



Rapport de l'enquête sur la discrimination et la stigmatisation des PVVIH dans le milieu médical 2024-2025

Cas particulier des dentistes et des gynécologues en Belgique francophone



**OBSERVATOIRE
DU SIDA ET
DES SEXUALITÉS**



GILEAD

**Plateforme Prévention Sida
Yagos Koliopanos
Grâce Ntunzwenimana
Émilie Gérard
Claire Delhove**

***sous la supervision de Thierry Martin (Plateforme
Prévention Sida) et Charlotte Pezeril (Observatoire du
Sida et des sexualités)***

Éditeur responsable : Thierry Martin – Plateforme Prévention Sida
Place de la Vieille Halle aux Blés 29/28 – 1000 Bruxelles

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	4
2. LA PERSISTANCE DE LA DISCRIMINATION ENVERS LES PVVIH	5
2.1 LES CONSÉQUENCES DES DISCRIMINATIONS SUR LA QUALITÉ DE VIE DES PVVIH	6
3. LA DISCRIMINATION DANS L'ACCÈS AUX SOINS DENTAIRES POUR LES PVVIH	7
4. LA DISCRIMINATION DANS L'ACCÈS AUX SOINS GYNÉCOLOGIQUES POUR LES PVVIH	9
5. OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE	10
6. PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE	11
7. MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE	14
7.1. ENQUÊTE PAR QUESTIONNAIRE AUPRÈS DES PVVIH	14
7.2. ENQUÊTE TÉLÉPHONIQUE AUPRÈS DES CABINETS ET DES CLINIQUES DENTAIRES ET GYNÉCOLOGIQUES	15
7.3 LIMITES DE L'ENQUÊTE	16
8. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE PAR QUESTIONNAIRE AUPRÈS DES PVVIH	18
8.1. LES RÉPONDANT·ES	18
8.2. FRÉQUENCE ET QUALITÉ DES VISITES CHEZ LES PROFESSIONNEL·LES DE LA SANTÉ	22
8.3. L'EXPÉRIENCE DE LA DISCRIMINATION EN MILIEU MÉDICAL	24
8.4. LES RÉACTIONS À LA DISCRIMINATION EN MILIEU MÉDICAL	27
9. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE TÉLÉPHONIQUE AUPRÈS DES CABINETS DENTAIRES	29
9.1. DÉPLACEMENT D'UN RENDEZ-VOUS EN FIN DE JOURNÉE	31
9.2. REFUS DE TRAITEMENT	32
10. RÉSULTATS DU TESTING TÉLÉPHONIQUE AUPRÈS DES CABINETS GYNÉCOLOGIQUES	33
11. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	35
11.1 PRINCIPAUX CONSTATS DE L'ENQUÊTE	36
11.2. LES REFUS DE SOINS : UNE DISCRIMINATION PERSISTANTE	37
11.3. LES PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES : UNE STIGMATISATION DÉGUISÉE	37
11.4. LA CONFIDENTIALITÉ ET LA PEUR DU DÉVOILEMENT DU STATUT	38
GLOSSAIRE	40
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	43
ANNEXES	50



1. INTRODUCTION

Malgré les avancées médicales et les campagnes de sensibilisation, l'accès aux soins de santé pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) reste marqué par des discriminations et des stigmatisations persistantes. La présente enquête, menée par la Plateforme Prévention Sida (PPS) en collaboration avec l'Observatoire du sida et des sexualités (OSS) de l'Université Libre de Bruxelles (ULB), vise à documenter ces discriminations, en particulier dans le domaine des soins dentaires et gynécologiques. L'objectif est d'identifier et d'évaluer les obstacles rencontrés par les PVVIH et de proposer des recommandations pour améliorer leur accès aux soins.

Cette étude a été coordonnée par Yagos Koliopanos (OSS/PPS) et conçue et réalisée par Grâce Ntunzwenimana, Émilie Gérard et Claire Delhove (PPS), sous la supervision de Thierry Martin (PPS) et Charlotte Pezeril (OSS). La collecte des données a eu lieu entre juin et septembre 2024 et a reposé sur une méthodologie mixte combinant enquête quantitative et qualitative.

Au total, 152 PVVIH résidant en Belgique ont répondu à un questionnaire portant sur leur expérience avec les professionnel·les de la santé. Pour approfondir ces résultats, des entretiens semi-directifs ($n = 12$) ont été réalisés avec des répondant·es ayant vécu des discriminations, notamment dans des cabinets dentaires et/ou gynécologiques au cours des cinq dernières années. Ces deux spécialités médicales ont été choisies en raison de leur importance pour la santé globale et reproductive. Le choix des cabinets dentaires s'explique également par le fait que plusieurs études européennes ont mis en évidence la fréquence plus élevée des discriminations sérophobes dans ce secteur, les dentistes apparaissant comme les professionnel·les de santé les plus souvent impliqué·es dans des comportements discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH (European HIV Legal Forum, 2022). À l'inverse, la gynécologie a été retenue pour son rôle essentiel dans la santé sexuelle et reproductive des femmes vivant avec le VIH, où les discriminations, bien que moins visibles, peuvent se manifester sous des formes plus subtiles, notamment dans le conseil ou l'accompagnement des projets de maternité. Ces deux champs médicaux, bien que différents dans leurs enjeux cliniques, jouent un rôle déterminant dans le bien-être général des PVVIH et dans la prévention des complications associées. De nombreuses études démontrent que la santé bucco-dentaire influence l'état général, joue un rôle clé dans la prévention des infections opportunistes et dans le maintien d'une bonne qualité de vie chez les PVVIH (Benjamin, 2018 ; Da Costa Vieira et al., 2018).

Dans le cadre de cette enquête, une équipe de testeur·euses a contacté par téléphone 200 cabinets dentaires et 102 cabinets gynécologiques. L'objectif était d'observer les réactions des professionnel·les lorsque le statut sérologique du·de la patient·e était mentionné après la prise de rendez-vous. Cette approche s'inspire de méthodologies déjà utilisées au Canada et en France¹ et a permis d'identifier différents types de réponses : acceptation sans modification des conditions du rendez-vous, report du rendez-vous en fin de journée, exigences particulières non justifiées médicalement ou, dans certains cas, refus pur et simple de soins. Afin de garantir la fiabilité des données et d'assurer une analyse approfondie des expériences vécues, des entretiens ont également été menés

¹ Au Québec, l'enquête menée par COCQ-SIDA a montré que, sur 769 appels, 4,3 % des cliniques dentaires refusaient explicitement un rendez-vous en raison du statut VIH, tandis que 14 % adoptaient des pratiques potentiellement discriminatoires (COCQ-SIDA, 2012). En France, l'étude conduite par AIDES/Sidaction auprès de 570 cabinets dentaires a révélé que 33,6 % des dentistes refusaient directement ou indirectement de soigner les PVVIH et que 16,8 % pratiquaient un traitement différencié entre patient·es séropositif·ves et séronégatif·ves (AIDES/Sidaction, 2019).

avec six testeur·euses pour recueillir leurs impressions et discuter des enjeux méthodologiques et éthiques.

Les résultats de notre enquête révèlent que les PVVIH font face à des attitudes stigmatisantes et discriminatoires qui entravent leur accès aux soins. Parmi les formes les plus courantes figurent le refus de soins, le report injustifié des rendez-vous ou l’application de mesures spécifiques non conformes aux recommandations médicales, alors que les professionnel·les de santé sont tenu·es d’appliquer les précautions universelles pour tou·tes. Ces comportements traduisent une méconnaissance persistante du VIH, des avancées scientifiques et du principe $i = i$ (indétectable = intransmissible), tant chez certain·es soignant·es que chez le personnel administratif, et alimentent des pratiques discriminatoires.

L’enquête met également en lumière le fait que beaucoup de PVVIH hésitent à dévoiler leur statut sérologique par crainte d’être discriminé·es ou refusé·es. Ce climat de méfiance prolonge les constats établis par les enquêtes précédentes sur la sérophobie en Belgique (Warning Bruxelles, 2012 ; Pezeril, 2013 ; 2017) et a des conséquences négatives sur le suivi médical et le bien-être psychologique. De nombreux·euses répondant·es adoptent une posture résignée, souvent faute de recours ou par peur d’aggraver leur situation.

Face à ces constats préoccupants, ce rapport propose une série de recommandations visant à améliorer l'accès aux soins pour les PVVIH et à sensibiliser les professionnel·les de la santé, notamment les dentistes et les gynécologues, aux enjeux liés au VIH. Parmi ces recommandations figurent la formation continue des praticien·nes, la mise en place d'un accueil inclusif et respectueux, ainsi qu'une meilleure information des patient·es sur leurs droits. L'objectif est de favoriser un système de santé équitable où le statut sérologique ne constitue plus un obstacle à des soins de qualité.



2. LA PERSISTANCE DE LA DISCRIMINATION ENVERS LES PVVIH

Malgré des progrès significatifs dans la prévention, le diagnostic et le traitement du VIH, la sérophobie et la discrimination envers les PVVIH demeurent prégnantes dans divers aspects de la société et à l'échelle internationale. Bien que l'espérance de vie des PVVIH se soit améliorée grâce aux thérapies antirétrovirales (ART) (May et al., 2014 ; Samji et al., 2013 ; Wandeler et al., 2016), leur qualité de vie est encore gravement impactée par des formes persistantes de discrimination et de stigmatisation (Turan et al., 2017 ; Earnshaw et al., 2015).

Dans le monde du travail, les employeur·euses excluent encore les PVVIH, en particulier dans les pays où la divulgation du statut VIH peut entraîner un licenciement abusif ou une exclusion sociale (ILO, 2018). La stigmatisation liée au VIH contribue à la perte d'opportunités professionnelles et à la marginalisation économique des PVVIH (Maulsby et al., 2020). De nombreux·euses employeur·euses, souvent par ignorance ou par peur, refusent de recruter des PVVIH ou appliquent des politiques discriminatoires qui les empêchent de progresser dans leur carrière, voire de conserver leur emploi. Les préjugés qui circulent au sein du monde du travail renforcent cette exclusion, entraînant une isolation sociale et professionnelle.

Dans l'éducation, les enfants et adolescent·es vivant avec le VIH font face à des discriminations de la part de leurs pair·es et de certain·es enseignant·es (Pantelic et al., 2020). Des cas de refus

d'inscription ou d'exclusion scolaire persistent, malgré les législations interdisant ces pratiques (Human Rights Watch, 2006). Ces jeunes sont souvent victimes de moqueries, de stigmatisation ou de marginalisation en raison de leur statut sérologique, ce qui perturbe leur développement et altère leur expérience scolaire. L'isolement social qui en résulte peut avoir des effets dévastateurs sur leur bien-être mental et émotionnel, exacerbant les risques de dépression et d'anxiété. Malgré des efforts pour éduquer les jeunes sur la réalité du VIH, les stéréotypes persistent et contaminent encore les interactions sociales au sein des établissements scolaires.

La sérophobie impacte également les relations sociales, amoureuses et familiales des PVVIH. Celles-ci sont souvent confrontées à des ruptures amoureuses, des exclusions familiales et des violences psychologiques en raison de leur statut sérologique (Dahlui et al., 2015). L'isolement social qui découle de cette stigmatisation est un facteur de risque majeur pour la dépression et l'anxiété (Earnshaw et al., 2013 ; Turan et al., 2017). Les personnes vivant avec le VIH peuvent se retrouver dans des situations où elles sont rejetées par leur entourage, ce qui crée des tensions et des ruptures dans les relations personnelles et familiales. Ce rejet est particulièrement intense dans les communautés où le VIH est fortement stigmatisé, rendant difficile pour ces individus d'obtenir du soutien émotionnel et pratique.

Malgré les preuves scientifiques montrant que les PVVIH sous traitement efficace avec une charge virale indétectable ne transmettent pas le virus (Rodger et al., 2016), les préjugés persistent. Ces préjugés sont alimentés par une méconnaissance des avancées scientifiques et de l'efficacité des traitements, ce qui empêche une acceptation pleine et entière des PVVIH dans la société. Dans plusieurs pays, des lois punitives criminalisent la non-divulgation du statut VIH ou l'exposition potentielle au virus, même sans transmission effective (Barré-Sinoussi et al., 2018 ; Global Commission on HIV and the Law, 2019). Ces lois, fondées sur des préjugés plutôt que sur des évidences scientifiques, renforcent la peur et le silence autour du VIH (GNP+, 2020). Ces lois ne sont pas seulement une entrave à la protection des droits des PVVIH, mais elles renforcent également la stigmatisation et la discrimination institutionnalisée envers ces personnes.

Enfin, des restrictions de voyage pour les PVVIH subsistent dans certains pays, empêchant leur mobilité internationale et renforçant leur marginalisation (Human Rights Watch, 2009 ; Troncoso, 2012). Ces restrictions sont souvent basées sur des perceptions erronées concernant le VIH, et elles empêchent les PVVIH d'accéder à des opportunités professionnelles, éducatives et sociales à l'échelle mondiale.

Dans le domaine médical, les PVVIH continuent de faire face à d'importants obstacles dans l'accès aux soins. Ces difficultés sont largement alimentées par des préjugés persistants au sein du personnel soignant, ce qui se traduit par diverses formes de discrimination et de stigmatisation (Earnshaw et al., 2013 ; Turan et al., 2017 ; Nyblade et al., 2019). De nombreuses études ont démontré que les attitudes négatives et les croyances erronées concernant la transmission du VIH influencent les comportements des professionnel·les de la santé, ce qui peut aboutir à un traitement inéquitable des PVVIH (Mahajan et al., 2008; Tun et al., 2022). Par exemple, certaines PVVIH se voient refuser des interventions chirurgicales, des traitements dentaires ou encore des soins de maternité en raison de leur statut (Zarei, Shahabi & Masinaei, 2015 ; Anderson, 2009 ; Nair et al., 2019 ; European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2021). Le refus de soins, qu'il soit explicite ou implicite, reste une forme courante de discrimination dans le système de santé.

2.1 LES CONSÉQUENCES DES DISCRIMINATIONS SUR LA QUALITÉ DE VIE DES PVVIH

Les conséquences de cette discrimination sont multiples. En plus de l'aggravation des problèmes de santé, la stigmatisation dans le système de soins peut avoir des répercussions psychosociales graves, notamment la dépression, l'anxiété et la baisse de l'estime de soi chez les PVVIH (Venable

et al., 2006 ; Rzeszutek et al., 2022 ; Pandhu et al., 2023 ; Şahinoğlu et al., 2024). Les personnes stigmatisées par leur statut sérologique vivent souvent dans un état constant de stress, ce qui affecte leur santé mentale et leur bien-être général. De plus, la méfiance à l'égard des services de santé peut entraîner une diminution de l'adhérence aux traitements antirétroviraux, ce qui compromet les efforts de lutte contre l'épidémie du VIH à l'échelle mondiale (Chesney et al., 2013; Earnshaw et al., 2013 ; Katz et al., 2013 ; Masa et al., 2022 ; Perger et al., 2024). Le refus de soins, les discriminations subies et la peur d'une nouvelle stigmatisation entraînent une réticence à consulter, ce qui peut aggraver la situation des PVVIH.

En Belgique, malgré des avancées dans la prise en charge des PVVIH, la stigmatisation et la discrimination demeurent également un défi majeur. L'étude de Scheerder et al. (2021) montre que les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en Belgique continuent d'afficher une qualité de vie impactée par des facteurs psychosociaux. Cette étude met en évidence que la stigmatisation sociale, en particulier dans les environnements sociaux et professionnels, contribue à un isolement et à une détresse psychologique importants pour les PVVIH. Même si le traitement antirétroviral a permis une amélioration de la santé physique des PVVIH, les stigmates sociaux restent un obstacle majeur à une intégration sociale et professionnelle totale. Le rapport suggère que cette discrimination se manifeste souvent par des comportements implicites, mais aussi par des exclusions directes, affectant la vie personnelle et professionnelle des individus concernés.



3. LA DISCRIMINATION DANS L'ACCÈS AUX SOINS DENTAIRES POUR LES PVVIH

Bien que des progrès significatifs aient été réalisés dans la gestion des complications biomédicales du VIH et dans l'amélioration de l'espérance de vie des PVVIH, la stigmatisation au sein des établissements de santé demeure un problème persistant. En effet, si la prise en charge biomédicale a considérablement évolué grâce aux avancées thérapeutiques, d'autres aspects, comme la santé bucco-dentaire et les services de soutien, restent insuffisamment développés et accessibles (Mahajan et al., 2008 ; Sayles et al., 2009 ; UNAIDS, 2022). À l'échelle mondiale, les PVVIH continuent d'être confrontées à de nombreuses barrières limitant leur accès aux soins essentiels, notamment en raison d'une offre de services inadaptée, de la persistance des stéréotypes et d'une marginalisation sociale encore fortement ancrée (Brondani et al., 2016; Jessani & Brondani, 2019; Feng et al., 2020; Giuliani et al., 2023).

