

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS DU CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE DE NANTES

UE 3.4 S6. Initiation à la démarche de recherche

UE 5.6 S6. Analyse de la qualité et traitement de données scientifiques et professionnelles

La discrimination des patients porteur du virus d'immunodéficience humaine par les  
professionnels de santé

Cynthia Orain

Promotion 2015-2018

Directeur de mémoire

Isabelle Nado

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS DU CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE DE NANTES

UE 3.4 S6. Initiation à la démarche de recherche

UE 5.6 S6. Analyse de la qualité et traitement de données scientifiques et professionnelles

La discrimination des patients porteur du virus d'immunodéficience humaine par les  
professionnels de santé

Cynthia Orain

Promotion 2015-2018

Directeur de mémoire

Isabelle Nado

## RÉSUMÉ

Ce mémoire traite de la discrimination des personnes vivants avec le virus d'immunodéficience humaine dans un contexte de soin. Le choix de ce sujet a été motivé en outre par une situation d'appel m'ayant interpellée, mais également dans le but de comprendre si, suite à cette situation, il existait ou non une discrimination auprès des PVVIH.

A l'issue d'une première phase de recherche, après avoir défini le terme de discrimination et avoir trouvé divers articles professionnels traitant du sujet., il apparaît qu'en France, Sida-info-service, tout comme Aides, retrouvent bien des vécus discriminatoires dans le discours des PVVIH. Concomitamment à cette première approche, j'ai établi la question générale de recherche suivante : Existe-t-il une discrimination de la part des soignants entre les PVVIH et les autres patients, dans un contexte de soin ?

Une seconde phase de recherche m'a permis également de découvrir des articles scientifiques, traitant de cette discrimination. Cependant, à ma connaissance, aucun des articles abordant les discriminations faites au PVVIH par le personnel soignant n'a été réalisé en France. Deux articles de recherches m'ont permis la réalisation de ce travail de fin d'étude : L'un est une étude qualitative du point de vue du personnel hospitalier d'un hôpital au Brésil et l'autre est une étude quantitative, adoptant le point de vue des PVVIH à Madagascar. Une autre source importante reste également le livre de Fischer et Tarquinio (2014), abordant le conseil en santé sexuelle ainsi que la problématique du VIH, mais pas des discriminations. Le principal point de divergence entre les articles est la place des gants et des dispositifs de sécurité qui, selon les interprétations, peuvent permettre soit plus de proximité dans la relation soignant-soigné, soit instaurer plus de distance. En revanche, tous les auteurs s'accordent à affirmer que la formation est la principale solution aux discriminations liées au VIH.

Suite à cette seconde phase de recherche, j'ai élaboré deux questions spécifiques : la première sur le ressenti discriminatoire des PVVIH et la seconde sur l'impact de la discrimination quant à la propagation directe ou indirecte du virus. J'ai choisi de conserver la seconde car elle offre à la discrimination une dimension épidémiologique et de ce fait, financière donnant plus d'importance au problème.

**Mots-clés :** VIH, discrimination, stigmat, infirmier

## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>7</b>
1. LA SITUATION D'APPEL.....	7
2. STRUCTURE ET ORGANISATION DU MÉMOIRE.....	8
3. MOTIVATIONS PERSONNELLES.....	8
<b>PREMIÈRE PARTIE – LA QUESTION GÉNÉRALE DE RECHERCHE ET L'OBJET DE RECHERCHE.....</b>	<b>9</b>
1. QUESTIONNEMENT.....	9
2. ENTRETIEN.....	9
3. PERTINENCE SOCIALE.....	10
4. CONTEXTE ET RECHERCHES PROFESSIONNELLES.....	11
4.1 Historique du VIH et cadre conceptuel.....	11
4.2 Bilan des recherches documentaires.....	13
5. QUESTION GÉNÉRALE DE RECHERCHE.....	13
<b>DEUXIÈME PARTIE – DE LA QUESTION GÉNÉRALE A LA QUESTION SPÉCIFIQUE DE RECHERCHE.....</b>	<b>14</b>
1. SAVOIRS THÉORIQUES ET SCIENTIFIQUES.....	14
1.1 La discrimination et le VIH : un nombre d'études restreintes.....	14
1.2 Une discrimination négative reconnue par plusieurs auteurs.....	15
1.3 Une pathologie lourde de préjugés.....	16
1.4 Les conséquences aux discriminations : la relation entre soignants et patients.....	18
1.5 Les conséquences aux discriminations : la meilleure propagation du virus.....	19
1.6 Les solutions préconisées par les auteurs.....	20
1.7 Apports de l'éclairage scientifique sur la question générale de recherche.....	21
2. QUESTION SPÉCIFIQUE DE RECHERCHE.....	22
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>23</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>26</b>
<b>ANNEXE A.....</b>	<b>29</b>
<b>ANNEXE B.....</b>	<b>31</b>
<b>ANNEXE C.....</b>	<b>33</b>
<b>ANNEXE D.....</b>	<b>35</b>
<b>ANNEXE E.....</b>	<b>46</b>

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES**

**A.E.S** : accident d'exposition au sang

**C.G.R** : culots de globules rouges

**C.H.U** : Centre hospitalo-universitaire

**I.N.S.E.E** : institut national des statistiques et des études économiques

**I.S.T** : Infection sexuellement transmissible

**O.C.D.E** : Organisation de coopération et de développement économiques

**O.M.S** : Organisation mondiale de la santé

**P.V.V.I.H** : Personnes vivants avec le virus d'immunodéficience humaine

**U.M.A.C** : Unité médicale ambulatoire de cancérologie

**V.I.H** : Virus d'immunodéficience humaine

**V.V.P** : voie veineuse périphérique

**W.A.S** : Association mondiale pour la santé sexuelle (World Association for Sexual Health)

## REMERCIEMENTS

A l'issue de ces trois années de formation, je tiens à remercier sincèrement toutes les personnes qui m'ont soutenu et m'ont permis d'avancer, jour après jour.

A ma directrice de mémoire, Madame Isabelle Nado, pour sa patience, son accompagnement et ses conseils durant ce travail.

A toutes ces infirmières, qui m'ont accordé leur temps et m'ont permis de m'enrichir de leurs savoirs.

A ma famille proche, ma mère et ma sœur, Monica, pour leur présence et leur soutien durant ces trois années de formation.

Merci à ma sœur Aurélie, qui m'a poussé à me dépasser et à découvrir d'autres horizons. Ainsi qu'à Théo et Loane pour leur joie de vivre et leurs sourires.

Merci à mon frère, pour son soutien quotidien et sa bienveillance.

A Charlotte, pour sa bonne humeur inébranlable ; et Maïween, pour sa douceur et sa présence.

Un grand merci à Michelle, pour m'avoir tant aidé durant ces trois ans et Nadia, pour toute son aide et pour m'avoir offert, un sept mars, un cadeau inestimable.

Enfin, merci à Matthieu, qui a su me soutenir durant ces trois années et qui a eu le courage et la patience nécessaire pour me supporter.

## INTRODUCTION

### 1. LA SITUATION D'APPEL

La situation décrite se passe à l'UMAC un service d'hôpital de jour où j'ai réalisé un stage de cinq semaines, et plus spécifiquement dans le secteur de dermatologie. L'UMAC est composée de deux secteurs d'hématologie, d'un secteur de digestif et d'un secteur de dermatologie. Il arrive, dans le cas où les deux secteurs d'hématologie sont complets, que des patients devant être transfusés en urgence, soient redirigés en service digestif ou en dermatologie.

C'est le cas de M. N, patient de 46 ans, atteint d'une leucémie et polytransfusé. : Il est reçu en dermatologie le 25 mai car son hémoglobine est à 6,3g/dl (normes : 11,5 à 13g/dl), il doit donc être transfusé en urgence, de deux CGR.

Nous convenons, avec l'infirmière, que c'est moi qui prendrais en soin M. N, ce jour. Dans la salle de soin, je m'apprête à préparer le matériel pour la pose de VVP de M. N. Je préviens donc l'infirmière. Celle-ci m'avertit immédiatement en chuchotant que le patient a le sida. J'acquiesce. Puis, suite à cet avertissement, cette fois-ci en parlant normalement, elle me demande si je suis d'accord pour effectuer la pose de VVP. Après lui avoir confirmé que je connais les risques et les mesures de protection, je lui indique que je vais réaliser le soin. Malgré tout, je comprends l'appréhension de l'infirmière lorsque je vais réaliser un acte m'exposant à un flux sanguin d'un patient sidéen. Cependant, je considère que, plus tard, en tant qu'infirmière, il me faudra procurer des soins à des patients, peu importe leur charge virale.

Après le départ de l'infirmière, je m'interpelle sur le fait qu'elle ait chuchoté alors que dans cette salle tout le monde parle à voix haute et sans tabou, de mélanome au stade 4 (stade terminal) et quelquefois aussi de la mort d'un patient qui n'est pas venu à son rendez-vous. Dix minutes plus tard, mon matériel est prêt pour la pose de la VVP : Je préviens donc cette même infirmière qui, contrairement à sa pratique habituelle, tient à m'accompagner pour ce soin.

Je réalise la pose de VVP auprès de M. N, sans problème particulier, sous l'œil attentif de l'infirmière. Exceptionnellement, elle n'interagit pas dans les discussions que j'ai avec le patient, mais se concentre sur mon soin. Elle paraît alors très stressée.

## 2. STRUCTURE ET ORGANISATION DU MÉMOIRE

Ce travail de fin d'étude se découpera en 2 parties : en premier lieu, les divers apports professionnels sur afin de parvenir à une question générale de recherche. Puis, dans un second temps, l'analyse des apports scientifiques sur le sujet d'étude afin de pouvoir formuler une question spécifique de recherche. Et pour finir, la conclusion où seront exposés les apports de ce travail.

## 3. MOTIVATIONS PERSONNELLES

Le choix de cette thématique est principalement motivé par l'impact du mot « SIDA » sur l'infirmière qui, lors de ma situation d'appel s'est montrée bien plus prudente qu'habituellement. De plus, durant l'intégralité de ce stage, je n'ai jamais entendu une personne chuchoter en salle de soins, même lorsqu'il s'est agi d'annoncer la mort d'un patient.

Ainsi, à travers ce sujet, je souhaite m'intéresser aux discriminations positives ou négatives, volontaires ou non, potentiellement subies par les patients porteurs du VIH.

De plus, une autre motivation est l'aspect actuel de la problématique : Le virus n'est pas répandu équitablement dans le monde et, cela implique que le virus pourrait, d'ici les prochaines années, se transférer vers des pays plus développés tels que la France, lors d'importants flux migratoires en provenance de pays plus fortement atteints.

Aussi, en tant que future professionnelle, il s'agit d'une problématique à laquelle je pourrai être plus souvent confrontée. C'est pourquoi, j'ai choisi comme objet d'étude de m'intéresser à l'existence ou non d'une différence d'accompagnement, par le personnel soignant, entre les PVVIH et les autres patients.

## PREMIÈRE PARTIE :

### **LA QUESTION GÉNÉRALE DE RECHERCHE ET L'OBJET DE RECHERCHE**

#### 1. QUESTIONNEMENT

Suite à la situation, plusieurs questions se posent : Afin d'évaluer la pertinence du sujet et de son intérêt, il est important de connaître le contexte dans lequel évolue la maladie. A quelle époque est apparu le VIH en France ? Quelle est l'évolution de la maladie et des traitements anti-rétroviraux ? Quelle est la prévalence du VIH dans le monde ? En meurt-on toujours ?

Ensuite, il paraît nécessaire d'établir un cadre théorique autour des concepts mis en avant par ce travail. Qu'est-ce qu'une discrimination ? En quoi consiste-t-elle ? A quoi correspondent les représentations sociales ?

Et enfin, une dernière interrogation portera sur le lien entre ces deux thèmes : Les patients porteurs du VIH expriment-ils des vécus discriminatoires, notamment dans le domaine médical ? Si oui, quels sont-ils ? Des études se sont-elles intéressées à ce sujet ?

En effet, si la discrimination est un phénomène à prendre en compte dans l'accompagnement des PVVIH, un second enjeu est aussi de savoir ce qu'entraîne cette discrimination. Est-ce qu'elle cause des non-recours aux soins ? Des refus de soins des professionnels ? Voire un risque supplémentaire de contamination au VIH ? Participe-t-elle à la propagation du virus ?

Ainsi le thème général de recherche étudié sera la discrimination faite aux PVVIH.

#### 2. ENTRETIEN

Suite à mon questionnaire, j'ai eu l'opportunité de réaliser deux entretiens avec des infirmières Diplômées d'État.

