

APPLICATION DE LA MÉTHODE CAS-TÉMOIN À L'ÉTUDE DE LA PLACE ET DU RÔLE DE LA FAMILLE DANS LA PRISE EN CHARGE DES SÉROPOSITIFS VIH/SIDA AU VIETNAM

Myriam Loenzien (), Luu Bich Ngoc (**)*

() IRD-LPED¹*

*(**) UNE-IPSS²*

Introduction

Cette communication tente d'explorer comment une méthodologie de type cas-témoin peut constituer une solution à la difficulté d'enquêter sur un sujet sensible auprès de la population générale dans un milieu à faible prévalence: les avantages, les limites, les difficultés posées et les résultats que l'on peut obtenir. Elle repose sur le travail d'une équipe de démographes et de sociologues de l'IRD-LPED et l'IPSS-UNE réalisé au Viêt-Nam³. Il s'agit d'une enquête sociodémographique rétrospective intitulée « la famille vietnamienne face au VIH/sida » - FAVIHIET, visant à étudier la place et le rôle de la famille dans la prévention du VIH/sida et la prise en charge des personnes séropositives en comparant les milieux rural et urbain dans la province de Quang Ninh. L'enquête que nous avons réalisée est complétée par les données de l'enquête nationale « Population et indicateurs sida » - VPAIS permettant de disposer d'une population représentative de la province étudiée. A travers ces deux sources de données, nous tentons de mieux comprendre l'influence du VIH/sida sur les rôles des membres de la famille dans la prise en charge des soins de santé.

Les résultats de notre étude montrent que la famille occupe un rôle important dans la prise en charge, notamment les parents, enfants, épouses et enfants de la personne se déclarant séropositive. Les réponses données par les personnes interrogées aux questions concernant les acteurs de la prise en charge montrent des différences entre les individus se déclarant séropositifs et les autres tandis que l'on n'observe pas de différence entre personnes se déclarant séronégatives selon qu'elles appartiennent à un foyer comportant une personne se déclarant séropositive ou non. Ceci s'explique par des caractéristiques individuelles mais également par une organisation familiale influencée par la séropositivité déclarée.

Cette communication développe les points suivants : (1) Dans un contexte national où l'épidémie à VIH/sida reste concentrée dans des groupes de population adoptant des comportements considérés comme à risque, la province de Quang Ninh est l'une des provinces les plus affectées du pays. (2) L'enquête cas-témoin que nous avons menée visait à étudier la place et le rôle de la famille dans la prise en charge des personnes séropositives en milieu rural et urbain dans un contexte de manque de ressources. Elle est complétée par les résultats d'une enquête nationale permettant de disposer d'un échantillon représentatif de la province étudiée. (3) Ces deux enquêtes permettent de définir différentes populations selon leur milieu d'habitat, le statut sérologique déclaré des personnes interrogées et leur appartenance à un foyer comprenant une personne se déclarant séropositive ou non et d'appréhender les biais potentiels des procédures d'enquêtes utilisées. (4) La question de la prise en charge constitue une illustration des potentialités et des limites de la méthode cas-témoin dans le contexte de l'étude d'un sujet sensible – le VIH/sida en lien avec des éléments socioculturels liés à la famille.

¹ Institut de Recherche pour le Développement (IRD) R151 Laboratoire Population, Environnement, Développement (LPED), loenzien@ird.fr

² Institut de Recherche Population et Société (IPSS) de l'Université Nationale d'Economie (UNE), Luubichngoc@neu.edu.vn

³ Ce projet a été réalisé dans le cadre d'un programme de recherche du Fonds de Solidarité Prioritaire au Viêt-Nam financé par le Ministère français des Affaires Etrangères et mené en collaboration avec l'Académie Nationale des Sciences Humaines et Sociales du Viêt-Nam.

1. Contexte de l'épidémie VIH/sida

1.1. VIH au Viêt-Nam

Au Viêt-Nam, malgré un taux de prévalence qui reste relativement faible (0,5%) et une épidémie considérée comme concentrée, le VIH/sida constitue depuis 2003 la deuxième cause de décès après les accidents de la circulation routière [1]. La majeure partie des cas déclarés est constituée de consommateurs passés ou actuels de drogue par voie intraveineuse (73% en 2006). Par conséquent près des deux tiers des cas rapportés de séropositivité sont constitués d'hommes âgés de moins de 29 ans [1]. La transmission par voie sexuelle représente une proportion relativement faible (16% en 2006) [1] mais en augmentation, dans un contexte où l'incidence de l'épidémie est relativement forte (1,4 pour mille en 2006 versus 0,2 pour mille en 1999) [1].

La virulence des messages relatifs à une atteinte VIH/sida lancés avant 2004 explique en grande partie une forte stigmatisation à l'égard des personnes séropositives, associées à des consommateurs de drogue injectable pour les hommes, des prostituées pour les femmes. Cette politique a évolué vers une mobilisation de l'ensemble de la société avec l'adoption d'une Stratégie Nationale de lutte contre le VIH/sida en 2004 puis l'adoption en 2007 d'une loi sur le VIH/sida instituant un meilleur soutien aux personnes infectées et familles comportant une personne séropositive. La lutte contre le VIH/sida au Viêt-Nam bénéficie d'une aide bilatérale et multilatérale massive de programmes et agences tels que l'Onusida, le Fonds Mondial, la Banque Mondiale et le PEPFAR des Etats-Unis.

Des recherches ont été effectuées sur l'impact du VIH/sida sur les ménages [2]. Elles indiquent qu'un ménage sur 60 comporte une personne séropositive au Viêt-Nam. Bien que les programmes de prise en charge aient connu un développement rapide à partir de 2004, l'accès aux antirétroviraux reste relativement restreint, notamment en milieu rural. En 2007, 17000 patients reçoivent un traitement antirétroviral, soit 26% de ceux qui en ont besoin [3]. Un processus de décentralisation des soins et traitements est en cours. Devant ces lacunes, la famille occupe une place centrale dans la prise en charge des personnes séropositives [4].