Les discriminations subies par les PVVIH dans le secteur médical résultent de multiples facteurs, notamment la désinformation, la stigmatisation et les inégalités structurelles (Nyblade et al., 2019 ; Perger et al., 2024). Ces discriminations se traduisent par des violations des droits des patient·es, une prise en charge de moindre qualité et des conséquences négatives sur les résultats de santé (Barré-Sinoussi et al., 2013). Elles se manifestent sous différentes formes : refus de soins, attitudes de jugement, violation de la confidentialité médicale ou encore application de protocoles inadaptés. La peur de subir une discrimination a des répercussions profondes sur la santé publique, contribuant à des soins retardés, une détérioration de la santé mentale, une baisse du recours au dépistage et un risque accru de transmission du VIH (Feyissa et al., 2019 ; Nyblade et al., 2019).

Dans le domaine des soins dentaires, ces discriminations sont particulièrement marquées. Il est

fréquent que des PVVIH rencontrent des obstacles lorsqu'elles cherchent à accéder aux services dentaires, en raison de préjugés persistants chez certain·es professionnel·es de santé. Certaines pratiques discriminatoires incluent l'utilisation excessive d'équipements de protection individuelle lorsqu'un·e patient·e est identifié·e comme séropositif·ve, le refus de prise en charge sans justification médicale ou l'orientation vers des services spécialisés sans raison clinique valable (Patton et al., 2003 ; Seacat et al., 2003). Ces comportements contribuent à restreindre l'accès aux soins bucco-dentaires pour les PVVIH et à aggraver les complications associées aux maladies parodontales et aux infections opportunistes.

Dans le domaine des soins dentaires, plusieurs études internationales confirment la persistance d'attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH. En Thaïlande, environ un cinquième des praticien·nes déclarent qu'ils refuseraient de soigner un·e patient·e séropositif·ve, tandis qu'une majorité exprime encore des craintes vis-à-vis du traitement de ces patient·es (Rungsiyanont et al., 2013). Au Canada, une enquête nationale a révélé que 16,7 % des dentistes avaient déjà refusé un traitement à une personne vivant avec le VIH (McCarthy et al., 1999). En Italie, 4,5 % des professionnel·les présentent encore des attitudes explicitement discriminatoires (Giuliani et al., 2023). En Arabie saoudite et en Indonésie, des recherches auprès d'étudiant·es en odontologie soulignent d'importantes lacunes de formation et la persistance de préjugés à l'égard des PVVIH (Alali et al., 2022 ; Gunardi et al., 2020 ; Guzman et al., 2024). Enfin, au Royaume-Uni, des PVVIH continuent de rapporter des expériences de stigmatisation et d'évitement de soins dentaires (Okala et al., 2018). Ces données mettent en lumière un besoin urgent de renforcer la formation et la sensibilisation du personnel dentaire à la gestion éthique et non discriminatoire des patient·es vivant avec le VIH, conformément aux principes des précautions universelles.

Les études convergent sur l'importance de la formation des professionnel·les de santé pour réduire les attitudes stigmatisantes. Des travaux auprès d'étudiant·es en médecine dentaire montrent que la connaissance du VIH et l'exposition pédagogique adéquate (cours + expériences cliniques encadrées) sont associées à une plus grande disposition à soigner des patient·es vivant avec le VIH et à des attitudes plus professionnelles (Seacat & Inglehart, 2003; Major et al., 2016 ; Hidayat, Nur'aeny & Winda, 2022). Ces résultats plaident pour l'intégration, dans les cursus, de modules combinant savoirs biomédicaux et dimensions sociales/psychologiques du VIH, ainsi que des mises en situation cliniques supervisées.

Au Québec, des données de référence confirment que la peur du rejet et les doutes sur la confidentialité freinent encore le recours et la divulgation du statut en cabinet dentaire. Une enquête populationnelle auprès de 463 personnes vivant avec le VIH a montré que plus de 80 % avaient consulté un·e dentiste; parmi elles, 54 % déclaraient toujours divulguer leur statut au dentiste, tandis que 25 % ne le divulquaient jamais (Charbonneau, Maheux, & Béland, 1999). Une enquête téléphonique et un questionnaire menés par la COCQ-SIDA ont retrouvé des tendances proches : 61 % des répondant·es divuluaient leur statut, 19 % ne le divuluaient pas et 20 % disaient que « ça dépend », les motifs principaux étant la crainte d'un refus, le jugement et le risque de bris de confidentialité; 13 % rapportaient qu'on leur avait déjà imposé des rendez-vous « en fin de journée » parce qu'ils vivaient avec le VIH (COCQ-SIDA, 2012). Plus récemment, une étude états-unienne centrée sur les femmes vivant avec le VIH observe encore des hésitations à divulguer le statut au/à la dentiste, modulées par la fréquence d'utilisation des soins et la confiance dans la confidentialité (Parish et al., 2021).



4. LA DISCRIMINATION DANS L'ACCÈS AUX SOINS GYNÉCOLOGIQUES POUR LES PVVIH

La discrimination envers les PVVIH dans l'accès aux soins gynécologiques constitue un problème majeur qui entrave l'égalité d'accès aux services de santé reproductive. Les personnes assignées femmes à la naissance vivant avec le VIH, incluant les femmes cisgenres, les hommes trans et les personnes non binaires, peuvent rencontrer des difficultés d'accès aux soins gynécologiques adaptés et sont confrontées à des défis spécifiques, notamment en raison de la stigmatisation sociale et des préjugés persistants au sein du corps médical. Le VIH étant une maladie chronique nécessitant un suivi médical régulier, ces barrières viennent compliquer la gestion de leur santé sexuelle et reproductive.

Les femmes vivant avec le VIH (FVVIH²) rapportent fréquemment des discriminations lors des consultations gynécologiques et du suivi de grossesse : jugements moraux, évitements, précautions disproportionnées, retards ou refus explicites de soins. Plusieurs travaux montrent que ces attitudes tiennent largement au manque de formation et à la persistance de croyances erronées sur la transmission, ce qui affecte la disposition à soigner et la qualité de la prise en charge (Tyer-Viola, 2007 ; Peltzer et al., 2021). À l'échelle internationale, des enquêtes spécifiques auprès de femmes vivant avec le VIH documentent des barrières d'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive, des expériences de stigmatisation en maternité et une non-divulgation du statut par crainte de réactions négatives (Johnson et al., 2015 ; Orza et al., 2015). Plus récemment, des analyses qualitatives menées en contexte de naissance décrivent des interactions discriminantes et, dans certains cadres, des formes de maltraitance obstétricale à l'encontre de femmes séropositives, confirmant l'urgence d'un renforcement des compétences des équipes et d'un alignement des pratiques sur les précautions standard (Weber et al., 2024)..

L'accès limité aux soins gynécologiques a des conséquences graves sur la santé des femmes vivant avec le VIH (FVVIH). En particulier, le risque de lésions du col et de cancer cervical est nettement accru chez les FVVIH, principalement du fait d'infections persistantes par HPV à haut risque et d'un dépistage insuffisant (Stelzle et al., 2021). Les recommandations internationales insistent dès lors sur un dépistage plus précoce et plus rapproché chez les FVVIH (OMS, 2021 ; EACS, 2023). Or, la stigmatisation ressentie ou anticipée dans les services de santé sexuelle et reproductive demeure un frein majeur : de nombreuses FVVIH diffèrent ou évitent des soins gynécologiques, et préfèrent parfois ne pas divulguer leur statut par crainte d'un mauvais accueil ou d'une rupture de confidentialité (Orza et al., 2015). En Belgique, les travaux menés auprès de femmes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne documentent la *self-stigma* et la peur du dévoilement, qui affectent l'accès aux soins, y compris gynécologiques (Arrey et al., 2015 ; Manirankunda et al., 2021). Ces éléments combinés — risque de lésions du col liées au HPV plus élevé et barrières de recours liées à la stigmatisation — justifient des parcours de soins proactifs et sans discrimination, avec rappel des précautions standard applicables à toutes et intégration de modules de formation continue sur le VIH pour les équipes de gynécologie.

Les préjugés médicaux concernant la fertilité et la santé sexuelle des femmes vivant avec le VIH (FVVIH) demeurent préoccupants. Historiquement, des femmes séropositives ont été dissuadées de poursuivre un projet parental en raison de la crainte de transmission verticale, alors qu'avec une prise en charge optimale et une charge virale indétectable, le risque de transmission périnatale peut

2 Il convient de noter que l'abréviation ici comprend les personnes assignées femmes à la naissance, à défaut d'un terme plus inclusif.

être réduit à des niveaux inférieurs à 1% (UNAIDS, 2022). Dans le contexte sud-africain, des travaux qualitatifs récents montrent que la stigmatisation (anticipée, intériorisée et vécue) autour de la grossesse et du post-partum demeure un frein majeur au recours aux soins et au suivi antirétroviral chez les jeunes femmes vivant avec le VIH (Brittain et al., 2023). En Europe, des études soulignent l'impact de la stigmatisation sur la santé mentale des PVVIH – notamment une prévalence accrue de la dépression chez les femmes – ce qui peut nuire à l'observance thérapeutique et au suivi gynécologique (Hémar et al., 2022). Chez les femmes migrantes d'Afrique subsaharienne en Belgique, la peur de la divulgation et l'auto-stigmatisation constituent des barrières majeures à la recherche de soins, y compris gynécologiques (Arrey et al., 2015). Plus largement, à l'échelle transrégionale, les femmes vivant avec le VIH rapportent que la stigmatisation communautaire et la crainte d'attitudes discriminatoires des soignant·es restent des obstacles de premier plan à l'accès et au maintien dans les soins (Johnson et al., 2015).

La discrimination dans les soins gynécologiques à l'égard des femmes vivant avec le VIH demeure un obstacle majeur à leur santé sexuelle et reproductive. En Europe comme ailleurs, cette discrimination résulte de préjugés persistants, d'un manque de formation des professionnel·les de la santé et d'une stigmatisation sociale profondément enracinée. Les conséquences sont multiples : retard dans les diagnostics, complications médicales, détresse psychologique et isolement social.



5. OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE

La présente enquête s'inscrit dans une approche *syndémique* (Singer et al., 2017 ; Ouafik, 2023), reconnaissant l'interaction entre les dimensions biomédicales, sociales et structurelles du VIH. Dans ce cadre, les effets conjoints des infections opportunistes, des déterminants sociaux défavorables et de la stigmatisation aggravent l'état de santé global des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Cette perspective met en évidence la nécessité d'aborder la santé des PVVIH de manière intégrée, en tenant compte des obstacles systémiques, économiques et institutionnels qui limitent l'accès aux soins essentiels, notamment dentaires et gynécologiques.

Plusieurs études soulignent les disparités d'accès aux soins dentaires et gynécologiques pour les PVVIH, liées à des barrières économiques, sociales et institutionnelles. Les patient·es rapportent des difficultés à obtenir des soins adaptés en raison de la stigmatisation, du manque de formation des soignant·es sur la prise en charge des personnes immunodéprimées et du coût élevé des traitements (Earnshaw & Chaudoir, 2009 ; Batchelor & Sheiham, 2002). La stigmatisation se manifeste par des attitudes négatives et des préjugés à l'égard des personnes vivant avec le VIH, influençant la manière dont elles sont perçues et traitées dans les milieux médicaux (Herek & Capitanio, 1998 ; Mahajan et al., 2008). La discrimination, quant à elle, renvoie à des actes concrets d'exclusion ou de traitement différencié, comme le refus de soins ou l'imposition de conditions particulières (Deacon, Stephney & Prosalendis, 2005 ; Turan et al., 2017). Ces distinctions sont essentielles pour comprendre la complexité des barrières rencontrées par les patient·es et pour proposer des interventions ciblées. Ces obstacles compromettent la prévention et la gestion des affections buccales et gynécologiques, renforçant l'urgence de stratégies de santé publique pour améliorer l'accès aux soins pour cette population vulnérable et souvent vulnérabilisée non seulement par le VIH mais aussi par des déterminants sociaux et structurels (Mulligan et al., 2008).

En définitive, assurer une prise en charge bucco-dentaire et gynécologique optimale pour les PVVIH est essentiel pour prévenir les complications locales et systémiques. Cela implique un suivi régulier, une meilleure intégration des soins dentaires et gynécologiques dans les parcours de santé, des programmes de sensibilisation, des formations spécifiques pour les professionnel·les et des politiques de remboursement adaptées (HRSA – *Guide for HIV/AIDS Clinical Care*, 2014 ; NIDCR/NIH – *Oral Health in America: Advances and Challenges*, 2021). Les dentistes et gynécologues, en tant qu'acteur·ices clé·es de la prévention et des traitements bucco-dentaire et gynécologiques, jouent un rôle central dans cette prise en charge.

Dans les dernières années, des cas de discrimination, de refus de traitement et d'accueil défavorable des PVVIH dans les cabinets dentaires ont été signalés en Belgique. Ces incidents ont attiré l'attention d'organisations telles que Warning Bruxelles et la Plateforme Prévention Sida, qui ont recueilli de nombreux témoignages préoccupants. Les recherches menées par Arrey (2016), Pezeril (2013, 2017, 2020) et Scheerder (2019) ont mis en évidence l'ampleur des discriminations sérophobes, documentant des refus de soins et les mécanismes structurels qui les sous-tendent. En 2021, une gynécologue a refusé de traiter au laser une patiente séropositive. L'argument de la gynécologue était qu'elle ne disposait pas du matériel de désinfection adéquat et a donc proposé un traitement alternatif à la patiente. Le tribunal a jugé que la patiente avait été victime de discrimination en raison de son état de santé, la gynécologue n'ayant pas pu démontrer pourquoi il y aurait une contre-indication thérapeutique chez madame D. pour le traitement au laser (Trib. Bruxelles (Fr.), 27-5-2024 – numéro de rôle 24/44/C). Face à cette situation, la Plateforme Prévention Sida a décidé, en 2023, de réaliser une enquête exploratoire pour mieux comprendre l'étendue de ces pratiques discriminatoires et identifier les obstacles à l'accès aux soins dentaires et gynécologiques en Belgique. L'objectif est d'établir un portrait précis de la réalité vécue par les patient·es et de proposer des solutions pour garantir un accès inclusif et de qualité.

Ce rapport souligne également la nécessité de renforcer la sensibilisation des professionnel·les de santé, d'améliorer la communication avec les patient·es et de favoriser la collaboration avec les organisations communautaires afin de réduire les peurs infondées et promouvoir un accueil réellement inclusif dans l'ensemble des structures de soins. Ces recommandations s'inscrivent dans une approche plus globale de santé publique visant à combattre la sérophobie, améliorer la qualité des soins bucco-dentaires et garantir une équité durable pour toutes les personnes vivant avec le VIH.



6. PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

L'accès aux soins de santé pour PVVIH a évolué favorablement au cours des dernières années, mais demeure marqué par des discriminations persistantes, notamment dans les soins dentaires. Ces discriminations prennent des formes variées allant du refus de soins à des pratiques différencierées, malgré l'existence de recommandations claires et des précautions universelles censées protéger tou·tes les patient·es. Ces constats s'inscrivent dans la continuité des travaux de Charlotte Pezeril sur la sérophobie en Belgique, qui montrent que la stigmatisation du VIH reste un enjeu majeur pour l'accès équitable aux soins.

Lors du testing téléphonique réalisé auprès des cabinets dentaires, une situation discriminatoire récurrente a été observée : certain·es praticien·nes imposent que les rendez-vous aient lieu en fin de journée, sous prétexte de précautions supplémentaires. Au total 26,5% des cabinets contactés ont adopté cette pratique, bien qu'elle n'ait aucun fondement scientifique dès lors que les précautions universelles sont correctement appliquées pour protéger tous les patient·es. Une telle demande, bien qu'elle puisse être justifiée sous couvert de nécessités techniques comme des protocoles de nettoyage renforcés, reflète en réalité une différenciation injustifiée entre des patient·es qui connaissent leur statut sérologique et qui le dévoilent et ceux et celles qui l'ignorent et pour qui aucune question n'est posée. Cette dynamique de non-dévoilement s'inscrit dans des logiques sociales plus larges de gestion du secret, où la parole sur la séropositivité est continuellement négociée pour se protéger du discrédit et des jugements moraux, tant dans la sphère intime que dans les espaces médicaux (Yvon et al., 2023 ; Pian, 2023). Mais lorsque ces stratégies de protection se heurtent à des normes professionnelles et institutionnelles empreintes de préjugés, elles révèlent la dimension systémique de la stigmatisation, ce type de différenciation contribuant à perpétuer la sérophobie et à contrarier les efforts internationaux de normalisation des soins (UNAIDS, 2023 ; Pezeril, 2017 ; WHO, 2016).