Le premier a été effectué auprès d'une infirmière ayant longtemps travaillé au Maghreb (Maroc), notamment au cours des années 1980 et ayant ensuite travaillé dans un service d'hématologie d'un grand CHU. Selon elle, l'approche du VIH n'est pas la même selon les pays et les CHU. Par exemple, lors de son exercice au Maroc, aucune information ne lui est parvenue sur le VIH. Or, lors de son retour en France à l'aube des années 90, le sujet commence à faire polémique.

Un second entretien effectué auprès d'une infirmière libérale a mis en avant le fait que, dans certaines situations, les différences de traitement liées au port de plusieurs gants ou autres pouvaient rendre difficile l'instauration d'une relation de confiance. En outre, celle-ci m'a invité à m'interroger sur ce que l'inscription « Attention VIH » pouvait renvoyer au soignant avant

qu'il ne procède à son soin. Elle m'a aussi orienté sur les distinctions faites dans les protocoles, sur les mesures d'hygiène, lors des soins aux PVVIH et /ou aux autres patients.

Ainsi, à l'issue de ces deux entretiens, j'ai choisi d'approfondir mes recherches autour des protocoles spécifiques à la prise en charge des patients sidéens au CHU.

Cependant, cette recherche a été peu concluante, sans doute dû au fait de la modification peu ou prou des dits protocoles et/ou de leurs non-disponibilités aujourd'hui.

### 3. PERTINENCE SOCIALE

Ce sujet d'étude paraît pertinent au regard des flux migratoires des personnes en provenance de régions touchées par le VIH vers des pays développés, ce qui nécessite une adaptation des soignants français. Comme on peut le voir sur l'annexe A, la zone la plus touchée par le virus est principalement le continent Africain avec ses 25 millions de PVVIH.

Or, la seconde carte de l'annexe A montre que les émigrations de l'Afrique subsaharienne et de l'Afrique du Nord vont surtout vers l'Europe. Si l'Italie, l'Espagne (ainsi que la Tunisie) reçoivent la majorité de la population migrante, la France ainsi que les pays d'Europe centrale recueillent également une part non négligeable de cette population. D'après un rapport de l'OCDE, la France aurait accueilli, en 2016, un peu plus de 256 000 immigrants. Par ailleurs, en 2014, la part des migrants venant d'Afrique vers la France représentait 43,8 % de cette population d'après l'INSEE.

D'autre part, ce sujet paraît pertinent : Les soins prodigués aux PVVIH comprennent des soins relationnels qui peuvent être mis en difficulté si les PVVIH ont le sentiment de ne pas être compris, voire d'être jugés par le personnel hospitalier. Par exemple, une enquête VHV de 2016 a pointé la problématique d'accès aux soins pour les PVVIH, qui, dans 10,2 % des cas auraient été confrontés à un refus de soins. Ce phénomène de discrimination est également retransmis par l'enquête VESPA où 26 % des répondants rapportent des vécus discriminatoires, au cours des deux années précédant l'enquête. Sida Info Service a également recueilli plusieurs témoignages de PVVIH sur ce sujet, dont celui-ci d'une femme de 38 ans :

« Le plus choquant fut une visite chez le dentiste [...] je lui fis donc part de ma séropositivité. Elle paraissait horrifiée et tremblait de peur. Elle cessa d'emblée de me toucher prétextant qu'elle n'avait pas assez d'infos quant aux contaminations possibles et m'invita à contacter d'abord mon spécialiste afin de la mettre au courant des dangers possibles. Ce qui me choqua fut que je devais moi-même lui donner les informations et revenir ensuite. La cerise sur le gâteau : ma visite fut payante. J'ai pleuré tout le trajet de retour, il faisait froid, j'étais à pied et ma dent me faisait très mal. Je n'oublierai jamais ce moment de détresse. »

Ainsi, à la lumière de ces données épidémiologiques et de ce témoignage, il semble y avoir une problématique de discrimination autour des personnes vivant avec le VIH, qui peut même entraîner des refus de soins : C'est pourquoi, il est pertinent de s'interroger sur ces discriminations, leurs sources et leurs conséquences.

#### 4. CONTEXTE ET RECHERCHES PROFESSIONNELLES

##### 4.1. Historique du VIH et cadre conceptuel

Une première démarche pour établir le cadre du travail est de décrire le concept de discrimination. Michel Borgetto le décrit comme un terme présent dans de nombreux textes de Loi française, mais aussi internationaux comme ceux de l'union européenne, indiquant dans l'article 21 qu'est « interdite toute discrimination fondée notamment sur le sexe, la race, [...] un handicap, l'âge ou l'orientation sexuelle ». De plus, Borgetto affirme que les discriminations peuvent revêtir deux formes différentes : directe (où la personne est interdite d'occuper un poste à cause de sa maladie par exemple ) ou indirecte (où sans motif, un poste est décrit comme nécessitant une condition physique et mentale irréprochables, excluant de fait les personnes malades et/ou en situation de handicap). Ainsi, vis-à-vis de la situation de départ, l'infirmière peut être perçue comme discriminante, car de manière involontaire, elle modifie négativement son soin sans prendre en compte l'aspect relationnel auprès du patient.

Puisque la discrimination n'est pas un acte isolé, mais un phénomène ressenti par toute une population, il convient alors de l'associer à une dimension sociale. C'est pourquoi un second concept nécessaire à décrire est celui des représentations sociales.

Selon Fischer (1987) :

« la représentation sociale est la construction sociale d'un savoir ordinaire élaboré à travers les valeurs et les croyances partagées par un groupe social concernant différents objets [...] et donnent lieu à une vision commune des choses, qui se manifeste au cours des interactions sociales ».

Dans la situation d'appel, la pose de VVP à une PVVIH est la situation qui a pu faire émerger les représentations sociales de l'infirmière, probablement prises en compte, créant chez l'infirmière le sentiment de peur perçue lors du soin. En outre, ces représentations sont également un phénomène sociétal qui, de ce fait, peuvent se reproduire dans d'autres contextes. C'est pourquoi, il paraît pertinent de rechercher quelles peuvent être les causes de ces représentations. Notamment, en

rassemblant les grandes avancées sur le VIH, vis-à-vis des traitements et de leur efficacité, mais aussi sur la maladie elle-même et la manière dont elle est, ou était, décrite dans les médias.

Le SIDA est découvert en juin 1981 à Los Angeles. Durant les années suivantes, la stigmatisation des malades est très forte. Le sida, dénommé « peste rose » est décrit comme une forme de cancer de la peau touchant davantage les homosexuels pour les « punir ». En 1984, alors que l'Institut Pasteur vient d'identifier cette maladie comme n'étant pas un cancer de la peau ; la stigmatisation demeure, si bien qu'elle est alors nommée « la maladie des 4H » pour hémophilie, homosexuel, haïtien et héroïnomane. Cependant, grâce à Institut Pasteur, les modes de transmissions sont identifiés. C'est pourquoi en 1986, la Ministre de la santé Michèle Barzach autorise la vente libre de seringues pour les toxicomanes et les publicités sur le préservatif. En 1987, est découvert le premier traitement contre le SIDA : l'AZT. Malheureusement son bénéfice est limité, car il existe d'importants effets secondaires. Au début des années 90, la mort est omniprésente dans les hôpitaux : Le SIDA s'est répandu à vitesse grand V et ce d'autant plus avec l'affaire du sang contaminé. En 1991, de nombreuses associations de lutte contre la maladie se créent et durant cette même période est mise en place la première soirée Sidaction. En 1996, l'arrivée des trithérapies améliore grandement la prise en soins des PVVIH. Malheureusement les traitements sont trop peu nombreux par rapport au nombre de malades : Tous ne peuvent donc pas en bénéficier. Cependant, cette découverte permet aux femmes atteintes du VIH d'avoir des enfants sans risque de transmission du virus.

De nos jours, des politiques de préventions sont mises en place en France et permettent également un meilleur dépistage du VIH : Par exemple, par le biais de tests rapides et anonymes, disponibles pour les mineurs. De plus, de nombreuses associations, comme AIDES ou Sida-info-service, proposent des numéros verts, ainsi que des rendez-vous avec des professionnels de santé. Des progrès ont été accomplis au niveau législatif, notamment grâce à l'abrogation le 12 juillet 2017 de l'arrêté du 20 juillet 1998, fixant la liste des maladies contagieuses portant interdiction de certaines opérations funéraires. Cependant, si en France les politiques visent à lutter contre l'épidémie, il n'en est pas de même partout dans le monde. Dans certains pays d'Afrique, le VIH est utilisé tel une arme, comme le dit le Dr. Lukiana de l'hôpital d'Avicenne : « Avant la guerre, la prévalence de l'infection du VIH au Congo était de 5 à 6 %. Après la guerre, elle atteignait 15 % dans l'Est du pays ». De plus, cette situation ne se limite pas seulement au Congo, mais dans de nombreux pays où le viol, outre le fait de répandre le VIH, permet également de terroriser les populations. Par exemple, d'après l'ONU, au Libéria, à la fin de la guerre (de 1989 à 2003) plus de 49 % des femmes de 15 à 70 ans avaient été violées.

Cet historique de la maladie permet de mettre en avant le fait que l'histoire du VIH peut aussi entrer en cause dans les représentations de la maladie. Comme décrit ci-dessus, le sida a d'abord été présenté durant des années comme incurable : Son mode de transmission sanguin peut expliquer les réticences de certains soignants à pratiquer des soins sur des patients sidéens, surtout s'ils pensent pouvoir être atteints du sida à leur tour, par exemple en cas d'AES.

#### 4.2. Bilan des recherches documentaires

Au regard de la situation d'appel et afin de dresser un état des lieux général, plusieurs articles paraissent pertinents.

Le premier est un rapport datant de 2016, nommé VIH Hépatite, la face cachée des discriminations. Produit par l'association AIDES : Ce rapport fait état des discriminations ressenties par les PVVIH ou personnes ayant contracté une hépatite. Les chiffres les plus marquants sont les suivants : 23,6 % des PVVIH interrogées dans le cadre de l'enquête VHV auraient subi des discriminations dans le domaine médical, en outre 25 % des PVVIH interrogés disent avoir rencontré des difficultés d'accès aux soins au cours de l'année. Par ailleurs, ces difficultés d'accès aux soins peuvent devenir un problème pour les PVVIH habitant dans des zones rurales, où l'offre de soins est moindre : Si ces difficultés persistent ou sont couplées à des vécus discriminatoires, cela peut à terme entraîner un non-recours aux soins.

Le second texte est une enquête de Sida info service : Enquête – Discrimination à l'encontre des personnes vivants avec le VIH, datant de 2009 réalisée par M. Coudray et E. De Carvalho. Celle-ci, met en avant de fortes discriminations envers les PVVIH dans le milieu médical et paramédical. Par exemple 48,4 % des personnes interrogées disent avoir ressenti au moins un épisode discriminatoire de la part d'un professionnel de santé. De plus, 15,5 % auraient été discriminé par un infirmier, majoritairement des femmes (27,9 % pour 11,7 % d'homme).

Suite à la lecture de ces deux documents, il semble que des discriminations existent bel et bien contre les PVVIH et que celles-ci concernent également le domaine de la santé. C'est pourquoi une seconde partie du travail sera une recherche d'étayage scientifique sur l'existence de cette discrimination et de ses causes.

### 5. QUESTION GÉNÉRALE DE RECHERCHE

Une discrimination est-elle réalisée par les soignants entre les PVVIH et les autres patients dans un contexte de soin ?

## DEUXIÈME PARTIE :

### **DE LA QUESTION GÉNÉRALE À LA QUESTION SPÉCIFIQUE DE RECHERCHE**

Dans cette seconde partie, j'ai recherché puis analysé deux articles de recherche dont l'un, produit au Brésil, traitant des représentations sociales des soins fournis aux patients séropositifs au VIH et l'autre, en provenance de Madagascar, s'intéressant aux discriminations des PVVIH dans le milieu médical. Ces deux articles me paraissent pertinents puisque le premier adopte le point de vue des soignants assorti d'une étude qualitative, et le second prend davantage la vision des PVVIH d'un point de vue quantitatif : Ainsi ces deux études paraissent pouvoir se compléter. J'ai également sélectionné un ouvrage écrit sous la direction de Gustave-Nicolas Fischer et Cyril Tarquinio en 2014 : *Psychologie de la santé, application et intervention*.