1.2. La province de Quang Ninh et le VIH/sida

La province de Quang Ninh a été choisie en raison d'un taux de prévalence du VIH/sida relativement élevé (1,15% de la population âgée de 15 à 49 ans en 2005) [5]. C'est une province côtière montagneuse située à l'extrémité au nord-est du pays. Elle partage une frontière nationale au Nord et une eau territoriale à l'Est avec la République Populaire de Chine. Au sein de cette province, nous avons mené une enquête dans la ville de Halong et dans le district de Đông Triều. La ville d'Halong est le centre culturel, économique et politique de la province. Elle comprend la baie d'Halong au sud, reconnue Patrimoine Naturel Mondial par l'UNESCO avec plus de 20 km de côte marine et des milliers d'îles. Le tourisme constitue la principale activité économique. Les autres secteurs d'activités importants comprennent le commerce, les activités portuaires, l'industrie du charbon, la pêche, la production de matériaux de construction, la transformation de produits aquatiques. La ville se compose de deux parties : une zone industrielle et une zone touristique animée. Avec 208,7 km² et une population de 185 228 habitants en 2001, la ville est densément peuplée (888 habitants au km²). Situé à 80 km de la ville d'Halong et à 90 km de Hanoi, le district de Đông Triều est la porte d'entrée ouest de la province de Quang Ninh. Il abrite des vestiges historiques nationaux (temples, tombeaux, pagodes). L'économie de Đông Triều est basée sur l'agriculture notamment la culture de céréales, la foresterie et l'industrie mais également l'extraction du charbon et la production de céramique. Avec une population de 148 956 habitants en 2001 pour une superficie de 397 km², le district de Đông Triều est densément peuplé (375 habitants au km²). Les populations de la ville d'Halong et du district de Đông Triều sont constituées essentiellement de personnes de l'ethnie Kinh.

La province de Quang Ninh regroupait un peu plus d'un million d'habitants soit 1,3% de la population du pays au moment du dernier recensement général de la population [6]. Elle est marquée par une proportion relativement élevée de personnes vivant en milieu urbain. Alors que trois quarts de la population du pays vivait en milieu rural au moment du dernier recensement [6], dans la province de Quang Ninh, cette proportion était d'un peu plus de la moitié (54% des personnes recensées versus 46% pour le milieu urbain) [6], proportion comparable à celle obtenue dans le cadre de l'enquête VPAIS (Enquête Vietnamiennne Population et Indicateurs Sida) à Quang Ninh (51% des personnes interrogées pour le milieu rural versus 49% pour le milieu urbain) [7].

L'enquête que nous avons menée a été réalisée dans la ville de Halong en novembre 2006 puis dans les communes rurales de l'arrondissement de Đông Triêu en août 2008, à la suite d'une pré-enquête menée en septembre 2006. Bien que le protocole d'enquête soit le même dans les deux milieux, ceux-ci sont analysés séparément car les conditions de collecte étaient très différentes. De plus, l'importance des évolutions survenues de 2006 à 2008 rend une agrégation peu significative.

2. L'étude FAVIHVIET

2.1. Recherche sur la famille face au VIH/sida

L'enquête intitulée « la famille vietnamienne face au VIH/sida : prévention de l'épidémie et prise en charge des séropositifs en milieu rural et urbain dans la province de Quang Ninh » (FAVIHVIET) visait à étudier la place et le rôle de la famille dans la prévention du VIH/sida et la prise en charge des personnes séropositives en comparant les milieux rural et urbain dans la province de Quang Ninh.

L'enquête quantitative consistait en la passation d'un questionnaire ménage et d'un questionnaire individuel. L'objectif principal du questionnaire ménage était de documenter la situation sociodémographique et résidentielle de chaque membre du ménage ainsi que d'identifier les personnes éligibles pour le questionnaire individuel. Les informations recueillies comprenaient l'âge, le sexe, la relation avec le chef de ménage, le niveau d'instruction, le statut de résidence dans le ménage. Le questionnaire ménage permettait également de recueillir des informations sur l'unité d'habitation telles que la source d'eau, la disponibilité de toilettes, le type de matériaux utilisés pour l'habitat, l'équipement disponible au sein du ménage, le revenu mensuel moyen, la proximité géographique du ménage avec les infrastructures communautaires sanitaires et scolaires. Le questionnaire individuel était utilisé pour collecter des données sur les hommes et femmes âgés de 15 à 60 ans. Il couvrait différents thèmes tels que les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, migration, instruction, activité, participation à des organisations de masse, emploi), mariage, enfants, relations avec les parents et les frères et sœurs, connaissances, attitudes et pratiques relatives au VIH/sida, à sa transmission, sa prévention et à la prise en charge des problèmes de santé.

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

2.2. Choix d'une méthodologie cas-témoin

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

La deuxième stratégie consistait à opérer un appariement de chaque foyer-cas avec un foyer-témoin. C'est celle qui a été adoptée. Cette stratégie privilégie la représentativité théorique au détriment de la représentativité statistique : nous tentons d'obtenir des informations sur l'ensemble des foyers infectés d'une zone en les surreprésentant et en diversifiant les modes d'identification de ces foyers. Ceci présente l'avantage de maximiser la diversité des situations étudiées. Ainsi, il est possible d'établir des comparaisons entre cas et témoin au niveau collectif mais également au niveau individuel. L'enquête cas-témoin fixait un nombre minimum de foyers familiaux infectés à interroger. Pour atteindre cet objectif, nous avons élargi peu à peu la zone d'enquête. Nous avons commencé

par sélectionner les communes et arrondissements comportant le plus grand nombre de personnes séropositives répertoriées par le Comité de lutte contre le VIH/sida du département ou de la ville pour les interroger, puis nous avons inclus progressivement les communes et quartiers comportant moins de personnes séropositives répertoriées. Sur le plan géographique, les arrondissements comportant le plus grand nombre de séropositif répertoriés étaient les arrondissements centraux, que ce soit près du centre de la ville ou des arrondissements urbains pour le département rural. A Đông Triêu, nous avons finalement mené l'enquête dans l'ensemble des communes rurales du district. Par rapport à une étude centrée sur les foyers infectés, cette stratégie a permis de minimiser les problèmes liés à la stigmatisation des personnes se déclarant séropositives VIH et de leurs foyers.

2.3. Définition des foyers-cas

Comme indiqué précédemment, le volet quantitatif de l'enquête consistait en une enquête cas-témoin auprès de foyers dont la moitié était constituée de cas-témoins. Ceux-ci regroupent les foyers comportant au moins une personne se déclarant séropositive VIH âgée de 15 à 60 ans (foyers infectés ou foyers-cas), l'autre moitié n'en comportant aucune mais comportant au moins une personne âgée de 15 à 60 ans (foyers non infectés ou foyers témoins). En raison de notre intérêt pour la prise en charge actuelle, nous n'avons retenu comme foyers-cas que les foyers familiaux actuellement infectés. Ont été exclus les foyers familiaux dont tous les membres déclarés comme séropositifs sont décédés avant l'enquête.

L'enquête FAVIHVIET ne comportait pas de test VIH. Par conséquent, la définition opérationnelle du foyer-cas repose sur le statut sérologique déclaré à l'enquêteur. Cette déclaration est à distinguer de la déclaration auprès des autorités sanitaires. En effet, les personnes dont les autorités sanitaires nous ont confirmé la séropositivité VIH devaient elles-mêmes déclarer leur séropositivité à l'équipe d'enquête. Inversement, certaines personnes cachant leur séropositivité aux autorités sanitaires locales voire à leur entourage ont déclaré à l'équipe d'enquête qu'ils étaient séropositifs, car ils avaient reçu un résultat individuel de séropositivité à un test VIH. Ils ont donc participé à cette étude en tant que personne se déclarant séropositive.