La mise en évidence de la récurrence de cette demande injustifiée et discriminatoire chez les dentistes, confirmée par de nombreuses enquêtes similaires³, suggère que le secteur dentaire perpétue une forme spécifique de discrimination à caractère sérophobe. L'ignorance des professionnel·les en soins dentaires concernant les enjeux sanitaires liés au VIH semble pouvoir évoluer en un protocole implicite, progressivement normalisé. Ce constat soulève l'hypothèse d'un problème structurel, révélant notamment des lacunes dans la formation en études dentaires. Cette dynamique peut être éclairée par les *ignorance studies*, qui montrent comment certaines formes d'ignorance professionnelle — qu'elles soient produites institutionnellement ou socialement entretenues — deviennent structurelles et se transforment en normes de pratique (Proctor, 2008 ; Tuana, 2006). Dans ce cas, l'absence de connaissances actualisées sur le VIH ne relève pas seulement d'un manque individuel, mais d'un véritable régime d'ignorance qui se maintient dans le secteur dentaire et contribue à reproduire des discriminations sérophobes.

Par ailleurs, les cas documentés par Unia illustrent de manière concrète la persistance de discriminations dans les soins dentaires. Certains dossiers, bien que datant de plusieurs années (par exemple un cas signalé en 2013⁴), demeurent révélateurs de pratiques problématiques : refus de prise en charge d'une PVVIH par un dentiste avec renvoi vers un centre hospitalier spécialisé, ou transfert d'un patient d'un hôpital à un autre uniquement en raison de son statut VIH. Ces exemples montrent que, malgré les progrès des connaissances médicales et la diffusion de messages de prévention, la peur et les préjugés persistent encore chez certains praticiens. Ce type de comportement, tout comme ceux observés dans d'autres contextes médicaux (Pezeril, 2017), met en lumière l'existence de stéréotypes et de préjugés qui influencent encore le comportement des professionnel·le·s de santé.

En outre, certains cabinets dentaires ont refusé purement et simplement le rendez-vous initialement programmé, une situation observée dans 1,5 % des cas. Ces refus étaient souvent accompagnés de la proposition de référer le·la patient·e à un·e autre professionnel·le, présenté·e comme étant « plus habitué·e » ou mieux préparé·e à gérer ce type de situation. Une telle pratique, en plus d'être dis-

3 La présente enquête est pionnière en Belgique francophone. Pour la France on se reportera à : Auque 2007 ; Sida Info Service 2009 ; AIDES 2015 ; Chareyron, L'Horty & Petit 2019. Pour le Canada : COCQ-SIDA 2012 & 2022. Pour la Côte d'Ivoire et l'Afrique francophone cf. Guinan et al. 2022.

4 Un·e patient·e vivant avec le VIH, après avoir révélé son statut à son dentiste, a vu son rendez-vous pour une extraction de dent annulé. Le dentiste a recommandé qu'il·elle consulte un·e autre·e praticien·ne, en soulignant que ce·cette dernier·ère serait « plus compétent·e ». Ce type de redirection est un exemple frappant de discrimination indirecte fondée sur le VIH, qui n'est pas toujours explicitement formulée, mais qui reste bien perceptible par le·la patient·e.

criminatoire, souligne un manque de volonté d'assumer les soins nécessaires, probablement nourri par des préjugés ou une absence de formation adéquate. Ce type de discrimination à caractère sérophobe, déjà documenté dans d'autres secteurs de la santé, dont la chirurgie (Pezeril, 2017), trouve un écho alarmant dans les soins dentaires. Un cas documenté par Unia montre qu'un·e patient·e vivant avec le VIH a été transférée·e d'un hôpital à un autre pour une intervention chirurgicale, simplement à cause de son statut sérologique. Dans cette situation, la justification avancée était qu'un risque accru de complications postopératoires pouvait survenir chez les personnes séropositives, bien que ce risque ne soit avéré que dans des conditions spécifiques d'immunodépression sévère (Pezeril, 2017). Ce genre de pratique renforce les idées reçues et révèle l'ampleur de la sérophobie dans le système médical⁵.

En outre, les échanges entre les testeur·euses et les personnels de ces cabinets dentaires ont parfois révélé des comportements problématiques allant au-delà des refus ou des reports de rendez-vous. Certains interlocuteurs ont fait preuve d'ignorance manifeste, en tenant des propos inappropriés ou déplacés au cours de ces conversations (à titre d'exemple : « Ah ! Ça change fort, les personnes comme vous, on les prend en dernière heure, pour tout nettoyer, je suis désolée, merci Madame. »). Ces interactions mettent en lumière l'ampleur des idées reçues encore associées au VIH, même dans un domaine professionnel où l'éducation sanitaire et l'empathie devraient être primordiales.

Les mêmes phénomènes ne s'observent pas chez les gynécologues contacté·es au cours de l'enquête. L'absence de comportements comparables suggère que la stigmatisation sérophobe ne se manifeste pas au même stade ni sous la même forme selon les spécialités médicales. Ainsi, si le testing téléphonique auprès des cabinets gynécologiques n'a révélé aucune discrimination manifeste au stade de la prise de rendez-vous (pas de refus de soin ou de report de rendez-vous), il met néanmoins en lumière un paradoxe : les pratiques stigmatisantes les plus significatives ne se produisent pas au moment du contact initial, mais au cœur de la relation médicale, là où les décisions les plus intimes — contraception, suivi de grossesse et procréation — sont discutées.

Cette stigmatisation se traduit rarement par un refus explicite de soins, mais plutôt par des attitudes dissuasives ou infantilisantes, des remarques culpabilisantes ou des recommandations contraires aux droits reproductifs des patientes. Dans plusieurs contextes, y compris en Europe, des études ont montré que des femmes vivant avec le VIH s'étaient vu décourager de poursuivre une grossesse ou d'entreprendre un projet parental, malgré les avancées scientifiques démontrant qu'une femme vivant avec le VIH, correctement traitée et indétectable, ne transmet pas le virus à son enfant (Rodger et al., 2016 ; Townsend et al., 2014 ; UNAIDS, 2022). Ce déplacement du lieu de la discrimination — du refus ouvert vers l'influence subtile — reflète une évolution du stigmate : moins visible, plus intériorisé, et parfois même justifié sous couvert de prudence médicale. Ce déplacement du lieu de la discrimination, du refus ouvert vers l'influence subtile, reflète une évolution du stigmate : moins visible, plus intériorisé, et parfois même justifié sous couvert de prudence médicale.

Ces résultats soulignent une problématique de fond : l'existence de lacunes importantes dans la formation des professionnel·le·s de la santé en ce qui concerne le VIH mais également, en particulier chez les dentistes, la mise en question de l'application des mesures de protections universelles censées être les mêmes pour tout le monde. Non seulement ces lacunes alimentent des comportements discriminatoires, mais elles participent également à perpétuer des peurs infondées au sein des cabinets dentaires et des stéréotypes, tant chez les dentistes que chez les gynécologues. Ce constat met en évidence la nécessité urgente d'une sensibilisation accrue et d'une mise à jour des connaissances chez les praticien·ne·s, afin de garantir un accès équitable et non stigmatisant aux soins pour les personnes vivant avec le VIH.

5 Cf. également le communiqué de l'ordre des dentistes lors du 01/12/2016 : <http://www.dentiste.be/NewsDetail.aspx?id=130>. Le communiqué rappelle également les recommandations du Conseil Supérieur de la Santé en matière de prévention des accidents d'exposition au sang et autres liquides biologiques (CSS n°8429, Mai 2011).

Parallèlement, environ 48% des PVVIH ayant participé à cette étude ont rapporté avoir subi des discriminations dans le cadre de soins médicaux, et près de 53% parmi celles et ceux ayant fait état de discriminations médicales ont déclaré avoir été discriminé·e·s par un·e dentiste. Parmi les raisons évoquées, les mesures exceptionnelles prises en raison du statut sérologique des patient·e·s sont perçues comme le principal obstacle à l'accès aux soins. Toutefois, malgré ces défis, une majorité des PVVIH (68%) indique que leurs consultations médicales (toutes spécialités confondues) se déroulent généralement de manière satisfaisante. Néanmoins, un nombre notable de participant·e·s continue d'exprimer des inquiétudes et des malaises persistants. Concernant la divulgation de leur statut sérologique, les résultats de l'enquête révèlent des opinions diverses. Environ 43% des répondant·e·s ont avoué avoir dissimulé leur statut sérologique à un·e professionnel·le de la santé, par crainte d'une violation de la confidentialité, de jugements négatifs, ou de discrimination. Ces observations soulignent l'importance d'établir un cadre éthique, sécurisé et respectueux des droits des patient·e·s, afin de promouvoir la transparence tout en protégeant les individus contre les stéréotypes et la stigmatisation.

Au regard de ces résultats, il est impératif de développer des initiatives de sensibilisation et de formation à destination des professionnel·les de santé, en particulier dans le domaine dentaire, afin de garantir un accès aux soins équitable et égalitaire pour toutes et tous les concerné·e·s et sans discrimination. Il est également crucial d'adopter des mesures pour renforcer la confidentialité des données médicales et ainsi encourager les PVVIH à partager leur statut en toute confiance. Enfin, la mise en place de campagnes d'information, à la fois pour les patient·e·s et pour les professionnel·les de santé, pourrait jouer un rôle déterminant pour clarifier les malentendus et réduire les comportements discriminatoires, favorisant ainsi l'égalité d'accès aux soins, notamment dans le domaine dentaire.



7. MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

L'enquête a été menée à travers deux principaux volets, chacun visant à recueillir des données spécifiques sur les expériences des PVVIH dans le domaine des soins médicaux, en particulier chez les dentistes et les gynécologues.

7.1. ENQUÊTE PAR QUESTIONNAIRE AUPRÈS DES PVVIH

Ce volet de l'enquête a été réalisé entre avril et juillet 2024 et visait à recueillir des informations détaillées sur les expériences des PVVIH dans leurs interactions avec les professionnel·les de la santé, et plus spécifiquement avec les dentistes et les gynécologues. Un questionnaire anonyme, disponible en version papier et électronique, a été distribué à travers divers canaux et réseaux affiliés à la Plateforme Prévention Sida, à l'Observatoire du Sida et des Sexualités, ainsi qu'auprès de membres du réseau VIH en Belgique. La version papier a été distribuée auprès des PVVIH en lien avec ces organisations, tandis que la version en ligne a été mise à disposition sur leurs sites web. Les critères d'inclusion pour participer à cette enquête étaient : être une personne vivant avec le VIH, résider en Belgique, et pouvoir répondre au questionnaire en français. Ce questionnaire, dont un modèle est présenté en annexe, comportait plusieurs sections : les catégories du questionnaire se sont construites sur base de focus groupes réalisés avec les PVVIH sur la question de la discri-

mination dans le milieu médical. Un premier volet de questions a été soumis, puis retravaillé et validé sur la base des objectifs de l'enquête et des données qui seraient effectivement analysées et utiles à l'enquête. Il incluait des questions sociodémographiques, ainsi que des questions ouvertes et à choix multiples qui permettaient de recueillir des témoignages sur l'expérience des participant·es dans le cadre des soins médicaux. Les questions se concentraient particulièrement sur les perceptions et expériences des PVVIH lors de leurs consultations médicales en Belgique, avec un focus spécifique sur les soins dentaires et gynécologiques. L'objectif de cette partie de l'enquête était d'identifier d'éventuels problèmes d'accès, de discrimination ou de mauvaise prise en charge rencontrés par les PVVIH dans ces contextes médicaux.

7.2. ENQUÊTE TÉLÉPHONIQUE AUPRÈS DES CABINETS ET DES CLINIQUES DENTAIRES ET GYNÉCOLOGIQUES

Le deuxième volet de l'enquête portait sur l'accueil réservé aux PVVIH dans les cabinets et cliniques dentaires et gynécologiques privés (hors hôpital). L'objectif était d'évaluer le traitement réservé à une PVVIH lors de son premier contact avec un cabinet dentaire et gynécologue, à savoir lors de la prise de rendez-vous pour une consultation, notamment pour un détartrage ou un frottis. Une équipe de testeurs et testeuses a effectué des appels téléphoniques auprès de diverses cliniques et cabinets dentaires en se faisant passer pour de nouveaux·elles patients et patientes vivant avec le VIH. Ces appels ont été réalisés par des membres de la Plateforme ainsi que par des collaborateurs et collaboratrices externes, qui ont été recruté·es à la suite d'un appel lancé dans les réseaux des chercheur·euses responsables de l'enquête. L'ensemble des testeur·euses a suivi une formation de deux heures portant sur le protocole, les scénarios d'appel et les principes éthiques du testing. Les enseignements tirés des entretiens conduits avec ces testeur·euses après la phase de testing sont présentés et analysés en annexe.

Lors de chaque appel, une grille de collecte de données (reproduite à l'annexe) a été utilisée pour enregistrer les informations obtenues, notamment la façon dont la question du VIH a été abordée par les secrétariats des cabinets, si des informations relatives au statut sérologique ont été demandées, et la nature de la réponse obtenue lors de la demande de rendez-vous. Il est important de noter qu'afin de respecter l'éthique et de ne pas nuire à la prise en charge des patient·es réel·les, tous les rendez-vous pris pour des tests ont été annulés par la suite. Cette annulation était une démarche respectueuse de l'intégrité des patient·es et avait pour objectif de préserver la confidentialité et la sécurité des informations personnelles des personnes vivant avec le VIH.

Ce volet méthodologique de l'enquête a permis de collecter des données sur les pratiques des professionnel·les de la santé en matière de confidentialité, de gestion du statut VIH des patient·es, et de traitement des PVVIH dans les cliniques et cabinets dentaires et gynécologiques.

Les deux volets de cette enquête combinent des approches qualitatives et quantitatives, permettant de dresser un portrait plus précis des pratiques discriminatoires et des barrières à l'accès aux soins médicaux et dentaires pour les personnes vivant avec le VIH. L'analyse des données recueillies a ainsi permis d'identifier les défis majeurs auxquels sont confrontées les PVVIH dans leur parcours de soins, et de proposer des recommandations concrètes pour améliorer l'accueil et la prise en charge de cette population dans le domaine des soins de santé en Belgique.

7.3 LIMITES DE L'ENQUÊTE

L'enquête menée auprès des personnes vivant avec le PVVIH et des professionnel·les de santé, en particulier des dentistes et des gynécologues, repose sur un échantillon de convenance. Ce type d'échantillonnage signifie que les participant·es ont été sélectionné·es de manière non aléatoire, ce qui limite la capacité à généraliser les résultats à l'ensemble de la population des PVVIH en Belgique. En effet, contrairement à un échantillon aléatoire, un échantillon de convenance peut introduire des biais, car les répondant·es ne sont pas nécessairement représentatif·ves de toutes les personnes vivant avec le VIH dans le pays. Cela peut résulter en une sous-représentation de certains groupes spécifiques ou, à l'inverse, d'une surreprésentation d'autres groupes. Par exemple, si l'enquête a principalement recruté des répondant·es *via* des associations ou des groupes communautaires qui se sont déjà impliqués dans des actions de sensibilisation au VIH, ces individus pourraient être plus enclins à rapporter des expériences positives ou à avoir des perceptions plus nuancées de la stigmatisation que celleux qui n'ont pas accès à de tels réseaux - ou inversement, ils et elles pourraient être davantage sensibilisé·es à la discrimination et donc plus prompt·es à en identifier et rapporter les manifestations.

En conséquence, bien que les résultats de cette étude soient intéressants et offrent des pistes de réflexion précieuses, ils ne peuvent pas être généralisés à toute la population des PVVIH en Belgique. Cependant, il est important de noter que l'échantillon de répondant·es présente une répartition démographique qui, dans une large mesure, reflète les tendances observées dans les données statistiques disponibles sur la population des PVVIH en Belgique. Cette concordance démographique, basée sur des critères tels que l'âge, le genre et les régions administratives, renforce la validité des résultats et permet de dégager certaines tendances qui sont cohérentes avec la réalité du pays. Cela offre donc un aperçu utile des perceptions et expériences des PVVIH, même si ces résultats ne peuvent pas prétendre représenter l'ensemble de la population.