L'utilisation d'une mind-map (ou cartographie conceptuelle) (cf, annexe B), la plus exhaustive possible, permet la recherche de ces articles, par le biais de mots clés, permettant d'accéder à des articles et ouvrages en diverses bases de données telles que Lissa, Réro doc ou encore le Centre de documentation du CHU de Nantes. La liste des recherches faite est présentée dans l'annexe C ainsi que ses résultats.

#### 1. SAVOIRS THÉORIQUES ET SCIENTIFIQUES

##### 1.1 La discrimination et le VIH : un nombre d'études restreintes

Tout d'abord, le premier constat est le manque d'articles de recherche et d'articles scientifique, en les bases de données françaises. En effet, comme montré par l'annexe B, les études françaises, concernant les PVVIH, s'axent surtout sur les méthodes curatives et/ou éducatives, ainsi que sur le vécu des patients dans le cadre privé. Cependant, elles n'étudient pas la question de la discrimination dans le cadre hospitalier.

Ceci est également mis en avant dans d'autres pays, tel que Madagascar. « Malgré l'évidence anecdotique sur l'importance de l'impact négatif de la stigmatisation et de la discrimination sur la lutte contre l'infection due au VIH/sida, très peu de recherche a été faite » (Andrianasolo, Rakotoarivelo, Randriarimanana, Angijiro et Randria, 2010, p. 2)

## 1.2 Une discrimination négative reconnue par plusieurs auteurs

Afin de déterminer au mieux, le type de phénomène dont il est question, il est important de faire le distinguo entre discrimination et stigmat.

Le stigmat, selon Goffman (1975), est ce qui, lors d'une interaction, affecte, en discréditant l'identité sociale d'une personne. Ainsi, contrairement à la discrimination qui peut avoir un versant positif, le stigmat lui est un terme strictement négatif.

Cependant, dans la suite de ce travail, le terme « discrimination » est à appréhender au même titre que le stigmat comme étant une distinction strictement négative faite à l'égard des personnes atteintes du VIH, puisque c'est sous cette forme que les auteurs cités l'emploient.

La discrimination négative autour du VIH est un fait connu et avéré, notamment par Andrianasolo *et al.* (2010), citant le programme commun des Nations unies sur le VIH par Onusida, et donnant une définition de la discrimination, comme une distinction arbitraire entre personnes séropositives au VIH, avérée ou présumée ou sur leur état de santé.

Ainsi, si le besoin a été ressenti par de grands organismes tels qu'Onusida, de donner une définition de la discrimination envers les PVVIH, c'est que cette discrimination est bel et bien un fait avéré.

C'est aussi ce que rapportent Fischer et Tarquinio (2014) : « La stigmatisation et les stéréotypes n'ont pas disparu et les personnes atteintes souffrent toujours d'un profond isolement (VESPA II, 2013) accompagné d'un grand inconfort psychologique. ».

C'est également un fait relevé par de nombreuses études d'Andrianasolo *et al.* (2010). Dans leur article - *Discrimination des personnes infectées par le VIH en milieu médical à Madagascar* - ils décident d'étudier, non pas la présence d'une discrimination, mais du type de cette discrimination : « Notre objectif était de déterminer la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en milieu médical à Madagascar. ». En outre, ils affirment qu'au travers de leur étude, ils ont la volonté de tirer la sonnette d'alarme sur l'ampleur et la réalité de ce problème (Andrianasolo *et al.*, 2010).

C'est ainsi, en se basant sur plusieurs auteurs et organismes internationaux, que la suite de ce mémoire en soins infirmiers partira du postulat que le problème de discrimination à l'encontre des PVVIH existe bel et bien et en cherchera les causes et les conséquences.

### 1.3 Une pathologie lourde de préjugés.

Ainsi que le disent Fischer et Tarquinio (2014) : « Il s'agit alors d'introduire une réflexion de groupe sur la place de la sexualité dans une pathologie qui reste marquée du sceau d'une sexualité fautive et déviante ». Cette citation indique de manière explicite la représentation du VIH, tant du point de vue de la « peste rose » que de la « maladie des 4H » : Cette pathologie est fréquemment source de honte pour les patients qui, pour se sentir « normaux » et ne pas être jugés, choisissent leurs partenaires soit parmi les personnes séropositives au VIH, soit pour les couples séro- discordants en prenant le parti de taire leur séropositivité (Fischer et Tarquinio, 2014).

Les personnes vivant avec le VIH rencontrent également des discriminations dans le milieu médical où, d'après Formozo et de Oliveira (2010), chacun apporte avec lui une part de ces représentations sociétales (en effet, l'équipe soignante est composée d'une mixité de personnes de tous horizons). Ainsi, comme le VIH est une pathologie discriminée par la société, et que les professionnels de santé font eux-même partie de cette société, il va sans dire qu'ils seront eux-aussi discriminants et ce, même dans un contexte de soins.

De plus, ces infirmiers pratiquant des soins sont exposés au risque de contagion et d'AES pouvant ensuite être associée aux symptômes du VIH, mais aussi au trépas, aux préjugés et à l'exclusion. C'est la raison pour laquelle, certains professionnels, au Brésil par exemple, refusent de travailler dans les services au contact de PVVIH (Formozo et De Oliveira, 2010). Cet argument est également mis en avant par Andrianasolo *et al.* (2010) « En effet, d'après les PVVIH, la cause de la discrimination perpétuée par les personnels dans le milieu médical est [...] la peur de l'infection ». Pour d'autres, ce qui a été rapporté dans l'article : *Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV*, 2010 est l'existence d'expériences négatives, notamment de violences des PVVIH envers le personnel soignant. En effet, si une partie de la discrimination est probablement due aux représentations sociales de la maladie, l'autre argument avancé par le personnel soignant, dans cette étude qualitative, est que lors du diagnostic, sous le choc de l'annonce de sa séropositivité, le patient peut devenir violent. C'est donc, face à ces violences, que certains professionnels de santé décident de mettre une certaine distance dans leurs soins, voire

d'utiliser du matériel supplémentaire en cas de projections d'objets ou de liquide (Formozo et De Oliveira, 2010). Par ailleurs, il est mis en avant différents points de vue quant à ces comportements dits « discriminatoires ». En effet, un même comportement peut-être perçu soit comme discriminatoire par certains professionnels, soit comme positif à la relation de soin pour d'autres. C'est le cas notamment du port des gants et des dispositifs de sécurité. D'après Formozo et De Oliveira (2010), l'utilisation des gants, blouses et masques peuvent aussi être bénéfiques au soin parce qu'ils permettent aux professionnels d'être plus proches des patients tout en se protégeant de leur pathologie. Alors que, selon Andrianasolo *et al.* (2010) l'utilisation de matériel supplémentaire est vu comme une discrimination négative :

« Les attitudes des personnels de santé de notre étude apportaient encore un peu plus des arguments sur la réalité de la discrimination en milieu hospitalier. L'utilisation injustifiée des matériels différents (stéthoscope, tensiomètre, thermomètre) à l'endroit des séropositifs au VIH est l'une des preuves. »

Ainsi, certains actes ne sont pas perçus au sens négatif mais permettent, en faisant cette distinction, aux professionnels de santé médicaux et paramédicaux d'améliorer leur relations avec les patients, notamment par plus de proximité, sans peur de discrimination (Formozo et De Oliveira, 2010).

Une des causes de discrimination négative la plus souvent citée par les auteurs est avant tout un manque de connaissance. Comme l'avance Andrianasolo *et al.* (2010) : « d'après les PVVIH, la cause de la discrimination perpétuée par les personnels dans le milieu médical est surtout la mauvaise connaissance des modes de transmission du VIH ».

Dans ce même article, l'étude quantitative a relevé que 47 % des professionnels ne connaissaient pas les 4 modes de transmission du VIH. Ce manque de formation est également cité par Formosol et De Oliveira (2010) : Ceux-ci indiquent que les professionnels ne se sentent pas suffisamment formés aux soins aux PVVIH et de ce fait, prétextent un manque de temps pour réaliser les actes plus rapidement.

Un autre élément cité par cet article est que le manque de connaissance implique que les professionnels restent immergés dans leur représentations et ne parviennent pas à adapter leur posture lors des soins : « imerso em representações, muitas vezes, marcadas pelo medo do desconhecido e pelo receio de se contaminar » (Formozo et De Oliveira, 2010)

La raison de ce manque de connaissance en France est une absence de qualification ou de compétence propre au conseil en santé sexuelle (Fischer et Tarquinio, 2014).

Cet argument est également cité dans d'autres pays : « À Madagascar, par exemple, c'est seulement depuis peu que l'infection au VIH est enseignée à la faculté de médecine. » (Andrianasolo *et al*, 2010).

#### 1.4 Les conséquences aux discriminations : la relation entre soignant et patients

Ainsi, suite à des expériences discriminatoires 54,55 % des PVVIH disent ne pas vouloir partager leur séropositivité avec un personnel de santé (Andrianasolo *et al*, 2010). Une première démarche est de définir la relation soignant-soigné qui selon Potier (2002) est un :

« lien existant entre deux personnes de statuts différents, la personne soignée et le professionnel de santé. Cette relation nécessite trois attitudes. Tout d'abord, un engagement personnel de l'infirmier(e), le malade étant accepté sans jugement de valeur, tel qu'il est, avec un autre mode de raisonnement, d'autres réactions et d'autres sentiments. Puis une objectivité, pour éviter une déformation de ce qui est vu et entendu. Et pour terminer, un minimum de disponibilité. La relation soignante n'est pas une relation de salon, elle a pour but l'aide et le soutien de la personne soignée jusqu'à son retour vers l'autonomie. Elle permet d'identifier les demandes de la personne et d'analyser les interactions. »

Ainsi, la posture de 'non-jugement' décrite par cette définition est incompatible avec les préjugés existants sur le VIH. C'est pourquoi, si des préjugés sont présents lors des soins, alors la relation soignant-soigné ne sera pas optimale. En outre, d'après Andrianasolo *et al* (2010), à Madagascar, 72,73 % des PVVIH disent avoir déjà été discriminés par des professionnels de santé et parmi les 18,5 % d'entre eux ayant déjà renoncé à une consultation médicale, 80 % disent que c'était par peur d'être discriminés.

Selon Formozo et De Oliveira (2010), il est nécessaire de relativiser cette discrimination. En effet, dans leur étude qualitative se basant sur le point de vue des soignants, la distance mise dans les soins par les professionnels est d'après eux bénéfique, puisqu'à l'annonce du diagnostic et suite, parfois, à des expériences de violence, les soignants ont jugé que laisser la PVVIH seule afin qu'elle intègre ce diagnostic est nécessaire. Or, dans un autre contexte de soin, une telle distance peut aussi être interprétée comme de la peur. C'est pourquoi la discrimination est avant tout une question d'interprétation.

Ainsi Andrianasolo *et al.* (2010) affirment que 70 % des PVVIH universitaires se disent discriminées contre 12,5 % seulement pour les ouvriers.

« L'une des explications pourrait être le fait que les personnes instruites sont plus informées en matière de discrimination que les moins instruits. Socialement aussi, ces derniers sont souvent confrontés beaucoup plus à d'autres contraintes de la vie quotidienne qui ne sont pas en relation avec leur statut sérologique. » (Andrianasolo *et al.*, 2010)

D'après les mêmes auteurs, le peu de retour vis-à-vis du nombre de questionnaires distribués au PVVIH (30 questionnaires revenus pour 100 distribués) traduirait la réticence des PVVIH à intégrer le milieu hospitalier. En outre, à Madagascar, des professionnels de santé auraient affirmé avoir été confrontés à des refus de soins : Il s'agit de 10,7 % des paramédicaux interrogées et 3,6 % des médecins (Andrianasolo *et al.*, 2010). Ces chiffres peuvent être mis en relation avec la discrimination, mais le système de protection sociale n'étant pas le même que le système français, cela peut également traduire, pour certains, des problèmes d'ordres financiers.

« Le dépistage, les antirétroviraux, les médicaments pour les infections opportunistes ainsi que certains examens biologiques tels que le dosage des lymphocytes TCD4 sont pris en charge par l'État malgache. Les autres examens complémentaires (bilans préthérapeutiques et bilans de suivis. . .) sont à la charge du patient. » (Andrianasolo *et al.*, 2010).

### 1.5 Les conséquences aux discriminations : la meilleure propagation du virus

Parmi les conséquences citées par les auteurs, et en plus de la détérioration de la relation soignant-soigné, il y a aussi la propagation du virus due à la discrimination. En effet, comme le soulèvent Fischer et Tarquinio (2014), « Pour certain (es) il n'est pas nécessaire de parler de sa séropositivité à ses partenaires sexuel (le) s si la relation ne devient véritablement sérieuse ».