Par rapport à une étude fondée sur la réalisation de tests VIH, cette méthode manque de sensibilité puisque certaines personnes peuvent ne pas connaître leur séropositivité ou la cacher. Cet inconvénient est néanmoins minimisé par le fait que l'objectif de l'étude n'est pas biomédical mais social : nous cherchons à rendre compte de ce qui est vécu dans le contexte d'une séropositivité VIH. Ainsi, toute personne n'ayant pas déclaré sa séropositivité aux enquêteurs est considérée ici comme séronégative.

Pour contourner la difficulté des personnes réticentes à faire part de leur statut sérologique à leur entourage, nous avons diversifié les modes de recrutement en passant par le comité de lutte contre le VIH/sida qui est en contact avec des personnes séropositives, mais aussi des groupes d'aide aux personnes séropositives ou des personnes précédemment interrogées suivant une procédure de sélection de proche en proche.

Après avoir interrogé une personne se déclarant séropositive, nous lui demandions son accord pour interroger des personnes membres de son foyer. Cette procédure répond à un principe éthique mais induit un risque de biais : elle privilégie les personnes qui s'occupent de la personne se déclarant séropositive, par conséquent elle risque de surestimer l'aide apportée aux personnes se déclarant séropositives par leurs familles. Il faut en tenir compte dans les analyses et considérer qu'il s'agit d'une aide correspondant à une situation optimale.

2.4. Définition des foyers-témoins

Chaque foyer infecté (comportant au moins une personne se déclarant séropositive) était apparié à un foyer non infecté (ne comportant aucune personne se déclarant séropositive). Deux foyers appariés devaient être distants l'un de l'autre d'une dizaine de foyers. Ils devaient être situés sur la même voie (chemin, rue) ou à défaut appartenir à la même unité résidentielle (quartier, hameau) et devaient être comparables d'un point de vue socio-économique. Le niveau socio-économique était estimé avant l'enquête au moyen d'une observation de la taille de l'habitat, des matériaux du bâti et des équipements visibles (véhicules, raccordement au réseau d'eau et d'électricité). Cette méthodologie est fondée sur une hypothèse : les liens d'entraide des membres au sein du foyer sont liés au niveau socioéconomique et à la situation géographique du foyer. Par conséquent, deux foyers

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

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

2.5. Bilan de la collecte

Dans chacun des milieux (urbain et rural), l'enquête FAVIHVIET comportait un volet quantitatif visant à mesurer les connaissances, attitudes et pratiques et un volet qualitatif visant à documenter la façon dont ces perceptions sont exprimées verbalement.

En milieu urbain, nous avons réalisé l'enquête auprès de 326 foyers familiaux dont la moitié comporte au moins une personne se déclarant séropositive VIH. L'ensemble de ces foyers enquêtés représente une population totale de 1283 habitants. Parmi ceux-ci, les trois quarts sont âgés de 15 à 60 ans donc éligibles. Nous avons eu un taux de refus de 9%. Parmi les personnes interrogées, un peu moins d'un quart sont des personnes se déclarant séropositives, un peu plus d'un quart sont des personnes séronégatives vivant dans un foyer familial infecté et la moitié sont des personnes vivant dans un foyer familial non infecté (tableau 1). Nous nous sommes heurtés à des refus de participer de la part de certains membres de ménages, aucun ménage ne refusant totalement de participer à l'enquête. Nous avons également réalisé 44 entretiens individuels et 13 discussions de groupe regroupant 83 personnes soit au total 127 participants.

En milieu rural, nous avons réalisé l'enquête auprès de 88 foyers familiaux dont la moitié comporte au moins une personne se déclarant séropositive VIH. L'ensemble de ces foyers enquêtés représente une population totale de 347 habitants. Les personnes âgées de 15 à 60 ans représentent les deux tiers de cette population, proportion plus faible qu'en milieu urbain. Etant donné les refus et absences, nous avons eu un taux de refus de 15%.

Parmi les personnes interrogées par questionnaire individuel, un quart environ vit avec le VIH/sida, un autre quart est constitué de personnes se déclarant séronégatives vivant dans un ménage infecté et la moitié vit dans un ménage non infecté. Nous avons également réalisé 19 entretiens individuels et 12 discussions de groupe regroupant 74 personnes, soit au total 93 participants.

Sur l'ensemble des deux milieux, les participants aux entretiens et discussions de groupe comprennent des personnes se déclarant séropositives, des membres de leurs familles, des membres de foyers familiaux « non infectés », des membres d'associations d'aide aux personnes séropositives, des cadres de santé, de lutte contre le VIH/sida et des responsables communautaires.

3. Comparaison des résultats avec une enquête nationale

Nous comparons les données de l'enquête cas-témoin FAVIHVIET avec celles de l'enquête nationale VPAIS. Certaines questions sont communes aux deux enquêtes. Le bilan de la collecte des deux enquêtes prises en compte figure dans le tableau ci-dessous (tableau 1).

3.1. L'enquête nationale sur les indicateurs VIH/sida (VPAIS)

L'enquête nationale « Viêt-Nam : Population et indicateurs Sida » VPAIS visait à obtenir des informations de niveau national et infranational sur des indicateurs de programmes relatifs aux connaissances, attitudes et comportements sexuels relatifs au VIH/sida [7]. Les données sont représentatives de l'ensemble du pays mais également de chacune des 4 provinces ciblées, dont celle de Quang Ninh [7]. Dans la province de Quang Ninh, l'enquête VPAIS a inclus 263 foyers

familiaux en milieu urbain et 279 foyers familiaux en milieu rural, soit une population totale de 1027 individu dans le premier et 1147 individus dans le deuxième. Les éligibles représentent environ la moitié de la population recensée. Le taux de refus est quasi nul. La province de Quang Ninh regroupait 8,2% de la population interrogée dans le cadre de l'enquête VPAIS [7] soit 1153 personnes interrogées par questionnaire individuel dans 542 foyers. Le test VIH a été fait dans le cadre de cette enquête mais nous ne disposons pas de ces résultats.

