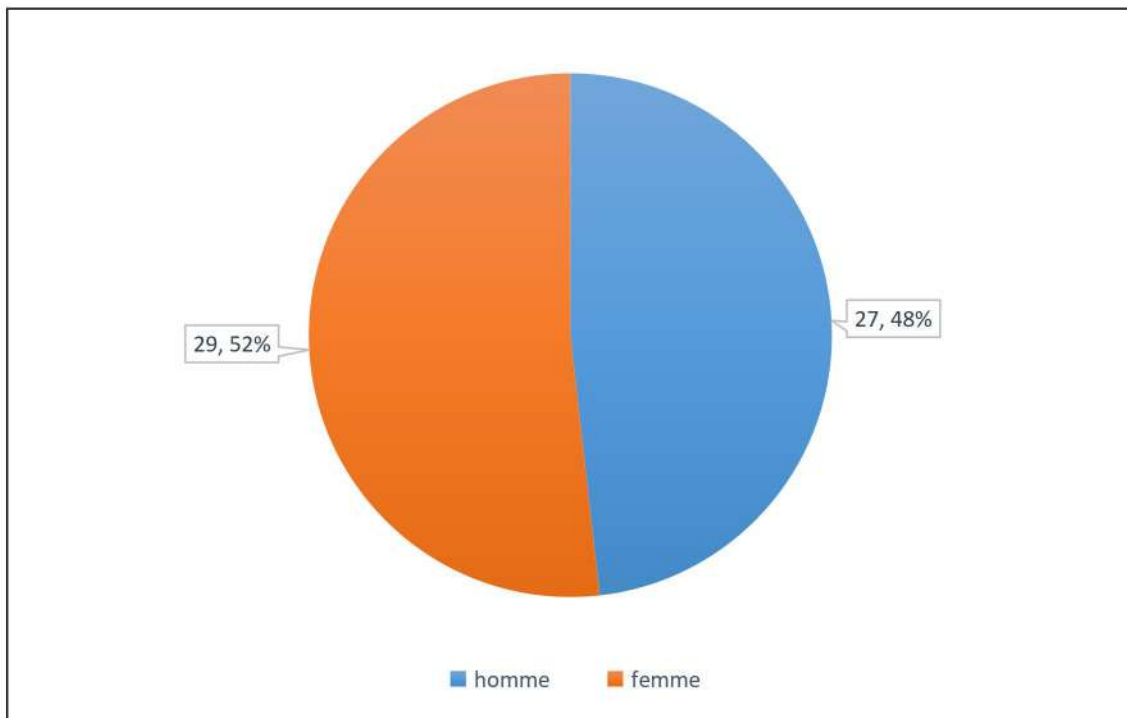


Figure 10: Répartition par sexe de la population étudiée

2. Répartition des patients selon l'âge :

Le groupe d'âge le plus représenté est celui de 30-39 ans avec 37.5 % des PVVIH questionnées (21 PVVIH) suivi par les 40-49 ans avec 33.9 % (19 cas). 09 PVVIH (16.1 %) ont 50 ans et plus alors que la tranche des 18-24 ans est peu représentée avec 02 personnes seulement (3.6%).

L'âge moyen de nos patients était de 39.48 ans \pm 9.98 ans avec des extrêmes allant de 19 à 68 ans. Le médian de notre série est 39 ans.

| Classe d'âge (en année) | Effectif | Pourcentage % |
|-------------------------|----------|---------------|
| 18-24 | 02 | 3.6 |
| 25-29 | 05 | 8.9 |
| 30-39 | 21 | 37.5 |
| 40-49 | 19 | 33.9 |
| ≥ 50 | 9 | 16.1 |

Tableau 2: Répartition des patients selon l'âge

3. Structuration des patients par tranches d'âge et par sexe :

Les groupes d'âge les plus représentés sont ceux de 30-39 ans chez les femmes, alors que chez les hommes est le groupe de sont ceux de 40-49 ans.

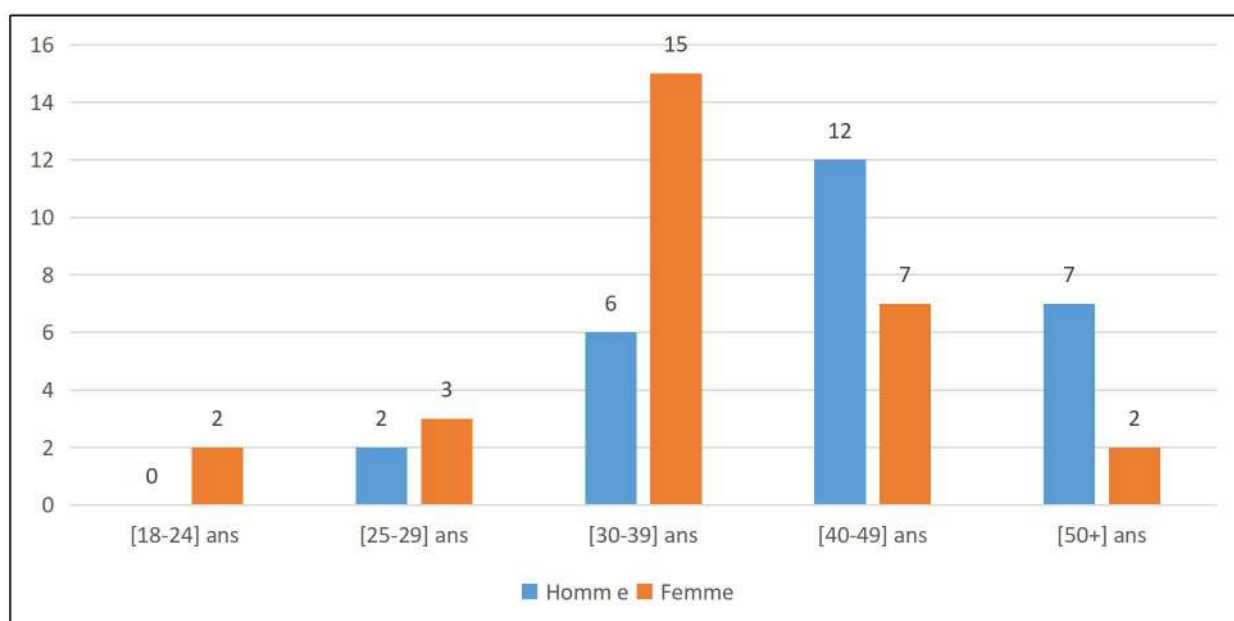


Figure 11: Répartition des groupes d'âge selon le sexe de la population étudiée

4. Ancienneté du diagnostic de séropositivité de la population enquêtée :

Les 56 répondants au questionnaire sont majoritairement des personnes qui ont appris leur séropositivité VIH depuis moins de 10 ans avec un pourcentage de 80.4 % avec :

- Près d'un tiers (32,1%) des PVVIH avaient connaissance de leur statut sérologique depuis 1 à 4 ans.
- Un quart (25 %) des PVVIH connaît leur statut depuis 5 à 9 ans.
- Pour 5.4 % seulement des enquêtés, l'ancienneté de leur statut VIH est égale ou supérieure à 15 ans.

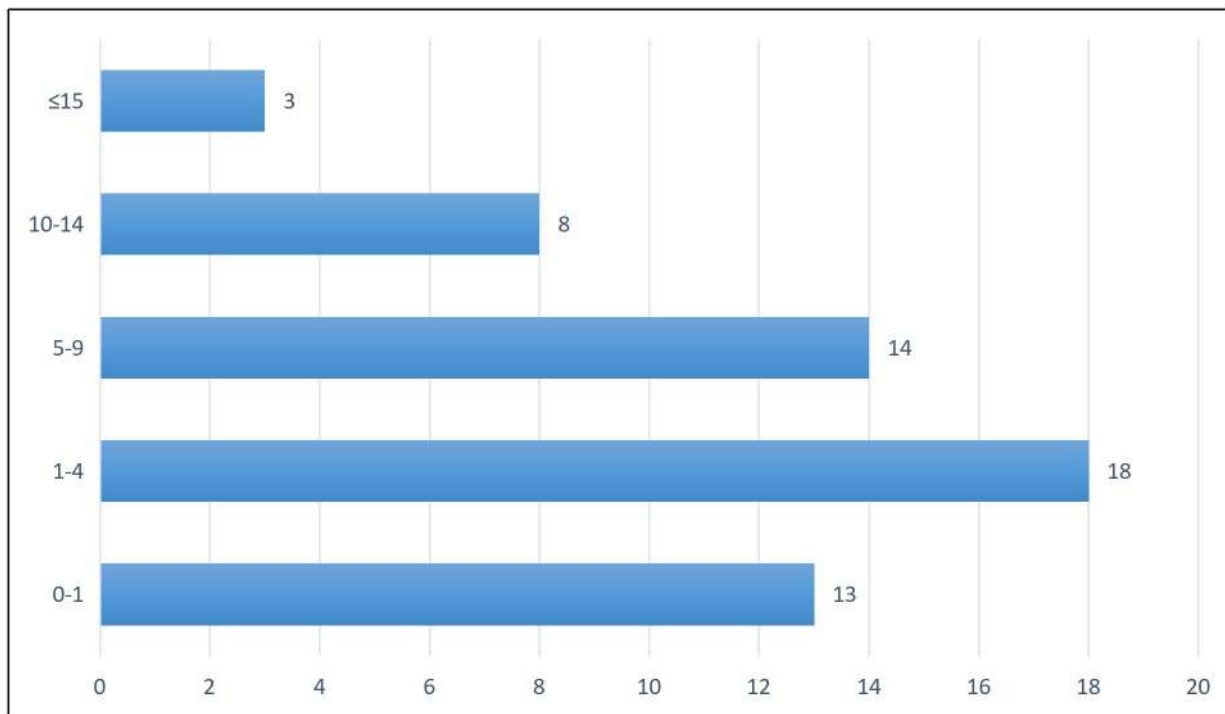


Figure 12: Ancienneté du diagnostic de séropositivité de la population enquêtée

Les mêmes données sont retrouvées globalement dans les 2 sexes sauf pour les hommes qui ont été les plus nombreux à connaître leur séropositivité entre 1 et 4 ans (37%) illustrées dans la **figure 11** :

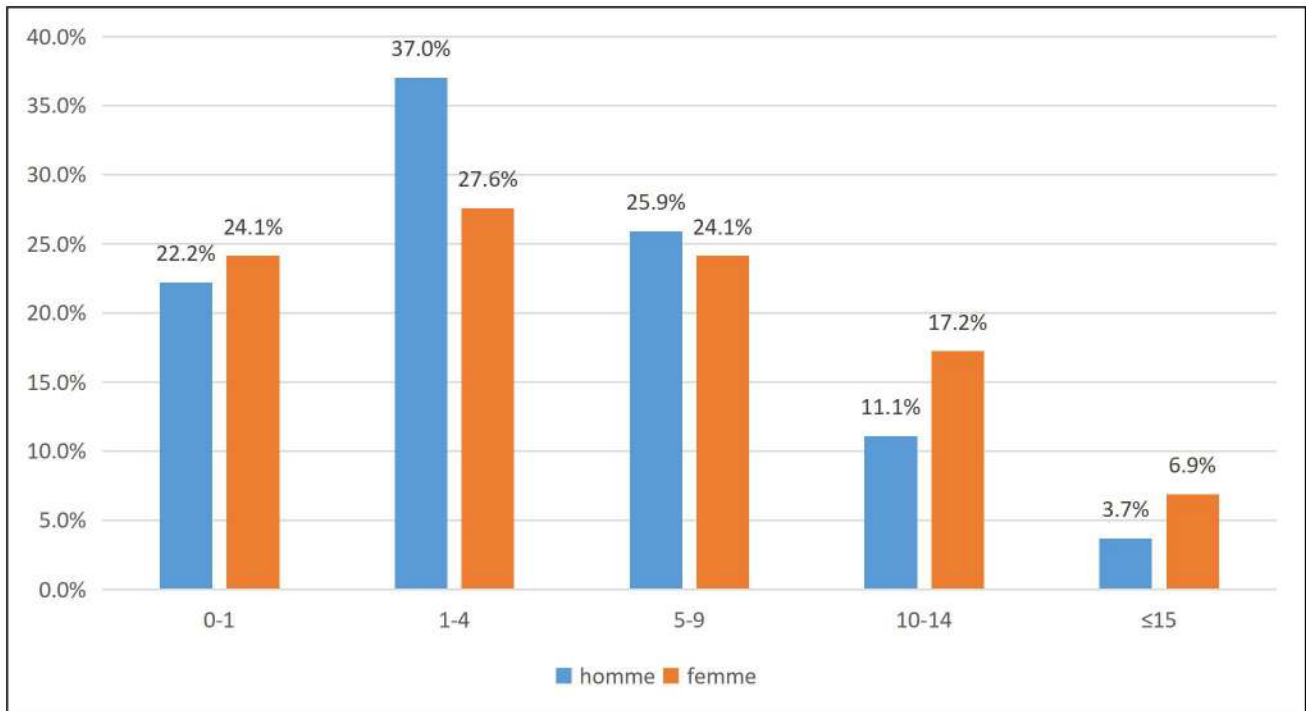


Figure 13: Ancienneté de la séropositivité VIH selon le sexe de la population étudiée

5. Situation familiale de la population enquêtée :

Parmi les 56 PVVIH enquêtées, La majorité a affirmé être dans mariée au moment de l'enquête (73% soit 41 cas). Les célibataires représentent 13% soit 7 cas, et pour le veuve/veuf et divorcé/séparé représentent pourcentage égale 7% pour chaque groupe (soit 4 cas pour chaque groupe)

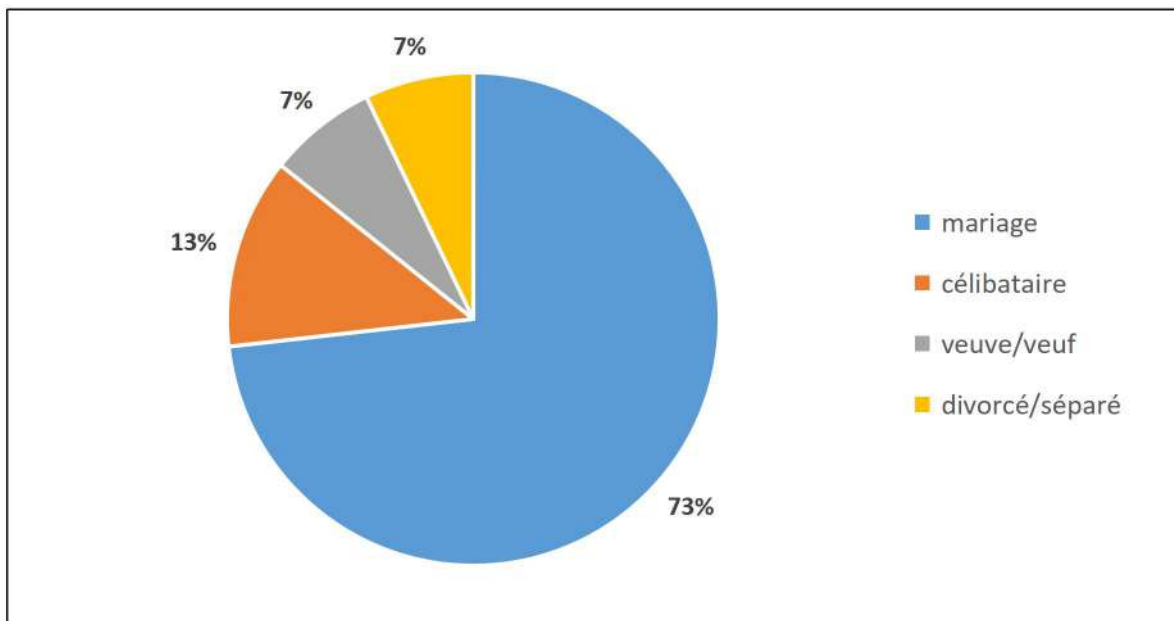


Figure 14: Situation familiale de la population étudiée lors de l'enquête.

Situation familiale par sexe de la population enquêtée :

Les personnes mariées représentent le pourcentage le plus élevé (> 70%) pour les hommes et les femmes.