L'absence d'information aux proches, voire aux professionnels de santé est également un fait soulevé par Andrianasolo *et al.* (2010) : « Nous avons pu constater aussi durant notre étude que nos PVVIH préfèrent ne pas tenir au courant les personnels de santé sur leur statut sérologique ». Il est ainsi écrit qu'un soignant ayant connaissance de la séropositivité d'un patient se montrera plus rigoureux vis à vis des protections standards, telles que le

port des gants, de peur de contracter lui-même le VIH. C'est également pour la bonne applications de ces précautions que tout le service doit être informé, lorsqu'un patient est séropositif au VIH, (Formozo et De Oliveira, 2010). Donc, si un patient choisi délibérément de ne pas informer les professionnels de santé de son statut sérologique, cela représente un risque de contamination supplémentaire. De la même manière, une PVVIH ne prévenant pas son partenaire, lui fait également courir un risque de manière involontaire : Dans le cas où par exemple le préservatif se perce, ou que le PVVIH ne connaît pas elle-même les modes de transmissions de la maladie. Ainsi, comme le soutiennent Andrianasolo *et al* (2010) : « En matière de lutte contre cette propagation de l'infection à VIH/sida, la stigmatisation et la discrimination jouent un rôle non négligeable sur le développement et le maintien de l'épidémie de VIH ». C'est la raison pour laquelle, afin de lutter contre le VIH, il est important que les PVVIH n'aient pas honte de leur maladie. Cela commence tout d'abord par l'adoption d'une posture neutre de la part des soignants. L'hôpital faisant partie intégrante de la vie d'un patient porteur du VIH, il doit donc s'y sentir en sécurité et pouvoir établir un lien de confiance avec les équipes soignantes. En effet, si les PVVIH se sentent discriminées dès leur diagnostic à l'hôpital, il est logique qu'ils ne souhaitent pas être diagnostiqués et préfèrent rester dans l'ignorance ou que suite à leur diagnostic ils ne souhaitent plus partager leur séropositivité avec qui que ce soit (leurs proches, leur compagnon ou leur médecin). En outre, le fait de ne pas pouvoir parler de leur pathologie autour d'eux accentue ce sentiment de solitude chez les PVVIH et cela peut détériorer leur état psychologique. Comme soulevé par Formozo et De Oliveira (2010), les PVVIH sont, au moment du diagnostic, parfois plongées dans un état de dépression ou de grande tristesse. Il est donc plus que nécessaire pour les soignants de se montrer à l'écoute et de pouvoir, au besoin, rediriger ces patients vers des psychologues afin de réaliser non pas un accompagnement somatique, mais d'avoir une approche holistique de la prise en charge des PVVIH.

#### 1.6 Les solutions préconisées par les auteurs.

La solution proposée à l'unanimité par les auteurs est la mise en place d'une meilleure formation autour du VIH voire, pour Fischer et Tarquinio (2014) : une meilleure

formation en santé sexuelle. En effet, d'après Andrianasolo *et al* (2010) ce sont 47 % des professionnels interrogés qui ne connaissent pas les modes de transmissions du VIH et parmi eux 15 % pensent que le VIH se transmet par la salive.

Comme le soulignent Fischer et Tarquinio (2014), le conseil en santé sexuelle ne représente pas une pratique standardisée, Chaque professionnel de santé est à même, à l'issue de sa formation initiale, de délivrer un conseil et une information en santé sexuelle (qui est le premier niveau d'intervention). Ainsi, comme la formation n'est pas la même pour tous les professionnels de santé, certains sont peu à l'aise avec la santé sexuelle, voire ne connaissent pas les modes de transmission des IST telles que le VIH. C'est pourquoi, si la demande ne vient pas de la part des patients, les soignants sont réticents à délivrer de tels conseils (Fischer et Tarquinio, 2014). En outre, le manque de formation en santé sexuelle est connu de longue date, puisque déjà en 1975, l'OMS affirmait qu'il y avait un besoin chez les professionnels d'une meilleure connaissance autour de ce domaine. Il s'agit d'ailleurs d'un avis partagé par l'association mondiale pour la santé sexuelle : « La WAS accorde une grande importance aux dimensions éthiques et à la nécessité d'une formation approfondie pour s'engager dans le conseil en santé sexuelle »(Fischer et Tarquinio, 2014). Ce problème lié à la formation a également été cité par Formozo et De Oliveira (2010) qui affirment que les infirmières des services non spécialisés dans le VIH ne se sentent pas suffisamment formées pour ce type d'accompagnement. En Outre, elles ajoutent que pour accompagner une PVVIH, il est important de connaître ses points forts et ses points faibles afin de mieux adapter le soin.

Par ailleurs, pour lutter contre la discrimination une des solutions proposée par Formozo et De Oliveira (2010) est justement une meilleure formation des professionnels. C'est également préconisé par Andrianasolo *et al* (2010) : « Une des solutions en milieu médical est le renforcement de la connaissance des personnels de santé en matière de VIH. ».

### 1.7 Apports de l'éclairage scientifique sur la question générale de recherche.

Ainsi, à l'issue de cette phase de recherche scientifique, plusieurs éléments se dégagent, et tout d'abord le fait qu'il y ait bien une discrimination envers les PVVIH et que celle-ci soit rapportée par plusieurs auteurs. Par ailleurs, une phrase de Fischer et Tarquinio (2014) résume bien la vision du VIH : « Une pathologie qui est marquée du sceau d'une

sexualité fautive et déviante ». En outre, un autre élément particulièrement cité par les auteurs est la peur des soignants d'être contaminé à leur tour. Les conséquences de cette discrimination sont principalement de deux types : une relation soignant-soigné fragilisée et une meilleure propagation de la maladie.

En revanche, le principal point commun à tous les écrits est la solution qu'ils proposent : Une meilleure formation du personnel soignant.

Suite à cet éclaircissement, deux questions s'imposent : Les patients atteints du VIH ont-ils le sentiment d'être discriminés par les soignants dans un contexte de soin ? Dans quelle mesure la discrimination faite aux personnes séropositives au VIH influence-t-elle la propagation du virus ?

Cependant la première question, plus théorique, n'a pas la même dimension épidémiologique que la seconde.

C'est pourquoi, la question la plus pertinente à traiter est l'impact de la discrimination envers les PVVIH sur la propagation du virus.

## 2. QUESTION SPÉCIFIQUE DE RECHERCHE

Dans quelle mesure la discrimination faite aux personnes séropositives au VIH influence-t-elle la propagation du virus ?

## CONCLUSION

Pour réaliser ce travail de fin d'étude, je me suis basée sur une situation d'appel qui m'a interpellée et questionnée. En premier lieu, je me suis demandée s'il s'agissait bien de discrimination involontaire envers une PVVIH et à quoi cette possible discrimination était-elle due. Le but de ce mémoire était ainsi de trouver si dans la documentation scientifique actuelle, des personnes s'étaient déjà intéressés à ces questions et si oui, à quelles conclusions étaient-elles parvenues.

Les entretiens réalisés dans le cadre de mon travail m'ont permis de mieux cerner mon sujet d'étude et l'approche que je souhaitais en avoir : Ce n'était pas la discrimination dans la vie privée des personnes séropositives au VIH, mais dans le domaine hospitalier.

Le choix de ce sujet d'étude a été justifié non seulement par la situation géopolitique actuelle, mais surtout dans le cadre de l'accompagnement des personnes atteintes du VIH : Il me paraît nécessaire, à mon sens, non seulement de leur proposer des soins somatiques, mais aussi des soins psychiques. Ces soins, à l'échelle de l'infirmier, sont des postures empathique et compréhensive, mais surtout sans jugement aucun. De telles postures permettent à la PVVIH de trouver, dans la relation de soin, un espace de confort où il n'y a pas à avoir honte de sa pathologie ce qui permet donc de mieux s'exprimer sur son vécu.

En France, le VIH n'est pas inclus dans les plans nationaux de lutte contre une maladie (comme le cancer). Au contraire depuis les années 2000, c'est une pathologie qui s'est effacée progressivement de la presse, au profit d'infections plus virulentes telles que le virus Ebola ou certains cancers. Pour autant, la maladie est toujours présente, et en particulier dans les pays en voie de développement, qui aujourd'hui font partie des zones d'où proviennent les migrants français. C'est pourquoi, la question de la lutte contre le VIH est toujours un fait hautement d'actualité, et la lutte contre cette pathologie consiste en la préservation des victimes, qui sont le plus souvent victimes de discrimination.

Une première partie de ce travail a été de rechercher si la discrimination envers les PVVIH était un problème soulevé par les Associations de malades ou de lutte contre la maladie, mais aussi par les revues professionnelles. A l'issue de cette première démarche, il

m'a été permis de constater qu'en France, les documentations professionnelles sont particulièrement axées sur le vécu des malades ou sur la discrimination dans le cadre privé. Cependant, quelques rares associations comme Aides ou encore Sida-info-service ont étudié la question des discriminations dans le cadre d'un accompagnement médical ou paramédical.

J'ai donc par la suite recherché les causes possibles de ces discriminations. En effet pourquoi le VIH serait une maladie dont les victimes devraient avoir honte ? Pourquoi le VIH contrairement à d'autres maladies devrait-il entraîner un sentiment de culpabilité chez les patients qui en sont atteints ?

Mes recherches m'ont permis de mettre en avant le fait que le VIH reste une maladie lourde de préjugés. Nommée « peste rose » parce que touchant principalement les populations homosexuelles, largement stigmatisées il y a quelques années ; il est cependant aujourd'hui prouvé que ladite maladie atteint également des personnes transfusées ou des enfants, cette population touchée est toujours néanmoins victime de stigmatisation.

Ce n'est donc pas seulement la population homosexuelle qui est visée au travers de la discrimination aux PVVIH, mais la maladie elle-même qui est discriminée. Une des explications possibles est cette peur de la transmission, une autre est l'historique la maladie qui reste stigmatisée peut-être les populations touchées.

Ainsi à l'issue de ce travail, j'ai formulé la question générale de recherche suivante : Une discrimination est-elle réalisée par les soignants entre les PVVIH et les autres patients dans un contexte de soin ?

Une seconde partie de ce travail a eu pour but l'exploration du contexte scientifique dans lequel s'inscrit ce mémoire. Ainsi, à l'aide de plates-formes de numérisation telles que le site internet du CHU ou encore PubMed, j'ai eu l'opportunité de trouver deux articles scientifiques et un ouvrage sur mon sujet.

Le premier article de Formozo et De Oliveira (2010) m'a permis d'entrevoir ma problématique du point de vue des infirmières exerçant depuis des années auprès de PVVIH. Un tel document m'a permis de relativiser le fait que cette discrimination était parfois en réaction à des expériences de violence de la part des PVVIH ; ou encore que ce que je percevais comme une discrimination (port des gants ou d'autres dispositifs de

protection parfois non nécessaires aux soins), servaient positivement la relation : Ils permettaient une meilleure proximité des soignants, tout en les protégeant de la pathologie. Ainsi à l'issue de cette lecture, j'avais pour projet la proposition d'une question spécifique de recherche, en lien avec le sentiment de discrimination : Cette discrimination peut également être une question d'interprétation.

Le second article de Andrianasolo *et al.* (2010) m'a permis d'avoir une approche quantitative sur mon thème, tout en adoptant le point de vue de la PVVIH. : Cela m'a permis de comprendre que le problème de la discrimination est avéré à Madagascar, mais également dans d'autres pays tels que l'Inde. La lutte contre la discrimination participe ainsi directement et/ou indirectement à la lutte contre le VIH. C'est pourquoi après lecture de cet article, une des pistes possible pour la question spécifique de recherche était : La place de la discrimination dans la propagation du virus de l'immunodéficience humaine.

L'ouvrage me paraissant le plus pertinent à utiliser est celui de Fischer et Tarquinio (2014) : Contrairement aux deux articles, centrés sur la problématique des discriminations aux PVVIH, celui-ci offre un point de vue plus global, notamment en traitant de la santé sexuelle et de la vision des soignants de celle-ci.

Suite à ces lectures, j'ai donc orienté ma question spécifique de recherche autour du lien entre la discrimination des PVVIH et la propagation du virus : A mon sens, ce sujet présente un plus grand intérêt pour le personnel de santé que celui sur le sentiment de discrimination. En effet, si les professionnels sont davantage informés sur l'impact de la posture neutre auprès des PVVIH, cela permettra de réduire les discriminations et de lutter contre la propagation du virus, alors que le premier sujet aurait eu un impact moindre sur ces questions.