Tableau 1- Bilan des données utilisées : province de Quang Ninh

Milieu	Enquête	FAVIHVIET				VPAIS (2005)	
		Urbain (2006) effectif	%	Rural (2008) effectif	%	Urbain effectif	Rural effectif
Total des foyers		326	100	88	100	263	279
- Dont foyers-cas		163	50	44	50	-	-
- Dont foyers-témoins		163	50	44	50	-	-
Nombre total d'individus dans les foyers		1285	100	347	100	1027	1147
- Dont éligibles (F 15-60, VPAIS 15-49)		894	70	232	67	564	590
Refus parmi les individus éligibles		80	9	149	15		
Questionnaires individuels		814	100	198	100	564	589
- Dont pers. se déclarant séropositives		178	22	47	24	-	-
- Dont séronégatifs dans foyer infecté		220	27	51	26	-	-
- Dont membres d'un foyer non infecté		416	51	100	51	-	-
Entretiens individuels		44	-	19	-	-	-
Discussions de groupe		13	-	12	-	-	-
Participants au volet qualitatif		127	-	93	-	-	-

Source : enquête FAVIHVIET 2006-2008, enquête VPAIS 2005

3.2. Conditions de comparaison

Les deux enquêtes permettent de distinguer 6 types de foyers familiaux selon la présence connue d'au moins un membre séropositif VIH (foyer infecté ou non infecté pour l'enquête FAVIHVIET ou foyer au statut sérologique non précisé pour l'enquête VPAIS) et le milieu de résidence (urbain ou rural). Nous distinguons également 8 types d'individus selon la connaissance de sa séropositivité (séropositif, séronégatif pour l'enquête FAVIHVIET et sérologie inconnue pour l'enquête VPAIS), le statut VIH de son foyer d'appartenance (foyer infecté ou non infecté pour l'enquête FAVIHVIET, foyer au statut sérologique non précisé pour l'enquête VPAIS) et son milieu de résidence (urbain ou rural).

Etant donné que le statut sérologique des personnes interrogées n'est pas disponible pour l'enquête VPAIS, nous ne pouvons pas faire la répartition des personnes interrogées selon leur sérologie et la présence d'une personne séropositive au sein de leur ménage.

Nous avons interrogé la population de jure alors que la population de l'enquête VPAIS est une population de facto. Etant donné le peu de personnes pour lesquelles la distinction s'est posée dans notre enquête, nous faisons l'hypothèse que cette nuance ne génère pas de différence significative. Une autre solution pourrait consister dans une analyse ultérieure à redresser l'échantillon. Par ailleurs, les âges concernés sont différents dans les deux enquêtes. Par conséquent, nous restreindrons les comparaisons aux personnes âgées de 15 à 49 ans (tableau 2).

Tableau 2- Comparaison des populations selon les limites d'âge : répartitions (%) des personnes selon le statut VIH et le milieu d'habitat de leurs foyers d'appartenance, province de Quang Ninh.

Milieu	Urbain (2006)		Rural (2008)	
	15-60 ans	15-49 ans	15-60 ans	15-49 ans
Type de personne enquêtée				
Membres séropositifs	22	28	24	28
Membres séronégatifs d'un foyer infecté	27	22	26	19
Membres d'un foyer non infecté	51	51	50	53
Total	100	100	100	100
Effectif	814	642	198	161
Différence significative (5%)	oui		non	

Source : enquête FAVIHVIET 2006-2008

Dans les deux populations, urbaine et rurale, le fait de restreindre la population aux personnes âgées de 15 à 49 ans renverse la tendance au sein des foyers infectés : les personnes se déclarant séropositives sont davantage représentées que les membres séronégatifs alors qu'on avait le rapport

inverse pour les 15-60 ans (tableau 2). Cette différence n'est cependant pas significative en milieu rural. Elle est liée à la relative jeunesse de la population séropositive.

4. Validité de la constitution de la population séropositive

Etudier la différence entre la définition conceptuelle d'une personne séropositive (personne qui aurait un résultat positif si elle faisait le test) et la définition opérationnelle d'une personne séropositive (celle qui a fait un test qui s'est avéré positif et qui a déclaré sa séropositivité à l'enquêteur) nécessite de connaître les caractéristiques des personnes séropositives, la spécificité et la sensibilité du test. Or, nous ne disposons pas du statut sérologique des personnes interrogées. Pour documenter la différence entre ces deux populations, nous étudierons donc d'une part les conditions de réalisation du test, la diffusion de son résultat, d'autre part les conditions de collecte.

4.1. Devenir séropositif et déclarer sa séropositivité

Une première série d'indicateurs permet de situer la population testée par rapport à l'ensemble de la population. En milieu urbain, seule une personne n'a jamais entendu parler du VIH/sida (enquête VPAIS). En milieu rural, la proportion de personnes qui n'ont jamais entendu parler du VIH/sida est très faible (nulle pour FAVIHVIET, 3% pour VPAIS). Parmi les personnes connaissant l'existence du VIH/sida, la majorité connaissent au moins un lieu de dépistage (tableau 3).

Tableau 3- Proportion (%) de personnes qui déclarent connaître un lieu de dépistage selon le type de population, province de Quang Ninh (personnes âgées de 15 à 49 ans ayant déjà entendu parler du VIH/sida)

	Urbain		Rural	
	FAVIHVIET 2006	VPAIS 2005	FAVIHVIET 2008	VPAIS 2005
Connaît un lieu de dépistage	92	91	87	66
Effectif de référence	642	563	161	569
Différence significative (5%)	non		oui	

Source : enquête FAVIHVIET 2006-2008, enquête VPAIS 2005

La proportion de personnes testées est relativement forte dans notre échantillon comparativement à la population générale (tableau 4). Elle est plus forte en milieu urbain qu'en milieu rural.

Tableau 4- Proportion (%) de personnes qui ont fait un test VIH selon le type de population, province de Quang Ninh (personnes âgées de 15 à 49 ans ayant déjà entendu parler du VIH/sida)

	Urbain		Rural	
	FAVIHVIET 2006	VPAIS 2005	FAVIHVIET 2008	VPAIS 2005
A fait le test	44	25	52	11
Effectif de référence	642	563	161	569
Différence significative (5%)	oui		oui	

Source : enquête FAVIHVIET 2006-2008, enquête VPAIS 2005

La plupart des personnes interrogées ont effectué leur dernier test au cours des douze derniers mois (tableau 5).

Tableau 5- Durée écoulée depuis le dernier test VIH (%) selon le type de population, province de Quang Ninh (personnes testées âgées de 15 à 49 ans)

	Urbain		Rural	
	FAVIHVIET 2006	VPAIS 2005	FAVIHVIET 2008	VPAIS 2005
Moins de 12 mois	54	55	60	38
12 à 23 mois	22	17	18	25
2 ans et plus	25	28	23	37
Ensemble	100	100	100	100
Effectif de référence	281	139	80	63
Différence significative	non		non	

Les 3 personnes en milieu urbain (1%) et 3 personnes en milieu rural (4%) qui ne se souviennent pas de la date de leur dernier test ont été exclues de l'analyse (FAVIHVIET)

Source : enquête FAVIHVIET 2006-2008, enquête VPAIS 2005

Les raisons du test étaient évoquées dans l'enquête FAVIHVIET et non dans l'enquête VPAIS. Elles diffèrent peu selon le milieu et sont surtout liées à des questions de santé. Un quart des personnes affirmant avoir fait un test évoquent un problème de santé (25%), un deuxième test pour confirmer un premier résultat positif (21% en milieu urbain, 25% en milieu rural) ou un doute lié à l'état de santé du partenaire (19% en milieu urbain, 24% en milieu rural). Les femmes évoquent une grossesse (15% des personnes affirmant avoir fait un test). Moins nombreuses sont les personnes qui ont fait un test en lien avec leur travail ou une possibilité d'embauche (9% en milieu urbain, 11% en milieu rural), un traitement antirétroviral (10%) ou un doute en raison d'un proche avec qui eux-mêmes ou leur partenaire a partagé une seringue lors d'une injection de drogue (12% en milieu urbain, 7% en milieu rural). Certains évoquent des contrôles routiniers de santé. Quelques personnes seulement évoquent un projet d'union.