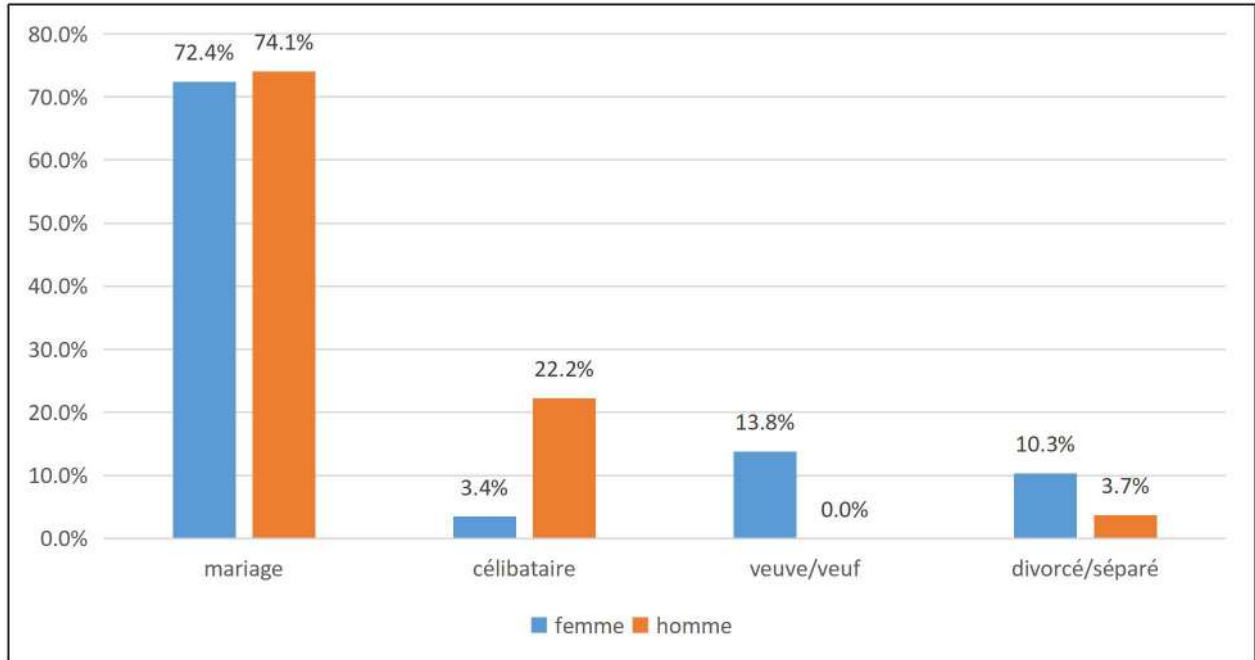


Figure 15: Situation familiale par sexe de la population étudiée lors de l'enquête

6. Niveau scolaire de la population enquêtée :

Parmi les 56 PVVIH, 45 (80.4%) ont suivi des études moyen et plus. Dont la majorité des PVVIH ont un niveau moyen 46.4% (26 cas), suivi par le niveau universitaire 17.9% (10 cas) puis le niveau secondaire 16.1% (9 cas). Alors que les personnes qui disent analphabètes représentent la minorité 7.1% (4 cas).

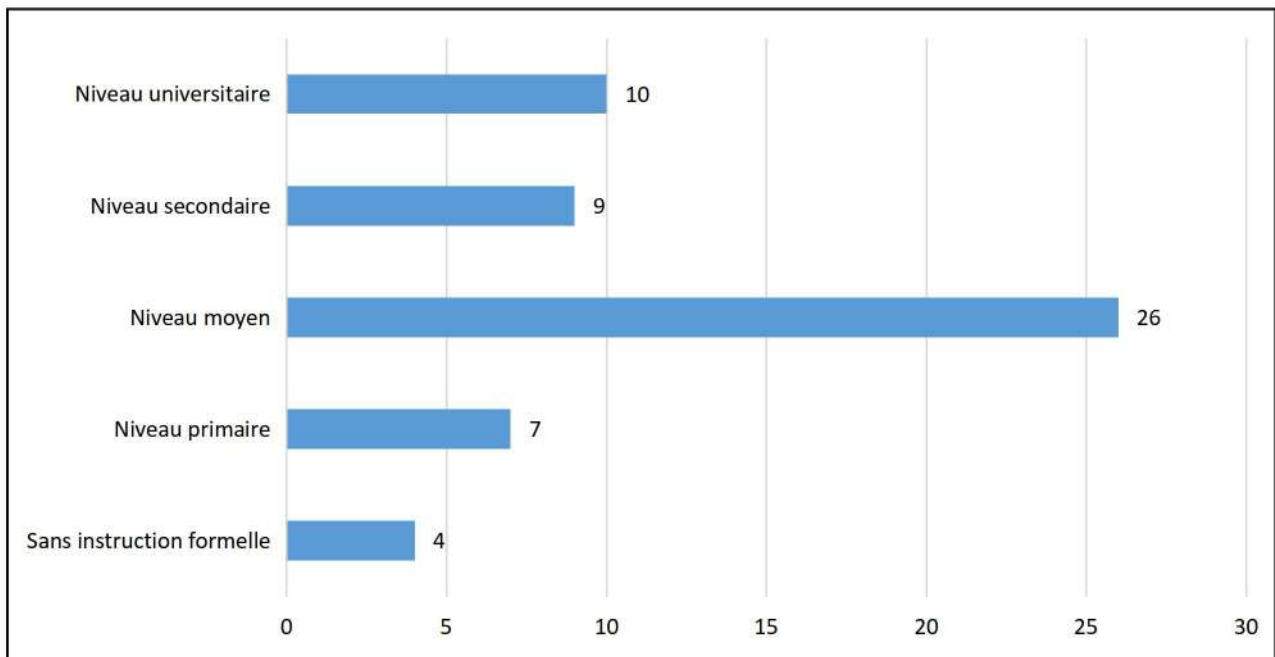


Figure 16: Niveau scolaire de la population étudiée lors de l'enquête

7. Lieu d'habitation de la population enquêtée :

Parmi les 56 PVVIH, 50 (89.3%) ont déclaré résider en zone urbaine (grand ville), alors que 06 (10.7%) résider en zone rurale.



Figure 17: Répartition des PVVIH enquêtées selon leur zone d'habitation.

8. Situation d'emploi de la population enquêtée :

Le tableau 7 reflète la précarité économique des PVVIH interrogées devant le taux d'activité salariale très faible seulement 12 PVVIH (21.4%) avaient une activité salariée au moment de l'enquête. En effet, les PVVIH interrogées ont déclaré être sans emploi dans leur majorité (51.8 %) versus 21.4 % ayant un emploi à plein temps. Le secteur informel et l'activité libérale représentent respectivement 10.7 % et 16.1%.

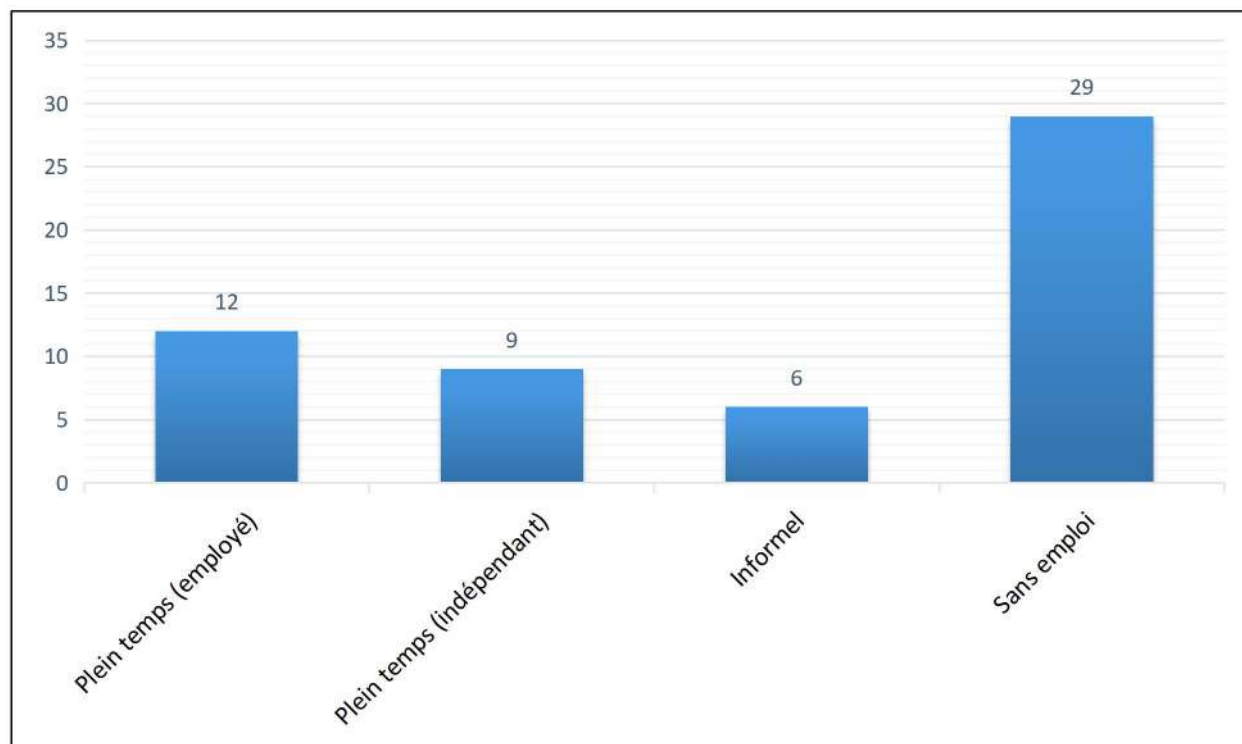


Figure 18 : Situation d'emploi de la population étudiée lors de l'enquête.

9. Appartenance dans les populations les plus exposées au risque VIH/sida :

Parmi les 56 PVVIH, 35 (62.5%) patients appartenant aux populations clés (PS ; les homosexuels ; Détenu ; Client de PS ; UDI). Les homosexuels représentent le plus grand groupe de population clés 45.7% (16 cas de 35 cas), suivi par PS 28.6% (10 cas de 35 cas). Puis les clients de PS 25.7% (9 cas de 35 cas)

Tableau 3: Répartition des enquêtés selon leur appartenance dans les populations clés au VIH/sida

| | PS | Homosexuels | Client de PS | Détenus | UDI | Total |
|--------------|------------|------------------|--------------|---------|--------|------------|
| Total | 10 (17,9%) | 16 (28,6) | 9 (16,1%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 35 (62,5%) |

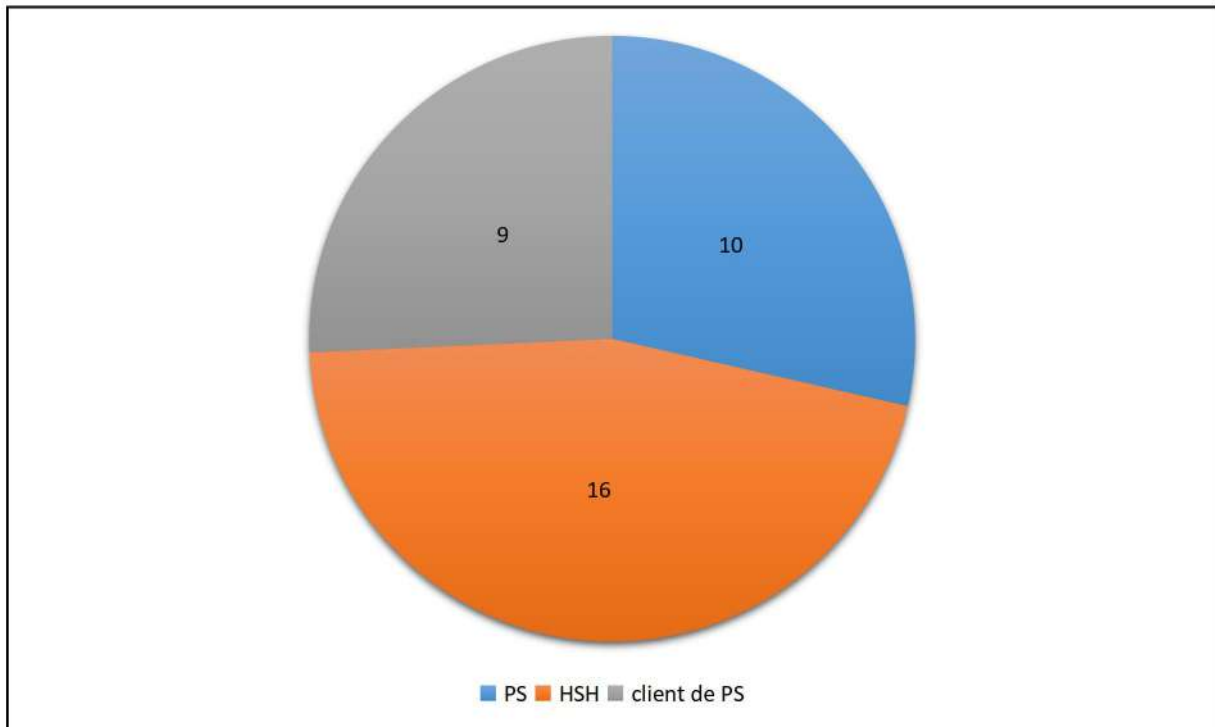


Figure 19: Répartition des enquêtés selon leur appartenance dans les populations clés au VIH/sida

10. Situation sexuelle de la population enquêtée :

Parmi les PVVIH (56 cas) qui ont répondu à cette question : 50 % (28 cas) se sont déclaré sexuellement actives avec pourcentage égale 25% pour les hommes et les femmes.

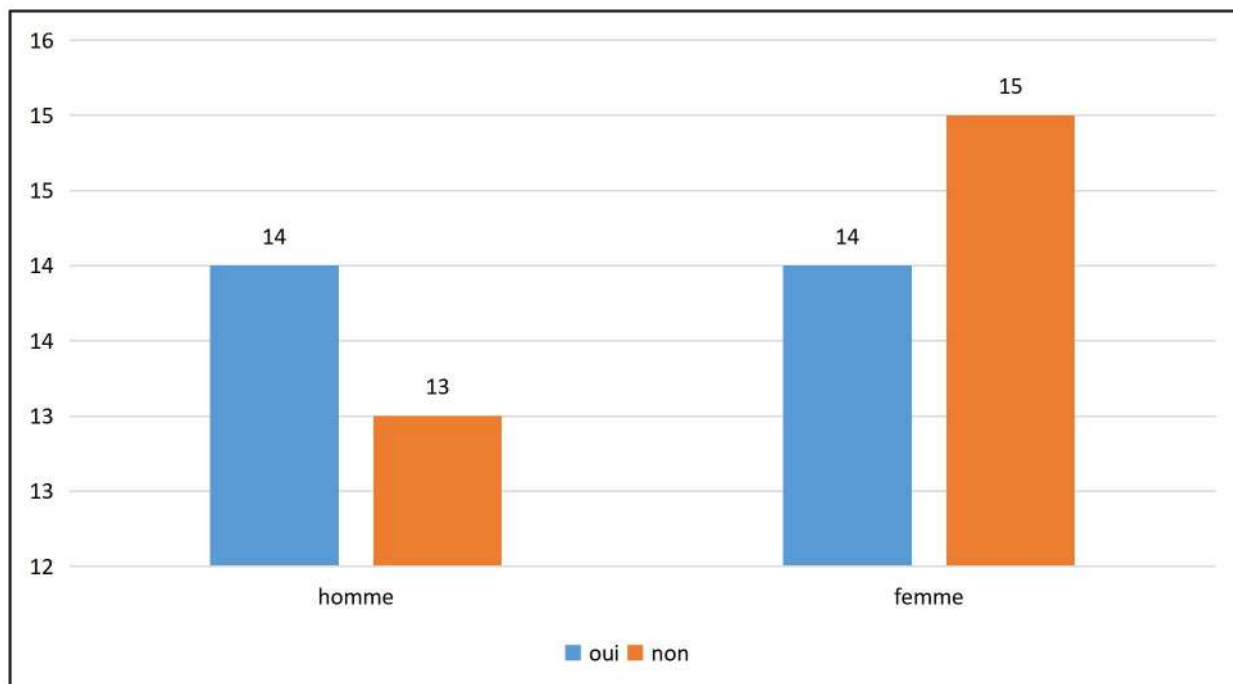


Figure 20: Distribution des PVVIH par sexe selon "Sexuellement actif"

Les personnes mariées sont sexuellement les plus actives (68.3%) (Tableau 8)

Tableau 4: Répartition des PVVIH en fonction de leur comportement sexuel et de leur statut matrimonial

| | Mariage | Célibataire | Veuve/veuf | Divorcé/séparé | Total |
|--------------|------------|-------------|------------|----------------|-------|
| OUI | 28 (68.3%) | 0 | 0 | 0 | 28 |
| NON | 13 (31.7%) | 7 (100%) | 4 (100%) | 4 (100%) | 28 |
| Total | 41 | 7 | 4 | 4 | 56 |

II. Expériences de stigmatisation et de discrimination :

Cette partie aborde les différents aspects de la stigmatisation et de la discrimination dont peuvent être victimes les PVVIH. Il s'agit notamment de huit domaines de la vie sociale et privée qui ont été investigués.