L'écriture de ce travail m'a permis d'apprendre à reconnaître les sources fiables et à établir le distinguo entre des articles professionnels et des articles scientifiques et à les analyser. De plus, cela a été une opportunité de me questionner sur l'impact d'une attitude sur une population et sur la propagation d'une pathologie. Ainsi, à la suite de ce travail, l'impact de chacune de nos actions me paraît important pour offrir un soin de qualité et pour pouvoir lutter, même indirectement, quant à la propagation d'une pathologie.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### Les ouvrages

- Fischer, G.N. (1987). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Dunod.
- Fischer, G.N. Tarquinio, C. (2014). *Psychologie de la santé – Applications et interventions*, Paris : Dunod.
- Formarier, M. et Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. (2<sup>ème</sup> édition). Toulouse : Editions Mallet Conseil.
- Giami, A. Veil, C. (1994). *Des infirmières face au Sida: Représentations et conduites - Permanence et changement*. s.l : éditions de l'Inserm.
- Goffman, E. (1975). *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*. s.l : Les Éditions de Minuit.
- Lochak, D. (1987). *Réflexions sur la notion de discrimination*. *Droit Social*, 11, 778-790.
- Potier, M. (2002). *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers*. s.l : édition Lamarre.
- Sillamy, N. (2003). *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Larousse.

### Les articles

- E, Carde. (2007). Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. *Santé Publique*, 19, 99-109.
- G.A, Formozo. D.C, De Oliveira, (2010). Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV. *Revista brasileira de enfermagem*, 62, n.p.
- L, Vidal. (1992). Sida et représentation de la maladie. *Cahier des sciences humaines*, 28, 83-98.
- M, Borgetto. (2008) Égalité, différenciation et discrimination : ce que dit le droit. *Informations sociales*, 148, 8-17.
- M, Coudray. E, De Carvalho. (2009). Enquête-discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH. *Sida info service*, 4-5.
- P, Roux. J.L, Rey, J, Sehenou. A, Certain. (2004). L'observance à un mois des patients SIDA inclus dans l'initiative béninoise d'accès aux antirétroviraux, *société de pharmacie de bordeaux*, 143, 19-30.
- s.a. (2016). Rapport 2016, Vih hépatites, la face cachée des discriminations, *Aides*, 8-24.
- T.L, Ouedraogo. A, Ouedraogo. V, Ouedraogo. N, Kyelem. A, Soubeiga. (2015). Infection à VIH et modifications des relations sociales : étude auprès de 188 personnes infectées par le

VIH à Ouagadougou (Burkina Faso). *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*, 15(4), 253-257.

V, Anne. (1997). Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles. *Sciences sociales et santé*, 15, 103-132.

### **Les textes officiels, les lois, les décrets**

Arrêté du 20 juillet 1998 fixant la liste des maladies contagieuses portant interdiction de certaines opérations funéraires prévues par le décret n° 76-435 du 18 mai 1976 modifiant le décret du 31 décembre 1941 – version consolidée du 12 mars 2018 (consulté le 12 mars 2018). Document téléaccessible à l'URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000756462>

### **Les ressources issues d'Internet**

Aide info sida. (s.d). l'histoire du sida. Récupéré le 14 aout 2017.

Document télé-accessible à : [http://www.aideinfosida.be/histoire\\_sida\\_ais](http://www.aideinfosida.be/histoire_sida_ais)

INSEE. (2014). *Répartition des immigrés par pays de naissance en 2014*. Récupéré le 4 avril 2018.

Document télé-accessible à : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381755#tableau-Tableau2>

OCDE.(2016). L'OCDE demande aux pays d'intensifier leurs efforts en faveur de l'intégration des immigrés et des réfugiés. Récupéré le 4 avril 2018.

Document télé-accessible à : <http://www.oecd.org/fr/migrations/locde-demande-aux-pays-dintensifier-leurs-efforts-en-faveur-de-lintegration-des-immigres-et-des-refugies.htm>

Onusida. (2016). Publication épidémiologique. Récupéré le 15 juillet 2017.

Document télé-accessible à : <http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/knowyourepidemic/epidemiologypublications>

Onusida. (2016). Les chiffres de 2015. Récupéré le 19 juillet 2017.

Document télé-accessible à : [http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2015/AIDS\\_by\\_the\\_numbers\\_2015](http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2015/AIDS_by_the_numbers_2015)

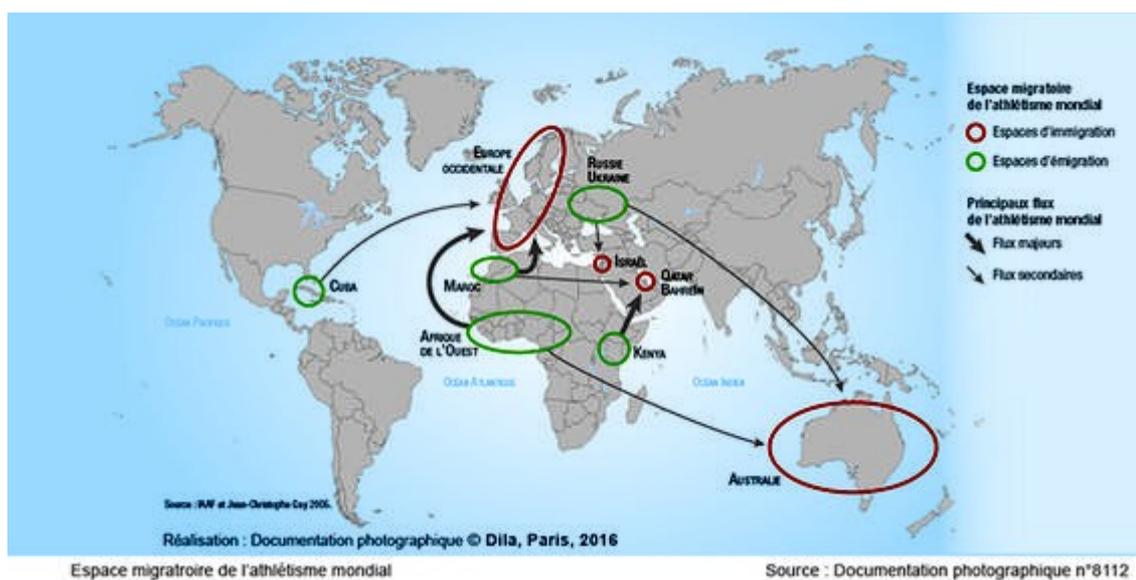
## **ANNEXES**

**ANNEXES A**  
**- Répartition du VIH dans le monde et flux migratoires -**

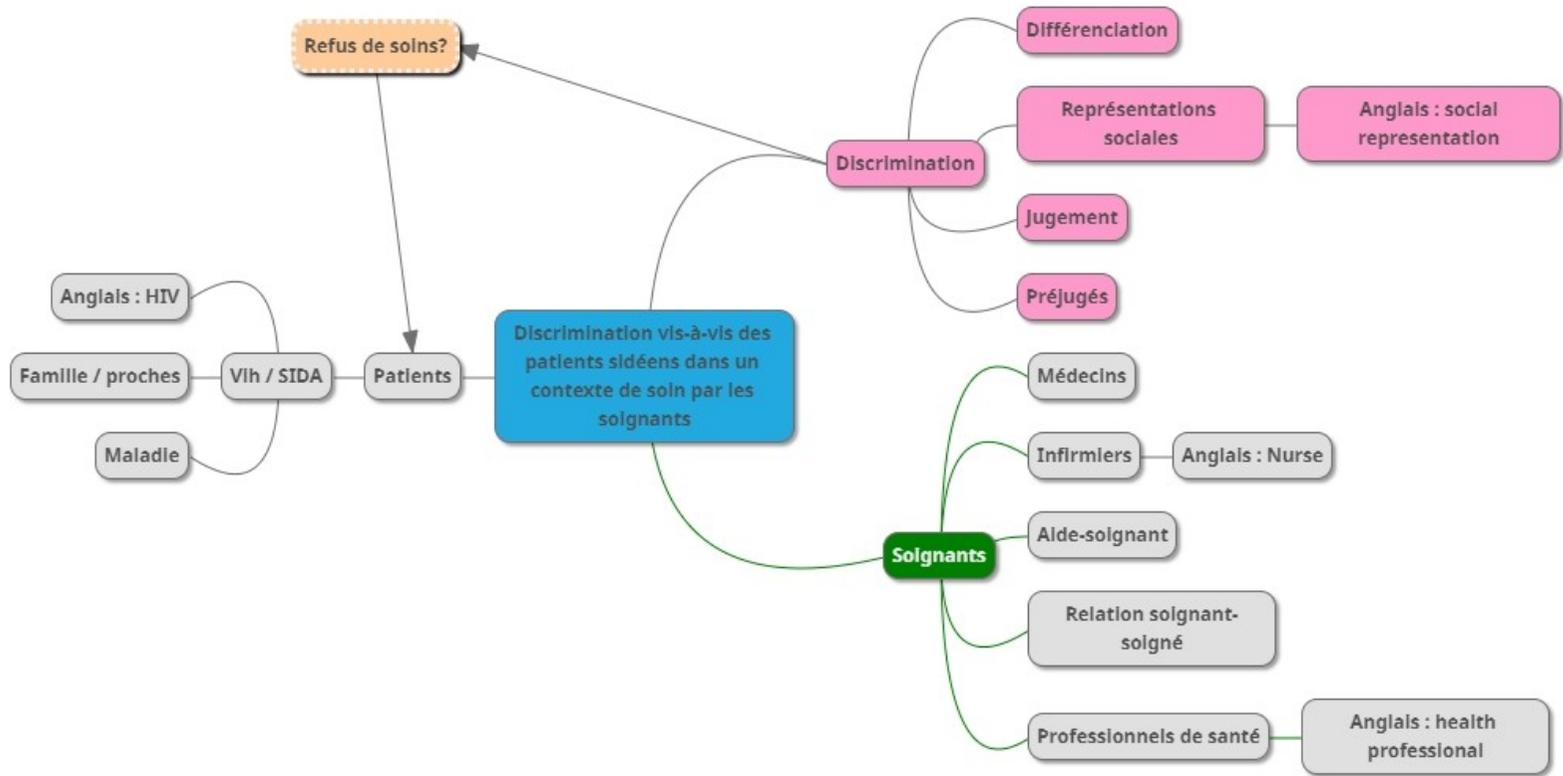
Carte 1 : Répartition du VIH dans le monde selon des données de Onusida



Carte 2 : Flux migratoire dans le monde en 2016



**ANNEXE B**  
**- Carte mentale -**



**ANNEXE C**  
**- Tableau de recherche documentaire -**

<b>Bases de données</b>	<b>Mots clés</b>	<b>Nombre de références trouvées</b>	<b>Nombre de références sélectionnées</b>	<b>Nombre de références retenues</b>	<b>Argumentation / références retenues</b>
Lissa	Sida ET préjugés	6	2 « Le sida, une infection persistante » « Sida et société »	0	Pas d'accès aux articles.
CDI	SIDA ET discrimination	4	2 « VIH / SIDA. Nouveaux enjeux, nouvelles fractures. » « Sida : discriminations en questions »	0	Articles professionnels et non scientifiques.
Lissa	SIDA ET équipe soignante Ou discrimination sociale	12	1 « Le SIDA: droits du client, risques professionnels, mesures préventives »	0	Article non disponible
Lissa	Équipe soignante ET discrimination sociale	9	2 « Quels freins à la recherche clinique sur la démence sévère ? » « L'avenir est intergénérationnel. »	0	Articles non adaptés au sujet, car concernent d'autres pathologies.
Centre de documentation du CHU de Nantes	Maladie ET discrimination ET soignant	0	0	0	

Centre de documentation du CHU de Nantes	Maladie ET représentation ET soignant	4	0	0	Article professionnel et/ou hors sujet (qui concernaient d'autres pathologie)
Réro Doc	Maladie ET représentation ET soignant	0	0	0	
Réro Doc	VIH ET discrimination soignant OU représentation	6	2	0	<p>« Parentalité et vie familiale autour de la séroposivité », ce mémoire met en avant dans son résumé une discrimination perçue par les patients de la part des professionnels de santé, cependant ce n'est pas un article de recherche ou scientifique.</p> <p>« La prévention des infections sexuellement transmissibles auprès des requérants d'asile à Genève : quelle relation soignant-soigné? » ce mémoire travaille sur un sujet proche du mien, fait référence à des soignants qui disent clairement qu'eux même et leur collègues sont parfois stigmatisants, cependant ce n'est pas un article de recherche ou scientifique. De plus, il n'y a pas dans leur bibliographie d'article scientifique que je puisse ré-utiliser dans mon travail.</p>
Pascal Francis	VIH OU Maladie ET Représentation OU Jugement OU Discrimination ET Soignant	3	1	0	L'article ne prend pas en compte les relations soignants-soigné via à vis du Sida