La question de la diffusion du résultat du test aux proches n'a pas été posée dans l'enquête VPAIS. Dans le cadre de notre enquête, les résultats relatifs à cette question indiquent que le maintien du secret de la séropositivité est plus prononcé en milieu rural qu'en milieu urbain : d'une part la proportion de personnes qui n'ont parlé à personne de leur séropositivité est plus élevée en milieu rural (19%) qu'en milieu urbain (8%), d'autre part les proches sont en général moins informés en milieu rural qu'en milieu urbain. Parmi les personnes qui ont eu un résultat positif au test, la proportion de ceux qui ont annoncé leur séropositivité à leurs parents est plus forte en milieu urbain (74%) qu'en milieu rural (36%). Il en est de même pour ceux qui ont annoncé leur séropositivité à leurs frères et sœurs (46% des personnes se déclarant séropositives en milieu urbain, 35% des personnes se déclarant séropositives en milieu rural), à des amis (21% des personnes se déclarant séropositives en milieu urbain, 2% des personnes se déclarant séropositives en milieu rural), à des membres de la parenté plus éloignée (15% des personnes se déclarant séropositives en milieu urbain, 2% des personnes se déclarant séropositives en milieu rural) et à leurs conjoints (les trois quarts des personnes se déclarant séropositives vivant en union en milieu urbain, un peu plus de la moitié en milieu rural). La moindre communication au sujet du VIH/sida observée dans le milieu rural explique en partie les difficultés à identifier des personnes séropositives.

4.2. L'influence du mode de recrutement des foyers infectés

En milieu rural, en raison d'une forte stigmatisation et d'un manque d'information sur la gestion des traitements, nous n'avons pas pu diversifier nos sources d'identification de foyers comportant une personne séropositive. Ceux-ci ont été identifiés par le biais du comité de lutte contre le VIH/sida de leur commune. Ainsi, en raison des problèmes d'identification des personnes séropositives et de la moindre prévalence du VIH en milieu rural, la proportion de ménages comportant une personne séropositive dans ce milieu ne représente que 21% des foyers enquêtés comportant une personne séropositive dans l'ensemble de l'enquête.

En milieu urbain, les foyers familiaux comportant une personne se déclarant séropositive ont été identifiés par le biais du comité de lutte contre le sida (60%), d'une personne précédemment interrogée (25%) ou d'une association d'aide aux personnes séropositives (16%). Ces ménages ne sont pas significativement différents en termes de nombre de leurs membres ni en termes de nombre de chambres comprises dans le logement ou de montant des dépenses mensuelles consacrées à la nourriture. Parmi les foyers infectés, 10% comprennent deux personnes se déclarant séropositives. Par conséquent, l'analyse individuelle diffère de l'analyse en termes de foyers. Parmi les personnes se déclarant séropositives interrogées en milieu urbain, le mode de recrutement n'est pas lié à une différence significative de composition selon le sexe, l'âge, le niveau d'instruction, l'activité économique ou la situation matrimoniale.

Ainsi, le mode de recrutement des foyers induit peu de différence quant aux caractéristiques sociodémographiques des foyers, ce qui minimise les biais.

4.3. Biais de sélection

Etant donné le mode d'identification des personnes se déclarant séropositives, notre étude met l'accent sur les personnes atteintes du VIH depuis plus longtemps ou plus sévèrement en raison d'une multiplication des risques ou d'une conjonction de facteurs favorisant la progression du VIH (utilisation de drogue par voie intraveineuse par exemple). D'une part nous utilisons des données relatives à la

prévalence plutôt qu'à l'incidence. Certaines personnes ont été identifiées car elles ont été infectées depuis suffisamment longtemps pour en ressentir les conséquences sur leur état de santé tandis que les nouveaux cas sont sous-représentés : leur état de santé est moins dégradé, l'information de la séropositivité n'a pas été diffusée, voire certaines personnes n'ont pas encore fait le test VIH ou pas eu la confirmation du résultat positif de leur test de dépistage. Ceci est d'autant plus vrai que le système de dépistage évolue en faveur d'une plus grande confidentialité des résultats. On a donc tendance à surestimer les mises sous traitement car en raison des critères de sélection des patients pour les mises sous traitement antirétroviral, ceux qui en bénéficient sont en général ceux dont l'état de santé est le plus détérioré. D'autre part, les anciens utilisateurs de drogue cumulent les stigmates de l'utilisation de la drogue et de la séropositivité ainsi que les difficultés matérielles liées à ces deux pratiques. Ces deux difficultés sont susceptibles d'être liées à une identification plus aisée. Elles créent un biais d'association. Inversement, les célibataires sont moins visibles en raison de moindres conséquences sur leurs familles. Ainsi, différents biais limitent la représentativité statistique des foyers-cas de l'échantillon par rapport à ceux de la province. Les données qualitatives contribuent à documenter ces biais. Le biais lié à la non déclaration de la séropositivité est probablement plus important en milieu rural qu'en milieu urbain.

4.4. Foyers incomplets

Parmi les ménages enquêtés, 16% sont incomplets, comportant des personnes éligibles qui n'ont pas répondu au questionnaire. Le taux de non-réponse est le même au sein des ménages comportant une personne se déclarant séropositive qu'au sein des ménages n'en comportant pas. Il ne varie pas non plus selon le mode de recrutement des ménages.

5. Validité de l'appariement entre foyers-cas et foyers-témoins

Pour étudier la validité de l'appariement entre foyers-cas et foyers-témoins, nous étudions les caractéristiques des cas-foyers et cas-témoins appariés. Cette analyse peut être menée collectivement, en comparant les caractéristiques de l'ensemble des foyers-cas avec celles de l'ensemble des foyers témoins. Elle peut également se faire de façon individuelle, en analysant les distances entre foyers appariés pris deux à deux. Nous distinguons deux types de caractéristiques : les données relatives à l'habitat et l'équipement, sur lesquelles était fondé l'appariement et les caractéristiques familiales telles qu'elles ont été recueillies lors de la passation des questionnaires. Nous nous appuyons dans les analyses ci-dessous sur l'enquête menée en milieu urbain.