1. Exclusion des événements et activités sociales :

Le taux d'exclusion des événements et activités sociales rapporté par les personnes interrogées est de 8.9%. Ce taux est plus important chez les femmes 13.8% vs 3.7% chez les hommes (Tableau 9)

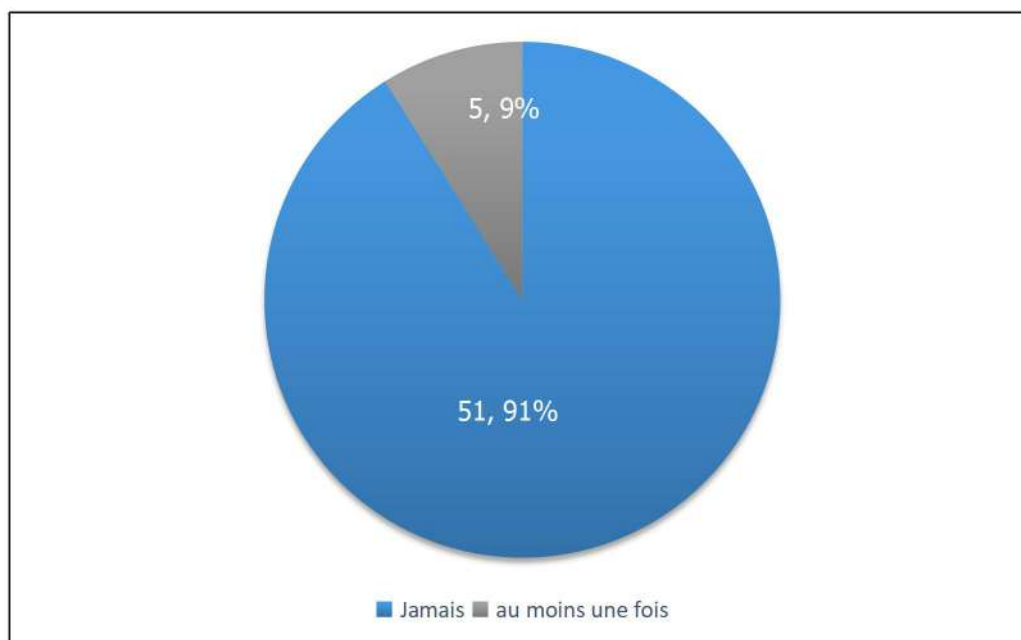


Figure 21: Exclusion des événements et activités sociales

Tableau 5: Exclusion des événements et activités sociales par sexe de la population étudiée lors de l'enquête.

| | Jamais | Au Moins Une Fois | Total |
|--------------|-------------------|-------------------|-----------|
| HOMME | 26 (96.3%) | 1 (3.7%) | 27 |
| FEMME | 25 (86.2%) | 4 (13.8%) | 29 |
| TOTAL | 51 (91.1%) | 5 (8.9%) | 56 |

Ce sentiment d'exclusion des événements et activités sociales s'est produit « quelquefois » dans les 2 sexes : 6.9% chez les femmes vs 3.7% chez les hommes.

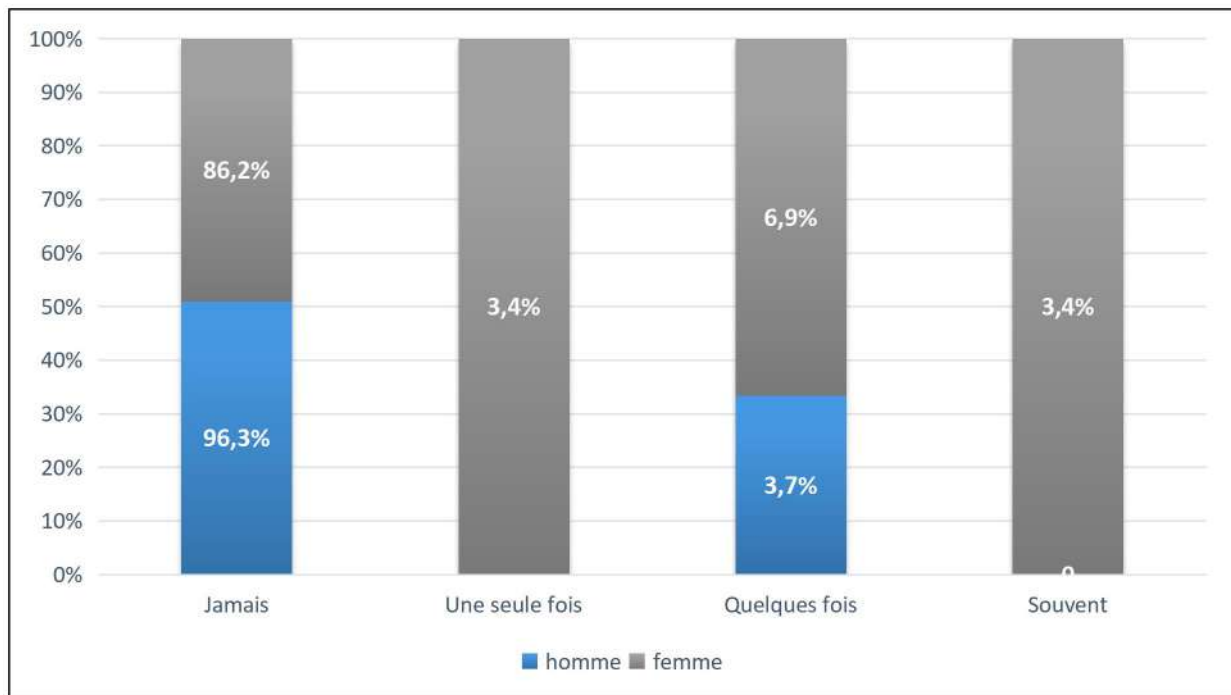


Figure 22 : Exclusion par sexe des événements et activités sociales de la population étudiée lors de l'enquête.

Les expériences d'exclusion des événements et activités sociales ont été rapporté plus d'une fois par les femmes 4/29 (13.7 %) vs 1/27 (3.7 %) chez les hommes (Tableau 10/Figure 22).

Tableau 6 : Exclusion des événements et activités sociales par sexe de la population étudiée lors de l'enquête

| | Jamais | Une Seule Fois | Quelques Fois | Souvent | Total |
|--------------|-------------|----------------|---------------|-----------|-------|
| Homme | 26 96,3% | 0 0,0% | 1 3,7% | 0 0,0% | 27 |
| Femme | 25 86,2% | 1 3,4% | 2 6,9% | 1 3,4% | 29 |
| Total | 51 91,1% | 1 1,8% | 3 5,4% | 1 1,8% | 56 |

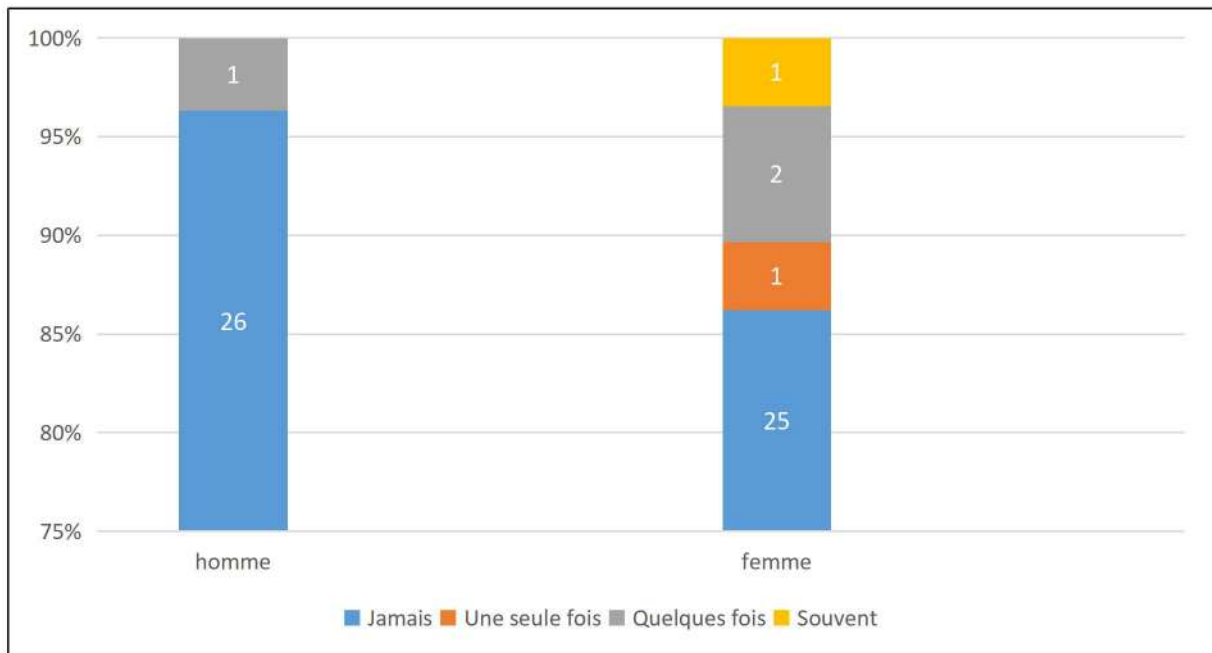


Figure 23 : Exclusion des événements et activités sociales par sexe de la population étudiée lors de l'enquête

La principale raison avancée pour expliquer cette exclusion, dans les mêmes proportions dans les 2 sexes (100% chez les hommes et chez les femmes), est « le statut sérologique » dans tous les cas.

2. Exclusion des événements et activités familiales :

Parmi les 56 PVVIH, 07 cas (12.5%) qui ont déclaré avoir été exclu au moins à une reprise des événements et activités familiales (Figure 23).

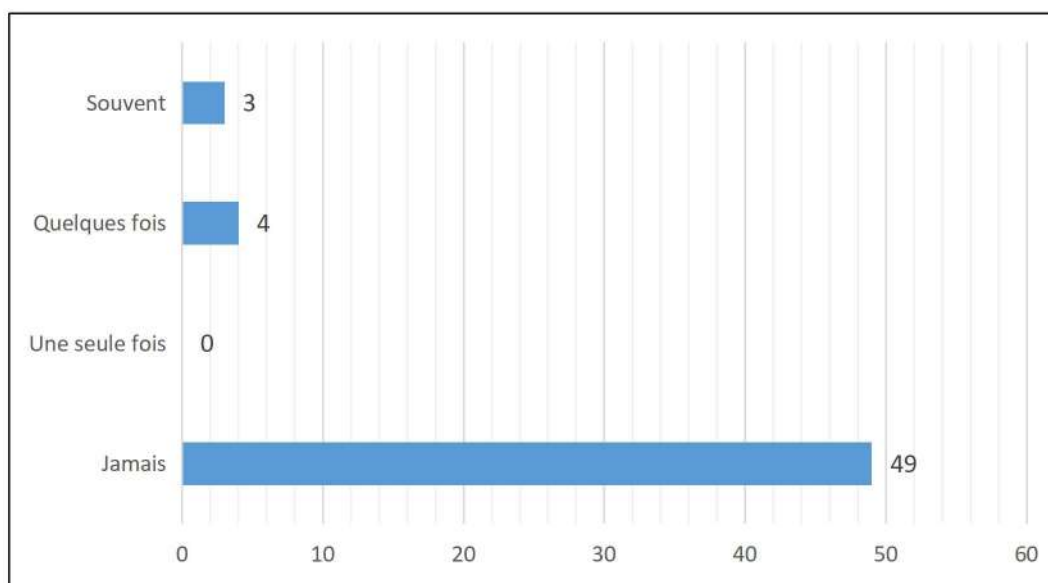


Figure 24 : Exclusion des événements et activités familiales.

Ce sont majoritairement les femmes qui sont les principales victimes : 05 femmes sur 29 soit 17.2% vs 02 hommes sur 27 soit 7.4 % (Tableau 14).

Tableau 7 : Exclusion par sexe des événements et activités familiales de la population étudiée lors de l'enquête.

| | Jamais | Une Seule Fois | Quelques Fois | Souvent | Total |
|--------------|---------------|-----------------------|----------------------|----------------|--------------|
| Homme | 25 92,6% | 0 0,0% | 2 7.4% | 0 0,0% | 27 |
| Femme | 24 86,2% | 0 0.0% | 2 6,9% | 3 10.3% | 29 |
| Total | 49 87.5% | 0 0.0% | 4 7.1% | 3 5.4% | 56 |

La « connaissance du statut sérologique » dans les 2 sexes (100% chez les hommes et chez les femmes) est encore la raison principale avancée à l'origine des exclusions des activités familiales mise en avant par les personnes enquêtées.

3. Exclusion des activités et évènements religieux :

L'accès aux activités et événements religieux n'a pas été un problème cité pour les PVVIH. En effet, seulement 02 personnes (moins de 4%) ont dit avoir été exclues de ces manifestations religieuses. Les causes d'exclusion pour chacune de ces personnes étaient « pour son statut sérologique ».

4. Commérages :

16 personnes interrogées sur 56 (28.6%), 06 hommes (22.2%) et 10 femmes (34.4%) qui ont bien voulu répondre à cette question ont déclaré avoir été victimes de commérages au moins une fois.

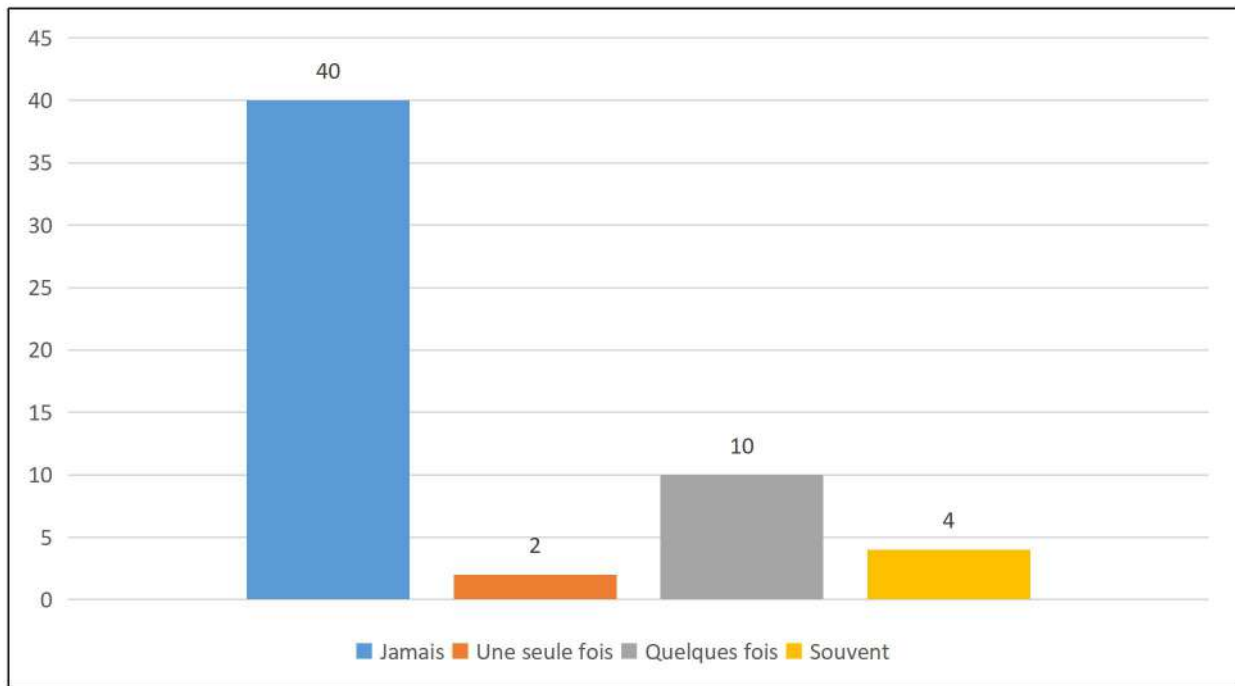


Figure 25: Commérages rapportés par la population étudiée lors de l'enquête

Cette forme de stigmatisation est plus souvent rapportée par les femmes : 34.4 % versus 22.5 % pour les hommes (Tableau 12/Figure 25).

Tableau 8 : Cas de commérages enregistrés selon le sexe

| | Jamais | Une Seule Fois | Quelques Fois | Souvent | Total |
|--------------|--------------------|---------------------------|--------------------------|------------------|--------------|
| Homme | 21 77.8% | 1 3.7% | 5 18.5% | 0 0,0% | 27 |
| Femme | 19 65.5% | 1 3.4% | 5 17.2% | 4 13.8% | 29 |
| Total | 40 71.4% | 2 3.6% | 10 17.9% | 4 7.1% | 56 |

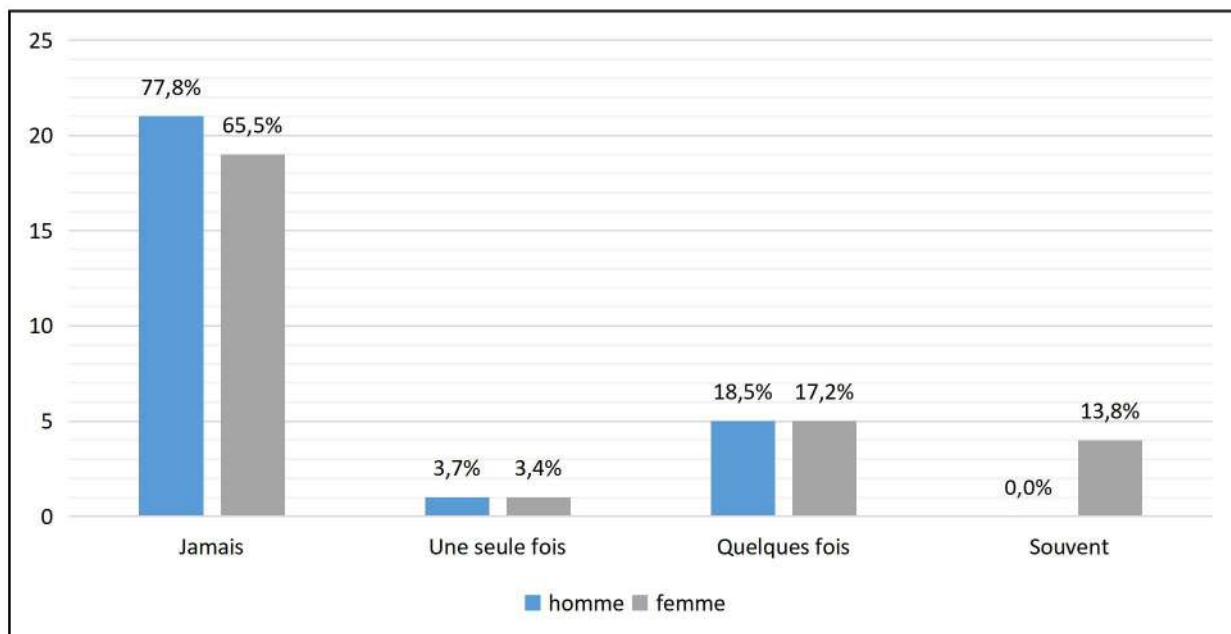


Figure 26 : Commérages rapportés par sexe par la population étudiée lors de l'enquête

Pour les causes de commérages, 10 / 16 cas (62.5%) déclaré que "à cause de son statut sérologique". Alors que 05 cas (31.3%) "Pour une autre raison", et 01 cas (6.3%) "A la fois à cause de son statut sérologique et pour d'autres raisons". (Tableau 13)

Tableau 9 : Raisons liées aux commérages selon le sexe rapporté par la population étudiée lors de l'enquête

| | A cause de votre statut sérologique ? | Pour une autre/d'autres raisons ? | A la fois à cause de votre statut sérologique et pour d'autres raisons ? | Je ne sais pas pourquoi | Total |
|--------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--|--------------------------|-----------|
| Homme | 02 33.3% | 03 50% | 01 16.7% | 00 0,0% | 06 |
| Femme | 08 80% | 02 20% | 00 0.0% | 00 0.0% | 10 |
| Total | 10 62.5% | 05 31.3% | 01 6.3% | 00 0.0% | 16 |

5. Agression verbale :

Parmi les 56 PVVIH, 12 cas (soit 21.5%) ont rapporté avoir été victimes d'agressions verbales au moins une fois (Figure 26).