Pubmed	HIV and social representation and nurse	5	2	0	<p>[Nursing students' perceptions on HIV serodiscordant partnerships].</p> <p>Individual attitudes and perceived social norms: Reports on HIV/AIDS-related stigma among service providers in China.</p> <p>[Nursing students' perceptions on HIV serodiscordant partnerships]. L'article ne prend pas en compte les soins délivrés aux personnes séropositives, mais plutôt l'avis d'étudiants infirmiers sur des couples sérodiscordants.</p> <p>Individual attitudes and perceived social norms: Reports on HIV/AIDS-related stigma among service providers in China. : L'article était surtout porté sur le monde du travail, et non sur le domaine médical.</p>
Pubmed	HIV and social representation and health professional	10	2	1	<p>Representations of people with HIV and hepatitis C in editorials of medical journals: discourses and interdiscursive relations.</p> <p>[Social representations of the care provided to HIV seropositive patients].</p> <p>[Social representations of the care provided to HIV seropositive patients].</p> <p>[Social representations of the care provided to HIV seropositive patients].</p> <p>Representations of people with HIV and hepatitis C in editorials of medical journals: discourses and interdiscursive relations : Je n'ai pas sélectionné cet article car il faisait un focus sur les années 1989 à 2001 et n'était pas accessible gratuitement en ligne.</p>

**ANNEXE D**  
**- Tableau d'analyse critique des articles scientifiques -**

<b>Titre / Auteurs (grade, discipline, profession) / Date/Revue de publication</b>	<b>But/Objectif /Hypothèses/Question de recherche</b>	<b>Devis de recherche Méthode</b>	<b>Résultats / discussion</b>	<b>Réflexions par rapport à la question générale de recherche Liens avec d'autres recherches Remarques personnelles</b>
<p>Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV : Representações sociais dos cuidados fornecidos aos pacientes soropositivos em HIV</p> <p>Gláucia Alexandre Formozo : Infirmière diplômée, ayant une maîtrise en science infirmière et un doctorat en psychologie sociale de l'université de Rio de Janeiro. Spécialisée dans les soins infirmiers en santé publique</p>	<p>Objectif : Identifier et comparer les représentations sociales des soins infirmiers aux patients porteurs du VIH, en séparant deux catégories : l'équipe soignante : 20 infirmiers auxiliaires (ayant les mêmes tâches que les aides soignantes en France ainsi que le droit de prélever ou faire certains pansements - formation de 15mois) et 20 infirmières (ayant suivi un cursus de 4 à 5 ans pour l'obtention du diplôme)</p> <p>Hypothèses : L'équipe soignante étant composée de personnes faisant partie de la société, chacun apporte également avec lui une part de ces</p>	<p>Recherche qualitative axée sur la théorie des représentations sociales, avec pour cadre un hôpital de Rio de Janeiro (apparenté à un CHU français) où ont été sélectionnés 4 secteurs : malade infectieuses, pneumologie et soins intensifs. Ayant pour populations des professionnels infirmiers et infirmiers auxiliaires ayant déjà accompagné des patients atteints du VIH. La collecte des données a été permise par un questionnaire permettant de catégoriser la</p>	<p>Parmi les résultats on trouve les idées suivantes :</p> <p>Pour les auxiliaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les auxiliaires infirmiers entendus en entretien soulignent le fait qu'ils ont parfois eu à subir des violences de la part des patients VIH, d'après eux dues au choc du diagnostic de leur séropositivité. Certains auxiliaires affirment ainsi avoir pris de grandes distances avec certains patients qui d'après eux, exprimaient par la violence leur volonté de rester seuls. Ainsi pour eux c'était un soin que de garder leurs distances vis-à-vis de ces patients.</li> <li>• Les auxiliaires, même s'ils affirment que les précautions à prendre lors des soins doivent être les mêmes, rapportent que pour le patient connu comme séropositif, ils se montrent beaucoup plus prudents. Ils disent que lorsqu'un patient est connu comme séropositif, tout le service est informé afin d'éviter le risque d'exposition aux matières biologiques. De plus, d'après l'interview 40, les infirmiers s'équipent d'une blouse, de gants et de masque car ils ont peur que les patients encore choqués du diagnostic ne leur jettent des déchets au visage.</li> <li>• Il est rapporté par les interviewers que les médecins annoncent parfois le diagnostic à la famille plutôt qu'au patient lui-même, engendrant des tensions supplémentaires. De plus, les infirmiers et</li> </ul>	<p>Réflexions par rapport à la question générale de recherche : Par rapport à leur question générale de recherche, on observe le découpage par les auteurs du groupe en deux catégories auxiliaire et infirmier :</p> <p>- Les auxiliaires affirment que leur pratique est déterminée par leurs expériences (notamment face à la violence des patients) et que le soin est souvent impacté par l'humeur du patient.</p> <p>- Les infirmiers, eux, pensent davantage au patient sidéen avant tout comme porteur d'une pathologie chronique, contre laquelle il faut, du point de vue du soignant, savoir se protéger. En outre, ils rapportent que le principal problème à créer une relation</p>

<p>et ayant publié autour de nombreux sujets dont les représentations sociales et le Vih/SIDA. Elle est actuellement professeure adjointe à l'université de Rio de Janeiro</p> <p>Denize Cristina de Oliveira : Infirmière ayant un doctorat de santé public (de l'université de Sao Paulo) et un doctorat en psychologie sociale (à Paris). Ayant participé à la rédaction de nombreux articles sur les sciences infirmières notamment sur les représentations sociales dans les domaines de la santé publique et des soins infirmiers, par exemple en</p>	<p>représentations. De plus, il faut également prendre en compte les spécificités aux soins infirmiers aux personnes atteintes du VIH. En effet, les infirmiers doivent pratiquer des soins qui les exposent au risque de contagion et d'AES pouvant être par la suite associés aux symptômes du VIH mais aussi à la mort, aux préjugés et à l'exclusion. Ainsi les représentations sociales guident les comportements, les pratiques et peuvent justifier le positionnement face à la maladie. Donc, d'après les auteurs on peut considérer les représentations sociales construites par les professionnels comme pouvant influencer les pratiques et s'exprimer dans les relations patient-soignant, notamment par un mépris, des préjugés ou des jugements moraux. En outre, le soin</p>	<p>population soignante (âge, sexe, revenus mensuel entres autres) et un entretien semi-directif où était abordé des sujets tels que l'influence du VIH sur les techniques de soins employées et la relation au patient porteur du VIH. L'analyse a ensuite été permise grâce au logiciel Alceste 4.7, où a été prise en compte le profil du professionnel : infirmier ou infirmier auxiliaire ainsi que l'expérience professionnelle.</p>	<p>auxiliaires sont parfois face à des patients qui les questionnent sur les médicaments ou les soins qu'ils reçoivent, et ne peuvent pas leur répondre sans l'aval du médecin. Alors dans des cas de refus de prise de médicaments, les infirmiers sont dépourvus face aux patients. De plus, un autre facteur négatif pour la relation soignant-soigné est le manque de temps, obligeant les professionnels à abrégé les conversations ou à les reporter. Une autre alternative au manque de temps est pour le personnel de discuter uniquement de sujet généraux (sport, art, mode ect...) et de ne pas chercher l'état d'esprit dans lequel est le patient.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La relation est souvent impactée par l'état du patient qui en sus de diverses maladies peut se trouver dans un état de dépression ou de grande tristesse en réaction au diagnostic, d'autres encore sont dans le déni de leur pathologie, ce qui ne favorise pas la relation et parfois se répercute sur les soignants (par exemple à cause de la violence évoquée ci-dessus).</li> </ul> <p>Pour les infirmiers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les infirmiers interviewés soulignent l'importance que les patients sidéens comprennent le traitement antirétroviral afin qu'ils y adhèrent davantage. Pour eux, le VIH se différencie des autres maladies de par son traitement atypique, mais demeure une maladie chronique.</li> <li>• Concernant la présence du VIH dans les services de soins, les infirmiers mettent en avant que certains professionnels choisissent de refuser de travailler dans certains services (surtout de maladie infectieuse) de peur de la contamination. De plus, ils disent que comme les patients séropositifs ne sont pas seulement en maladie infectieuse, les professionnels des autres</li> </ul>	<p>de soin avec ces patients vient du manque d'expérience des professionnels non habitués à côtoyer ce type de pathologie.</p> <p>Lien avec les autres recherches : Cet article, contrairement à beaucoup d'autres traitant du sida et des représentations sociales, a le bénéfice de prendre en compte en majeure partie les soignants et non la population en général ou la famille des proches, comme c'est le cas pour la majorité des articles de recherche français traitant de ce sujet.</p> <p>Remarques personnelles :</p> <p>Points positifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le sujet est traité du point de vue des soignants</li> <li>- Cet article m'a permis de revoir mon opinion quant au port des gants et du matériel de sécurité, que je voyais comme une entrave à la</li> </ul>
---	---	--	---	---

<p>étudiant les pratiques professionnelles autour du VIH/SIDA. De plus, elle coordonne des groupes de recherche en soins infirmiers et en promotion de la santé. L'article est paru en 2010 dans le numéro de mars-avril (numéro 62) de la revue brésilienne des soins infirmiers (Revista brasileira de enfermagem) pages 230 à 237.</p>	<p>infirmier peut également être fait de manière distante par la simple mise en œuvre de procédures techniques. Mais d'autre part, l'infirmier peut également adopter une posture empathique, et être amené du fait de la compassion à chercher également à mettre dans la relation soignant-soigné une trop grande implication.</p> <p>Questions de recherche : Qu'est-ce qui détermine les pratiques de soins infirmiers et comment les améliorer afin de fournir des soins corrects aux personnes atteintes du VIH tout en protégeant leur autonomie ?</p>		<p>services sont parfois mis en difficulté lors des soins apportés au patient sidéen. Cependant, concernant leur secteur, les infirmiers affirment qu'aucune différenciation n'est faite entre les patients VIH et les autres. En effet, pour eux, le patient atteint du VIH doit être traité avec les mêmes précautions que les patients porteurs d'une hépatite, puisqu'il s'agit d'une infection sanguine.</p> <p>Discussion :</p> <p>Il est observé que les auxiliaires ont une représentation des soins aux patients sidéens axée sur des éléments quotidiens (violence des patients, prudence à prendre lors des soins, relations soignant-soigné, sentiment du patient face au diagnostic) alors que les infirmiers ont une vision réifiée de leur pratique c'est-à-dire qu'ils considèrent d'avantage la pathologie (et son traitement antirétroviral) ainsi que les besoins biologiques des patients, plus que le patient lui-même. Ainsi, le manque de temps, argument à l'absence de discussion sur les sentiments du patient, sert d'après les auteurs à une justification camouflant le fait que les infirmiers ne se sentent pas formés à une telle prise en charge. Ainsi, le personnel infirmier se préserve en ne se mettant pas face à une situation qui pourrait le mettre en difficulté. Les auteurs affirment par la suite que du fait de l'historicité du SIDA, et parfois par manque de formation, les professionnels reçoivent le patient en étant « immergés dans leurs représentations, souvent marquées par la peur de l'inconnu et par la crainte de la contamination » (imerso em representações, muitas vezes, marcadas pelo medo do desconhecido e pelo receio de se contaminar.) D'après les auteurs, c'est cette accumulation de sentiments contradictoires, d'images, de jugements entre autre, qui peuvent être la cause de soins techniques négligeant l'aspect relationnel. Ainsi, ils affirment que la première compétence</p>	<p>relation (le fait que le patient puisse se sentir mal à l'aise lorsque l'infirmière met des gants en sa présence) : Or dans le texte cela est décrit comme une aide à la relation de soins, car elle permet une proximité avec la personne soignée, tout en étant en sécurité.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Je n'avais pas imaginé des violences possibles de la part des patients sidéens (puisque j'associe davantage les violences aux pathologies psychiatriques ou à la démence)</li> <li>- Je n'avais pas pensé au manque d'expérience des professionnels comme à un facteur pouvant impacter la relation de soin.</li> </ul> <p>Négatifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les résultats ne proviennent pas d'hôpitaux français et donc les auxiliaires dont il est question ne peuvent pas être assimilés aux aides-soignantes françaises puisqu'elles n'ont pas les mêmes activités (exemple : prélèvements et pansements)</li> </ul>
---	---	--	--	--