5.1. Habitat et biens durables

Foyers comportant une personne se déclarant séropositive et foyers d'en comportant pas ne diffèrent pas quant à leur habitat, notamment leur équipement en électricité (100%), eau courante (84% des ménages), toilettes équipées d'une chasse d'eau (85%), matériaux de construction pour le sol (81% en briques, 15% en ciment), le toit (45% en tuiles, 43% en béton), nombre de chambres (29% en ont une seule, 48% en ont deux et 23% en ont 3 ou plus). Ils ne diffèrent pas non plus quant à leur équipement en biens durables pour l'intérieur de la maison : télévision (95%), radio (49%), téléphone (78%), réfrigérateur (56%), lave-linge (23%) et pompe à eau (32%). Les dépenses par personne consacrées à la nourriture sont similaires entre les deux types de foyers : 60% des foyers consacrent entre 250 000 et 500 000 d'ongs mensuels pour la nourriture⁴. Malgré leur manque de moyens, certains foyers comportant une personne se déclarant séropositive ont la contrainte de dépenser davantage pour leur membre se déclarant séropositif en raison de ses problèmes de santé. Pour la cuisine, les deux types de foyers utilisent dans des proportions similaires l'électricité (44%).

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

Ces indicateurs reflètent un niveau de vie moins élevé des foyers comportant une personne se déclarant séropositive, qui ne se reflète cependant pas dans l'habitat mais dans la possession de

⁴ Ceci équivaut à 10 à 20 euros.

biens de locomotion et des combustibles. Ce résultat limite la portée de l'appariement. La possession de biens de locomotion et le combustible utilisé pour la cuisine pourraient constituer des indicateurs plus pertinents d'appariement des ménages dans une enquête ultérieure.

Une analyse individuelle des foyers appariés pris deux à deux pourrait permettre une analyse plus fine des différences entre foyers comportant une personne se déclarant séropositive et foyers n'en comportant pas.

5.2. Taille et structure de la famille

Les foyers comportant une personne se déclarant séropositive et les foyers n'en comportant pas comprennent chacun 50% des membres de foyers. Pour les deux groupes, la taille médiane du ménage est de 4 personnes. Cependant, la taille des foyers comportant une personne se déclarant séropositive varie davantage que la taille des foyers n'en comportant pas. Leur distribution est moins concentrée et la variance plus élevée. La tendance est double : les foyers comportant une personne se déclarant séropositive comprennent à la fois des foyers comprenant plus de membres et des foyers comprenant moins de membres. La proportion de ménages de petite taille (3 personnes et moins) y est plus élevée (46% versus 35%) ainsi que la proportion de ménages de taille élevée (5 personnes et plus) (31% versus 20%) (tableau 6).

Tableau 6- Taille du foyer familial (% de foyers) en milieu urbain, province de Quang Ninh

Taille en nombre de personnes	Foyer comportant une personne se déclarant séropositive	Foyer ne comportant pas de personne se déclarant séropositive
1 à 3 personnes	46	35
4 personnes	23	45
5 personnes et plus	31	20
Ensemble	100	100
Effectif de référence	163	163
Différence significative	oui	

Source : enquête FAVIHVIET 2006

La composition familiale en termes de nombre de générations cohabitant au sein du foyer est identique dans les foyers comportant une personne se déclarant séropositive et les foyers n'en comportant pas. La plupart des ménages (61%) sont composés de deux générations, une partie importante (33%) est composée de trois générations. Rares sont les foyers composés d'une seule (6%) ou de 4 générations (1%). Les deux types de ménage ne se distinguent pas non plus du point de vue de l'âge du chef de ménage.

Dans les analyses ultérieures, nous pourrions étudier les différences entre le statut VIH déclaré du ménage et la structure familiale du foyer en référence aux personnes âgées de 15 à 49 ans (groupe conjugal, groupe parental, groupe familial hétérogène, personne vivant seule ou avec une ou des personnes non apparentées).

6. Illustration : La prise en charge des soins de santé

Une autre façon de tester la validité de la méthodologie cas-témoin consiste à étudier l'hypothèse sur laquelle elle repose selon laquelle les liens d'entraide au sein de la famille sont déterminés en partie par le niveau socioéconomique du foyer. Nous nous intéressons en particulier à l'aide apportée en cas de problème de santé. La question sur laquelle nous allons nous concentrer était posée en questionnaire individuel sous la forme suivante : « Ces dernières années, quand vous avez eu un problème de santé, qui a été la principale personne à avoir pris soin de vous ? » pour laquelle la modalité de réponse n'était pas suggérée. Pour cette question, nous prendrons en compte uniquement la population interrogée en milieu urbain dans le cadre de l'enquête FAVIHVIET.

6.1. Les acteurs de la prise en charge

Comme le montrent nos entretiens, les femmes jouent un rôle particulièrement important dans les soins de santé, notamment les mères. Par ailleurs, si le recours aux infrastructures sanitaires ne diffère pas de façon significative entre ménages comportant une personne se déclarant séropositive et ménages n'en comportant pas pour les soins de santé, le support des associations d'aide aux personnes séropositives est significatif. Les entretiens et groupes de discussion permettent de mieux comprendre les limites de la participation des personnes se déclarant séropositives et de leurs proches à ces activités.

Les résultats quantitatifs montrent que les membres de la famille sont très impliqués dans les soins. Parmi les personnes interrogées, peu déclarent être totalement seuls (3%) ou sans problème de santé au cours des dernières années (7%). La quasi-totalité (99%) des personnes qui ont cité au moins une personne (n = 737) a mentionné un membre de sa famille. Quelques répondants ont cité un membre d'une infrastructure sanitaire (11%), des amis, collègues ou voisins (7%) ou encore des membres d'associations (2%). Les répondants qui ont cité au moins un membre de leur famille ont souvent cité plusieurs soignants. Parmi eux, plus de la moitié ont cité deux soignants (53%) et certains en ont cité trois ou plus (11%). Les répondants ont cité surtout leurs conjoints (55%), leurs parents (46%), leurs frères et sœurs (36%) ou encore leurs enfants (34%), leurs beaux-pères et belles-mères (8%) ou leurs cousins (5%). Les répondants qui ont mentionné une seule personne ont surtout cité leur conjoint (41%) ou leurs parents (38%). Les répondants qui ont mentionné deux personnes ont cité surtout leurs conjoints et enfants (40%), leurs parents ainsi que leurs frères et sœurs (32%). Ainsi, on distingue deux grands types de réponse : les conjoints et/ou leurs enfants (conjoints / enfants / conjoints et enfants) d'un côté, les parents et /ou les frères et sœurs (parents / frères et sœurs / parents et frères et sœurs) de l'autre.