Par ailleurs, il est essentiel de reconnaître que les réponses recueillies au cours de l'enquête sont avant tout des perceptions personnelles des répondant·es, et non des faits objectifs ou vérifiables. Lorsque, par exemple, un·e participant·e exprime un sentiment de malaise lors d'une consultation dentaire ou gynécologique, cela relève d'une interprétation subjective de la situation. Bien que cette perception soit significative et puisse refléter une expérience vécue de discrimination ou de stigmatisation, elle ne peut pas être confrontée à une analyse objective de la situation issue d'une confrontation des différents points de vue, puisqu'aucun membre du personnel des cliniques dentaires et gynécologiques n'a été impliqué dans l'enquête. Il est donc possible que ces ressentis soient influencés par des expériences antérieures de stigmatisation ou des craintes liées à la discrimination, qui ne sont pas nécessairement fondées sur des événements spécifiques dans la clinique en question. En effet, les personnes vivant avec le VIH peuvent parfois se sentir mal à l'aise dans des contextes médicaux en raison de préoccupations liées à la confidentialité ou d'une appréhension générale concernant le jugement des professionnels de santé. Ces facteurs, bien que non mesurables directement dans le cadre de l'enquête, peuvent avoir un impact considérable sur l'accès aux soins - même si l'enquête par testing contourne précisément cette limite en objectivant les comportements observés, indépendamment des interprétations subjectives.

Un biais potentiel majeur dans ce type d'enquête réside également dans le phénomène de *désirabilité sociale*. Ce biais fait référence à la tendance des répondant·es à adapter leurs réponses pour se conformer à ce qu'ils perçoivent comme socialement acceptable ou valorisé dans le contexte de l'enquête (Grimm, 2010). La désirabilité sociale intervient souvent dans le cadre de recherches portant sur des questions sensibles, comme la discrimination, la santé ou les comportements sociaux, car les participant·es peuvent chercher à projeter une image positive d'eux-mêmes ou à éviter de paraître moralement répréhensibles (Fisher, 1993). Dans le contexte de cette enquête, deux niveaux de désirabilité sociale sont susceptibles d'avoir influencé les résultats : du côté des PVVIH et du

côté des professionnel·les de santé.

Du côté des PVVIH, il est possible que certain·es répondant·es aient minimisé ou exagéré leurs expériences de discrimination en fonction de leur perception du contexte social ou de leurs attentes vis-à-vis des résultats de l'enquête. Par exemple, une personne pourrait avoir tendance à sous-estimer une situation discriminatoire par peur d'être perçue comme «excessive» ou «conflictuelle», ou, au contraire, à exagérer une perception de discrimination pour souligner une difficulté structurelle dans le système de santé. Ce type de biais est amplifié lorsque le sujet de l'enquête porte sur des expériences négatives ou des enjeux sociaux sensibles, ce qui est clairement le cas ici (Kruppal, 2013). La stigmatisation historique associée au VIH peut également inciter certain·es répondant·es à chercher à donner une image résiliente ou à se montrer prudent·es dans la formulation de leurs réponses, influençant ainsi la qualité des données collectées.

Du côté des professionnel·les de santé, la désirabilité sociale peut prendre la forme d'un biais de réponse motivé par le désir de se conformer aux normes professionnelles ou éthiques attendues. Les professionnel·les interrogé·es dans le cadre du testing téléphonique pourraient être tentés de donner une réponse «socialement correcte» en acceptant un rendez-vous même s'ils ont, en réalité, une réticence à traiter un·e patient·e qui vit avec le VIH. La pression des normes médicales et des réglementations en matière de non-discrimination pourrait ainsi pousser certain·es professionnel·les à ajuster leurs réponses ou leurs comportements en fonction de ce qu'ils perçoivent comme conforme aux standards professionnels plutôt qu'à leurs convictions personnelles (King & Bruner, 2000). La pression sociale exercée par le cadre institutionnel ou l'image de l'enquêteur·rice peut également renforcer cette tendance à offrir une réponse biaisée par la désirabilité sociale (Phillips & Clancy, 1972).

Quant à l'enquête menée par téléphone auprès des cliniques dentaires et gynécologiques, elle présente également des limitations similaires en termes d'échantillonnage. Les cabinets dentaires et gynécologiques qui ont été contactés dans le cadre de cette enquête ont été sélectionnés sur le territoire de la Belgique francophone d'une manière qui n'était pas rigoureusement aléatoire, ce qui signifie que les résultats obtenus ne peuvent pas être étendus à tous les dentistes de Belgique. Toutefois, un aspect positif réside dans la taille de l'échantillon et la diversité géographique des établissements contactés, qui permet d'obtenir un aperçu assez représentatif des attitudes et des pratiques des dentistes dans différentes régions du pays. Cette diversité géographique est particulièrement importante car elle donne une idée des variations potentielles dans la prise en charge des PVVIH selon les régions, et peut aider à identifier des tendances communes ou des différences spécifiques à certains territoires. Bien que l'échantillon ne soit pas aléatoire, sa taille et sa répartition permettent de dresser un portrait réaliste de la situation, même si ces résultats ne couvrent pas l'intégralité du secteur dentaire belge.

En résumé, bien que cette enquête présente des limites liées à l'échantillonnage, aux biais de perception, à la désirabilité sociale et à la nature subjective des réponses recueillies, elle offre néanmoins des informations précieuses sur les obstacles que rencontrent les PVVIH dans l'accès aux soins. Ces obstacles ne concernent pas uniquement les pratiques discriminatoires explicites, mais incluent également les perceptions de stigmatisation, qui jouent un rôle central dans la manière dont les personnes vivant avec le VIH interagissent avec le système de santé. Ces éléments sont essentiels pour comprendre les facteurs qui influencent les choix des patient·es en matière de soins de santé et pour identifier les domaines dans lesquels des améliorations peuvent être apportées.

Par ailleurs, une autocritique plus approfondie du protocole de recherche permettrait d'identifier d'autres biais potentiels, tant méthodologiques que techniques. Par exemple, l'introduction explicite du terme « discrimination » dans les questionnaires ou lors des entretiens (Tourangeau & Yan,

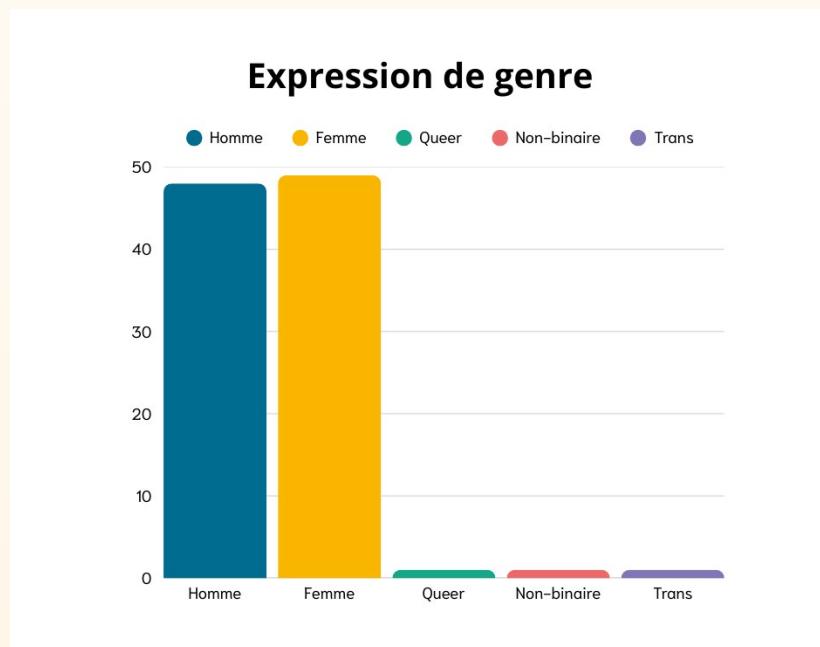
2007 ; Lesné & Simon, 2015) pourrait avoir influencé les réponses des participant  s en orientant leur attention vers des expériences négatives ou en renfor  tant certaines attentes. De même, des écarts dans la mise en œuvre du testing — comme une durée plus longue que prévue ou des variations dans la formulation des questions — peuvent avoir affecté la comparabilité et la fiabilité des données recueillies. Ces considérations soulignent l'importance d'une vigilance méthodologique constante dans l'analyse des résultats, afin d'éviter les surinterpr  tations et de renforcer la validité des conclusions formulées.



8. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE PAR QUESTIONNAIRE AUPRÈS DES PVVIH

8.1. LES R  PONDANT  S

Un total de 152 PVVIH ont participé au questionnaire portant sur les discriminations dans le milieu médical. La répartition par genre met en lumière une diversité significative : 48 % des r  pondant  s sont des hommes, 49 % des femmes, et 3 % s'identifient comme trans, non-binaires ou queer.

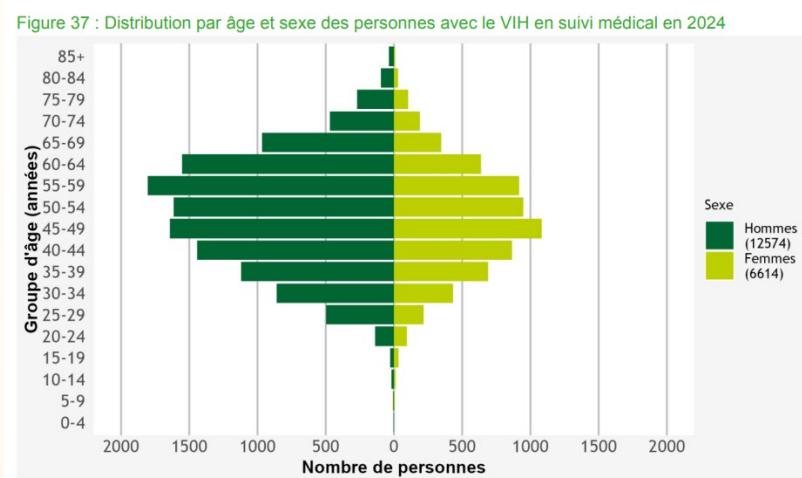


Cette diversité est particulièrement intéressante car elle reflète l'évolution des dynamiques épidémiologiques du VIH, qui ne touche plus uniquement les populations historiquement les plus exposées, comme les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), mais concerne g  alement d'autres groupes vulnérabilisés tels que les personnes migrantes et les usager  s de drogues injectables (UDI), qui continuent de rencontrer des obstacles spécifiques dans l'accès aux soins et sont souvent identifiés d'emblée comme "populations  risque". Elle met ainsi en avant la nécessité d'adopter une approche inclusive en matière de prévention, de soins et d'accompagnement, en tenant compte des besoins spécifiques de chaque groupe (Santé publique France, 2023; ECDC & WHO, 2023; UNAIDS, 2023).

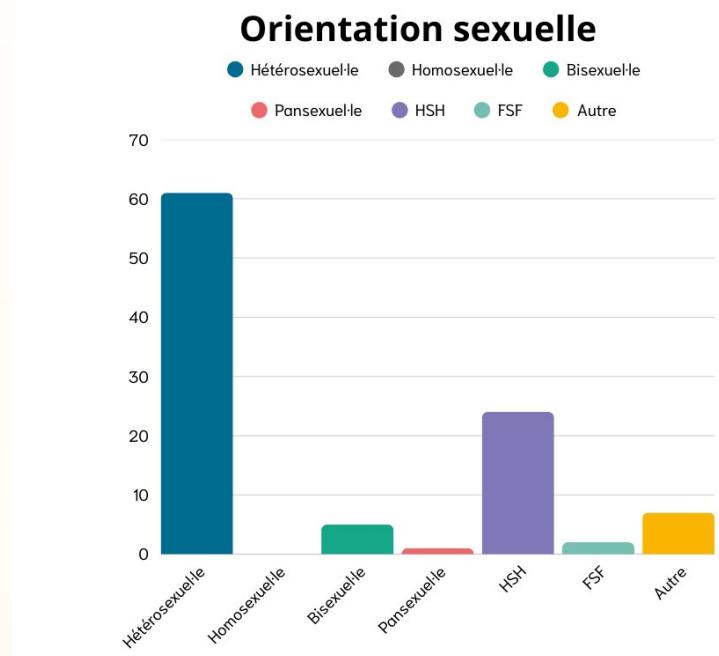
En ce qui concerne la moyenne d'âge des r  pondant  s, fixée  49 ans, elle reflète assez fidèlement

la structure démographique des PVVIH en Belgique, où l'amélioration des traitements antirétroviraux permet un vieillissement de cette population. Par ailleurs, la tranche d'âge la plus représentée est celle de 55-65 ans dont font partie 29% des répondant·es. Toujours en Belgique, une proportion croissante de la population des PVVIH est âgée de plus de 50 ans : en 2024, 10 024 personnes étaient âgées de 50 ans et plus, elles représentaient 52 % des personnes en suivi. Le vieillissement est observé dans les deux sexes : l'âge moyen des femmes était de 39 ans en 2006 et 50 ans en 2024, et chez les hommes, de 43 ans en 2006 et 51 ans en 2024 (Sciensano 2025).

Figure 37 : Distribution par âge et sexe des personnes avec le VIH en suivi médical en 2024, page 39 du rapport 2025



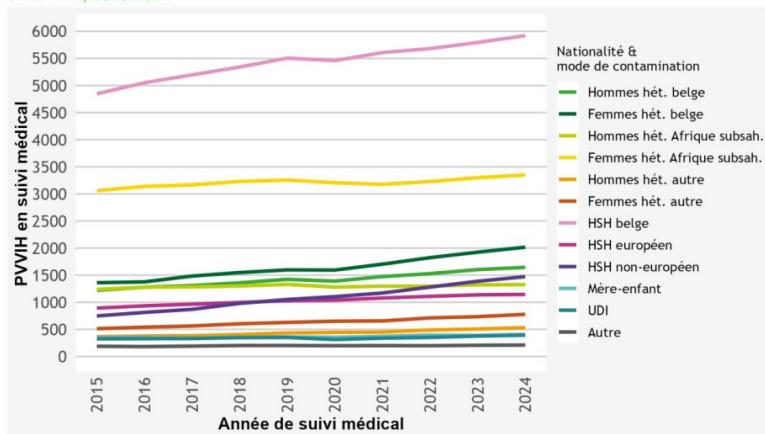
Concernant l'orientation sexuelle, 61 % des participant·es se sont identifié·es comme hétérosexuel·les. On observe également une proportion importante d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), représentant 24 % de l'échantillon, ainsi que 5 % de personnes se déclarant bisexuelles, 1 % pansexuelles et 2 % femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF). Enfin, 7 % des répondant·es n'ont pas coché les catégories proposées. Plus spécifiquement, cette répartition des orientations sexuelles met en évidence la diversité des personnes vivant avec le VIH et les dynamiques propres à chaque groupe. Avec 61 % des participant·es s'identifiant comme hétérosexuel·les, il est clair que l'épidémie concerne un large éventail de la population. Toutefois, la présence notable d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (24 %) confirme leur vulnérabilité face au virus, en raison de facteurs comportementaux et sociaux spécifiques. Les personnes bisexuelles (5 %), pansexuelles (1%) et les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (2 %) apparaissent également dans cette étude, mettant en lumière des réalités parfois moins visibles dans les discussions sur le VIH. Enfin, les 7 % de participant·es ne s'identifiant à aucune de ces catégories illustrent la diversité des identités sexuelles et la nécessité d'une approche plus souple pour comprendre les trajectoires individuelles. Ces chiffres offrent ainsi un aperçu des différentes communautés concernées par le VIH, mettant en lumière les enjeux spécifiques à chacune et leur place dans l'évolution de l'épidémie.



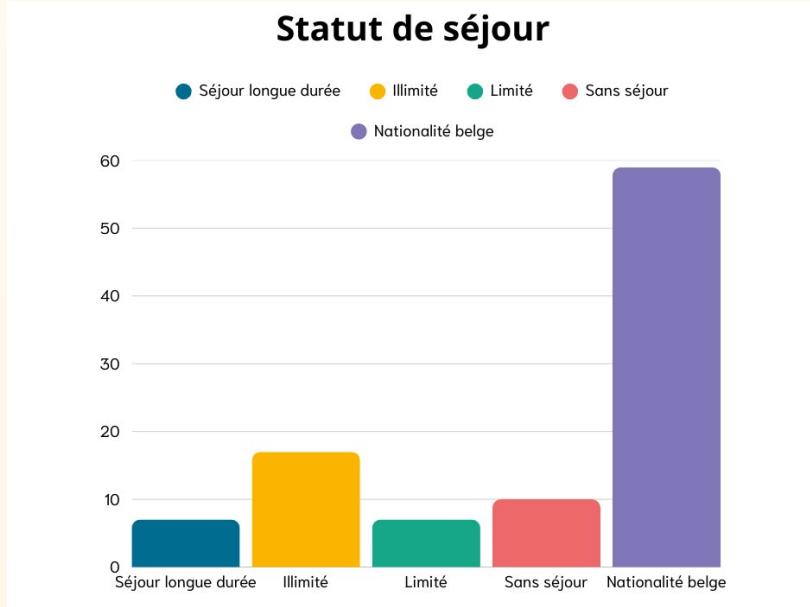
Toutefois, le recours à des terminologies comme HSH ou FSF, plutôt qu'à des identités telles que "homosexuel·le" (0 réponses), semble refléter une familiarité avec les catégories de santé publique, possiblement liée au mode de recrutement. En effet, le fait que l'enquête ait été menée *via* une association communautaire pourrait avoir favorisé la participation de personnes issues de réseaux sensibilisés à ces notions, ce qui introduit un biais de représentativité. Ce point invite à une réflexion critique sur les conditions de passation de l'enquête et sur la diversité des profils atteints, tout en mettant en lumière l'importance d'adapter les outils de prévention et de prise en charge à des publics aux références identitaires et terminologiques variées. Le croisement des variables montre que les pourcentages élevés de réponses "hétérosexuel" correspondent en grande partie à des femmes d'origine africaine, ce qui est cohérent avec les tendances observées dans les rapports épidémiologiques nationaux (cf. par ex. le dernier rapport de Sciensano (2025)). Ces éléments soulignent l'importance de tenir compte à la fois des contextes culturels, migratoires et communautaires dans l'analyse des profils, ainsi que dans l'adaptation des politiques de prévention et de prise en charge.