			<p>requis pour ce type de prise en charge est une bonne connaissance de soi pour les professionnels, et également de la prise en compte de leur force et de leur faiblesse lors de la réalisation du soin. De plus, les auteurs mettent en avant le fait que si le professionnel est beaucoup trop prudent dans son soin, cela pourra être un obstacle à la relation soignant-soigné. Il se trouve également mis en avant les précautions prises (blouse, gants, masque) pouvant être bénéfiques au soin parce qu'elles permettent au professionnel d'être plus proche du patient, tout en se protégeant de sa pathologie.</p>	
--	--	--	--	--

Titre / Auteurs (grade, discipline, profession) / Date/Revue de publication	But/Objectif /Hypothèses/Questi on de recherche	Devis de recherche Méthode	Résultats / discussion	Réflexions par rapport à la question générale de recherche Liens avec d'autres recherches Remarques personnelles
<p>Discrimination des personnes infectées par le VIH en milieu médical à Madagascar</p> <p>R.L Andrianasolo R.A Rakotoarivelo P.G Angijiro M.J.D Randria Service des maladies infectieuses, l'hôpital Joseph Raseta de Befelatanana (ville), CHU d'Antananarivo (province) Madagascar</p> <p>D. Randriarimanana service de pneumologie, l'hôpital Joseph Raseta Befelatanana, CHU d'Antananarivo,</p>	<p><b>But/ Objectifs :</b> Déterminer la discrimination dont sont victimes les PVVIH (personnes vivants avec le VIH) dans le milieu médical à Madagascar ; Enrichir le domaine de la recherche sur l'impact négatif de la stigmatisation et de la discrimination subie par les PVVIH encore très peu étudiée.</p> <p><b>Hypothèses :</b> Plusieurs secteur peuvent être lieu de discrimination envers les PVVIH dont le milieu médical</p>	<p>Etude rétrospective, multicentrique, descriptive et analytique réalisée en 7 mois dans 17 centres hospitaliers publics ou privés de trois grandes villes Malgache. L'étude a été permise par l'élaboration de deux questionnaires disponibles en français ou en malgache. L'un destiné à des PVVIH venant en consultation dans un des trois hôpitaux et l'autre à des professionnels de santé médicaux (médecins, dentistes, étudiants en médecine et chirurgiens) ou paramédicaux (infirmiers)</p>	<p><b>Résultats :</b> <b>Pour les PVVIH :</b> 100 questionnaires ont été distribués 36 ont été complété et 30 inclus dans l'étude. PVVIH discriminée : 36,6 %(11/30) dont 40 % de femmes (6/15) majoritairement entre 30 et 40 ans (56,2%) Parmi ces personnes, seulement 20 % étant reconnues séropositives depuis moins d'un an, contre 38 % pour les personnes reconnus séropositives depuis 1 à 5 ans et 50 % pour les personnes séropositives depuis plus de 5 ans. On observe également une plus forte discrimination envers les personnes ayant fait de longues études : 70 % pour les universitaires (7/10) contre 12,5 % pour les personnes ayant stoppé leurs études au secondaire (2/16). Parmi les personnes se disant discriminées (11), 18,17 % disent avoir déjà été discriminé par un médecins, 72,73 % par des paramédicaux et 9,10 % par des étudiants en médecine. Enfin parmi toutes les PVVIH inclus dans l'étude et ayant répondu à la question (27/30) 18,5 % d'entre eux disent avoir déjà renoncé à une consultation, un examen médical ou des soins en milieu hospitalier du fait de leur statut sérologique et 80 % d'entre eux ont précisé que la principale raison était la peur d'être discriminés. Enfin sur les 22 PVVIH ayant répondu à cette question : 12 d'entre eux soit 54,55 % disent ne pas souhaiter partager leur séropositivité avec un membre du personnel médical. Pour le personnel médical et paramédical : Sur un ensemble de 115 questionnaires 104 ont été remplis et</p>	<p><b>imites :</b> - Étude qui se situe à Madagascar et qui cite des études similaires mais aucunes faite en France. - Participation à l'étude assez faible ce qui rend des résultats parfois peu interprétables - L'étude ne prend pas en compte les interprétations des soignants quant à l'utilisation de plus de matériel (est-ce vraiment inutile?), ni les raisons de cette discrimination (antécédents d'agressivité de la part des PVVIH envers les soignants comme cela est avancé dans le premier article de recherche?) - Dans les causes de la discrimination par les professionnels de santé, il n'est pas spécifié que si la discrimination peut être plus forte que vis-à-vis de la population générale cela peut-être du au fait que la patient séropositif va davantage révéler son statut sérologique à un</p>

<p>Madagascar</p> <p>Paru dans Médecine et maladies infectieuses numéro 41 (2011) Page 2-6</p>	<p><b>Question de recherche :</b> Quel est l'impact sur leur état de santé des stigmatisations et discriminations subies par les PVVIH ?</p>	<p>travaillant dans ces mêmes hôpitaux. Tout deux étant remplis de façon anonyme. Pouvaient y être inclus pour les PVVIH uniquement les personnes de plus de 20 ans et pour les professionnels de santé seulement ceux qui ont acceptés de participer. Et ont été exclus les questionnaires mal remplis, illisibles ou inexploitable.</p> <p>Les données recueillies ont été analysées avec le logiciel Epi info 2000 (créé par l'OMS et le centre de surveillance des maladies d'Atlanta (EU)) permettant la mise en évidence des résultats quantitatifs, avec une intervalle de confiance de 95 %</p>	<p>100 inclus à l'étude.</p> <p>Parmi les questions posées l'une d'elles traitait du niveau de connaissance des modes de transmission du VIH et seulement 53 % des professionnels de santé répondaient correctement à la question « d'après vous : quels sont les modes de transmission possible du VIH ? » La réponse étant correcte uniquement si les professionnels donnaient les 4 modes de transmissions connus (sexuel, sanguin, mère-enfant et allaitement). Ainsi parmi les 47% de réponses fausses : 15 % affirmaient que le VIH se transmet par la salive et 2 % par le contact.</p> <p>Au regard de la profession, 64% des médecins ont répondu correctement sur les modes de transmission, 62% pour les paramédicaux, 50% pour les chirurgiens et 25% pour les dentistes.</p> <p>De manière générale parmi les discriminations relevées lors de l'étude, on trouve principalement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'utilisation de matériels différents dans 60,7 % des cas chez les médecins, chirurgien et étudiants ; 87,5 % des cas chez les dentistes et 78,6 % des cas chez les paramédicaux.</li> <li>- Le refus de soin chez 3,6 % des médecins chirurgien et étudiants et 10,7 % chez les paramédicaux.</li> </ul> <p><b>Discussions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les auteurs mettent en avant que la lutte contre la stigmatisation et la discrimination en Afrique du Sud participe de façon directe ou indirecte à la non-propagation de l'infection par le VIH, d'après une étude de Holzemer WL : Managing AIDS stigma.</li> <li>- L'interprétation qu'offre les auteurs sur les facteurs de risques mis en avant par l'étude ( l'âge et le niveau d'instruction) est que selon eux, les personnes ayant un plus faible niveau d'éducation ont également d'autres contraintes</li> </ul>	<p>professionnel de santé du fait de sa position plutôt qu'à un autre corps de métier.</p> <p><b>Points intéressant / positifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apport de données chiffrées</li> <li>- Adopte le point de vue des PVVIH</li> <li>- Mise en avant d'une autre problématique: le refus d'accès aux soins ou le non-recours, justifiés par la peur d'être discriminé.</li> <li>- Autre problématique soulevée par le texte : un patient ne révélant pas son statut sérologique peut-également représenter un risque : Il est prouvé que les soignants ne respectent pas toujours les normes en matière de sécurité (port des gants, lavage des mains, élimination des aiguilles dans le conteneur DASRI ect...)</li> </ul> <p>Pourtant, si le statut sérologique des patients est connu par les professionnels, ils ne peuvent se montrer que plus rigoureux dans le respect des normes d'hygiène et de sécurité.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en avant de la non-formation ou du manque de connaissance comme un facteur discriminatoire</li> <li>- Cet article m'a permis de</li> </ul>
--	--	---	---	---

			<p>dans la vie les rendant moins sensibles au sujet de la discrimination subie ou non par eux.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans l'étude, il n'y a pas d'association avérée entre la discrimination et l'ancienneté de la séropositivité, contrairement à d'autres études menées sur le sujet (comme celle de Schuster et al. Attitude of health-care workers to HIV/AIDS.) Cependant, ils mettent en avant que l'association retrouvée dans d'autres études pourrait être due au nombre de consultations médicales qui augmentent avec l'ancienneté de la séropositivité et qui permet donc d'être davantage discriminé par le personnel hospitalier. Les auteurs mettent aussi en avant que la perception de la discrimination est multifactorielle et cela peut expliquer la non-concordance des résultats de cette étude avec celles déjà été menées sur le sujet.</li> <li>- Le point commun entre les différentes études menées est le fait que les paramédicaux sont plus souvent cités comme à l'origine des actes discriminatoires dans le milieu médical. Une des hypothèses à ce phénomène est l'insuffisance ou même l'absence de connaissances « de base » en matière de VIH. Les auteurs prennent pour exemple, à Madagascar, le récent enseignement de l'infection à VIH en faculté de médecine. Ainsi, selon eux, des efforts devraient être dispensés auprès du personnel de santé en matière de lutte contre la discrimination, in situ.</li> <li>- Un autre point mis en avant par les auteurs est le refus et/ou la réticence des PVVIH à recevoir des soins en milieu hospitalier : La principale raison soulevée étant la « peur d'être discriminé ». Ceci entraîne ainsi une non-information des professionnels de santé, sur le statut sérologique de leur patient, préférant en parler à leur famille plutôt qu'aux professionnels de santé. Ces réactions étant déjà mises en avant depuis de nombreuses années (1992)</li> <li>- Les attitudes des professionnels de santé sont également mises en avant par l'étude comme possiblement</li> </ul>	<p>comprendre que la stigmatisation et la discrimination envers les PVVIH peut constituer un frein au diagnostic de la séropositivité au VIH et donc représenter un risque supplémentaire de propagation du virus, de manière involontaire et inconnue.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cet article a confirmé mon idée que la discrimination s'apparente souvent un problème d'interprétation (Le fait de porter des gants peut-il être vu comme discriminatoire pour un patient qui n'a pas l'habitude de consulter ? Le regard posé par le médecin sur son patient est-il du au statut sérologique de son patient ou à l'attitude du médecin envers l'ensemble de ses patients?)</li> <li>- Mise en évidence des paramédicaux comme plus discriminatoires que les autres professionnels de santé.</li> <li>- Mise en avant des difficultés rencontrées dans les relations soignant-soigné intimées par la peur, la stigmatisation et la discrimination.</li> <li>- Solutions proposées : Former davantage autour du VIH/SIDA les professionnels de santé.</li> </ul>
--	--	--	---	--

			<p>discriminatoire, par exemple lors de l'utilisation de matériels différents (stéthoscope, tensiomètres, thermomètres). De plus cela a également été mis en avant par d'autres études (comme par celle de Forrester et Murphy : Nurses' attitudes toward patients with AIDS and AIDS-related risk factors.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le refus de soins aux PVVIH est également une réaction relevée dans d'autres études menées sur le sujet ; avec pour principale raison à ce refus : la peur de l'infection et de ce fait une mauvaise connaissance des modes de transmissions du VIH, (deux phénomènes liés) Ceci est confirmée par l'étude montrant que près de la moitié des professionnels de santé interrogés ne connaissaient pas les modes de transmission du VIH. Ainsi, si les professionnels pensent que le sida se transmet facilement par la salive (15%) ou encore par un simple contact (2%) , il est normal que cette peur soit d'autant plus forte. Cette méconnaissance est également mise en évidence dans d'autres pays ( tels que l'Inde, d'après une étude de Bharat et al. Understanding and measuring AIDS-related stigma in health care settings: a developing country perspective.)</li> <li>- Une autre manière de mettre en avant la réticence des patients à intégrer le milieu hospitalier, est selon les auteurs, le nombre limité de participation à leur étude ce, malgré un nombre important de questionnaires distribués. Les auteurs mettent en avant la population limitée de participants rendant l'interprétation des résultats plus délicate.</li> <li>- Mise en difficulté de la confiance patient-soignant.</li> <li>- Solutions proposées : Renforcement des connaissances du personnel de santé concernant le VIH.</li> </ul>	<p><b>Remarques vis-à-vis d'autres recherches :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en évidence d'une divergence d'interprétation entre les populations ciblées : les PVVIH perçoivent l'utilisation du stéthoscope, tensiomètre etc... comme discriminatoire, alors que selon l'autre article de recherche l'utilisation des gants est mise en avant comme un facteur favorisant une meilleure relation de soin.</li> <li>- Comme il adopte le point de vue des PVVIH, il s'insère en complémentarité avec le premier article qui prend davantage en considération le point de vue des soignants.</li> <li>- Cet article fait à Madagascar, en corrélation avec un article similaire réalisé en Inde et mis en lien avec la première étude réalisée au Brésil : Cela indique qu'il s'agit bien d'un sujet d'actualité et d'importance internationale, voire mondiale.</li> </ul>
--	--	--	--	---