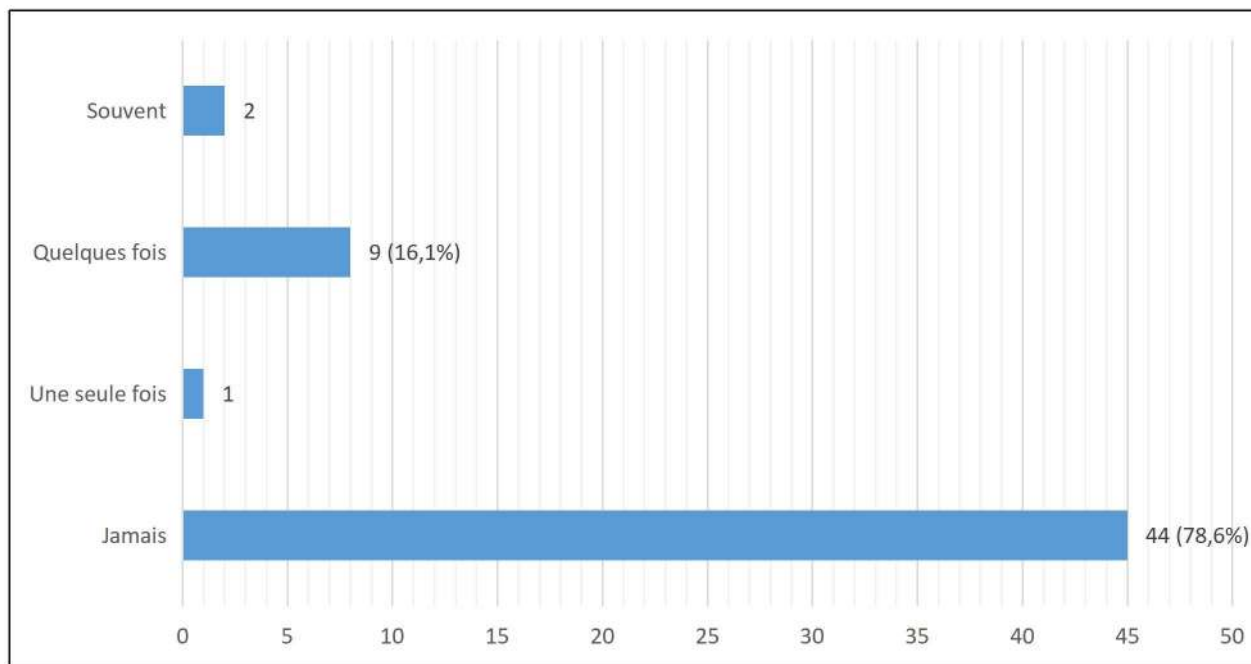


Figure 27 : Cas d’agressions verbales rapportées par la population étudiée lors de l’enquête

Ces violences verbales ont touché majoritairement les femmes : 08 (27.6%) versus 04 hommes (14.8%) (Tableau 14/Figure 27).

Tableau 10 : Agressions verbales rapportés selon le sexe

| | Jamais | Une Seule Fois | Quelques Fois | Souvent | Total |
|--------------|-------------|-------------------|------------------|-----------|-------|
| Homme | 23 85.2% | 1 3.7% | 3 11.1% | 0 0,0% | 27 |
| Femme | 21 72.4% | 0 0.0% | 6 20.7% | 2 6.9% | 29 |
| Total | 44 78.6% | 1 1.8% | 9 16.1% | 2 3.6% | 56 |

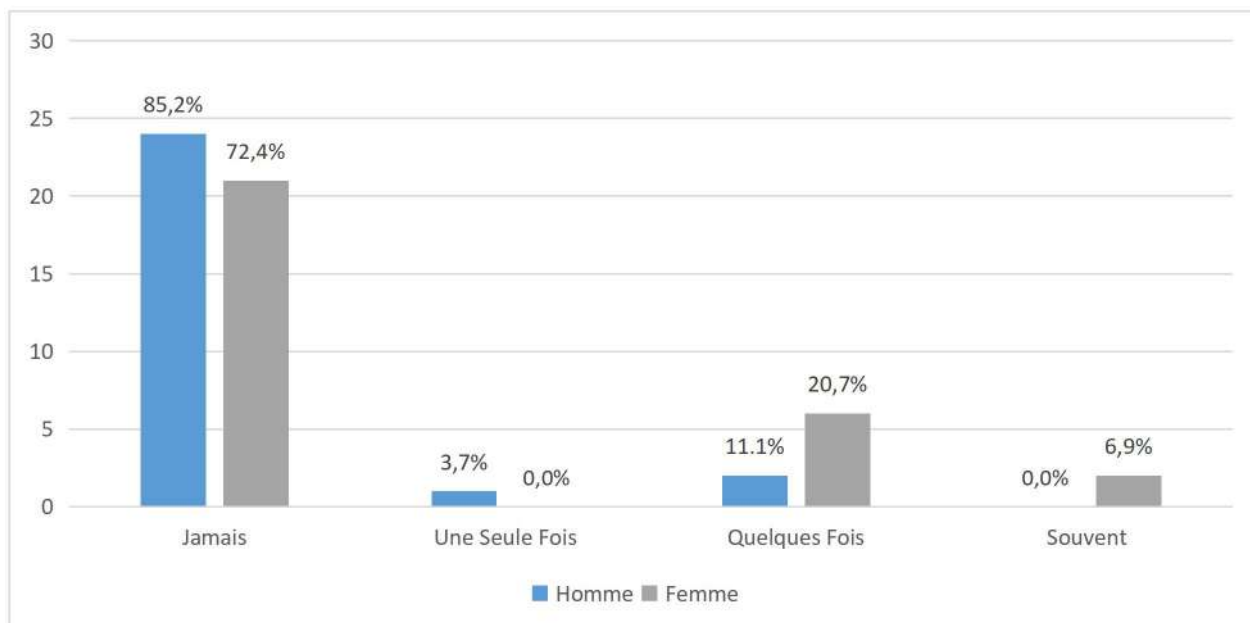


Figure 28 : Cas d'agressions verbales rapportées par sexe par la population étudiée lors de l'enquête

08 sur 12 cas (66.7%) qui ont fait face une agression verbale, ont déclaré que la raison est « **leur statut sérologique** », alors que 03 cas (25%) ont déclaré que « **pour une autre /d'autres raisons** », et un seule cas (8.3%) qui déclaré que « **A la fois à cause de son statut sérologique et pour d'autres raisons** » (Tableau 15).

Tableau 11 : Causes liées aux cas d'agression verbale selon le sexe

| | A cause de votre statut sérologique ? | Pour une autre/d'autres raisons ? | A la fois à cause de votre statut sérologique et pour d'autres raisons ? | Je ne sais pas pourquoi | Total |
|--------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--|-------------------------|-----------|
| Homme | 02 50% | 02 50% | 00 0.0% | 00 0,0% | 04 |
| Femme | 06 75% | 01 12.5% | 01 12.5% | 00 0.0% | 08 |
| Total | 08 66.7% | 03 25% | 01 8.3% | 00 0.0% | 12 |

6. Agression physique :

Parmi les 56 personnes enquêtées juste 02 femmes (3.6%) ont déclaré avoir été victimes d'agression physique au moins une fois (Tableau 16)

Tableau 12 : Cas d'agression physique selon le sexe rapportés

| | Jamais | Une Seule Fois | Quelques Fois | Total |
|--------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------|
| Homme | 27 100% | 0 0.0% | 0 0.0% | 27 |
| Femme | 27 93.1% | 1 3.4% | 1 3.4% | 29 |
| Total | 57 96.4% | 1 1.8% | 1 1.8% | 56 |

Les causes d'agression physique rapportées sont dues « à cause de leur statut sérologique » dans 50% des cas alors que « pour autre/d'autres causes » dans l'autre 50%.

Les victimes sont dans 100% des cas des femmes et les agresseurs identifiés sont généralement les conjoints ou partenaires (100%).

7. Pression psychologique ou manipulation par le conjoint :

Parmi les 56 PVVIH enquêtés, 46 cas qui répondent à cette question.

Plus d'un tiers des cas (16 / 46 cas) 34.8% ont déclaré avoir subi une pression psychologique ou une manipulation par le conjoint au moins une fois avec mention de leur statut sérologique. Ce sont les hommes qui se sont plaint le plus : 42.8 % vs 28 % pour les femmes (Tableau 17)

Tableau 13 : Pression psychologique ou manipulation par le conjoint par sexe

| | Jamais | Une Seule Fois | Quelques Fois | Souvent | Total |
|--------------|---------------------------|-------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------|
| Homme | 12 57.1% | 0 0.0% | 7 33.3% | 2 9.5% | 21 |
| Femme | 18 72% | 0 0.0% | 4 16% | 3 12% | 25 |
| Total | 30 65.2% | 0 1.8% | 11 23.9% | 5 10.9% | 46 |

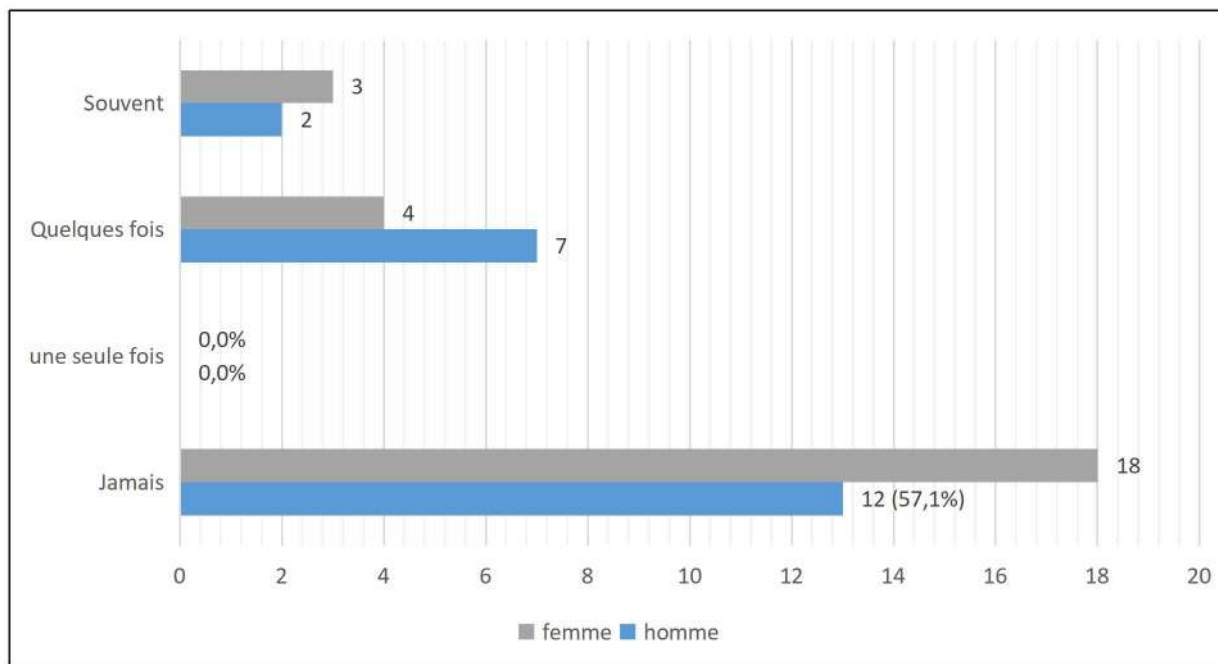


Figure 29 : Pression psychologique ou manipulation par le conjoint par sexe

8. Rejet sexuel :

26.8% des PVVIH enquêtées ont mentionné avoir été l'objet d'un rejet sexuel. Ce sont les hommes qui se sont plaint le plus : 33.3 % vs 20.7 % pour les femmes (Tableau 18)

Tableau 14 : Rejet sexuel

| | Jamais | Une Seule Fois | Quelques Fois | Souvent | Total |
|--------------|---------------------------|-------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------|
| Homme | 18 66.7% | 0 0.0% | 8 29.6% | 1 3.7% | 27 |
| Femme | 23 79.3% | 1 3.4% | 4 13.8% | 1 3.4% | 29 |
| Total | 41 65.2% | 1 1.8% | 12 21.4% | 2 3.6% | 56 |

9. Discriminations par d'autres PVVIH :

Parmi les 56 PVVIH, aucune personnes ont déclaré avoir vécu une expérience de discrimination par d'autres PVVIH (Tableau 19) ce qui montre de l'esprit de solidarité qui anime de façon générale les PVVIH.

Tableau 15 : Discrimination par d'autres PVVIH

| Discrimination par d'autres PVVIH | Jamais | Une seule fois | Quelques fois | Total |
|--|---------------|-----------------------|----------------------|--------------|
| Population de l'enquête | 56 100% | - - | - - | 56 |

10. Discrimination au sein de la famille :

11 PVVIH (19.6%) parmi les 56 personnes qui ont bien voulu répondre à cette question ont déclaré avoir vécu une expérience de discrimination au sein de la famille. Les femmes sont plaintes le plus 27.6% vs 11.1% pour les hommes (Tableau 20)

Tableau 16 : Discrimination au sein de la famille selon le sexe

| | Jamais | Une Seule Fois | Quelques Fois | Souvent | Total |
|--------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------|
| Homme | 24 88.9% | 1 3.7% | 1 3.7% | 1 3.7% | 27 |
| Femme | 21 72.4% | 0 0.0% | 4 13.8% | 4 13.8% | 29 |
| Total | 45 80.4% | 1 1.8% | 5 8.9% | 5 8.9% | 56 |

Les motifs de stigmatisation et discrimination mentionnés sont par ordre de fréquence décroissante :

- La peur de transmettre l'infection : 07 parmi 11 cas soit 63.6%
- L'incompréhension de leur maladie : 02 parmi 11 cas soit 18.2%
- La désapprobation de leur style de vie et leur comportement : 01 parmi 11cas soit 9.1%
- La perception d'une maladie honteuse par la société : 01 parmi 11cas soit 9.1%

III. ACCÈS AU LOGEMENT, AU TRAVAIL, AUX SERVICES DE SANTÉ ET A L'ÉDUCATION :

La question autour de l'accès au travail et autres services des PVVIH demeure très sensible pour savoir s'ils sont traités de la manière que les autres, ou si leur statut sérologique va affecter leurs droits au travail et à la santé notamment.