L'analyse de la diversité ethnique des participant·es révèle précisément une répartition majoritairement d'origine africaine (59 %), suivie des Belges (30 %), tandis que les autres répondant·es se répartissent entre Européen·nes (6 %), Asiatiques (2 %), Latino-Américain·nes (1,5 %) et un dernier groupe (1,5 %) ne s'identifiant à aucune de ces catégories. Cette forte représentation des personnes originaires d'Afrique subsaharienne reflète les tendances épidémiologiques observées en Belgique, où les populations migrantes sont particulièrement concernées par le VIH, souvent en raison de vulnérabilités structurelles, d'un accès différencié aux soins et de parcours migratoires influençant la prise en charge médicale (cf. *Figure 40 du rapport Sciensano*)

Figure 40 : Évolution du nombre de personnes en suivi par groupe de nationalités et mode probable d'infection, 2015-2024



Concernant le niveau d'éducation et la situation professionnelle, les résultats révèlent une population globalement qualifiée : 43 % des participant·es ont suivi des études universitaires, 31 % déclarent un niveau secondaire supérieur, et 41 % exercent un emploi salarié. Ces données contredisent certains stéréotypes encore associés au VIH, en mettant en lumière le fait que le virus concerne aussi des personnes insérées scolairement et professionnellement. Cependant, ce constat doit être nuancé par l'analyse du statut de séjour : si 59 % des participant·es disposent de la nationalité belge, 41 % relèvent de statuts administratifs plus précaires — parmi eux, 17 % avec un séjour illimité, 7 % de longue durée, 7 % limité, et 10 % sans titre de séjour.



Cette hétérogénéité met en évidence des barrières structurelles importantes, notamment en matière d'accès aux soins, à l'emploi formel, au logement ou encore à la protection sociale. Elle interroge également les inégalités d'accès aux dispositifs de prévention, de dépistage et de prise en charge, particulièrement pour les personnes sans papiers ou au statut précaire, souvent confrontées à des logiques d'exclusion administrative. Ces données appellent ainsi à une réflexion sur les politiques de santé publique et de régularisation, en soulignant la nécessité de garantir des droits sociaux effectifs pour toutes les personnes vivant avec le VIH, indépendamment de leur statut légal. Une approche intersectorielle, croisant santé, migration et lutte contre les discriminations, est indispensable pour assurer une prise en charge réellement équitable et respectueuse des droits fondamentaux.

Enfin, la répartition du temps écoulé depuis le diagnostic met en évidence une diversité d'ex-

périences : 29 % des participant·es vivent avec le VIH depuis moins de 10 ans, une proportion identique (29 %) depuis 10 à 20 ans, tandis que 26 % vivent avec le VIH depuis 20 à 30 ans et 17 % depuis plus de 30 ans. Cette distribution relativement équilibrée est précieuse car elle permet d'évaluer l'évolution des conditions de vie des PVVIH à différentes étapes de la maladie, en tenant compte des avancées thérapeutiques et des changements sociaux.

La répartition géographique des répondant·es met en évidence une concentration majoritaire des participant·es dans la région de Bruxelles-Capitale, qui représente 59 % de l'échantillon. Cette sur-représentation peut s'expliquer par plusieurs facteurs : la densité démographique de la capitale, la présence de nombreuses structures de prise en charge du VIH et d'associations spécialisées, ainsi que la diversité culturelle et migratoire de la ville, qui recoupe en partie les données ethniques précédemment observées⁶.

Les autres participant·es proviennent principalement des régions wallonnes, avec des proportions plus modestes : Liège (8 %), Hainaut (8 %), Namur (5 %), Brabant wallon (5 %) et Brabant flamand (5 %). La Flandre occidentale et la Flandre orientale sont quant à elles moins représentées (2,5 % et 2 % respectivement), tandis que les régions de Luxembourg et Limbourg n'affichent que 0,5 % chacune. Cette répartition soulève plusieurs enjeux scientifiques et de santé publique, notamment en matière d'accessibilité aux soins et aux dispositifs de prévention en dehors des grands centres urbains. Elle invite à explorer les disparités régionales dans la prise en charge du VIH en Belgique et à mieux comprendre l'impact des facteurs territoriaux sur le suivi médical et la qualité de vie des PVVIH.

Tableau 1 – Répartition géographique des répondant·es

Région	n=152	%
Bruxelles	90	59%
Liège	12	8%
Hainaut	12	8%
Namur	8	5%
Brabant flamand	7	5%
Brabant wallon	7	5%
Flandre occidentale	4	2,5%
Flandre orientale	3	2%
Anvers	3	2%
Limbourg	1	0,5%
Luxembourg	1	0,5%
Autres	4	2,5%

8.2. FRÉQUENCE ET QUALITÉ DES VISITES CHEZ LES PROFESSIONNEL·LES DE LA SANTÉ

L'analyse des interactions des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) avec les professionnel·les de santé met en lumière des tendances contrastées en matière de suivi médical. Une part importante des répondant·es (43 %) affirme consulter très régulièrement ou régulièrement des spécialistes autres que leur médecin traitant du VIH, ce qui témoigne d'un accès relativement soutenu aux soins de santé généraux. Toutefois, une proportion significative (38 %) adopte une approche plus irrégulière, ce qui suggère des différences dans les comportements de recours aux soins, potentiel-

⁶ Cf. le dernier rapport « Épidémiologie du VIH en Belgique » de Sciensano : <https://www.sciensano.be/fr/biblio/epidemiologie-du-vih-en-belgique-situation-au-31-decembre-2023>

lement influencées par des facteurs socio-économiques, des expériences médicales antérieures ou des contraintes pratiques telles que l’accessibilité géographique.

L’analyse montre également que 16 % des participant·es ne consultent un médecin, quelle que soit sa spécialisation, qu’en cas d’urgence, ce qui soulève des questions sur la gestion préventive des problèmes de santé au sein de cette population. Un suivi médical général occasionnel peut exposer à des risques accrus de complications liées au VIH ou à d’autres affections concomitantes, souvent sous-diagnostiquées en l’absence d’un contrôle médical régulier. De plus, 3 % des répondant·es déclarent ne jamais consulter de professionnel·le de santé, un chiffre qui, bien que relativement faible, interpelle quant aux freins existants à l’accès aux soins. Ces obstacles peuvent être liés à des facteurs multiples, allant de la précarité économique à la stigmatisation perçue ou vécue dans les milieux médicaux.

En ce qui concerne les soins spécialisés, les visites chez les dentistes et gynécologues semblent relativement fréquentes au sein de l’échantillon. Toutefois, 13 % des répondant·es indiquent ne *jamais* consulter de dentiste, ce qui représente un enjeu important, car les infections bucco-dentaires peuvent être plus fréquentes et plus sévères chez les PVVIH en raison d’une immunité affaiblie (Pullen & Garcia, 2024). Une prise en charge insuffisante dans ce domaine pourrait ainsi affecter leur qualité de vie et favoriser des complications infectieuses évitables.

La manière dont les PVVIH trouvent leurs professionnels de santé spécialisés, notamment les dentistes et les gynécologues, constitue un indicateur pertinent de leur parcours de soins et de leur capacité à s’orienter dans le système de santé. Deux canaux principaux ressortent des réponses recueillies : pour 31 % des répondant·es, le choix d’un dentiste ou d’un gynécologue s’est fait sur recommandation d’un·e autre professionnel·le de santé, généralement leur médecin traitant ou leur infectiologue. Cette orientation médicale constitue un levier important de continuité et de confiance dans le suivi, en particulier lorsqu’il s’agit de soins nécessitant une certaine sensibilité vis-à-vis de la séropositivité du patient.

Par ailleurs, 25 % des participant·es déclarent avoir eu recours à Internet pour identifier un professionnel. Cette proportion non négligeable souligne l’importance croissante de l’autonomie dans la recherche de soins, mais elle peut également refléter un manque d’accompagnement dans le parcours médical. L’usage d’Internet, bien qu’efficace pour élargir les options disponibles, n’offre pas toujours de garanties sur l’accueil réservé aux PVVIH ou sur la compétence spécifique du professionnel en matière de santé VIH. Il pose donc la question de l’accessibilité à des annuaires fiables et de la nécessité d’une meilleure signalisation des praticiens sensibilisés à ces problématiques.

Ces deux tendances — orientation par un professionnel et auto-recherche en ligne — révèlent des stratégies variées de navigation dans le système de soins, influencées tant par le niveau de confiance envers les structures médicales que par le degré de familiarité avec les outils numériques. Elles mettent aussi en lumière un besoin potentiel de dispositifs facilitant le repérage de professionnels de santé formés et accueillants pour les PVVIH.

La perception de la qualité des soins reçus varie selon les participants. Une majorité rapporte des expériences globalement positives, avec 40 % qualifiant leur suivi médical de « bon » et 18 % de « très bon ». Cependant, 16 % des répondants jugent leur expérience « moyenne » et 21 % « satisfaisante », ce qui laisse entendre que, bien que les soins soient globalement adéquats, certaines attentes ne sont pas pleinement comblées. Par ailleurs, 4 % déclarent avoir vécu une mauvaise expérience, ce qui révèle l’existence de situations où la prise en charge a pu être perçue comme insatisfaisante, inconfortable ou marquée par un ressenti négatif. Ces données soulignent l’importance de mieux comprendre les facteurs qui influencent ces perceptions, qu’il s’agisse de la qualité de la communication avec les soignant·es, du niveau d’accompagnement proposé ou encore du vécu des patients face à la stigmatisation ou aux discriminations, qui peuvent persister dans certains

contextes médicaux.

L'ensemble de ces éléments met en évidence la diversité des expériences et des trajectoires de soins au sein des PVVIH. Ils permettent de mieux appréhender les défis spécifiques auxquels cette population est confrontée en matière d'accès et de continuité des soins, tout en offrant une base de réflexion pour une meilleure compréhension des dynamiques de suivi médical dans un contexte de prise en charge du VIH.

8.3. L'EXPÉRIENCE DE LA DISCRIMINATION EN MILIEU MÉDICAL

L'enquête révèle une situation préoccupante concernant la persistance de la discrimination en milieu médical liée au statut sérologique des patient·es. Les données recueillies montrent une quasi-égalité entre les personnes affirmant avoir subi une discrimination de la part de professionnel·les de santé en raison de leur statut sérologique (48 %) et celles déclarant ne jamais avoir vécu une telle situation (44 %). Cependant, un élément non négligeable vient nuancer cette répartition : 8 % des répondant·es déclarent ignorer s'ils ou elles ont été victimes de discrimination dans ce contexte. Cette proportion, loin d'être anecdotique, témoigne de la difficulté à définir avec précision ce qui relève ou non de la sérophobie dans un cadre médical. Il est possible que certains actes perçus comme de simples maladresses ou comme des mesures de précaution soient en réalité des manifestations sous-jacentes de stigmatisation, et inversement.

En 2017, Pezeril soulignait que « le processus de qualification des discriminations et leur verbalisation dépendent fortement de la sensibilisation des acteurs sociaux en général et des personnes exposées en particulier » : toutes les discriminations ne sont pas visibles ou conscientisées, et elles n'éveillent pas la même indignation selon le niveau de connaissance des patients (Lesné & Simon, 2012 ; Beauchemin et al., 2010). Par ailleurs, les enquêtes montrent que les personnes interrogées ont souvent tendance à sous-estimer les discriminations, raison pour laquelle il est préférable de cibler des situations concrètes plutôt que de poser la question de façon trop générale (Marsicano et al., 2014a) » (Pezeril, 2017 : 12).

La dimension temporelle des expériences rapportées souligne également une dynamique inquiétante. Près des trois quarts (76%) des cas de discrimination signalés se sont produits au cours des dix dernières années, ce qui illustre la persistance de comportements problématiques malgré les avancées dans la compréhension du VIH et les efforts de sensibilisation menés auprès des professionnel·les de santé. Cette concentration temporelle est encore plus marquée lorsque l'on considère les périodes plus récentes : 59% des incidents remontent à moins de cinq ans, et 37% à moins de trois ans. Ces données suggèrent non seulement une absence de progrès significatif dans la lutte contre la sérophobie médicale, mais également une possible résurgence de comportements discriminatoires dans un contexte de banalisation relative du VIH. Ce constat va à l'encontre du modèle de la « troisième épidémie » proposé par Mann en 1987⁷, selon lequel la réduction de la peur sociale liée au VIH, grâce à une meilleure compréhension scientifique de la maladie et à une amélioration des traitements, aurait dû entraîner une baisse progressive des discriminations. Or, les résultats de cette enquête indiquent qu'une telle amélioration n'est pas encore observée dans les pratiques médicales courantes, ce qui interroge sur l'efficacité des dispositifs de formation et de sensibilisation actuellement en place.

En examinant plus en détail les types de comportements ou de pratiques discriminatoires rapportés, il apparaît que les « mesures exceptionnelles » injustifiées constituent la forme la plus répandue

7 Jonathan Mann, directeur du programme sida de l'OMS en 1987, qualifiait de « troisième épidémie » celle du stigmate, de la discrimination et du déni collectif (UNAIDS, 2007).

de discrimination, représentant près de 28 % de l'ensemble des mauvaises pratiques évoquées. Ces mesures, souvent perçues comme disproportionnées ou infondées, se traduisent par exemple par la demande de venir au dernier rendez-vous de la journée dans certains cabinets dentaires. Ce type de discrimination révèle une méfiance persistante face au risque de transmission du VIH dans le cadre des soins, malgré les recommandations médicales établies en matière de prévention et de gestion du risque infectieux. Les « questions inhabituelles » rapportées par 22% des répondant·es estimant avoir subi de la discrimination témoignent également de cette méconnaissance persistante. Ces interrogations, souvent intrusives ou stigmatisantes, reflètent une confusion entre le statut sérologique et la conduite personnelle des soignants, traduisant une perception morale sous-jacente du VIH. Le refus de soins⁸, signalé par 17% des répondant·es estimant avoir été discriminés, constitue une atteinte directe au principe fondamental d'égalité d'accès aux soins et révèle une fracture inquiétante dans le respect de l'éthique médicale. Les comportements jugés déplacés (16 %), les propos inappropriés (12 %), ainsi que d'autres formes de discrimination non prévues dans les catégories proposées par le questionnaire (5 %), viennent compléter ce tableau, soulignant l'existence d'un climat de malaise et de jugement moral persistant dans certains contextes médicaux.

Le profil des professionnel·les de santé impliqués dans ces actes discriminatoires fait apparaître des tendances marquantes. Les cabinets dentaires ressortent comme le lieu le plus fréquemment associé à ces situations : 33 % des cas de discrimination rapportés concernent un·e dentiste, faisant de cette spécialité la plus souvent citée par les répondant·es. Ce chiffre est particulièrement préoccupant compte tenu du caractère fréquent et nécessaire des soins bucco-dentaires. Il reflète probablement une crainte exagérée de la transmission du VIH par le sang ou la salive, en dépit des recommandations de prévention établies par les autorités sanitaires. Les personnels réalisant des prélèvements sanguins arrivent en deuxième position (12%), ce qui pourrait s'expliquer par le contact direct avec le sang, perçu comme un vecteur de risque. Les médecins spécialistes, notamment les gynécologues (11%), et les médecins généralistes (10%) sont également concerné·es. Ce constat interroge sur la qualité de la formation des professionnel·les de santé concernant le VIH, en particulier dans les spécialités médicales où le contact physique et la prise en charge directe sont plus fréquents. Les infirmier·ères hospitalier·ères (9%), les secrétaires médical·es ou réceptionnistes (8%) et les aides-soignant·es (4%) sont également cité·es, ce qui montre que le phénomène dépasse le cadre des actes médicaux à proprement parler pour toucher l'ensemble du parcours de soins.