**ANNEXE E**  
**- Tableau d'analyse critique d'un ouvrage -**

<b>Titre</b> <b>Auteur(s) :</b> <b>nom, discipline,</b> <b>profession</b> <b>Date</b> <b>Edition</b>	<b>Thème</b> <b>Thèse de l'auteur</b> <b>Champ</b> <b>disciplinaire</b>	<b>Principaux</b> <b>concepts</b> <b>Paradigme</b>	<b>Éléments significatifs retenus</b>	<b>Réflexions par rapport à</b> <b>la question générale de</b> <b>recherche</b> <b>Remarques personnelles</b>
<p>Psychologie de la santé Applications et interventions</p> <p>sous la direction de Gustave-Nicolas Fischer (professeur de psychologie sociale à l'université de Lorraine (Metz) psychologue spécialisé en psychologie de la santé et Cyril Tarquinio (professeur de psychologie clinique de la santé à l'université de Lorraine (Metz) Octobre 2014 Edition Dunod</p>	<p><b>Thème :</b> La psychologie de la santé et ses domaines d'applications.</p> <p><b>Thèse de l'auteur :</b> L'ouvrage présente les diverses applications et les domaines d'intervention de la psychologie de la santé. Sur le chapitre 4 concernant le VIH les thèses sont les suivantes : - Un clivage entre les dimensions érotiques et reproductives de la sexualité est nécessaire afin de mettre en avant le fait que la sexualité non</p>	<p>La psychologie de la santé est une discipline récente en pleine expansion. Centrée tout d'abord sur les facteurs psychosociaux affectant le développement des maladies, elle s'est ensuite intéressée à ceux menant à des issues de santé positives (qualité de vie, bien-être, santé physique, santé mentale), chez des sujets malades et bien portants, de tous les âges, dans des contextes variés.</p> <p>D'après le livre : « Le counseling en</p>	<p>- C'est suite à l'apparition des traitements anti-rétroviraux que la question de la sexualité des PVVIH s'est posée - Un groupe de travail de l'OMS élabore une méthodologie de communication brève (appelée Brief sexuality communication), afin de fournir des recommandations et des outils aux professionnels de santé confrontés à la prévention des IST et notamment à l'infection à VIH (Copper, et al., 2014) - Le concept de santé sexuelle englobe deux concepts : La santé et la sexualité s'inscrivant dans le courant de l'optimisme sexuel : c-à-d que la sexualité est vue comme une composante fondamentale du bien-être et qu'elle est « bonne pour la santé » (selon Robinson, 1976) - Une dissociation va être faite par l'OMS entre activité sexuelle reproductive et non reproductive ; elle va également légitimer l'association entre sexualité non reproductive, bien-être et épanouissement personnel. Dans le livre : « Le concept annexe dans le champ de la santé des dimensions telles que « la personnalité, la communication et l'amour » et se propose comme objectif « l'amélioration de la vie et des relations personnelles » domaines habituellement régulés par la morale. » Par OMS 2010 : « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La santé sexuelle a besoin d'une approche positive et respectueuse de la sexualité et des</p>	<p>Remarques personnelles : La définition de la santé sexuelle comme étant une mesure non-reproductive, mais permettant le bien-être, gagnerait peut-être à être apprise dans les écoles médicales et paramédicales afin de pouvoir lever une sorte de tabou sur le fait que la sexualité ne doit pas être strictement reproductive mais aussi un vecteur de bien-être. Il s'agit donc de dédramatiser les PVVIH qui n'ayant pas acquis le virus dans le cadre d'une sexualité strictement reproductive. Si en France, le conseil en santé sexuel n'est pas reconnu comme compétence ou qualification, cela peut induire un manque de savoir de la part de professionnels « généraux » (IDE, médecins ect...) n'ayant pas toujours les connaissances nécessaires à dispenser ce type</p>

	<p>reproductive peut être pratiquée librement et sans contrainte, et qu'elle contribue à une meilleure santé et au bien-être.</p> <p>- Le conseil en santé sexuel ne pourrait se réduire à une pratique interindividuelle du soin et peut prendre place dans des situations qui ne sont pas orientées directement vers le soin. Il devrait être fondé sur l'aptitude à savoir aborder des questions sur la sexualité lorsqu'elle émerge dans une relation (au sens large : relation de soins, mais aussi éducative ou d'intervention sociale). De plus, cela ne concernerait pas seulement un corps de métier mais toutes les personnes qui ont des situations relationnelles où la</p>	<p>santé sexuelle renvoie à un ensemble de pratiques issues de la culture anglo-saxonne dont l'une des définitions les plus consensuelles est qu'il s'agit d'« une relation dans laquelle une personne tente d'aider une autre à comprendre et à résoudre des problèmes auxquelles elle doit faire face ». »</p> <p>Brief Sexuality Communication : est considéré d'après les auteurs comme « la forme minimale du « conseil en santé sexuelle » pouvant être administré dans le système basique de soins.</p>	<p>relations sexuelles, et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles apportant du plaisir en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ou violence. Afin d'atteindre et de maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés. »</p> <p>« Les professionnels de la santé et les travailleurs sociaux ont besoin d'une formation plus spécialisée pour assurer le counseling et la thérapie sexuelle. » OMS 1975</p> <p>- « Le conseil en santé sexuelle vise les patients/clients certes, mais aussi les professionnels de santé, confrontés à des situations impliquant la sexualité et face auxquelles ils se trouvent désarmés ou en prise à un malaise professionnel.</p> <p>« La relation d'aide est donc une relation entre deux individus où chacun apporte ses ressources et accepte de les partager dans la « confiance » et le « non-jugement ». »</p> <p>« En France, le conseil en santé sexuelle n'est pas encore reconnu officiellement comme une compétence, ni comme une qualification. »</p> <p>En 1975, l'OMS préconisait d'agir contre : « les tabous, les mythes sexuels, la culpabilité et le secret qui en découlent et qui sont imposés par la société sur la sexualité. Cette attitude considérant le sexe comme un péché, sauf si c'est un moyen de procréation est une forme commune d'enseignement pouvant créer des barrières supplémentaires à l'éducation sexuelle ».</p> <p>L'OMS préconise trois niveaux d'actions en santé sexuelle :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 ) Conseil et Éducation / information</li> <li>2 ) Conseil et Counseling</li> <li>3 ) Conseil et thérapie.</li> </ol> <p>Si ce troisième niveau d'action nécessite un professionnel spécialisé en sexualité et le second un professionnel ayant de l'expérience dans ce domaine, le premier en revanche peut être délivré par tout professionnel de santé quel qu'il soit.</p> <p>« La WAS (World Association for Sexual Health) accorde une grande importance aux dimensions éthiques et à la nécessité</p>	<p>de conseil et à les dispenser avec une bonne posture empathique, compréhensive et sans jugement vis à vis du patient.</p> <p>- Certain(e)s PPVIH choisissent de ne pas informer leurs partenaires de leur statut sérologique. Cependant, si une discrimination soignante lors du diagnostic ou de la suite de l'accompagnement soignant n'était pas faite, cela permettrait-il de retirer une partie de l'appréhension obligeant certains patients à cacher leur statut sérologique ? L'hôpital étant un maillon important dans la vie d'un patient séropositif au VIH, si la lutte contre la discrimination y était plus forte, on peut se demander quel impact cela pourrait avoir sur la suite de l'accompagnement des PVVIH et sur leur vie quotidienne, ainsi que sur la propagation du virus. (En lien avec le second article de recherche, on observe une possible relation de causalité entre la stigmatisation liée au VIH et sa propagation. )</p> <p>- Le fait de la discrimination peut-être due à une absence de</p>
--	---	--	--	--

	<p>thématique de la sexualité peut émerger (policier, avocat, journaliste... ). Tout cela, dans le but de favoriser la libre expression du client/patient sur le sujet.</p> <p>« Cette attitude [à avoir pour délivrer un conseil en santé sexuelle] nécessite une formation aux capacités d'auto-réflexivité pour aider les intervenants à faire la part des choses entre leurs propres valeurs et représentations personnelles/subjectives, les valeurs sociales et culturelles du milieu dans lequel ils se trouvent, et les valeurs personnelles des clients afin d'éviter de projeter leurs propres valeurs et représentations</p>		<p>d'une formation approfondie pour s'engager dans le conseil en santé sexuelle. En l'état actuel de son développement, le conseil en santé sexuelle ne constitue pas une pratique homogène et standardisée dont l'efficacité ou même l'utilité pourrait être évaluée à l'aide de méthodes quantifiées. »</p> <p>L'écoute et la reformulation sont des compétences propres à l'infirmière et peuvent donc être pratiqués, sans formation annexe. « L'écoute, l'empathie et la reformulation constituent un moyen d'accès privilégié à une prise en compte de la plainte sexuelle des patients. »</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans le cas des cancers, certains effets indésirables comme la sécheresse vaginale, même s'ils sont connus, ne sont pas forcément abordés par le personnel soignant. Celui-ci attend le plus souvent que la démarche vienne du patient lui-même et de ce fait laisse le problème au patient sans son éclairage professionnel.</li> <li>- Il existe des groupes de parole pour PVVIH mis en place dès le début de l'épidémie, ayant des visées thérapeutiques lorsqu'ils sont animés par un psychologue professionnel. « Mais, la pratique de ces groupes de parole a d'autres utilités : ils permettent de développer <i>l'empowerment</i>, ou le renforcement de l'autonomie des personnes, fondée sur une meilleure acceptation, voire une certaine « fierté » de leur identité. Ce renforcement est ainsi orienté vers le bien-être à la base de tout changement positif. » Cependant il y a très peu d'étude sur l'impact de groupe de soutien sur la qualité de la vie sexuelle.</li> <li>- Importance dans les groupes de soutien de la présence d'un animateur confiant et optimiste pour son groupe.</li> <li>- « La stigmatisation et les stéréotypes n'ont pas disparu et les personnes atteintes [du VIH] souffrent toujours d'un profond isolement (VESPA II, 2013)</li> <li>- Les PVVIH sont souvent impactées dans leur couple du fait</li> </ul>	<p>formation spécifique en santé sexuelle. On peut donc penser qu'une telle formation spécifique de ces intervenants auraient un grand impact sur les discriminations. Cependant les PVVIH présentes dans tous les services, elles sont forcément confrontées à des personnes non-formées en santé sexuelle.</p> <p>Réflexion par rapport à la question générale de recherche :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour que le travail ait une meilleure pertinence sociale (et financière), je pense qu'il serait préférable de l'orienter sur un lien possible entre la discrimination des PVVIH et la propagation de la maladie.</li> </ul>
--	---	--	---	--

	<p>sociales sur le client. »</p> <p><b>Champ disciplinaire :</b> psychologie</p>		<p>de leur statut sérologique. En effet, certains ne préviennent pas leurs partenaires de leur état et d'autres ne choisissent de partenaire que parmi des personnes affectées, elles-mêmes, du VIH, afin de pouvoir se sentir comme « normales ».</p> <p>« Il s'agit alors d'introduire une réflexion de groupe, sur la place de la sexualité dans une pathologie qui reste marquée du sceau d'une sexualité fautive et déviante. »</p> <p>-« Cette attitude [à avoir pour délivrer un conseil en santé sexuelle] nécessite une formation aux capacités d'auto-réflexivité pour aider les intervenants à faire la part des choses entre leurs propres valeurs et leurs représentations personnelles/ subjectives, les valeurs sociales et culturelles du milieu dans lequel ils se trouvent, et les valeurs personnelles des clients afin d'éviter de projeter leurs propres valeurs et représentations sociales sur le client. »</p>	
--	--	--	--	--