1. Changement de résidence :

Parmi les 56 PVVIH enquêtée, plus d'une personne sur quatre (28.5% soit 16 cas) a dû changer de lieu de domicile. Ce pourcentage est sensiblement plus élevé chez les PVVIH femmes (34.5%) à celui retrouvé chez les PVVIH hommes (22.2%)

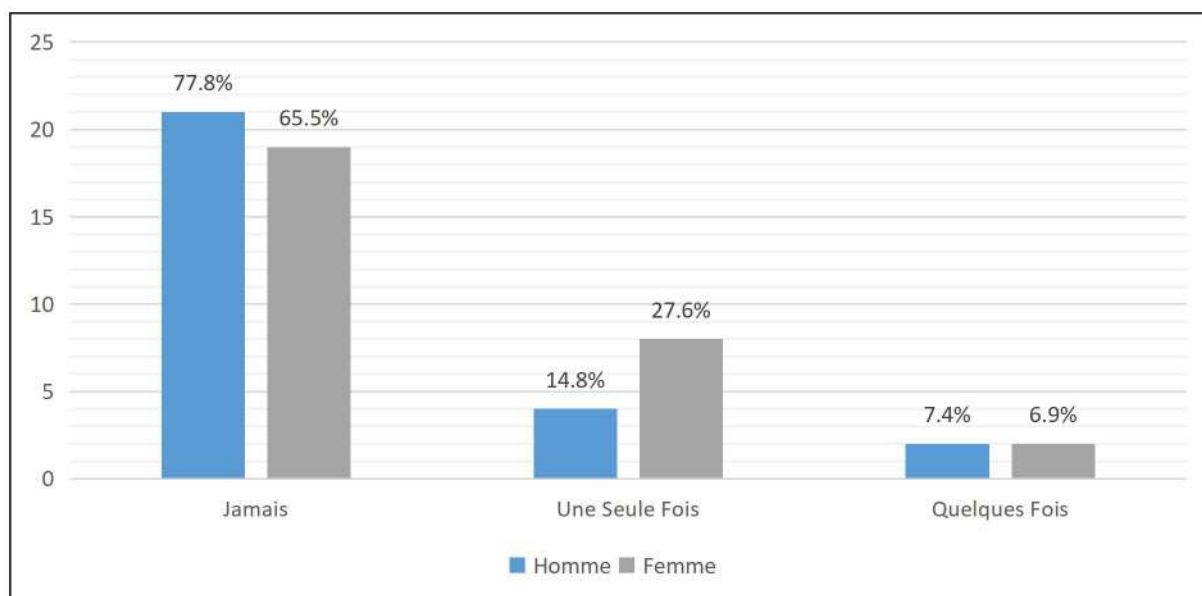


Figure 30 : Changement du lieu de résidence selon le sexe

Tableau 17 : Changement du lieu de résidence selon le sexe

| | Jamais | Une Seule Fois | Quelques Fois | Total |
|-------|-------------|----------------|---------------|-------|
| Homme | 21 77.8% | 4 14.8% | 2 7.4% | 27 |
| Femme | 19 65.5% | 8 27.6% | 2 6.9% | 29 |
| Total | 40 71.4% | 12 21.4% | 4 7.1% | 56 |

La raison principale de changement de résidence évoquée est 87.5% pour « une autre/d'autres raisons » quel que soit le sexe. 6.3 % des PVVIH (un seul cas) a été obligé de changer de lieu de résidence à cause de leur « statut sérologique ».

Tableau 18 : Les causes du changement de domicile

| | A cause de votre statut sérologique ? | Pour une autre/d'autres raisons ? | Je ne sais pas pourquoi | Total |
|--------------|--|--|--------------------------------|--------------|
| Homme | 0 0.0% | 6 100% | 0 0.0% | 06 |
| Femme | 1 10% | 8 80% | 1 10% | 10 |
| Total | 1 6.3% | 14 87.5% | 1 6.3% | 16 |

2. **Emploi :**

L'emploi a été en majorité sauvegardé (95.1% des répondants) et seulement 02 femmes ont déclaré l'avoir perdu au moins une fois (Tableau 23)

Tableau 19 : Perte d'emploi (N=41)

| | Jamais | Une Seule Fois | Total |
|--------------|---------------------|-----------------------|--------------|
| Homme | 27 100% | 0 0.0% | 27 |
| Femme | 12 85.7% | 2 14.3% | 14 |
| Total | 39 95.1% | 02 4.9% | 41 |

Un seul cas (2.3%) qui a déclaré avoir essuyé un échec pour une demande d'embauche

Tableau 20 : Refus d'embauche (N=43)

| | Jamais | Quelques Fois | Total |
|--------------------------------|---------------|----------------------|--------------|
| Population de l'enquête | 42 97.7% | 01 2.3% | 43 |

3. **Changement professionnel :**

02 personnes (6.1%) ont déclaré avoir été obligées de changer le poste de travail au moins une fois (tableau 31)

Tableau 21 : Changement de poste de travail selon le sexe

| | Jamais | Une Seule Fois | Total |
|--------------|---------------------------|--------------------------|--------------|
| Homme | 22 91.7% | 02 8.3% | 24 |
| Femme | 09 100% | 0 0.0% | 09 |
| Total | 31 93.9% | 02 6.1% | 33 |

Alors que 04 (12.1%) personnes parmi les 33 qui répondants à cette question ont déclaré avoir été changé la profession au moins une fois.

Tableau 22 : Changement professionnel selon le sexe

| | Jamais | Quelques Fois | Total |
|--------------|---------------------------|---------------------------|--------------|
| Homme | 20 83.3% | 04 16.7% | 24 |
| Femme | 09 100% | 0 0.0% | 09 |
| Total | 29 87.9% | 04 12.1% | 33 |

Mais les causes Ça n'a rien à voir avec la mauvaise santé ou la discrimination.

4. **Interdiction d'une institution d'enseignement :**

Parmi les 56 PVVIH, aucun cas ont rapporté avoir été interdits d'accès dans une institution d'enseignement à cause de leur statut sérologique.

5. Enfants suspendus de l'école :

Un seul cas a été l'objet d'une suspension dans une institution d'enseignement à cause de son statut sérologique.

6. Accès aux services de santé :

L'autre question principale abordée dans cette section est de savoir si ces gens sont traités différemment dans les services de santé.

09 femmes parmi les 56 PVVIH (16%) ont essayé au moins une fois un refus par les services de santé (Tableau 27)

Tableau 23 : Refus de prise en charge par les services de santé de la population étudiée lors de l'enquête selon le sexe

| | Jamais | Une Seule Fois | Quelques Fois | Total |
|--------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------|
| Homme | 27 100% | 0 0.0% | 0 0.0% | 27 |
| Femme | 20 69% | 5 17.2% | 4 13.8% | 29 |
| Total | 47 83.9% | 5 8.9% | 4 7.1% | 56 |

7. Refus des services de planification familiale et services de santé sexuelle et reproductive :

Le refus d'accès aux services de planification familiale et de santé sexuelle et reproductive a été peu signalé par les enquêtés de l'étude. Cela a été cependant rapporté par :

- 06 PVVIH (12.2%) pour les services de planification familiale,
- 05 PVVIH (10.2%) pour les services de santé sexuelle et reproductive (Tableau 28).

Tableau 24: Refus des services de planification familiale et services de santé sexuelle et reproductive

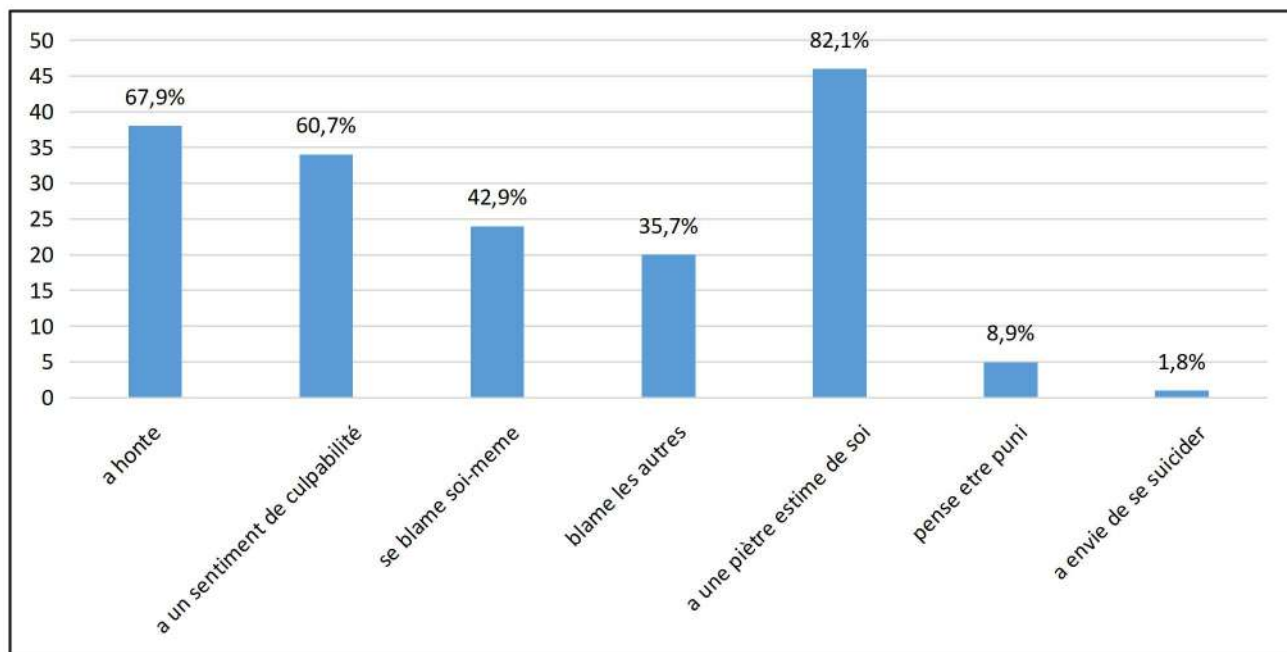
| | Accès refusé aux services de planification familiale | | | Accès refusé aux services de santé sexuelle et reproductive | | |
|--------------|--|-------------|-------|---|-------------|-------|
| | OUI | NON | Total | OUI | NON | Total |
| Homme | 0 0.0% | 22 100% | 22 | 0 0.0% | 22 100% | 22 |
| Femme | 6 22.2% | 21 77.8% | 27 | 5 18.5% | 22 81.5% | 27 |
| Total | 6 12.2% | 43 87.8% | 49 | 5 10.2% | 44 89.8% | 49 |

IV. STIGMATISATION INTERNES ET CRAINTES

RESSENTIES :

Cette partie évoque les questions relatives à la stigmatisation interne (auto-stigmatisation) et les différentes peurs qui entravent la qualité de vie et la santé des PVVIH.

Parmi les 56 PVVIH interrogées. 38 cas (82.1%) a une piètre estime de soi, 46 cas (67.9%) ont éprouvé un sentiment de honte, alors que 34 cas (60.7%) a un sentiment de culpabilité. 24 cas (42.9%) se sont blâmé eux-mêmes, et 20 cas (35.7%) ont répondu avoir blâmé les autres de les avoir contaminés, 8.9% pense d'être puni et 1.8% a envie de se suicider.



Les comportements volontaires liés à la stigmatisation (cf. Tableau 28) sont dominés par la décision de ne pas se rendre à des manifestations sociales (41.1%), de s'isoler de sa famille et/ou de ses amis (37.5%), de ne pas avoir de relations sexuelles (35.4%) et de ne pas (plus) avoir d'enfant (36.5%) et pour la décision d'éviter d'aller à l'hôpital (32.1%), et parmi les PVVIH non marié 43.5% prendre la décision de ne pas se marier. Il en de même pour les actes d'auto-stigmatisation.

Tableau 25 : Décisions prises à cause de la stigmatisation interne

| | Oui | Non | Total |
|--|-------------|-------------|-------|
| J'ai choisi de ne pas aller à une/des manifestations(s) sociale(s) | 23 41.1% | 33 58.9% | 56 |
| Je me suis isolé de ma famille et/ou de mes amis | 21 37.5% | 35 62.5% | 56 |
| J'ai décidé d'arrêter le travail | 06 14.3% | 36 85.7% | 42 |
| J'ai décidé de ne pas demander un emploi /travail ou une promotion | 05 11.4% | 39 88.6% | 44 |
| J'ai abandonné l'éducation /formation ou je n'ai pas saisi une occasion d'éducation/formation | - | 24 100% | 24 |

| | | | |
|--|-------------|-------------|----|
| J'ai décidé de ne pas me marier | 10 43.5% | 13 56.5% | 23 |
| J'ai décidé de ne pas avoir de relations sexuelles | 17 35.4% | 31 64.6% | 48 |
| J'ai décidé de ne pas (plus) avoir d'enfant | 19 36.5% | 33 63.5% | 52 |
| J'ai évité d'aller à l'hôpital au moment où j'en avais besoin | 18 32.1% | 38 67.9% | 56 |

Les peurs et craintes d'être victimes de propos ou d'actes malveillants de la part d'autres personnes sont par ordre de fréquence décroissante (cf. Tableau 29) :

- De devoir subir des commérages dans 66.1 % (37/56 PVVIH)
- D'avoir à essuyer des insultes dans 41.1% (23/56 PVVIH)
- D'être menacé physiquement dans 17.9% (10/56 PVVIH)
- D'être agressé physiquement dans 8.9% (05/56 PVVIH)

Tableau 26 : Peurs et craintes venant d'autres personnes

| | Oui | Non | Total |
|--|-------------|-------------|--------------|
| Qu'on fasse de commérage sur moi | 37 66.1% | 19 33.9% | 56 |
| D'être insulté(e)/harcelé(e) et/ou menacé(e) | 23 41.1% | 33 58.9% | 56 |
| D'être physiquement harcelé(e) et/ou menacé (e) | 10 17.9% | 46 82.1% | 56 |
| D'être physiquement agressé(e) | 05 8.9% | 51 91.1% | 56 |

Peur d'être rejeté sexuellement à cause de la maladie : Près d'une personne sur quatre (28.6%) a exprimé la crainte de se voir refuser une relation sexuelle en raison de sa séropositivité (Tableau 30)

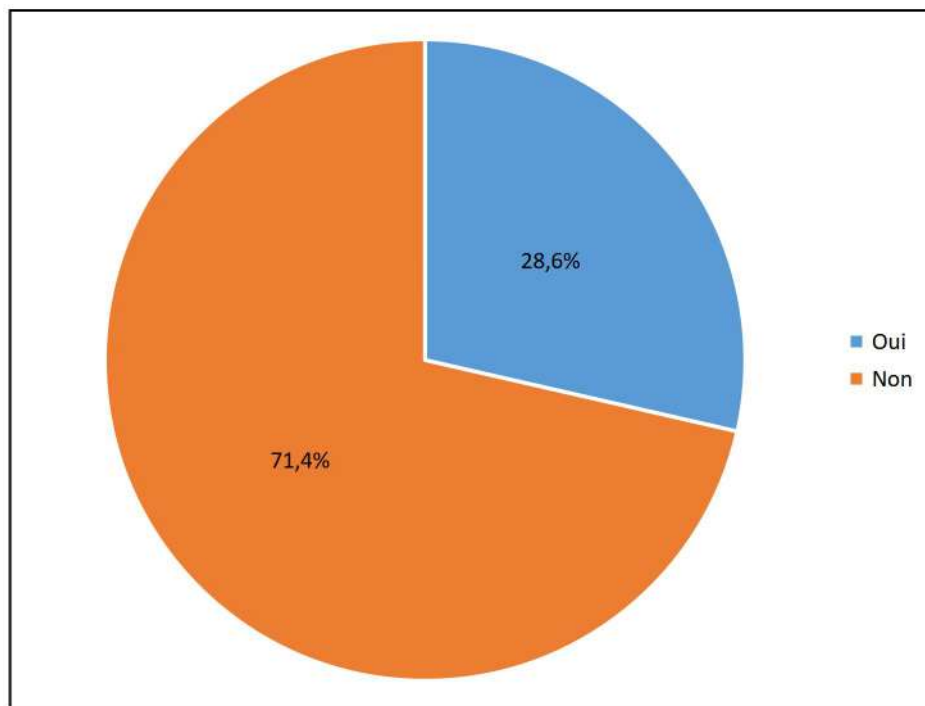


Figure 31 : Crainte d'être rejeté sexuellement

Tableau 27 : Crainte d'être rejeté sexuellement

| | Oui | Non | Total |
|----------------------------|-------------|-------------|-------|
| Rejeté sexuellement | 16 28.6% | 40 71.4% | 56 |

Dans le cadre de l'effet de l'auto-stigmatisation et les Peurs et craintes venant d'autres personnes sur la santé, 30.4% déclaré que leurs sante détérioré au moins une fois

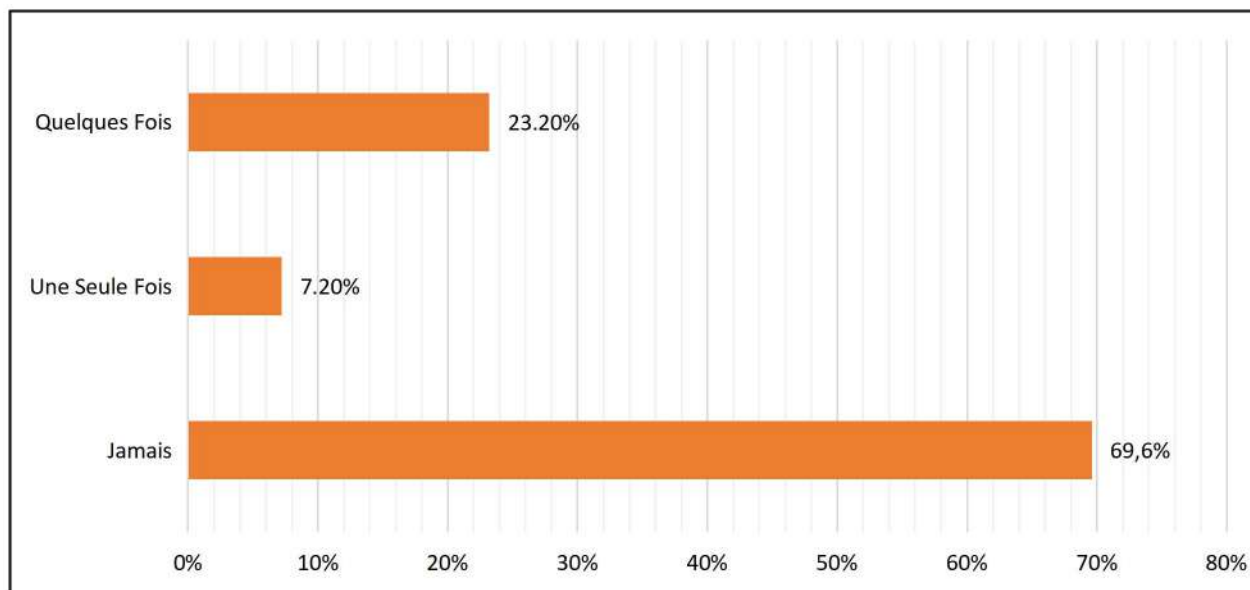


Figure 32 : Détérioration de la santé des PVVIH due à la stigmatisation

Alors que 19.7% des PVVIH déclaré que n'ont prendre pas son traitement pour le VIH au moins une fois à cause de l'auto-stigmatisation et les Peurs et craintes venant d'autres personnes.

| | Jamais | Une Seule Fois | Quelques Fois | Souvent | Total |
|-----------|-------------|----------------|---------------|------------|-------|
| Effectifs | 45 80.4% | 03 5.4% | 06 10.4% | 02 3.6% | 56 |

V. DROITS, LOIS ET POLITIQUES :

Le but de cette section est de savoir si les participants ont pris connaissance de la Déclaration politique de juin 2001 - déclaration d'engagement sur le VIH- des lois et politiques nationales et les différentes violations de leurs droits ainsi que les actions menées pour y remédier.