A partir de ces résultats, on peut dresser une typologie qui prend en compte le type de soignant. On distingue donc 4 types d'intervenants :

- Le groupe « époux, enfants » qui inclut les conjoints et/ou les enfants (36% des répondants),
- Le groupe « parents, frères et sœurs » qui inclut les parents et/ou les frères et sœurs (30% des répondants),
- Le groupe « membres familiaux hétérogènes » (24% des répondants) qui est soit un mélange du groupe conjugal et du groupe parental, soit des personnes de l'un de ces groupes auxquelles s'ajoutent au moins une autre personne de la famille telle qu'un cousin ou une cousine, un beau-père ou une belle-mère, un oncle ou une tante.
- Le groupe « absence de groupe familial » (7%). Cette catégorie inclut les personnes qui citent uniquement des personnes qui ne font pas partie de leur famille, ce peut être une personne d'une infrastructure sanitaire, un ami, un collègue ou un voisin. Elle inclut également les personnes qui déclarent se soigner elles-mêmes. Ce groupe permet de mettre en évidence les personnes pour lesquelles la famille n'intervient pas dans la prise en charge sanitaire.

Les personnes qui déclarent qu'elles n'ont pas été malades (4%) n'ont pas été retenues dans cette analyse.

6.2. Type de soignant et statut VIH déclaré

Du point de vue des soignants cités, il n'existe pas de différence statistiquement significative (au sens du Chi-deux au seuil de 5%) entre personnes se déclarant séronégatives, qu'elles vivent dans un foyer comportant une personne se déclarant séropositive ou dans un foyer n'en comportant pas. Par contre, le fait de se déclarer séropositif est associé à une différence significative (tableau 7).

Le fait de se déclarer séropositif est associé à un niveau plus élevé de prise en charge sanitaire par le groupe « parents, frères et sœurs » (OR = 3.2 [2.3; 4.6]), un niveau plus élevé de prise en charge sanitaire par le groupe « membres familiaux hétérogènes » (OR = 1.8 [1.2; 2.6]) ainsi qu'une plus grande « absence de groupe familial » (OR = 0.1 [0.0; 0.5]) et une moindre prise en charge par le groupe des « époux, enfants » (OR = 0.2 [0.1; 0.3]). Ainsi, la séropositivité semble associée à une plus grande prise en charge par les parents, les frères et sœurs, les membres de la famille élargie et une moindre prise en charge par les époux ou enfants.

Tableau 7- Type de soignant cité selon le statut VIH déclaré de la personne interrogée

	Affirme être séropositif (ve)	Affirme ne pas être séropositif (ve)	Ensemble
Groupe « époux, enfants »	12	44	37
Groupe « parents, frères et sœurs »	52	25	31
Groupe « membres familiaux hétérogènes »	35	23	25
Groupe « absence de membre de la famille »	1	8	7
Total %	100	100	100
Effectif	170	610	780

Différence significative au seuil de 5% (chi-deux).

Source : enquête FAVIHVIET 2006

Ces résultats doivent être contrôlés par la situation matrimoniale avec laquelle la séropositivité est susceptible d'être associée.

6.3. Caractéristiques associées à la séropositivité déclarée

Les personnes se déclarant séropositives tendent à être plus jeunes que les autres (30.6 ans au lieu de 37.1 ans). Elles forment une population plus masculine (OR = 2.1 [1.5; 3.0]) et plus souvent nées dans la ville de Halong (OR = 2.6 [1.6; 4.2]). Elles sont plus souvent sans revenu (OR = 1.9 [1.3; 2.7]) et hors union (OR = 5.0 [3.3; 7.6]). Elles tendent à cohabiter davantage avec leurs parents (OR = 4.2 [2.8; 6.1]). Par contre, on n'observe pas de différence entre les personnes se déclarant séropositives et les autres concernant le niveau d'instruction, l'activité et le niveau de célibat.

Ce profil socio-démographique des personnes qui se déclarent séropositives explique en partie le résultat précédent : l'importance des « parents, fratries » et « membres familiaux hétérogènes » dans la prise en charge des problèmes de santé tandis que le groupe des « époux, enfants » est davantage cité par les personnes qui se déclarent non séropositives.

Il est donc nécessaire d'examiner les réponses données par les personnes interrogées selon ces différentes caractéristiques. Nous nous intéresserons ici aux indicateurs de vie familiale : la situation matrimoniale et la cohabitation avec les parents. Dans le cadre d'un travail ultérieur, cette analyse pourra être étendue par la suite aux autres caractéristiques mentionnées ci-dessus.

6.4. Effets de la séropositivité déclarée selon la situation matrimoniale

Parmi les personnes en union, le fait de se déclarer séropositif est associé à un niveau plus élevé de prise en charge sanitaire par les « membres familiaux hétérogènes » (OR = 4.6 [2.6; 8.2]) et un niveau moins élevé de prise en charge par le groupe « époux, enfants » (OR = 0.2 [0.1; 0.4]). L'effectif des personnes interrogées n'est pas suffisant pour conclure quant au lien entre la séropositivité et la prise en charge par le groupe « parents, fratrie » ou l'« absence de groupe familial » (tableau 8).

Tableau 8- Récapitulatif des résultats sur l'effet de la séropositivité sur le type de prise en charge selon la situation matrimoniale

	Parents, fratrie	Epoux, enfants	Membres familiaux hétérogènes	Absence de membre de la famille
En union	?	-	+	?
Hors union	+	N	N	-

+ : favorisé par la séropositivité

- : défavorisé par la séropositivité

N : pas d'effet

?: effectif insuffisant

Source : enquête FAVIHVIET 2006

Parmi les personnes hors union (célibataires, divorcées, séparées), le fait de se déclarer séropositif est associé à une plus forte prise en charge par le groupe « parents, fratrie » (OR = 1,8 [1.1; 3.0]) et une moindre « absence de membre de la famille » (OR = 0.6 [0.0; 0.5]). En revanche, la séropositivité déclarée n'est pas associée à une différence statistiquement significative dans la prise en charge par

le groupe « conjoints, enfants » (OR = 0.4 [0.2; 1.1]) ni par le groupe des « membres familiaux hétérogènes » (OR = 1.5 [0.8; 2.9]).

Ainsi l'effet de la séropositivité déclarée sur le type de prise en charge citée diffère selon la situation matrimoniale. Chez les personnes en union, la séropositivité déclarée favorise l'intervention de la famille élargie tandis que chez les personnes hors union, elle favorise le soutien des parents et de la fratrie.

6.5. Effets de la séropositivité déclarée selon la cohabitation avec les parents

Parmi les personnes qui cohabitent avec leurs parents, le fait de se déclarer séropositif est associé à une moindre « absence de membre de la famille » dans les soins (OR = 0.0 [0.0; 0.3]). Par contre, la séropositivité déclarée n'est pas associée de façon statistiquement significative à d'autres formes de prise en charge - par le groupe « époux, enfants » (OR = 0.5 [0.2; 1.1]), par le groupe « parents, fratrie » (OR = 1.5 [1.0; 2.3]) ou par le groupe des « membres familiaux hétérogènes » (OR = 1.6 [1.0; 2.5]) - .