L'analyse des « mesures jugées exceptionnelles » révèle également des différences marquées entre les catégories de professionnel·les de santé. Près de 29% des répondants déclarent avoir été confronté·es « parfois » à de telles mesures dans un cabinet dentaire, contre seulement 6% chez les gynécologues. Toutefois, lorsqu'il s'agit de discriminations récurrentes (« souvent »), l'écart est plus faible : près de 7% des répondant·es mentionnent une fréquence élevée chez les dentistes, contre 4% chez les gynécologues. Ce contraste pourrait refléter une perception différente du risque associé au VIH dans ces deux spécialités, les actes dentaires impliquant un contact avec la salive et le sang pouvant susciter une anxiété plus forte chez les professionnel·les de santé (Santella et al., 2025). Les comportements jugés problématiques suivent une dynamique similaire : près de 27% des répondant·es déclarent y avoir été confronté·es « parfois » chez un dentiste, contre 8% chez un gynécologue⁹. Les questions jugées inhabituelles sont également plus fréquentes chez les dentistes (22%) que chez les gynécologues (14%)¹⁰.

8 Par exemple, le refus de changer la sonde rapportée par une répondante.

9 Parmi les commentaires recueillis figurent, par exemple : a) le port d'une protection bleue par le/la dentiste perçu comme stigmatisant ; b) des accusations implicites ou explicites de vouloir transmettre le VIH.

10 Parmi les commentaires recueillis figurent notamment : a) une infirmière posant des questions intrusives sur les circonstances de la contamination ; b) un dentiste ayant qualifié la patiente de « suppôt de Satan » durant les soins.

Les interactions médicales des personnes vivant avec le VIH sont parfois marquées par des propos jugés inappropriés ou stigmatisants, en particulier dans certains contextes de soins. 23 % des répondant·es déclarent avoir entendu de tels propos « parfois » chez un dentiste, contre 8 % chez un·e gynécologue. Parmi les témoignages recueillis, une patiente rapporte par exemple qu'un·e gynécologue lui a déclaré « ce serait bien de ne pas avoir d'enfants ». Ces paroles, bien qu'isolées, témoignent d'un climat de jugement moral, qui peut dissuader les patient·es de parler ouvertement de leurs projets ou besoins de santé, ainsi qu'une rupture de confiance d'avec les soignant·es. (Kinay, 2025).

Par ailleurs, les refus de soins restent une réalité préoccupante. 17 % des répondant·es rapportent avoir été confrontés à un refus de soins de la part d'un dentiste, un taux plus élevé que celui observé chez les gynécologues (7%). Ces données soulignent l'importance de sensibiliser tous les professionnel·les de santé aux enjeux spécifiques liés au VIH, notamment pour éviter la reproduction de comportements discriminatoires.

Malgré un contexte de suspicion et de crainte de rejet, une majorité des répondant·es (82 %) indiquent avoir déjà révélé leur statut sérologique à un·e professionnel·le de santé. Toutefois, cette divulgation n'est pas systématique : 35 % ne le font que si la question leur est directement posée. Ce comportement témoigne d'une forme de réticence ou de stratégie défensive, suggérant que les personnes vivant avec le VIH peuvent encore percevoir un risque de stigmatisation, et reflète possiblement des sentiments de honte ou de déni associés à une stigmatisation intériorisée (Earnshaw & Chaudoir, 2009).

D'autres adoptent des stratégies plus défensives : 11 % ne révèlent jamais leur statut, et 7 % choisissent de le faire uniquement dans certains contextes. Une répondante explique ainsi qu'elle préfère ne pas se dévoiler lorsqu'elle consulte un·e soignant·e de la même nationalité qu'elle, par peur d'un jugement moral ou d'une violation de la confidentialité. Ces comportements illustrent ce que la littérature qualifie de stratégies de «voilement», c'est-à-dire d'effacement ou de gestion contextuelle de la visibilité du virus (Yvon et al. 2023).

La peur d'être discriminé·e modifie profondément les comportements face au soin. 43 % des répondant·es affirment avoir déjà caché volontairement leur statut lors d'une consultation, par stratégie de protection. Ce repli s'accompagne d'une autocensure dans les échanges médicaux : 17 % évitent de discuter de sujets perçus comme sensibles — par exemple, le désir d'enfant ou la vie sexuelle — craignant d'être jugé·es.

Ces ajustements témoignent d'une relation thérapeutique fragilisée, où la confiance est conditionnelle, parfois entamée par des expériences négatives antérieures. Dans ces contextes, le dévoilement n'est pas un simple acte informatif, mais un enjeu complexe, socialement situé, porteur de risques concrets.

La peur de la discrimination influence également directement le parcours de soins des répondant·es. Les résultats montrent que 16 % des personnes ayant été victimes d'une expérience discriminatoire ont choisi de changer de professionnel·le de santé, une décision motivée par la volonté de retrouver un environnement médical plus sécurisant.

Cette stratégie de contournement s'appuie souvent sur le bouche-à-oreille et les recommandations de la communauté des personnes vivant avec le VIH : 9,5 % des répondant·es ont ainsi sélectionné un·e praticien·ne sur la base d'une recommandation, privilégiant un·e professionnel·le perçu·e comme bienveillant·e ou mieux informé·e sur les réalités liées au VIH.

Cependant, cette forme de sélection active ne parvient pas toujours à apaiser la crainte sous-

jacente de la stigmatisation. Ainsi, 10,5 % des répondant·es déclarent avoir retardé la prise de soins nécessaires en raison de leur statut sérologique, et 6 % ont même renoncé à consulter, malgré la gravité potentielle de leur état de santé. Ces comportements révèlent l'ampleur de l'impact psychologique de la discrimination dans le milieu médical, où la peur de revivre une expérience humiliante ou douloureuse prime parfois sur la nécessité d'un suivi médical régulier (Rueda et al., 2016).

8.4. LES RÉACTIONS À LA DISCRIMINATION EN MILIEU MÉDICAL

En plus de documenter et d'analyser les expériences vécues de discrimination sérophobe en milieu médical, le questionnaire diffusé visait également à explorer la manière dont les répondant·es réagissent face à ces discriminations, aussi bien en anticipation de ces situations, comme nous venons de le voir, qu'en réponse directe après les avoir vécues. Les données recueillies révèlent une diversité de comportements, de stratégies et de ressentis qui traduisent une tension constante entre la nécessité de protéger leur dignité et leur santé, et la peur de subir des actes discriminatoires. Cette dynamique complexe illustre non seulement les réalités structurelles du système de santé, mais également les dimensions psychologiques et sociales du vécu des personnes vivant avec le VIH. L'analyse des réactions individuelles face à ces discriminations permet ainsi de mieux comprendre les mécanismes de défense, d'adaptation et de contournement mis en place par les patient·es pour naviguer dans un environnement médical parfois perçu comme hostile (Logie et Gadalla, 2009 ; Sievwright et al., 2022).

Lorsqu'il·elles estiment avoir été victimes de discrimination, les répondant·es adoptent souvent des réactions empreintes de passivité et de résignation. Près d'un quart indiquent n'avoir entrepris aucune action spécifique à la suite de cette expérience perçue comme discriminatoire. Cette inaction s'explique par un sentiment d'impuissance face à un système de santé perçu comme peu réceptif aux plaintes des patient·es (Kinsler et al., 2007). Ce désenchantement se reflète également dans le fait que 22 % des répondant·es déclarent avoir cessé de fréquenter l'établissement concerné, un comportement qui fait écho aux 16 % ayant décidé de changer de professionnel·le de santé, dans l'espoir de trouver un environnement médical plus sécurisant. Ce type de réaction s'apparente à une stratégie d'évitement, révélatrice d'une perte de confiance dans le système de soins, et contribue ainsi à entretenir le cycle du non-recours et des inégalités perçues.

Les réalités structurelles du système de santé apparaissent comme une contrainte majeure expliquant cette passivité face aux actes discriminatoires. D'abord, le manque de dispositifs institutionnels accessibles pour signaler ou contester une discrimination constitue une barrière essentielle. La faiblesse des mécanismes de signalement est manifeste : moins de 3 % des répondant·es estimant avoir subi une discrimination ont sollicité l'aide d'une association après avoir estimé avoir été victimes de discrimination, et seulement 1 % ont déposé une plainte officielle ou contacté un service de médiation hospitalier¹¹. Cette situation s'explique en grande partie par une méconnaissance généralisée des recours disponibles : 55 % des répondant·es déclarent ignorer l'existence des services de médiation dans les hôpitaux, 63 % ne connaissent pas UNIA, et 36 % ne savent pas qu'une loi anti-discrimination existe en Belgique. Cette absence d'information crée un sentiment de solitude et d'impuissance, empêchant les patient·es d'agir face à l'injustice perçue.

Ces constats trouvent un écho dans les résultats du rapport de Pezeril (2017), qui souligne également l'invisibilisation des recours et l'inertie face aux discriminations : « [...] plus des trois quarts des répondants disent ne pas avoir connu de situation de discrimination, [mais] la grande majorité de ceux qui ont été discriminés n'a pas réagi. Au final, moins de 3 % des répondant·es se sont renseignés sur leurs droits, ont contacté Unia [...] ou entamé des démarches juridiques. »

11 Il convient également de noter que seuls deux répondants ont déclaré avoir procédé à un dépôt de plainte pour discrimination sérophobe en milieu médical, suite auquel ils se déclarent moyennement satisfait.es.

Cette enquête met aussi en lumière une méconnaissance massive de la loi anti-discrimination, touchant plus de 85 % des répondant·es, ce qui renforce le sentiment d'isolement des personnes concernées et contribue à l'absence de recours juridiques. Ces éléments corroborent l'idée que l'absence de réponse institutionnelle perçue comme accessible ou efficace participe activement au non-recours et à la reproduction silencieuse des inégalités.

En outre, la lourdeur des procédures de plainte et le climat de défiance institutionnelle aggravent la dynamique de passivité observée chez de nombreux·euses répondant·es. Parmi celles et ceux qui n'ont pas signalé la discrimination vécue, 43 % estiment qu'un tel signalement n'aurait eu aucun effet, et 17 % déclarent ignorer qu'il était possible de porter plainte. Ces chiffres traduisent une perception généralisée d'inefficacité des mécanismes de recours, renforcée par une culture du silence au sein des structures de soins, où les plaintes des patient·es sont rarement prises au sérieux ou suivies d'effets concrets. Cette défiance s'exprime également à travers les commentaires qualitatifs, où plusieurs personnes mentionnent la peur des représailles, la complexité administrative, ou encore l'idée que « ce genre de traitement est normal quand on vit avec le VIH ». Par ailleurs, les réactions émotionnelles recueillies révèlent un mélange de tristesse (23 %), de révolte (17 %), de solitude (10 %) et d'impuissance (13 %). Ce dernier sentiment, en particulier, alimente une forme de résignation durable qui inhibe toute tentative de contestation.

Le déséquilibre des rapports de pouvoir entre patient·es et professionnel·les de santé vient accentuer cette difficulté à réagir. La position d'autorité du personnel médical, renforcée par un savoir expert et institutionnalisé, limite la capacité des patient·es à exprimer un désaccord ou à dénoncer une situation perçue comme abusive. La peur de détériorer la relation thérapeutique ou de compromettre l'accès à des soins futurs pousse ainsi de nombreuses personnes à tolérer, voire intérioriser, des expériences de discrimination (Logie et Gadalla, 2009).

À cela s'ajoute la vulnérabilité socio-économique d'une partie significative des personnes vivant avec le VIH. Le manque de ressources financières et sociales rend difficile tout changement de prestataire de soins ou toute procédure juridique, perçue comme coûteuse et inaccessible. Les données croisées avec d'autres études menées en Belgique (Arrey et al., 2017) laissent entrevoir que les personnes se situant à l'intersection de plusieurs systèmes d'oppression — précarité, origine ethnique, orientation sexuelle, genre, statut migratoire — sont particulièrement exposées à la stigmatisation et à la marginalisation. Cette précarité structurelle limite les possibilités concrètes de réaction et renforce la dépendance vis-à-vis des institutions de santé, au sein desquelles les actes discriminatoires peuvent être vécus comme un prix à payer pour continuer à être soigné·e.

Ces situations sont éclairées par le concept de stigmate intersectionnel qui permet de comprendre la complexité de ce genre de dynamiques. Ce concept renvoie à l'imbrication de plusieurs formes de stigmatisation — sérologique, raciale, économique, sexuelle, genrée, etc. — qui, combinées, aggravent la vulnérabilité des patient·es et renforcent leur invisibilisation. Si 48 % des répondant·es estiment avoir été discriminés en raison de leur statut VIH, 32 % mentionnent également leur origine ethnique, 14 % leur statut socio-économique, 14 % leur orientation sexuelle, 7 % leur âge, et 5 % leur genre. En outre, 28 % évoquent d'autres motifs, parmi lesquels reviennent fréquemment des références à leur statut de célibataire, la langue parlée, des IST perçues, leur statut migratoire, des pratiques sexuelles jugées «à risque», leur transidentité ou encore une capacité intellectuelle supposée. Ces multiples stigmates ne se juxtaposent pas de façon neutre : ils se renforcent mutuellement, compliquant la prise en charge médicale et augmentant la probabilité d'une marginalisation durable.

Les dimensions structurelles identifiées plus haut — méconnaissance des recours institutionnels (54 % ignorent l'existence des services de médiation hospitalière, 63 % ne connaissent pas UNIA), faible confiance dans leur efficacité, difficultés d'accès à une assistance juridique — s'articulent directement avec cette logique d'intersectionnalité. Ce cumul d'oppressions et d'obstacles concrets

produit un effet d'étouffement des revendications, dans lequel le silence devient, pour beaucoup, la seule option perçue comme viable.



9. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE TÉLÉPHONIQUE AUPRÈS DES CABINETS DENTAIRES

L'enquête téléphonique de type testing (Pager, 2007; COCQ-Sida 2012 ; AIDES, 2015 ; Quillian et al., 2017; Angerer, Waibel & Stummer, 2019) menée auprès de 200 cabinets dentaires¹² à Bruxelles et en Wallonie entre juillet et octobre 2024 offre un éclairage approfondi sur les pratiques de prise en charge des PVVIH dans le secteur dentaire. Un total de 200 appels a été effectué, simulant la prise de rendez-vous pour un soin dentaire classique, le détartrage. Le protocole de l'enquête prévoyait un premier accord sur un rendez-vous, suivi de la divulgation du statut sérologique du·de la patient·e afin d'observer la réaction du cabinet dentaire et la suite donnée à la demande initiale. Cette étude vise à évaluer les réponses des cabinets dentaires lorsqu'une personne révélait son statut sérologique au moment de la prise de rendez-vous. Les résultats mettent en évidence à la fois des pratiques encourageantes, traduisant une forme de professionnalisme et de progrès en matière d'inclusion, mais aussi des comportements discriminatoires persistants, témoignant de la prégnance de stéréotypes et de craintes infondées liées au VIH.

Une majorité significative des cabinets dentaires contactés (86 %) a maintenu le rendez-vous après la révélation du statut sérologique, mais cette donnée mérite d'être interprétée avec prudence. En effet, parmi ces appels, 26,5 % ont donné lieu à un report du rendez-vous en fin de journée, une pratique considérée comme discriminatoire, dans la mesure où elle crée une distinction injustifiée entre patient·es séropositif·ves et séronégatif·ves. Le rapport d'enquête sur la sérophobie en Belgique (Pezeril, 2017 : 75) souligne d'ailleurs qu'aucune publication scientifique ne rapporte de cas de transmission du VIH ou du VHC entre patient·es lors de soins dentaires. En France, le rapport du CTINILS (2007) rappelle également qu'il n'existe aucune justification médicale à un ordre de passage différencié pour les patient·es porteurs de virus transmissibles, cette pratique étant à la fois inefficace, contraire à l'éthique et susceptible d'induire une ségrégation entre patient·es porteurs et non porteurs. Ainsi, seules environ 60 % des situations observées peuvent être qualifiées de réellement inclusives, c'est-à-dire sans modification ni traitement différencié après l'annonce du statut VIH.

Ces résultats mettent en lumière un double constat : d'une part, une proportion importante de praticien·nes respecte les précautions standard et ne refuse pas les soins ; d'autre part, des formes persistantes de sérophobie implicite continuent de se manifester dans les pratiques organisationnelles. Ces attitudes, souvent justifiées par des « précautions » supplémentaires ou des impératifs d'hygiène, traduisent en réalité une méconnaissance du principe “Indétectable = Intransmissible (I = I)” et contribuent à maintenir un climat de stigmatisation dans les soins dentaires.