1. Connaissance sur la déclaration d'engagement sur le VIH/sida :

Concernant la déclaration d'engagement sur le VIH/sida, 09 PVVIH (16.1%) seulement ont pris connaissance de cette déclaration relative à la protection de leurs droits (Tableau 31).

Tableau 28 : Connaissance de l'engagement sur le VIH/ sida qui protège les droits des PVVIH

| Connaissance de l'engagement qui protège les droits des personnes vivant avec VIH | Oui | Non | Total |
|--|-------------|-------------|--------------|
| Population enquêtée | 09 16.1% | 47 83.9% | 56 |

2. Connaissance des lois nationales sur la protection des droits :

Près de 40 % (21 PVVIH) parmi les enquêtées ont déclaré avoir une connaissance de l'arsenal juridique relative à la protection des droits des personnes y compris les PVVIH (droit au secret médical, droit à la santé, droit à l'information...)

Tableau 29 : Connaissance des lois nationales sur la protection des droits

| Connaissance des lois nationales sur la protection des droits | Oui | Non | Total |
|--|-------------|-------------|--------------|
| Population enquêtée | 21 37.5% | 35 62.5% | 56 |

3. Violations des droits à cause du statut sérologique :

Parmi les 319 PVVIH qui ont bien voulu répondre à cette question, 04 d'entre elles (7.1%) ont déclaré avoir été victimes d'une violation de leurs droits à cause du statut sérologique.

Tableau 30 : Violations des droits à cause du statut sérologique

| Violation des droits | Oui | Non | Ne sait pas | Total |
|-----------------------------|------------|-------------|--------------------|--------------|
| Population enquêtée | 04 7.1% | 43 76.8% | 09 16.1% | 56 |

Pour les situations de violations à cause du statut sérologique :

- Un seul cas soumettre à une procédure médicale ou sanitaire
- L'autres 03 cas ont choisies : aucune ces violations.

4. **Recours légal :**

Sur les 04 PVVIH dont les droits avaient été violés, aucun d'entre elles ont eu recours aux pouvoirs juridiques pour faire valoir leur droit. Les réponses invoquées pour ne pas envisager un recours légal sont dominées par différentes raisons peu explicitées (Tableau 34).

Tableau 31 : Raisons d'un non recours par voie légale

| Raisons d'absence à un recours légal | Nombre | Pourcentage |
|--------------------------------------|--------|-------------|
| Ressources financières insuffisantes | 01 | 25% |
| Processus trop bureaucratique | 01 | 25% |
| Effrayé et intimidé | 01 | 25% |
| Pas/peu certain du résultat | 01 | 25% |
| Total | 04 | 100% |

VI. **DIVULGATION DE LA SÉROPOSITIVITE ET CONFIDENTIALITE :**

1. **Comportement des agents de santé et confidentialité du dossier médical :**

Parmi les PVVIH enquêtées, moins de 10 % d'entre elles ont rapporté que des membres du personnel de santé ont divulgué, sans leur accord, leur statut sérologique à un tiers (Tableau 35).

Tableau 32: Divulgence du statut sérologique par un professionnel de santé

| Divulgence du statut sérologique par un professionnel de santé | Oui | Non | Ne sait pas | Total |
|--|------------|-------------|-------------|-------|
| Population enquêtée | 05 8.9% | 44 78.6% | 07 12.5% | 56 |

2. **Divulgence de son statut et confidentialité :**

La divulgation du statut VIH a été faite par la personne elle-même (Tableau 48) :

- au mari/à son épouse/au partenaire dans 79.6% (N=39/49) des cas,

- au Personnel de santé dans 64.3%
- à un membre de la famille dans 55.4% des cas.
- à d'autres PVVIH dans 33.9 % des cas,

Juste 6.1% des PVVIH enquêtées se sont montrés réticents à informer leur partenaire de leur séropositivité.

Tableau 33: Divulgence de son statut et confidentialité

| | Répondants | Ils ne savent pas mon statut | Je leur ai dit | Quelqu'un d'autre leur a dit avec mon accord | Quelqu'un d'autre leur a dit sans mon accord |
|---|------------|------------------------------|----------------|--|--|
| Mari/épouse/partenaire | 49 | 03 (6.1%) | 39 (79.6%) | 07 (14.3%) | - |
| Autre membre adulte de la famille | 56 | 20 (35.7%) | 31 (55.4%) | 03 (5.4%) | 02 (3.6%) |
| Amis/voisins | 56 | 49 (87.5%) | 04 (7.1%) | - | 03 (5.4%) |
| Autres PVVIH | 56 | 34 (60.7%) | 19 (33.9%) | 2 (3.6%) | 1 (1.8%) |
| Personnes avec qui vous travaillez | 33 | 30 (90.9%) | 02 (6.1%) | 01 (3%) | - |
| Votre employeur | 28 | 26 (92.9%) | 02 (7.1%) | - | - |
| Leaders religieux | 56 | 54 (96.4%) | 02 (3.6%) | - | - |
| Personnel de santé | 56 | 19 (33.9%) | 36 (64.3%) | 01 (1.8%) | - |

3. Réaction de l'entourage suite à la divulgation du statut sérologique :

- La réaction de « mari/femme/partenaire » après avoir pris connaissance du statut sérologique été :
 - Très discriminatoire / discriminatoire dans majorité des cas 39.1%
 - Pas différent dans 34.8%,
 - Alors que très sympathique / sympathique dans 26%
- La réaction des « Autres membres adultes de la famille » après avoir pris connaissance du statut sérologique été :
 - Très sympathique / sympathique dans majorité des cas 47.2%
 - Très discriminatoire / discriminatoire dans 30.6%
 - Alors que pas différent dans 22.2%

- La réaction des « Amis/voisins » été très discriminatoire / discriminatoire dans majorité des cas 57.2%, alors que sympathique dans 28.6% des cas.
- La réaction des « Autres PVVIH » été très sympathique / sympathique dans majorité des cas 61.9%, alors que Pas différent dans 38.1% des cas.
- La réaction des « Personnes avec qui elles travaillent » été très discriminatoire / discriminatoire dans majorité des cas 40%, alors que sympathique dans 20% des cas.
- La réaction de « leurs employeur » été très discriminatoire / discriminatoire dans majorité des cas 66.6%.
- La réaction des « Personnels de santé » été très sympathique / sympathique dans plus des moitié des cas 56.8%, et très discriminatoire / discriminatoire dans 27% des cas.

Tableau 34 : Réaction de l'entourage suite à la divulgation du statut sérologique

| | Répondants | Très discriminatoire | Discriminatoire | Pas différent | Sympathique | Très sympathique |
|---|------------|----------------------|-----------------|---------------|---------------|------------------|
| Votre mari/femme/partenaire | 46 | 02 (4.3%) | 16 (34.8%) | 16 (34.8%) | 10 (21.7%) | 02 (4.3%) |
| Autres membres adultes de la famille | 36 | 05 (13.9%) | 06 (16.7%) | 08 (22.2%) | 14 (38.9%) | 03 (8.3%) |
| Amis/voisins | 07 | 01 (14.3%) | 03 (42.9%) | 01 (14.3%) | 02 (28.6%) | - |
| Autres PVVIH | 21 | - | - | 08 (38.1%) | 09 (42.9%) | 04 (19%) |

| | | | | | | |
|---|----|--------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| Personnes avec qui vous travaillez | 05 | 01 (20%) | 01 (20%) | 02 (40%) | 01 (20%) | - |
| Votre employeur | 03 | 01 33.3% | 01 (33.3%) | 01 (33.3%) | - | - |
| Leaders religieux | 01 | - | - | 01 (100%) | - | - |
| Personnel de santé | 37 | 02 (5.4%) | 08 (21.6%) | 06 (16.2%) | 20 (54.1%) | 01 (2.7%) |

CHAPITRE IV : DISCUSSION

Nous avons réalisé une étude transversale à collecte prospective sur 03 mois au sein du Centre de Référence de Ouargla. Notre objectif était d'étudier les différents aspects de discrimination et stigmatisation vécues par les personnes vivant avec le VIH suivie dans le service. L'étude a porté sur un échantillon de 56 patients.

Au regard des résultats de l'étude, les points suivants méritent d'être discutés : le sexe, la tranche d'âge, le niveau d'étude, le niveau de stigmatisation, exclusion des manifestations sociales, exclusion des manifestations religieuses, exclusion des manifestations familiales, commérages, insultes, harcèlement, menaces verbales, harcèlement et menaces physiques.

I. Taille de l'échantillon :

La présente étude a porté sur un échantillon total de 56 enquêtés dont 35 (62.5%) patients appartenant aux populations clés (PS ; les homosexuels ; Détenu ; Client de PS ; UDI). Les homosexuels représentent le plus grand groupe de population clés 45.7% (16 cas de 35 cas), suivi par PS 28.6% (10 cas de 35 cas). Puis les clients de PS 25.7% (9 cas de 35 cas)

II. Le sexe :

Le sexe féminin était le plus représenté avec une fréquence de 51.8 % soit une sex-ratio de 1,07. Ces résultats sont similaires à de nombreuses études qui retrouvaient une prédominance féminine. En effet, l'étude de l' « index stigma » entreprise dans l'Algérie en 2015 [51] a permis de sélectionner 65.6% de femmes contre 34.4% d'hommes, aussi dans les autres pays africains qui ont déjà réalisé l'étude de « index stigma » comme NIGER [52], TOGO [10] et Côte-d'Ivoire [28] où les femmes constituent respectivement 64.7% 66.5% 69.1%.

Une tendance à la féminisation au cours de la dernière décennie : si en 2000, l'infection était plus fréquente chez homme que chez la femme, ces dernières années, l'infection touche aussi bien la femme que l'homme de façon équitable. Ceci qui conforte le mode de transmission hétérosexuel de l'infection en Algérie. [35]

Comme dans presque tous les pays où l'étude sur l'index stigma a été réalisée, il a été noté également dans cette étude que les femmes étaient majoritairement représentées dans quasiment toutes les tranches d'âge. Cela correspond bien à la réalité du VIH qui demeure prédominante chez les femmes qui semblent plus vulnérables pour plusieurs raisons telles

que: la pauvreté chronique; la subordination socio-économique des femmes; la vente de services sexuels; le taux d'analphabétisme élevé, l'activité sexuelle précoce des jeunes filles avec des partenaires plus âgés, le retrait précoce de la fille de l'école pour des raisons économiques et sociales, le divorce avec de nombreux enfants à charge et la vulnérabilité biologique. [53]

III. La tranche d'âge :

Les estimations par âge montrent que l'épidémie du VIH touche toutes les tranches d'âge de 15 à 59 ans avec une prédilection entre 20 et 54 ans [35]. Notre étude a ciblé les personnes de plus de 18 ans, Les personnes interrogées sont relativement jeunes avec une moyenne d'âge de 39 ans et des extrêmes de 19 et 68 ans, la tranche d'âge la plus représentée est celle comprise entre 30 à 39 ans soit 37.5% d'enquêtés.

Ces données sont quasiment similaires à celles de l'« index stigma » de l'Algérie 2015 [51] où le groupe d'âge le plus représenté est celui de 30-39 ans avec plus de 40 %.

Dans les autres pays l'analyse des tranches d'âge les plus représentées dans l'étude de l'« index stigma » sont les suivantes par pays : Maroc 30-39 ans (31%) [54], Togo 30-39 ans (28.2%) [55], Côte d'Ivoire 30-39 ans (30.4%) [53], Niger 35-44 ans (33,2%) [52]

Certaines expériences rapportées, de stigmatisation ou de discrimination varient significativement en fonction du groupe d'âge : L'exclusion d'activités religieuses ou de rencontres sociales, le refus d'emploi, la discrimination du conjoint ou du partenaire, les blessures physiques sont plus accentués chez les 30-49 ans comparée aux autres groupes d'âges.

IV. Niveau d'étude :

Le niveau d'étude des enquêtés est généralement faible. La majeure partie de ces personnes (66%) soit, n'ont atteint que le niveau moyen (46.4%) soit n'ont atteint que le niveau primaire (12.5%), soit n'ont aucun niveau d'instruction (7.1%). Seulement un tiers des PVVIH ont un niveau secondaire (16.1%) ou supérieur (17.9 %). Ces résultats présentent quelques similitudes avec celles de l'« index stigma » de Maroc [54] la majorité des enquêtés (52.2%) ont un niveau d'études faible : aucun niveau d'études (26,8%) et niveau primaire (25.7%). Il en est pour le Mauritanie [56] où près de la moitié des enquêtés (43.1%) n'a que le niveau primaire et plus d'un quart (32.8%) n'a pas reçu

d'instruction scolaire. Si les taux d'enquêtés de faible niveau d'étude sont moins élevés en Niger [52] (aucun niveau d'études : 3.9%, niveau primaire : 11.2%.)

Ces résultats montrent que le niveau d'étude des enquêtés est généralement faible.

Ce faible niveau d'instruction des PVVIH les prédisposent aux secteurs d'activités dans l'informel dans un contexte où l'insertion socioprofessionnelle est conditionnée à la présentation d'un diplôme. Du coup, ces enquêtés, n'arrivent pas à s'autonomiser. Ce qui pourrait les exposer à la violence et la délinquance juvéniles qui ont des conséquences néfastes sur l'individu et la société. Il s'agit d'une situation qui doit préoccuper et face à laquelle des mesures urgentes doivent être mises en place.

V. Niveau de stigmatisation et de discrimination :

Cette expérience se traduit par l'exclusion des activités ou rencontres sociales (mariages, fêtes, funérailles, clubs), le harcèlement verbal, le chantage, le refus ou perte d'emploi, le changement de la description du poste ou de la nature du travail dans des proportions qui peuvent paraître faibles. Mais à l'échelle de la taille estimée des personnes vivant avec le VIH en Algérie, cela est préoccupante et mérite des actions urgentes pour la réduction de ces situations de violence ou de violation des droits simplement du fait du statut sérologique positif.

Elles sont davantage plus marquées chez les populations clés toutes confondues, porteur du VIH. On parlera d'une double stigmatisation. Une stigmatisation liée à l'appartenance au groupe des populations clés soit du fait de l'orientation sexuelle, le travail du sexe ou la consommation des drogues et une deuxième raison de stigmatisation liée au statut VIH positif. Cette réalité est comparable dans presque tous les pays où cette évaluation a été faite dans des proportions variables avec des spécificités par endroit sur les formes.

Les expériences les plus courantes dans les pays et parmi les groupes de population étaient également le harcèlement verbal et les remarques discriminatoires ou des commérages. Des situations qui pourraient constituer des barrières à l'accès aux services de santé de base. La stigmatisation peut également affecter les comportements de recherche de soins de santé par les populations clés.

1. Exclusion des enquêtés des manifestations sociales :

8.9% d'enquêtés ont affirmé avoir été exclus de manifestations sociales. Alors qu'en Algérie 2015 [51] ce taux était de 46.2%, et l'infection au VIH était le motif principal de cette exclusion. En fait, ce pourcentage est élevé par rapport aux différentes études dont les résultats sont disponibles : Maroc (2,5%) [54], Niger (3%) [52], Mauritanie (2%) [56], cote-dl voire (2.2%) [53], au cours des 12 derniers mois.

Comparativement aux données récentes et à celles de l'enquête de 2015 réalisée en l'Algérie (stigma index), il y a une nette amélioration des indicateurs relatifs à l'exclusion des PVVIH des manifestations sociales et religieuses. Ceci témoigne de l'efficacité des actions entreprises dans ce domaine pour la réduction de la stigmatisation et de la discrimination du fait du statut VIH.