Parmi les personnes qui ne cohabitent pas avec leurs parents, le fait de se déclarer séropositif est associé à une plus grande prise en charge par les « membres familiaux hétérogènes » (OR = 2.2 [1.1; 4.6]) et une moindre prise en charge par le groupe « époux, enfants » (OR = 0.2 [0.1; 0.4]). L'influence de la séropositivité sur la prise en charge par le groupe « parents, fratrie » et le groupe marqué par l'absence de membre de la famille ne peut pas être déterminée en raison de la faiblesse des effectifs de personnes interrogées (tableau 9).

Tableau 9- Récapitulatif des résultats sur l'effet de la séropositivité sur le type de prise en charge selon la cohabitation ou non avec les parents

	Parents, fratrie	Epoux, enfants	Membres familiaux hétérogènes	Absence de membre de la famille
Cohabite	N	N	N	-
Ne cohabite pas	?	-	+	?

+ : favorisé par la séropositivité

- : défavorisé par la séropositivité

N : pas d'effet

? : effectif insuffisant

Source : enquête FAVIHVIET 2006

Ainsi, la séropositivité est associée à une plus grande intervention de la famille dans le cas d'une cohabitation avec les parents, et une plus forte intervention des membres de la famille élargie dans le cas où la personne séropositive ne cohabite pas avec ses parents.

Conclusion

La méthode cas-témoin présente l'inconvénient de ne pas générer un échantillon statistiquement représentatif de la population étudiée. Cet inconvénient est contrebalancé par la disponibilité d'enquêtes nationales représentatives. Au Viêt-Nam, notre étude est complémentaire de l'enquête nationale Indicateurs sida. L'enquête cas-témoin que nous avons menée permet ainsi d'approfondir l'étude sur le VIH/sida dans un contexte de faible prévalence en fournissant un nombre minimum de cas favorisant la représentativité théorique des foyers comportant au moins une personne se déclarant séropositive. Sur le plan de la collecte, elle a facilité le travail en diminuant les risques de stigmatisation à l'égard des foyers interrogés. Enfin, les foyers-témoins fournissent une base de comparaison indispensable dans un environnement où d'une part les données statistiques et démographiques sont rares, difficilement comparables ou peu fiables, d'autre part le contexte est marqué par une évolution rapide des connaissances, attitudes et comportements mesurés.

Plusieurs illustrations de la méthode cas-témoin sont possibles à partir de notre enquête. Certaines sont en cours d'analyse, notamment sur la prévention de la transmission, la stigmatisation et la prise en charge des personnes séropositives. Ainsi, pour la stigmatisation, nous pouvons comparer comment les familles cohabitent selon qu'elles comportent une personne se déclarant séropositive ou non.

L'étude de la prise en charge des problèmes de santé est centrée ici sur les personnes impliquées dans cette prise en charge. Elle montre que dans un contexte de manque de ressources comme c'est le cas du Viêt-Nam, la famille est placée au centre de la prise en charge sanitaire, notamment les parents, frère et sœurs des personnes se déclarant séropositives. Le VIH/sida apparaît comme associé à un affaiblissement de l'aide apportée par les époux, enfants et source d'une mobilisation de la famille étendue. Les entretiens montrent par ailleurs l'importance du rôle de nouveaux acteurs institutionnels tels que les associations et groupes d'aide, qui contribuent à influencer le réseau de prise en charge et à faire évoluer les solidarités familiales.

Les facteurs individuels expliquent en partie l'accent porté sur le groupe parental. Ceci est en contradiction avec les relations habituelles d'entraide entre les enfants adultes et leurs parents [8] [9]. Parmi les personnes en union, la séropositivité déclarée est associée à une moindre prise en charge sanitaire par le groupe époux, enfants. Ce résultat est surprenant car de nombreuses études mentionnent le rôle des conjoints dans la prise en charge des personnes se déclarant séropositives. La séropositivité déclarée tend plutôt à renforcer l'entraide entre les personnes se déclarant séropositives et leur famille élargie.

Cette étude pourrait être complétée par une étude comportant la réalisation de tests VIH afin de mesurer le biais lié à la déclaration de la séropositivité. Une telle étude permettrait d'envisager l'influence de la séropositivité sur la prise en charge sanitaire d'un point de vue complémentaire dont les fondements sociodémographiques restent à préciser.

Bibliographie

- [1] Vu M. Q., Nguyen T. H., Go V. F. [2008] « The HIV epidemic in Vietnam : past, present, and opportunities » in *Public health aspects of HIV/AIDS in low and middle income countries*, D.D. Celentano and C. Beyrer eds., Springer Science + Business Media: 458-479.
- [2] UNDP, Aus-AIDS. 2005. *Impact of HIV/AIDS on household vulnerability and poverty in Viet Nam*. UNDP-Aus-AIDS supported project, UNDP, Hanoi, August, 72 p.
- [3] Unaid, Who, Unicef [2008] *Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS. Core data on epidemiology and response*, Geneva, July, 21 p.
- [4] Loenzien M. de [2009] "Family: the cornerstone of the current fight against HIV/AIDS epidemic in Vietnam" in *Reconfiguring Families and Gender in Transitional Vietnam*, Danièle Bélanger and Magali Barbieri, co-editors, Contemporary Issues in Asia and the Pacific, An East-West Center book series published by Stanford University Press, March: 97-132.
- [5] Vietnam commission for Family, Population and Children; Ministry of Health, Population Reference Bureau [2005] *HIV/AIDS in Vietnam. The current situation, the national response, the emerging challenges*, Hanoi, 2006, 55 p.
- [6] General Statistical Office; 2001. *Population and housing census Viet Nam 1999. Completed census results*, Nhà xuất bản thống kê, Hanoi, 646 p.
- [7] General Statistical Office; National Institute of Hygiene and Epidemiology ; ORC Macro; 2006. *Vietnam Population and AIDS indicator survey 2005*. USAID, CDC, GSO, NIHE, Hanoi, 94 p. + appendices.
- [8] Barbieri, Magali; 2008. "Doi Moi and the Elderly: Intergenerational Support under the Strain of Reforms" in *Reconfiguring Families and Gender in Transitional Vietnam*, Danièle Bélanger and Magali Barbieri, co-editors, Contemporary Issues in Asia and the Pacific, An East-West Center book series published by Stanford University Press, to be published.
- [9] Knodel John, Friedman Jed, Truong Si Anh, Bui The Cuong. 2000. « Intergenerational Exchanges in Vietnam: Family Size, Sex Composition, and the Location of Children" in *Population Studies* 54(1): 89-104.