Il est à noter également que dans la majorité des cas, les interlocuteur·trices étaient des réceptionnistes, ce qui suggère que la formation et la sensibilisation ont atteint les premiers points de

12 L'échantillon de 200 cabinets dentaires en Belgique a été constitué à partir d'un recensement des dentistes conventionné·es dans différentes régions du pays. La sélection des zones géographiques s'est fondée sur trois critères principaux : le nombre d'habitant·es, la prévalence du VIH, et la densité de professionnel·les de la santé bucco-dentaire. Pour chaque région, des communes à des degrés divers de densité médicale ont été retenues, afin d'assurer une représentation équilibrée du territoire. Les cabinets dentaires situés dans ces communes ont ensuite été tirés au sort pour constituer l'échantillon.

contact dans le parcours de soins. Certain·es professionnel·les ont explicitement rappelé que le VIH ne constituait pas un critère de refus de soins et que les protocoles d'hygiène étaient conçus pour assurer la sécurité de tou·tes les patient·es. Cette tendance est encourageante dans la mesure où elle traduit une prise de conscience progressive des réalités médicales liées au VIH et des avancées scientifiques qui montrent qu'un·e patient·e séropositif·ve, sous traitement efficace et avec une charge virale indétectable, ne présente aucun risque de transmission dans un cadre médical respectant les protocoles d'hygiène standards (UNAIDS, 2024). La capacité des cabinets dentaires à maintenir une prise en charge égale, malgré la révélation du statut sérologique, suggère que les efforts de formation et de sensibilisation portent leurs fruits dans une majorité de structures.

Cependant, une proportion non négligeable d'appels (14 %) a révélé des comportements discriminatoires, mettant en lumière la persistance de pratiques d'exclusion dans une partie du secteur dentaire. Ces situations discriminatoires prennent différentes formes : dans trois cas, le rendez-vous a été annulé après la révélation du statut sérologique, et dans 53 cas (soit 26,5 % de l'ensemble des appels), il a été reprogrammé en fin de journée — une pratique souvent interprétée comme une volonté implicite d'isoler le·la patient·e vivant avec le VIH du reste de la patientèle ou de limiter le contact avec le personnel de santé. Cette cohérence chiffrée s'appuie sur la catégorie « traitements particuliers appliqués à la suite de la révélation du statut sérologique » (également nommée « distinction dans la gestion des rendez-vous »), qui regroupe l'ensemble des cas où un changement spécifique a été imposé après l'annonce du statut. Ce type d'isolement reflète une méconnaissance persistante des modes de transmission du VIH et des précautions universelles, ainsi qu'une peur irrationnelle et un malaise sous-jacent chez certain·es professionnel·les de santé.

En effet, si le risque de transmission est quasiment nul en cas de charge virale indétectable (CVI) chez le·la patient·e, il ne peut être totalement exclu lorsque les précautions standard — notamment la désinfection rigoureuse des instruments entre chaque patient — ne sont pas rigoureusement respectées (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2019). Les précautions universelles, qui font partie des protocoles de base pour prévenir la transmission d'infections dans les établissements de santé, devraient déjà inclure la protection contre le VIH sans nécessiter de mesures exceptionnelles (CDC, 2020 ; WHO, 2020). Cette situation suggère que certain·es praticien·nes manquent d'information actualisée sur les risques réels liés au VIH et sur l'efficacité des précautions universelles dans la prévention de la transmission (ECDC, 2021). Selon Glick & Muzyka (2015), la prise en charge des patient·es vivant avec le VIH dans un cadre dentaire ne nécessite pas de précautions spéciales au-delà des protocoles standards déjà en place. Les CDC guidelines (Kohn et al., 2003) soulignent également que les cabinets dentaires disposent déjà des mesures de stérilisation nécessaires pour éliminer les risques de transmission du VIH. De plus, dans environ 5 % des cas, les réceptionnistes ont manifesté une forme de dissuasion plus subtile en adoptant un ton distant ou en prétextant une absence prolongée de disponibilité, vraisemblablement pour éviter de confirmer le rendez-vous.

La persistance de ces comportements discriminatoires met en lumière une série de réalités结构nelles qui influencent les pratiques professionnelles dans le domaine médical. Tout d'abord, le cadre réglementaire et éthique encadrant la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) reste souvent mal maîtrisé par une partie du personnel soignant, notamment dans les secteurs où le contact direct avec le·la patient·e est limité (réceptionnistes, assistant·es dentaires). Cette méconnaissance, combinée à un manque de formation spécifique sur la prise en charge du VIH, alimente des comportements de rejet et des attitudes fondées sur la peur ou les préjugés. Par ailleurs, la culture professionnelle du soin demeure encore marquée par des représentations stigmatisantes autour du VIH, favorisant la persistance d'attitudes de précaution excessives — telles que le repositionnement systématique des patient·es séropositif·ves en fin de journée — qui ne reposent sur aucune base scientifique valide. Cette dynamique engendre une forme de « sérophobie institution-

nelle », où le statut sérologique du·de la patient·e est perçu non pas comme une caractéristique médicale neutre, mais comme un facteur problématique nécessitant une gestion spécifique, renforçant ainsi les barrières à un accès égalitaire aux soins.

L'impact psychologique de ces comportements discriminatoires est considérable pour les PVVIH (Earnshaw & Chaudoir, 2009). Être confronté à un refus de soins ou à un traitement différencié génère un sentiment d'humiliation et de rejet, qui s'inscrit dans un contexte plus large de stigmatisation et d'exclusion sociale. Cette réalité est d'autant plus préoccupante que le secteur dentaire joue un rôle clé dans la santé globale des PVVIH : un accès insuffisant ou entravé aux soins dentaires peut avoir des conséquences directes sur la santé générale, en augmentant le risque de complications infectieuses ou inflammatoires. Ce cercle vicieux de discrimination et de renoncement aux soins est particulièrement préoccupant dans un contexte où l'accès aux soins de santé bucco-dentaires reste inégal en fonction du statut socio-économique et de la couverture sociale (Ardakani et al., 2025).

9.1. DÉPLACEMENT D'UN RENDEZ-VOUS EN FIN DE JOURNÉE

L'attribution systématique d'un rendez-vous en fin de journée, souvent en tant que dernier·ère patient·e, est une forme fréquente de différenciation dans le traitement des PVVIH (Elizondo, Treviño & Violant, 2015 ; Giuliani et al., 2023). Cette pratique a été signalée dans 48 % des cas où une distinction a été faite dans la gestion des rendez-vous, soit 53 appels sur 111 où des traitements particuliers ont été appliqués. Bien que les appelants n'aient pas exprimé de questionnement direct sur cette pratique, une majorité des professionnel·les ayant imposé cette condition (58,5 %) ont justifié ce choix par la nécessité de mesures de stérilisation accrue et de précautions supplémentaires (Patel et al., 2014), en insistant sur le fait que cette procédure prendrait plus de temps que pour d'autres patient·es.

Quelques exemples des commentaires reçus :

- « Je dois prendre des mesures supplémentaires, je mettrai des lunettes de protection et un masque. C'est pour cela que nous devons mettre le RDV en fin de journée. »
- « Nous devons procéder à une désinfection complète et cela demande plus de temps, 1 heure au lieu de 30 minutes. »
- « Il faut prévoir plus de temps, ce sera beaucoup plus long pour ce RDV, on a besoin de plus de désinfection. Êtes-vous sous traitement ? »
- « La dentiste demande une petite modification de votre RDV, dû à un protocole que l'on doit faire. »
- « Je dois procéder à une désinfection un peu plus importante. »
- « Ah ! Ça change fort, les personnes comme vous, on les prend en dernière heure, pour tout nettoyer, je suis désolée, merci Madame. »

Ces justifications montrent une volonté apparente de garantir des conditions sanitaires optimales. Cependant, elles peuvent aussi suggérer une méconnaissance des risques réels associés au VIH et, dans certains cas, être interprétées comme une forme d'excuse pour justifier un traitement différencié et potentiellement stigmatisant.

Bien que les mesures de stérilisation accrues soient présentées comme nécessaires pour protéger la santé des autres patient·es et du personnel, la systématisation des rendez-vous en fin de journée

semble imprégner l'acte médical d'une logique discriminatoire. L'attribution d'un créneau horaire tardif suggère que la personne vivant avec le VIH représente un risque particulier, et ce, même si les protocoles d'hygiène standards sont largement suffisants pour garantir la sécurité de tou·tes les patient·es. Cette pratique, bien qu'animée par une volonté de respecter des procédures sanitaires, a pour effet indirect de renforcer l'idée que les PVVIH nécessitent un traitement spécial, ce qui peut être perçu comme une forme de mise à l'écart. De plus, cette catégorisation tacite peut mener à un climat de méfiance, où les patient·es PVVIH se sentent discriminé·es ou stigmatisé·es, même si les intentions des professionnel·les sont de protéger l'ensemble des individus en consultation.

L'une des conséquences les plus préoccupantes de cette pratique est qu'elle peut avoir un impact direct sur l'accès aux soins pour les PVVIH. En affectant systématiquement les patient·es à des horaires moins pratiques, les cabinets créent un environnement où ces dernier·ères peuvent ressentir un malaise ou une réticence à consulter, de peur d'être jugé·es ou traité·es différemment (Makieh et al., 2024). Si cette situation est amplifiée, elle pourrait décourager certain·es patient·es de rechercher des soins nécessaires, nuisant ainsi à leur santé bucco-dentaire. De plus, la stigmatisation peut être particulièrement délétère sur le plan psychologique. L'idée que ces patient·es ont besoin de précautions « supplémentaires » peut renforcer leur sentiment d'isolement et d'infériorité, leur rappelant leur statut sérologique de manière persistante et, potentiellement, préjudiciable (Venable et al., 2006; Kalichman, 2005).

Ce type de différenciation trouve en partie ses racines dans des représentations héritées de l'époque où la transmission du VIH était mal comprise. La peur du VIH, amplifiée par des informations erronées, a longtemps conduit les professionnel·les de santé à adopter des mesures excessivement strictes (Kalichman, 2005). Bien que des avancées significatives aient été réalisées dans la compréhension du VIH et dans la mise en place de protocoles de prévention appropriés, certaines pratiques issues de la peur et de la méconnaissance continuent d'être appliquées. L'analyse des données de cette enquête montre que ces comportements discriminatoires ne sont pas fondés sur des impératifs médicaux réels, mais sur des perceptions erronées et des idées reçues concernant la transmission du VIH (Venable et al., 2006).

Il convient en outre de rappeler que ces mesures ignorent les risques sanitaires auxquels sont exposées les PVVIH elles-mêmes, notamment en raison d'une immunodépression potentielle ; la désinfection rigoureuse doit donc être effectuée avant leur rendez-vous, et pas uniquement après.

9.2. REFUS DE TRAITEMENT

La Belgique, à l'instar de nombreux autres pays, reconnaît le droit des individus à recevoir des soins sans discrimination. En vertu de la loi, il est illégal de refuser un service, y compris les soins dentaires, en raison du statut sérologique d'une personne, tel qu'indiqué dans la Charte des droits et libertés (Ordre National des Dentistes, 2019). Le Code de déontologie des dentistes stipule également qu'il est interdit de refuser de traiter un·e patient·e en raison de son état de santé, y compris du VIH.

L'enquête révèle que, malgré les lois en place, un certain nombre de PVVIH ont fait l'expérience de refus de traitement. Cela rejoint les résultats obtenus dans d'autres études similaires. Par exemple, une étude menée en Californie en 2011 a indiqué qu'environ 5 % des cliniques dentaires refusaient de traiter des personnes vivant avec le VIH (Sears et al., 2011). De même, 1,5 % des cliniques contactées dans le cadre de cette enquête en Belgique ont exprimé des refus de traitement, souvent en invoquant des raisons telles que l'absence d'équipement adéquat ou le manque de formation des praticien·nes. Une enquête menée au Canada a révélé que certain·es dentistes refusaient de traiter des patient·es séropositif·ves en raison de craintes exagérées concernant la transmission du VIH (McCarthy et al., 1999).

Les raisons avancées pour justifier ces refus — comme la préférence pour référer à un·e autre praticien·ne, l'absence d'équipement adapté ou la méconnaissance de la prise en charge des PVVIH — sont des indicateurs de déficiences dans la formation continue des professionnel·les et l'accès à des équipements appropriés. Des études menées en Afrique du Sud ont également montré que le manque d'information sur le VIH parmi les dentistes est un facteur clé influençant leur volonté de traiter ces patients (Cleaton-Jones & Fatti, 2009).

Bien que le pourcentage de refus de soin puisse sembler faible (1,5%), il représente une réalité préoccupante qui révèle des attitudes discriminatoires persistantes dans le domaine médical. Ces refus ne sont pas uniquement le fait de croyances erronées liées à des risques sanitaires, mais aussi d'une certaine réticence à traiter des patient·es perçu·es comme « différent·es » ou « à risque ».

En parallèle, ces refus témoignent également d'une difficulté systémique à traiter le VIH de manière objective et inclusive. Malgré les progrès réalisés en matière de sensibilisation et de connaissance du VIH, il existe encore un écart entre la réalité scientifique et la pratique des soignant·es. Les mythes et idées reçues qui persistent à propos du VIH continuent de façonner la manière dont certain·es soignant·es abordent ce virus et les personnes qui en sont porteuses.



10. RÉSULTATS DU TESTING TÉLÉPHONIQUE AUPRÈS DES CABINETS GYNÉCOLOGIQUES

Dans le cadre de cette enquête, 102 cabinets gynécologiques ont été contactés par téléphone selon le même protocole que celui appliqué auprès des cabinets dentaires. Bien que les gynécologues n'aient pas été les premiers professionnels visés lors du lancement du testing, leurs réponses peuvent être analysées de manière comparable à celles des dentistes. L'objectif était d'observer les réactions des professionnel·les de santé — y compris les secrétaires médicales, parfois premier point de contact dans le parcours de soin — lorsque le statut sérologique de la patiente était mentionné, après qu'un rendez-vous pour un frottis avait déjà été fixé. Ce testing visait à déterminer si l'annonce de la séropositivité entraînait un changement dans les conditions du rendez-vous, comme un report en fin de journée, l'imposition de précautions particulières ou, dans les cas les plus problématiques, un refus de prise en charge.

Les résultats obtenus révèlent un constat sans équivoque : aucun cabinet gynécologique n'a annulé ni reporté le rendez-vous à la suite de l'annonce du statut VIH. Dans la quasi-totalité des appels, les réactions observées furent neutres ou bienveillantes, se limitant à une prise de note administrative ou à un simple acquiescement du type : « Pas de problème », « Je vais prévenir le médecin », « Merci de me l'avoir indiqué ». Plusieurs secrétaires ont exprimé explicitement que cette information « ne posait aucun souci », ou qu'elles se contenteraient de la mentionner au dossier. D'autres ont réagi avec des formules de reconnaissance polie — « Merci de m'en avoir informée », « Je note, c'est bien de le dire » — sans manifester d'étonnement particulier ni adopter de ton alarmiste.

Aucune des conversations recensées n'a fait apparaître d'attitude ouvertement discriminatoire, ni de réaction de surprise ou de gêne notable. Dans certains cas, les secrétaires ont profité de l'occasion pour s'informer du suivi médical du·de la patient·e : « Vous êtes sous traitement ? », « La charge virale est indétectable ? » — mais ces questions, formulées sans jugement, semblaient davantage motivées par un souci de précision médicale que par une volonté d'exclusion. Dans quelques rares

cas, l'interlocutrice a paru hésitante ou mal à l'aise, mais ces situations sont restées marginales et n'ont débouché sur aucune modification des conditions du rendez-vous.

Ces résultats contrastent nettement avec ceux du testing effectué auprès des cabinets dentaires, où plusieurs formes de discrimination manifeste avaient été observées : reports systématiques en fin de journée, exigences de stérilisation spécifiques, voire refus explicites de soins. Dans le cas du suivi gynécologique, la discrimination ne semble pas s'exprimer au moment de la prise de rendez-vous pour un acte de routine comme un frottis, mais plutôt lors d'étapes ultérieures du parcours de soin — notamment dans les situations touchant à la sexualité, la contraception, la grossesse ou le projet de maternité.

Cette différence s'explique en partie par le fait que la plupart des gynécologues travaillent dans des hôpitaux ou des maisons médicales, où ils et elles sont déjà plus sensibilisé·es au VIH ou ont l'habitude de suivre des PVVIH. Le suivi gynécologique fait d'ailleurs partie intégrante du protocole médical recommandé pour prévenir le cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH, ce qui contribue à normaliser ces consultations et à réduire les réactions discriminatoires au moment de la prise de rendez-vous. De plus, les gynécologues ont fréquemment accès aux dossiers médicaux des patientes, notamment lorsque le suivi est assuré en milieu hospitalier, ce qui limite les situations de découverte ou de surprise du statut sérologique, contrairement à ce qui peut se produire pour les dentistes.