2. Exclusion des enquêtés des manifestations familiales :

Ce sont 12.5% d'enquêtés qui ont affirmé avoir été victimes d'exclusion de manifestations familiales en raison de leur statut sérologique. Alors qu'en Algérie 2015 [51] ce taux était de 40.62%. Mais Ce taux est plus élevé des études entreprises : Maroc (2.7%) [54], Niger (3%) [52], Mauritanie (1.1%) [56], cote-dl voire (1.2%) [53], au cours des 12 derniers mois.

Aussi dans notre étude 11 PVVIH (19.6%) parmi les 56 personnes ont déclaré avoir vécu une expérience de discrimination au sein de la famille. Les femmes sont plaintes le plus 27.6% vs 11.1% pour les hommes. Le principal raison de stigmatisation et discrimination mentionné été « La peur de transmettre l'infection » dans 63.6% des cas.

Ceci s'explique par le fait qu'en Algérie certaines personnes restent encore mal informées sur VIH. L'accompagnement des familles reste très important dans le suivi du traitement du PVVIH. Ainsi, le taux devrait être de 0%. Toutefois, cette attitude d'exclusion peut être justifiée par des comportements (dépravation, vagabondage, banditisme etc.) par lesquels la famille aurait déjà maintes fois attiré l'attention du PVVIH.

3. Exclusion des enquêtés des manifestations religieuses :

La proportion de PVVIH victimes d'exclusion de manifestations religieuses est moins de 4%.

4. Commérages vécues par les PVVIH :

Selon l'étude, 19.6% des PVVIH enquêtées ont déjà eu connaissance de remarques discriminatoires ou de commérages à leur sujet de la part de membres de leur famille et de la part d'autres personnes au-delà de leur famille en raison « à la fois du statut sérologique et pour d'autres raisons ». Cette proportion est plus faible que celle de l' « index stigma » 2015 qui a été de 70.97% [51], et du Togo 32.8%, Cependant, il est plus faible que ceux de la Maroc (5.6%) [54], du Mauritanie (2.6%) [56], du Niger (12%) [52], et de la Côte d'Ivoire (4%) [53].

5. Insultes, harcèlements, menaces verbales :

Ce sont 12 enquêtés qui ont vécu des cas d'insultes, de harcèlement et de menaces verbales (p. ex., cris, réprimandes ou autres formes de violence verbale), soit 21.5%, alors qu'en Algérie 2015 ce taux est de 30.1%. Cette proportion est plus élevée que celles du Maroc (5.6%) [54], du Mauritanie (2.3%) [56], du Niger (12%) [52] et de la Côte d'Ivoire (2.7%) [53].

Ce qui s'explique par une insuffisance de compréhension de risques liés au VIH. En effet, certaines personnes, violentes de nature, s'adonnent au jeu de frustrations des personnes de façon générale et de PVVIH en particulier. Lorsque des plaintes sont portées contre elles pour diffamation, comme nous avons pu le constater ces derniers temps, nous voyons des personnes prêtes à se rétracter et même se confondre en excuses publiques dans certains contextes. Ces comportements peuvent être éradiqués si de plus en plus de PVVIH connaissent leurs droits et sont prêts à utiliser les plateformes de dénonciation mises à leur disposition.

6. Violences physiques :

3.6% (02 femmes) des enquêtés ont déjà été blessé(e)s physiquement (p. ex., bousculade, coups ou autres formes de violence corporelle) où juste un seule cas déclare que le raison est son statut sérologique. Par contre en Algérie 2015 ce taux est 42.7%. Comparativement au autre pays : Maroc 2% [54], Niger 5% [52], Mauritanie 0.5% [56], Côte d'Ivoire 1% [53].

VI. Stigmatisation par le personnel de santé :

8.9% des enquêtés ont déclaré que des membres du personnel de santé ont divulgué, sans leur accord, leur statut sérologique à un tiers, alors que en 2015 (étude stigma index en Algérie) été 3.65% [51]. Ces taux soutiennent que plus les années passent, plus ce comportement du personnel qui consiste à dire à un tiers le statut d'un séropositif devient plus fréquent.

En outre, 16% (femmes) ont témoigné s'être vu refuser un service de santé de la part du personnel soignant à cause de son statut sérologique, alors qu'en 2015 ils étaient 53.29% [51] et en Maroc 2022 a été estimé à 15.1% [54].

19.7% de ceux qui sont sous traitement antirétroviral ont manqué une fois leur dose de traitement par crainte qu'une personne apprenne leur séropositivité, alors que ce pourcentage a été estimé à 27.6% selon l'étude de « stigma index » en Maroc 2022 [54].

Aussi 32.1% des enquêtés ont choisi d'éviter d'aller dans un centre de santé ou à l'hôpital au moment où ils en avaient besoin à cause de leur séropositivité, alors que ce pourcentage de stigmatisation a été estimé à 31.65% selon l'étude de « stigma index » en Algérie 2015 [51].

Ces différentes attitudes stigmatisantes des soignants ne sont pas de nature à permettre aux PVVIH de fréquenter les centres de santé. La stigmatisation par le personnel de santé est préoccupante, l'accès au service de santé permettant une meilleure prise en charge entrant dans la lutte contre le VIH/Sida.

VII. L'accès à l'emploi :

L'emploi a été en majorité sauvegardé (95.1% des répondants) et seulement 02 femmes (4.9%) ont déclaré l'avoir perdu. Un seul cas (2.3%) qui a déclaré avoir essuyé un échec pour une demande d'embauche. Sa montre que la discrimination au milieu de travail est très limitée, parce que la divulgation du statut sérologique au niveau du travail est très minime (juste 02 cas où employeur connu le statut sérologique de PVVIH).

VIII. Concernant la stigmatisation interne et craintes ressenties :

La stigmatisation intériorisée a été la forme de stigmatisation la plus fréquente vécue par les PVVIH indifféremment de leur statut social. On retrouve parmi les principales manifestations de la stigmatisation intériorisée :

38 cas (82.1%) a une piètre estime de soi, 46 cas (67.9%) ont éprouvé un sentiment de honte, alors que 34 cas (60.7%) a un sentiment de culpabilité. 24 cas (42.9%) se sont blâmés eux-mêmes, et 20 cas (35.7%) ont répondu avoir blâmé les autres de les avoir contaminés, 8.9% pense d'être puni et 1.8% a envie de se suicider.

Les comportements de stigmatisation intériorisée ont un impact considérable sur la vie des PVVIH enquêtées notamment sur leur accès aux services sanitaires et leur sociabilité.

En Ouargla, 32.1% des PVVIH enquêtées ont choisi d'éviter d'aller dans un centre de santé ou à l'hôpital au moment où ils en avaient besoin à cause de leur séropositivité.

Dans l'ensemble, l'auto-isolement social et familial pour des raisons de stigmatisation liée au statut VIH est un comportement fréquent chez les PVVIH enquêtées (41.1% et 37.5%). Ces taux étaient de 35,1% et 64.3% dans l'étude de « stigma index » en Algérie 2015 [51]. Ce qui ne permet pas une socialisation des personnes séropositives. Ceci ne garantit pas leur épanouissement et les prédisposent à des problèmes de santé physique (conséquence de la sédentarité par exemple) et psychologique (dépression par exemple).

Ces comportements de stigmatisation intériorisée au sein des PVVIH peuvent s'expliquer par le fait que les actions entreprises pour réduire la stigmatisation et la discrimination n'avaient pas suffisamment pris en compte le volet stigmatisation intériorisée. Il urge alors de focaliser les sensibilisations aussi bien sur leur l'environnement social des PVVIH, mais aussi et surtout sur les PVVIH elles-mêmes.

IX. Connaissance de la loi portant protection :

La plupart des PVVIH enquêtées sont dans l'ignorance :

- Dépistage, divulgation de la séropositivité, traitement et le fait d'avoir des enfants la déclaration d'engagement sur le VIH/sida : 83.9 %,

- des lois nationales sur la protection des droits : 62.5 %.

Alors que ces taux étaient de 92.5% et 95% dans l'étude de de « stigma index » en Algérie 2015 [51].

Ces taux démontrent que des efforts de vulgarisation de ces lois sont faits en la matière. Mais les PVVIH victimes de stigmatisation et de discrimination en font peu usage. Elles évoquent la peur de recourir à la justice sous peine d'être poursuivies pénalement (populations clés) ou d'être plus stigmatisées (PVVIH population générale).

X. Divulgence du statut séropositif par les PVVIH elles-mêmes :

L'annonce de la séropositivité a été faite volontairement par la personne elle-même au mari/à son épouse/au partenaire dans 79.6% (N=39/49) des cas, au Personnel de santé dans 64.3%, à un membre de la famille dans 55.4% des cas, à d'autres PVVIH dans 33.9 % des cas.

Alors que la réaction de « mari/femme/partenaire » après avoir pris connaissance du statut sérologique été « Très discriminatoire / discriminatoire » dans majorité des cas 39.1%, la réaction des « Autres membres adultes de la famille » été « Très discriminatoire / discriminatoire dans » 30.6%, la réaction des « Personnels de santé » été « Très discriminatoire / discriminatoire dans » dans 27% des cas, la réaction des « Autres PVVIH » été très sympathique / sympathique dans majorité des cas 61.9%.

La persistance de la stigmatisation et de la discrimination justifie cette difficulté des PVVIH à communiquer leur statut VIH. Il urge que des actions soient entreprises pour lutter contre la stigmatisation des personnes séropositives afin de créer des conditions les motivant à dire aux gens leur séropositivité sans crainte d'être stigmatiser et discriminer. Ceci va contribuer à stimuler plus de personnes à se faire dépister et amener les partenaires à accepter d'utiliser le préservatif avec une personne séropositive qui leurs auraient annoncé leur séropositivité.

RECOMMANDATIONS

1. Renforcer le plaidoyer pour la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH et autres populations vulnérables au risque IST/VIH/sida à travers
 - les associations en particulier l'association « El Hayat » des PVVIH,
 - les leaders politiques et religieux,
 - la production de brochures aux problèmes de stigmatisation / discrimination,
 - les interventions de communication sociale.

2. Renforcer les capacités des intervenants en matière de lutte contre la stigmatisation, la discrimination et la protection des droits à la santé des populations vulnérables.

3. Améliorer les conditions de vie et de prise en charge globale des PVVIH

4. Mettre en place un mécanisme d'enregistrement, de documentation et de riposte des cas de discrimination rencontrés par les PVVIH

CONCLUSION

Notre étude ciblait le phénomène complexe de la stigmatisation et de la discrimination, a permis de recueillir des données utiles à l'amélioration de la prise en charge des PVVIH.

La réalisation de cette enquête a montré que les PVVIH ont parlé ouvertement de leur maladie, même sur des sujets très personnels.

L'enquête a montré également que la stigmatisation et la discrimination liées au VIH font partie de la vie quotidienne des PVVIH particulièrement de sexe féminin qui ont bien voulu participer à cette enquête. Tous les domaines sont concernés qu'il s'agisse de la vie sociale et familiale.

La lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH en général et des populations clés en particulier va contribuer à l'atteinte de l'objectif d'élimination de l'épidémie de sida en tant que menace pour la santé publique en Algérie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ouedraogo, HW, *Evaluation des performances de sept test de dépistage du VIH utilisés au CNTS de Bamako*. 2005.
2. Organisation mondiale de la Santé. *VIH et sida - Principaux Faits*. 2022; Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
3. Pasteur, Institut, *Sida / VIH : symptômes, traitement, prévention*.
4. Rankin, William W, et al., *The stigma of being HIV-positive in Africa*. PLoS medicine, 2005. **2**(8): p. e247.
5. *HIV Stigma and Missed Medications in HIV-Positive People in Five African Countries*. AIDS Patient Care and STDs, 2009. **23**(5): p. 377-387.
6. Kalichman, Seth C and Leickness C Simbayi, *HIV testing attitudes, AIDS stigma, and voluntary HIV counselling and testing in a black township in Cape Town, South Africa*. Sexually transmitted infections, 2003. **79**(6): p. 442-447.
7. Bezabhe, Woldesellassie M, et al., *Barriers and facilitators of adherence to antiretroviral drug therapy and retention in care among adult HIV-positive patients: a qualitative study from Ethiopia*. PloS one, 2014. **9**(5): p. e97353.
8. Ntsepe, Yoliswa, et al., *Perceptions about the acceptability and prevalence of HIV testing and factors influencing them in different communities in South Africa*. SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS, 2014. **11**(1): p. 138-147.
9. Omosanya, Olusegun Emmanuel, et al., *Effects of Stigmatization/Discrimination on Antiretroviral Therapy Adherence among HIV-Infected Patients in a Rural Tertiary Medical Center in Nigeria*. Journal of the International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC), 2014. **13**(3): p. 260-263.
10. Saka, Bayaki, et al., *Discrimination et stigmatisation vécues par les personnes vivant avec le VIH au Togo en 2013*. Santé Publique, 2017. **29**(6): p. 897-907.
11. Erving, Goffman, *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. 1963, New York: Simon and Schuster
12. ONUSIDA, *Stigmatisation, discrimination et violations des droits de l'homme associées au VIH: Etudes de cas des interventions réussies*. 2005.
13. Parker, R and P Aggleton, *HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action*. Social Science & Medicine 2003. **57**(1): p. 13-24. 2003.
14. Zacks, S., et al., *Social stigmatization and hepatitis C virus infection*. J Clin Gastroenterol, 2006. **40**(3): p. 220-4.
15. UNAIDS, *Reducing HIV Stigma and Discrimination: a Critical Part of National AIDS Programmes: a Resource for National Stakeholders in Het HIV Response*. 2007: UNAIDS.
16. Campbell, Catherine, et al., *Understanding and challenging HIV/AIDS stigma*. 2005: University of KwaZulu-Natal.
17. Smith, Rachel A and Daniel Morrison, *The impact of stigma, experience, and group referent on HIV risk assessments and HIV testing intentions in Namibia*. Social science & medicine, 2006. **63**(10): p. 2649-2660.
18. Kalichman, Seth C, et al., *Generalizing a model of health behaviour change and AIDS stigma for use with sexually transmitted infection clinic patients in Cape Town, South Africa*. AIDS care, 2006. **18**(3): p. 178-182.
19. Nyblade, LC and ML Field, *Community involvement in prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) initiatives*. Women, Communities and the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV: Issues and Findings from Community Research in Botswana and Zambia, 2000.
20. Bond, Virginia, Elaine Chase, and Peter Aggleton, *Stigma, HIV/AIDS and prevention of mother-to-child transmission in Zambia*. Evaluation and program planning, 2002. **25**(4): p. 347-356.
21. Wolfe, William R, et al., *Effects of HIV-related stigma among an early sample of patients receiving antiretroviral therapy in Botswana*. AIDS care, 2006. **18**(8): p. 931-933.

22. White, Ruth C and Robert Carr, *Homosexuality and HIV/AIDS stigma in Jamaica*. Culture, Health & Sexuality, 2005. **7**(4): p. 347-359.
23. Mills, Elizabeth Anne, *From the physical self to the social body: expressions and effects of HIV-related stigma in South Africa*. Journal of Community & Applied Social Psychology, 2006. **16**(6): p. 498-503.
24. Parish, William L, et al., *Intimate partner violence in China: national prevalence, risk factors and associated health problems*. International family planning perspectives, 2004: p. 174-181.
25. Lary, Heidi, et al., *Exploring the association between HIV and violence: young people's experiences with infidelity, violence and forced sex in Dar es Salaam, Tanzania*. International family planning perspectives, 2004: p. 200-206.
26. Catalla, TAP, Kha Sovanara, and Gerard van Mourik, *Out of the Shadows, Male to Male Sexual Behaviour in Cambodia*. Phnom Penh: KHANA, 2003.
27. Deng, Rui, et al., *Drug abuse, HIV/AIDS and stigmatisation in a Dai community in Yunnan, China*. Social science & medicine, 2007. **64**(8): p. 1560-1571.
28. ONUSIDA, *Etude nationale de l'index de stigmatisation et discrimination envers les personnes vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire*. 2016.
29. ONUSIDA, *Protocole pour l'identification de la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH*. 2001.
30. Aggleton, Richard Parker and Peter, *HIV/AIDS-related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and an Agenda for Action*. Population Council : Horizons Project. 2002.
31. ONUSIDA, *HIV- and AIDS-related stigmatization, discrimination and denial: forms, contexts and determinants. Research studies from Uganda and India*. 2000.
32. Campbell, Catherine and Harriet Deacon, *Unravelling the contexts of stigma: from internalisation to resistance to change*. 2006, Wiley Online Library. p. 411-417.
33. Dama, Abdoulaye, *Etude de la stigmatisation et de la discrimination des personnes vivant avec le VIH dans la commune IV du District de Bamako*. 2013.
34. ONUSIDA. *Country factsheets ALGERIA 2022: HIV and AIDS Estimates*. 2022; Available from: <https://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/algeria>.
35. ONUSIDA, *Plan National Stratégique (PNS) Algérie-IST-VIH-sida 2020-2024*. 2022.
36. ONUSIDA, *La discrimination envers les personnes vivant avec le VIH en Algérie: Contribution à une réponse du système éducatif*. 2010.
37. SFORL, *Les Virus en ORL: Rapport SFORL 2021 Virus de l'immobodéficience humaine (VIH) page 76 Vol. chapitre 11*. 2021: Elsevier Health Sciences.
38. Katlama, Christine, et al., *VIH et sida: prise en charge et suivi du patient*. 2008: Elsevier-Masson.
39. VIH, OMS, *Sida*. Disponible desde Internet en:[con acceso el 22 de julio del 2013], 2000.
40. Sida, Aide Suisse contre le. *Evolution d'une infection par le VIH*.
41. Hidreau, Pierre, *L'épidémie du VIH/SIDA et sa situation dans un pays en voie de développement: le Bénin*. 2006.
42. Keita, Momory, *Étude des arrêts des premières lignes de traitements antirétroviraux à l'ère de la stratégie" Seek, Test, Treat, and Retain (STTR)"*. 2014, Toulouse 3.
43. Louis, Tania. *Le VIH : 40 ans de pandémie*. Le 10 mai 2023.
44. Fener, Patricia and Claire Criton, *Manifestations cliniques et biologiques de l'infection à VIH/sida chez la femme*. 2007, Institut de l'Information Scientifique et Technique (INIST-CNRS).
45. Castro, Kenneth G, et al., *1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults*. Clinical Infectious Diseases, 1993. **17**(4): p. 802-810.
46. ONUSIDA, *FICHE D'INFORMATION 2023: Statistiques mondiales sur le VIH*. 2023.
47. AIDSinfo. *Global data on HIV epidemiology and response*. 2022; Available from: <https://aidsinfo.unaids.org>.

48. Mesbah, Smail, *les complications liées aux traitements antiretroviraux chez les enfants infectés par le VIH et suivis dans un service de maladies infectieuses*. 2023.
49. ONUSIDA, *RAPPORT D'ACTIVITE SUR LA RIPOSTE NATIONALE AU VIH/SIDA Algérie*. 2017.
50. Algérie, MICS, *Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS)*. 2019.
51. AIDSAlgérie, *INDEX DE STIGMATISATION ET DE DISCRIMINATION DES PVIH EN ALGERIE*. 2015.
52. ONUSIDA, *Nigeria People Living with HIV (PLHIV) Stigma index 2.0 Report*. 2021.
53. ONUSIDA, *Index de la stigmatisation et la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire 2.0 (Index Stigma 2.0)*. 2022.
54. ingesma, *INDICE DE STIGMATISATION DES PVVIH 2.0 AU MAROC 2022*. 2022.
55. ONUSIDA, *Rapport de l'enquête Index de la Stigmatisation (Index Stigma) 2.0 des personnes vivant avec le VIH au Togo*. Juin 2021.
56. REMAP+, *Indice de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH 2.0 en Mauritanie*. 2022.

ANNEXES

- (1) الجنس: ذكر أنثى
- (2) العمر: كم هو عمرك ؟ :
- (3) منذ متى و انت تعلم بأنك حامل لفيروس نقص المناعة البشرية(بالسنين):
 0-1 1-4 5-9 10-14 ≤ 15
- (4) ما هي حالتك الاجتماعية ؟ :
 متزوج(ة) عازب(ة) أرمل(ة) المطلق(ة)
- (5) ما هو مستواك التعليمي ؟ :
 لا تعليم رسمي ابتدائي متوسط ثانوي جامعي
- (6) أين تسكن ؟ :
 منطقة ريفية بلدة صغيرة أو قرية مدينة كبيرة
- (7) العمل/الوظيفة:
 العمل بدوام كامل (كموظف) العمل بدوام جزئي (كموظف) العمل بدوام كامل لكن غير رسمي
 العمل غير الرسمي و بدوام جزئي عاطل عن العمل
- (8) هل انت نشط / نشطة جنسيا في الوقت الحالي (تمارس الجنس) ؟ :
 نعم لا
- (9) هل انت تتابع علاجك الخاص بفيروس نقص المناعة ؟ :
 نعم لا
- (10) هل تم استبعادك من المناسبات الاجتماعية ؟ :
 أبدا (ولا مرة) مرة واحدة بعض الأحيان غالبا / معظم الأحيان
- (11) أسباب الاستبعاد من المناسبات الاجتماعية ؟ :
 بسبب حالتي(فيروس نقص المناعة) لسبب آخر / أسباب أخرى بسبب حالتي و لأسباب أخرى كذلك أنا لا أعرف لماذا
- (12) هل تم استبعادك من المناسبات و الأحداث العائلية ؟ :
 أبدا (ولا مرة) مرة واحدة بعض الأحيان غالبا / معظم الأحيان
- (13) أسباب الاستبعاد من المناسبات و الأحداث العائلية ؟ :
 بسبب حالتي(فيروس نقص المناعة) لسبب آخر / أسباب أخرى بسبب حالتي و لأسباب أخرى كذلك أنا لا أعرف لماذا
- (14) هل تم استبعادك من المناسبات الدينية بسبب حالتك ؟ :
 أبدا (ولا مرة) مرة واحدة بعض الأحيان غالبا / معظم الأحيان
- (15) هل هناك نميعة وكلام سيء من خلفك ؟ :
 أبدا (ولا مرة) مرة واحدة بعض الأحيان غالبا / معظم الأحيان
- (16) أسباب النميعة والكلام سيء من خلفك ؟ :
 بسبب حالتي(فيروس نقص المناعة) لسبب آخر / أسباب أخرى بسبب حالتي و لأسباب أخرى كذلك أنا لا أعرف لماذا
- (17) هل تعرضت لهجوم او عدوان لفظي ؟ :
 أبدا (ولا مرة) مرة واحدة بعض الأحيان غالبا / معظم الأحيان
- (18) أسباب الهجوم او العدوان اللفظي ؟ :
 بسبب حالتي(فيروس نقص المناعة) لسبب آخر / أسباب أخرى بسبب حالتي و لأسباب أخرى كذلك أنا لا أعرف لماذا
- (19) هل تعرضت لهجوم او عدوان جسدي ؟ :
 أبدا (ولا مرة) مرة واحدة بعض الأحيان غالبا / معظم الأحيان
- (20) أسباب الهجوم او العدوان الجسدي ؟ :
 بسبب حالتي(فيروس نقص المناعة) لسبب آخر / أسباب أخرى بسبب حالتي و لأسباب أخرى كذلك أنا لا أعرف لماذا

- الهجوم كان من طرف من ؟ : زوج / زوجة أحد أفراد العائلة غير معروف
- 21 هل هناك ضغط النفسي أو تلاعب من الزوج أو الزوجة ؟ :
أبدا (ولا مرة) مرة واحدة بعض الأحيان غالبا / معظم الأحيان
- 22 هل تم رفضك جنسيا بسبب الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية ؟ :
أبدا (ولا مرة) مرة واحدة بعض الأحيان غالبا / معظم الأحيان
- 23 هل تعرضت لتمييز و عنصرية من قبل مصابين آخرين بفيروس نقص المناعة ؟ :
أبدا (ولا مرة) مرة واحدة بعض الأحيان غالبا / معظم الأحيان
- 24 هل تعاملت العائلة بطريقة غير لائقة و تمييز بسبب حالتك ؟ :
أبدا (ولا مرة) مرة واحدة بعض الأحيان غالبا / معظم الأحيان
- 25 ماهي الأسباب التي جعلتهم يعاملوك بهذا الشكل ؟ :
سوء فهم للمرض الخوف من نقل العدوى عدم الموافقة على أسلوب حياتي وسلوكي
سبب المرض و الأعراض نظرت المجتمع السيفة للمرض المعتقدات الدينية أو الأحكام "الأخلاقية"
أسباب غير معروفة
- 26 هل غيرت مكان إقامتك / المسكن من قبل ؟ :
أبدا (ولا مرة) مرة واحدة عدة مرات
- 27 سبب تغيير مكان الإقامة / المسكن ؟ :
بسبب حالتي (فيروس نقص المناعة) لسبب آخر / أسباب أخرى بسبب حالتي و لأسباب أنا لا أعرف لماذا
أخرى كذلك
- 28 هل فقدت وظيفتك بسبب حالتك ؟ :
أبدا (ولا مرة) مرة واحدة بعض الأحيان غالبا / معظم الأحيان
- 29 هل تم رفض توظيفك بسبب حالتك ؟ :
أبدا (ولا مرة) مرة واحدة بعض الأحيان غالبا / معظم الأحيان
- 30 هل تم تغيير منصبك أو رفض الترقية بسبب حالتك ؟ :
أبدا (ولا مرة) مرة واحدة عدة مرات
- 31 هل قمت بتغيير المهنة / الوظيفة ؟ :
أبدا (ولا مرة) مرة واحدة عدة مرات
- 32 أسباب تغيير النشاط المهني / الوظيفي ؟ :
التعرض للتمييز من صاحب العمل بسبب سوء صحي بسبب التعرض للتمييز
و سوء الصحة
- 33 هل تم منعك / فصلك / توقيفك من الوصول إلى مؤسسة تعليمية ؟ :
أبدا (ولا مرة) مرة واحدة عدة مرات
- 34 إذا لديك اطفال هل تم طردهم , تعليقهم أو منعهم من الوصول إلى المؤسسة التعليمية ؟ :
أبدا (ولا مرة) مرة واحدة بعض الأحيان غالبا / معظم الأحيان
- 35 هل تم رفض تقديم العلاج أو الرعاية الصحية اللازمة في المؤسسات الصحية (المستشفى , العيادات , الجوارية ... الخ) ؟ :
أبدا (ولا مرة) مرة واحدة عدة مرات غالبا / معظم الأحيان
- 36 عندما تخبر الطبيب لأول مرة هل يعاملك باي شكل من اشكال التمييز ؟ :
أبدا (ولا مرة) مرة واحدة بعض الأحيان غالبا / معظم الأحيان
- 37 هل يتعامل معك عمال الصحة باحتقار , تجاهل أو تمييز في المؤسسات الصحية (المستشفى , العيادات الخاصة ... الخ) ؟ :
أبدا (ولا مرة) مرة واحدة بعض الأحيان غالبا / معظم الأحيان
- 38 هل تم منعك من الوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة ؟ :
نعم لا
- 39 هل تم منعك من الوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية ؟ :
نعم لا

40) ما هي مشاعرك الداخلية غالب الاحيان بسبب المرض ؟ :

أنا أشعر بالعار و الخزي أشعر بالذنب أنا ألوم نفسي ألوم الآخرين
ينقص احترامي لذاتي أشعر أنه يجب معاقبتي تأتيني الرغبة في أن أقتل نفسي

41) بماذا تشعر عندما يتم استبعادك من المناسبات الدينية / العائلية / الاجتماعية ؟ :

أنا أشعر بالعار و الخزي أشعر بالذنب أنا ألوم نفسي ألوم الآخرين
ينقص احترامي لذاتي أشعر أنه يجب معاقبتي تأتيني الرغبة في أن أقتل نفسي

42) ما هي أفعالك الناتجة عن هذه المشاعر / الناتجة عن اصابتك بهذا المرض كيمتلك اختيار عدة خيارات

| لا | نعم | لا | نعم |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

43) ما هي مشاعر الخوف التي تحس بها بسبب حالتك ؟: يمكنك اختيار عدة خيارات

| لا | نعم | لا | نعم |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

44) هل شعورك بالعار أو بالخوف من الاحتقار و التجاهل أدى الى تدهور حالتك الصحية ؟ :

أبدا (ولا مرة) مرة واحدة بعض الأحيان غالبا / معظم الأحيان

45) هل أدى شعورك بالعار أو بالخوف من الاحتقار و التجاهل الى تفويت علاجك الخاص بالفيروس ؟ :

أبدا (ولا مرة) مرة واحدة بعض الأحيان غالبا / معظم الأحيان

46) هل أنت على علم بالالتزام الذي يحمي حقوق الاشخاص الحاملين لفيروس نقص المناعة ؟ :

نعم لا

47) هل أنت على علم بالقوانين الوطنية لحماية حقوق الإنسان (الحق في السرية الطبية ، الحق في الصحة ، الحق في المساوات...الخ) ؟ :

نعم لا

48) هل تم انتهاك حقوقك بسبب إصابتك بالفيروس ؟ :

نعم لا لا أعلم

49) الحالات التي تم فيها انتهاك حقوقك ؟ :

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

50) هل لجأت لقانون لضمان حقوقك ؟ :

نعم لا

51) الاسباب التي منعتك من اللجوء للقانون ؟ :

لأسباب مالية بسبب الاوراق و الشهادات الكثيرة المطلوبة بسبب الخوف أو التهديد اقترح شخص آخر
لست متأكدًا من النتيجة لاسباب أخرى

52) هل قام عمال الصحة (الطبيب ، الممرض ، طبيب الاسنان) بالأفصاح عن حالتك لأشخاص آخرين ؟ :

نعم لا لا أعرف

- (53) هل يعلم الزوج / الزوجة / الشريك عن حالتك ؟ :
لا يعرف / لا تعرف قمت باخباره / اخبارها علم من شخص آخر بموافقتي علم من شخص آخر بدون موافقتي
- (54) هل يعلم فرد بالغ آخر من أفراد الأسرة عن حالتك ؟ :
لا يعرف / لا تعرف قمت باخباره / اخبارها علم من شخص آخر بموافقتي علم من شخص آخر بدون موافقتي
- (55) هل يعلم الأصدقاء / الجيران عن حالتك ؟ :
لا يعلمون قمت باخباره / اخبارهم علموا من شخص آخر بموافقتي علموا من شخص آخر بدون موافقتي
- (56) هل يعلم أشخاص آخريين حاملين للفيروس عن حالتك ؟ :
لا يعلمون قمت باخباره / اخبارهم علموا من شخص آخر بموافقتي علموا من شخص آخر بدون موافقتي
- (57) هل يعلم الأشخاص الذين تعمل معهم عن حالتك ؟ :
لا يعلمون قمت باخباره / اخبارهم علموا من شخص آخر بموافقتي علموا من شخص آخر بدون موافقتي
- (58) هل يعلم رئيسك في العمل الخاص بك عن حالتك ؟ :
لا يعرف / لا تعرف قمت باخباره / اخبارها علم من شخص آخر بموافقتي علم من شخص آخر بدون موافقتي
- (59) هل يعلم الامام في الحي الخاص بك عن حالتك ؟ :
لا يعرف قمت باخباره علم من شخص آخر بموافقتي علم من شخص آخر بدون موافقتي
- (59) هل يعلم عامل / عمال الصحة (الطبيب , الممرض , طبيب الاسنان) عن حالتك ؟ :
لا يعلمون قمت باخباره / اخبارهم علموا من شخص آخر بموافقتي علموا من شخص آخر بدون موافقتي
- (60) هل يعلم الأساتذة و المعلمون عن حالتك ؟ :
لا يعلمون قمت باخباره / اخبارهم علموا من شخص آخر بموافقتي علموا من شخص آخر بدون موافقتي
- (61) هل تعلم السلطات العامة عن حالتك ؟ :
لا يعرف / لا تعرف قمت باخباره / اخبارها علم من شخص آخر بموافقتي علم من شخص آخر بدون موافقتي
- (62) هل تعلم وسائل الإعلام عن حالتك ؟ :
لا يعرف / لا تعرف قمت باخباره / اخبارها علم من شخص آخر بموافقتي علم من شخص آخر بدون موافقتي
- (63) ما هي ردت فعل الزوج / الزوجة / الشريك بعد اخباره عن حالتك ؟ :
تمييزية للغاية تمييزية لا فرق ودية و عطف ودية للغاية
- (64) ما هي ردت فعل أفراد الأسرة بعد اخبارهم عن حالتك ؟ :
تمييزية للغاية تمييزية لا فرق ودية و عطف ودية للغاية
- (65) ما هي ردت فعل الأصدقاء / الجيران بعد اخبارهم عن حالتك ؟ :
تمييزية للغاية تمييزية لا فرق ودية و عطف ودية للغاية
- (66) ما هي ردت فعل الأشخاص الآخريين الحاملين للفيروس بعد اخبارهم عن حالتك ؟ :
تمييزية للغاية تمييزية لا فرق ودية و عطف ودية للغاية
- (67) ما هي ردت فعل الأشخاص الذين تعمل معهم بعد اخبارهم عن حالتك ؟ :
تمييزية للغاية تمييزية لا فرق ودية و عطف ودية للغاية
- (68) ما هي ردت فعل رئيسك في العمل الخاص بك بعد اخباره عن حالتك ؟ :
تمييزية للغاية تمييزية لا فرق ودية و عطف ودية للغاية
- (69) ما هي ردت فعل الامام في الحي الخاص بك بعد اخباره عن حالتك ؟ :
تمييزية للغاية تمييزية لا فرق ودية و عطف ودية للغاية
- (70) ما هي ردت فعل عامل / عمال الصحة (الطبيب , الممرض , طبيب الاسنان) بعد اخبارهم عن حالتك ؟ :
تمييزية للغاية تمييزية لا فرق ودية و عطف ودية للغاية
- (71) ما هي ردت فعل الأساتذة و المعلمون بعد اخباره عن حالتك ؟ :
تمييزية للغاية تمييزية لا فرق ودية و عطف ودية للغاية
- (72) ما هي ردت فعل السلطات العامة بعد اخبارهم عن حالتك ؟ :
تمييزية للغاية تمييزية لا فرق ودية و عطف ودية للغاية
- (73) ما هي ردت فعل وسائل الإعلام بعد اخبارهم عن حالتك ؟ :
تمييزية للغاية تمييزية لا فرق ودية و عطف ودية للغاية