En effet, plusieurs études internationales et européennes indiquent que la sérophobie dans les soins gynécologiques prend des formes plus diffuses et symboliques que dans d'autres disciplines médicales. L'article de Peltzer et al. (2021) souligne que de nombreux·ses professionnel·les de santé continuent d'associer, consciemment ou non, le VIH à des comportements considérés comme « à risque », ce qui influence leur posture morale ou leur orientation médicale vis-à-vis des femmes vivant avec le VIH (FVVIH).

En Belgique, les témoignages recueillis auprès de femmes vivant avec le VIH confirment cette tendance : la discrimination la plus marquée ne réside pas dans la prise de rendez-vous ou dans les soins de prévention tels que le frottis, mais dans la relation de pouvoir qui s'instaure lors des consultations de suivi, en particulier lorsqu'il est question de maternité. Certaines patientes rapportent avoir été confrontées à des discours paternalistes, des avertissements alarmistes ou des réticences de la part de professionnel·les lorsqu'elles exprimaient un désir d'enfant. Ce type de discrimination, plus insidieux, ne remet pas directement en cause le droit d'accès aux soins, mais limite symboliquement l'autonomie reproductive des femmes concernées.

Une étude qualitative de Manirankunda et al. (2021) a par ailleurs montré que les femmes migrantes vivant avec le VIH en Belgique subissent une double stigmatisation : en tant que migrantes et en tant que personnes séropositives. Ces patientes décrivent des interactions médicales où leur statut est parfois perçu comme un risque à prévenir plutôt qu'une situation à accompagner. Ce type de discours, même lorsqu'il se veut protecteur, alimente la sérophobie institutionnelle et entretient un climat de méfiance. Dans ce contexte, la discrimination se déplace : elle n'interdit pas l'accès, mais restreint la liberté de choix des femmes en influençant leurs décisions médicales.

Les résultats du testing téléphonique confirment donc une hypothèse déjà observée dans d'autres enquêtes : les formes de discrimination dans le champ gynécologique sont moins visibles, mais non moins réelles. Elles s'inscrivent davantage dans des dynamiques relationnelles et structurelles que dans des gestes explicites de refus. L'accueil téléphonique constitue la première étape du parcours de soin ; or, c'est précisément à ce niveau que la normalisation semble la plus avancée. Dans le cadre du testing, le discours des interlocuteur·ices des testeur·euses, à savoir les secrétaires et les gynécologues qui ont répondu aux appels, témoigne d'une intégration progressive du principe de non-discrimination et d'une meilleure connaissance du VIH. Le fait que la majorité des interlocu-

teur·ices se contentent de noter l'information sans manifester d'inquiétude traduit une évolution positive dans la perception du VIH au sein des services gynécologiques.

Les résultats vont donc dans le sens d'un constat déjà documenté : dans le champ gynécologique, les discriminations à l'égard des femmes vivant avec le VIH sont moins visibles mais pas moins réelles, et relèvent davantage de dynamiques relationnelles et structurelles que de refus explicites (Nöstlinger et al., 2014 ; Marsicano et al., 2014). L'accueil téléphonique, première étape du parcours de soins, reflète d'ailleurs une normalisation progressive des pratiques : l'intégration du principe de non-discrimination et une meilleure connaissance du VIH chez les soignant·es y sont de plus en plus attestées (Nöstlinger et al., 2014). Toutefois, cette apparente neutralité ne doit pas masquer des formes plus subtiles de stigmatisation qui réapparaissent ultérieurement dans le parcours médical, notamment lors des consultations en santé sexuelle et reproductive (Orza et al., 2015 ; Huertas-Zurriaga et al., 2021). Ces travaux montrent des barrières d'accès, des jugements moraux et, parfois, des conseils cliniques biaisés autour de la procréation, qui pèsent sur la décision reproductive des femmes vivant avec le VIH (Huertas-Zurriaga et al., 2021 ; Narasimhan et al., 2015)

Ces résultats rejoignent ceux de plusieurs associations belges, dont la Plateforme Prévention Sida, qui soulignent que la sérophobie gynécologique demeure une réalité structurelle, mais moins spectaculaire que celle observée dans d'autres spécialités. Elle s'exprime sous forme de conseils dissuasifs, d'un manque d'information sur les avancées thérapeutiques, ou encore d'une tendance à médicaliser à outrance la grossesse des femmes séropositives, quand bien même leur charge virale est indétectable.

En conclusion, les résultats du testing téléphonique auprès des cabinets gynécologiques révèlent une situation globalement rassurante à l'étape de la prise de rendez-vous : les femmes vivant avec le VIH ne rencontrent pas d'obstacles administratifs ni de refus explicite de soins. Néanmoins, cette absence de discrimination observable ne doit pas être interprétée comme une absence de stigmatisation. Les recherches et les témoignages disponibles montrent que la sérophobie persiste sous des formes plus subtiles, notamment dans les orientations données aux patientes concernant leur sexualité et leur désir d'enfant. Pour cette raison, il est nécessaire d'envisager une phase complémentaire de recherche qualitative axée sur les consultations gynécologiques elles-mêmes, afin d'analyser les dynamiques d'écoute, de conseil et de décision médicale qui influencent la prise en charge des FVVIH.



11. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Au cours des dernières décennies, la science entourant le VIH a considérablement progressé, apportant des avancées significatives dans le traitement, la prévention et la gestion de cette maladie. Ces progrès ont, dans une large mesure, changé la réalité médicale du VIH, notamment en ce qui concerne la qualité de vie des PVVIH et leur espérance de vie. L'introduction de traitements antirétroviraux a permis à de nombreuses personnes vivant avec le VIH de mener une vie relativement normale, avec une espérance de vie proche de celle de la population générale. Cependant, malgré ces avancées scientifiques et médicales, la stigmatisation liée au VIH persiste dans de nombreuses sociétés, et les PVVIH continuent de rencontrer des discriminations dans différents aspects de leur vie, y compris dans l'accès aux soins de santé.

Les résultats de cette enquête révèlent une réalité préoccupante dans le domaine des soins den-

taires, où des attitudes discriminatoires et des pratiques problématiques demeurent, malgré les progrès dans la lutte contre la stigmatisation du VIH. Dans le secteur gynécologique, en revanche, le testing téléphonique n'a révélé aucun cas de refus, de report ou d'annulation de rendez-vous lors de la prise de contact. Ces résultats suggèrent que la discrimination ne se manifeste pas à ce stade du parcours de soins, mais plutôt au moment du suivi ou de la discussion autour de la santé reproductive. Plusieurs femmes vivant avec le VIH en Belgique ont en effet rapporté des formes plus insidieuses de stigmatisation, notamment des attitudes décourageant les projets de maternité ou des jugements moraux liés à la sexualité et à la procréation. Ces comportements, bien que moins visibles que les refus directs observés dans le domaine dentaire, traduisent des préjugés persistants quant à la parentalité des femmes séropositives et révèlent la persistance de biais au sein du corps médical. Ces constats soulignent la nécessité d'une approche différenciée selon les secteurs de soins : une action prioritaire dans le domaine dentaire pour éliminer les discriminations directes, et une action structurelle dans le champ gynécologique pour renforcer l'écoute, la formation et la déstigmatisation autour des droits reproductifs des femmes vivant avec le VIH.

Ces résultats soulignent également la nécessité urgente de mener des actions concrètes pour remédier à ces problèmes et garantir un accès équitable aux soins dentaires et gynécologiques pour toutes les personnes, sans distinction de statut sérologique.

11.1 PRINCIPAUX CONSTATS DE L'ENQUÊTE

L'objectif principal de cette enquête exploratoire était de dresser un portrait de la situation des PVVIH en Belgique en matière d'accès aux soins dentaires et d'identifier les obstacles discriminatoires qui peuvent exister dans ce domaine. L'enquête a abordé six points majeurs qui affectent directement l'accès des PVVIH aux soins dentaires et gynécologiques :

- 1. Les refus de traitement** : Certaines cliniques dentaires refusent encore de soigner des patient·es vivant avec le VIH, en violation des lois contre la discrimination.
- 2. Les précautions additionnelles injustifiées** : Certains professionnels de santé adoptent des pratiques excessives qui renforcent la stigmatisation des PVVIH.
- 3. La persistance des actes ou propos stigmatisants et discriminatoires** : Malgré les avancées scientifiques, les personnes vivant avec le VIH continuent d'être stigmatisées et discriminées jusque dans le cadre médical, lieu supposé de connaissances scientifiques.
- 4. L'inconfort des PVVIH face au dévoilement de leur statut sérologique et aux enjeux de confidentialité** : La peur d'être jugé ou discriminé pousse certains patients à éviter les soins.
- 5. Le manque de connaissance des recours au cas de discrimination** : L'absence de signalement ou de plainte témoigne d'un manque de connaissance mais également d'une difficulté d'accès.
- 6. Les disparités sectorielles** : aucune discrimination manifeste n'a été observée lors de la prise de rendez-vous dans les cabinets gynécologiques, mais les témoignages mettent en lumière des biais persistants dans le suivi de la santé reproductive, notamment lorsqu'il s'agit de projets de grossesse chez les femmes vivant avec le VIH.

Ces éléments montrent qu'au-delà des progrès scientifiques, des défis sociaux et éthiques persistent et nécessitent une intervention urgente.

11.2. LES REFUS DE SOINS : UNE DISCRIMINATION PERSISTANTE

L'un des résultats les plus alarmants de cette enquête concerne le refus de soins observé dans certaines cliniques dentaires en raison du statut sérologique VIH des patient·es. Bien que la législation belge interdise toute forme de discrimination, il a été constaté que 3,3 % des cliniques dentaires contactées ont refusé de traiter une personne en raison de son statut sérologique. Ce chiffre, bien que relativement faible, reste inacceptable et démontre qu'il existe encore des pratiques discriminatoires persistantes, qui vont à l'encontre des principes de non-discrimination et d'égalité d'accès aux soins. Il est essentiel de rappeler que la législation belge interdit formellement toute discrimination fondée sur l'état de santé et garantit un accès équitable aux services médicaux, y compris aux soins dentaires.

Le rejet d'un·e patient·e en raison de son statut sérologique VIH ne devrait tout simplement pas exister dans un pays qui promeut les droits humains et l'égalité d'accès aux soins. Ce refus met non seulement en danger la santé des patient·es, mais il renforce également la stigmatisation qui entoure le VIH. Le VIH n'est plus une menace mortelle, notamment grâce aux antirétroviraux. De telles attitudes ne sont pas seulement dénuées de fondement scientifique, elles sont aussi contraire à la dignité humaine. Les professionnel·les de santé, y compris les dentistes et les gynécologues, devraient recevoir une formation approfondie pour éviter tout comportement discriminatoire.

En outre, l'existence de tels refus de traitement est d'autant plus inquiétante compte tenu des progrès réalisés dans le domaine de la prévention et du contrôle des infections. Aujourd'hui, les professionnel·les de santé disposent de protocoles de précautions universelles, conçus pour garantir la sécurité de tou·tes les patient·es, quelle que soit leur condition médicale. Ces protocoles ont été validés par des études scientifiques et permettent de garantir un environnement sécurisé pour les patient·es, sans distinction de leur statut sérologique, ainsi que pour les praticien·nes. Ce qui soulève encore plus de questions est la nature de cette discrimination : s'agit-il d'un manque d'éducation et de formation, ou bien d'une sérophobie médicale ou d'une stigmatisation latente ?

11.3. LES PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES : UNE STIGMATISATION DÉGUisée

Un autre point préoccupant relevé par l'enquête est la prise de précautions additionnelles injustifiées lors du traitement des PVVIH. Il a été constaté que, dans certains cas, les cabinets dentaires prévoient des rendez-vous en fin de journée ou des horaires prolongés pour les PVVIH, en raison de la nécessité présumée d'une désinfection accrue. Les études scientifiques l'ont prouvé : les précautions universelles sont suffisantes pour se prémunir des risques infectieux.

Les pratiques de précautions universelles sont un ensemble de mesures d'hygiène et de sécurité destinées à protéger à la fois les professionnel·les de santé et les patient·es contre le risque de transmission de toute infection. Elles incluent l'utilisation de matériel à usage unique (gants, masques, seringues, etc.), de matériel de protection (lunettes, tablier, etc., ainsi que des protocoles de stérilisation des instruments, de nettoyage des surfaces et de traitement des déchets médicaux. Ces mesures sont destinées à être appliquées à tou·tes les patient·es, indépendamment de leur statut sérologique. Le fait qu'une personne vivant avec le VIH soit traitée différemment, avec des horaires et des procédures de désinfection spéciales, laisse entrevoir une stigmatisation cachée sous une forme de « précaution sanitaire » qui n'a aucun fondement dans la réalité scientifique.

11.4. LA CONFIDENTIALITÉ ET LA PEUR DU DÉVOILEMENT DU STATUT

L'enquête a révélé que plus de 50 % des répondant·es PVVIH avaient déjà été discriminés par un·e professionnel·le dentaire auquel il·elles auraient dévoilé leur statut sérologique. Cette donnée met en lumière un manque de confiance envers le système de santé dentaire et une crainte de la rupture de confidentialité, ce qui constitue une violation des droits des patient·es. Le respect de la confidentialité est un principe fondamental de la pratique médicale, et cela inclut le secret autour du statut sérologique des patient·es.

Il est essentiel que les professionnel·les de santé garantissent une protection absolue des informations médicales des patient·es, notamment leur statut sérologique. Cette protection est une obligation légale et éthique, et il est crucial que les patient·es puissent se sentir en sécurité lorsqu'il·elles partagent ces informations sensibles. En Belgique, comme dans d'autres pays européens, la protection des données personnelles, y compris les informations de santé, est protégée par des législations strictes, telles que le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) mais aussi la loi du 22 août 2002 relative aux droits du·de la patient·e. Le fait que certain·es patient·es n'aient pas confiance dans le respect de leur confidentialité dans le cadre des soins dentaires montre un grave manquement à ces obligations de confidentialité et de respect des droits fondamentaux.

En outre, l'anticipation de la stigmatisation et de la discrimination peut constituer un frein important à l'accès aux soins dentaires pour les PVVIH. En effet, près de 13 % des répondant·es ont indiqué éviter d'aller chez le·la dentiste par crainte d'être mal reçu·es ou traité·es différemment. Ce phénomène, bien que relativement faible en termes de pourcentage, représente un défi considérable pour l'inclusivité du système de santé. Chaque individu qui hésite à chercher des soins à cause de la peur d'être discriminé présente une occasion manquée d'améliorer sa santé et sa qualité de vie.

11.5. RECOMMANDATIONS

À la lumière des résultats de cette enquête, plusieurs recommandations sont proposées pour améliorer l'accès aux soins dentaires et gynécologiques des PVVIH en Belgique et pour réduire les pratiques discriminatoires observées dans certaines cliniques dentaires :

- 1. Mise en place de politiques de tolérance zéro envers la discrimination dans l'accès aux soins dentaires :** Les cliniques dentaires et les établissements de santé doivent adopter des politiques claires et fermes interdisant toute forme de discrimination à l'égard des PVVIH. Ces politiques doivent être accompagnées de sanctions appropriées en cas de non-respect, afin de garantir un environnement de soins équitable pour tou·tes les patient·es.
- 2. Formation et sensibilisation des professionnels de santé dentaire :** Les dentistes et autres professionnel·les de la santé dentaire doivent être formés à la gestion des patient·es vivant avec le VIH, en mettant l'accent sur les précautions universelles, la confidentialité et l'importance de la non-discrimination. Ces enseignements doivent être intégrés de façon systématique dans les cursus universitaires de médecine dentaire et être complétés par des formations continues régulières et actualisées, afin que les professionnel·les de la santé soient toujours au courant des dernières avancées scientifiques et des bonnes pratiques.
- 3. Renforcement des capacités des travailleurs communautaires :** Il est crucial de former et soutenir les travailleur·euses communautaires pour qu'il·elles puissent informer efficacement les PVVIH sur leurs droits et les aider à accéder aux soins. Les travailleur·euses communautaires jouent un rôle clé dans le soutien des PVVIH, notamment en les aidant à surmonter les obstacles sociaux et psychologiques à l'accès aux soins de santé. Parallèlement, un travail de renforcement des capacités directement auprès des PVVIH doit être en-

trepris. Une meilleure information sur leurs droits en matière de santé, de confidentialité et de non-discrimination permettrait aux patient·es de mieux identifier et signaler les comportements discriminatoires, mais aussi de revendiquer leurs droits dans un cadre sécurisé. Des ateliers de sensibilisation, des formations sur l'empowerment et la connaissance des recours disponibles, ainsi que des espaces d'échanges communautaires devraient être développés pour favoriser l'autonomie des PVVIH et leur confiance vis-à-vis du système de santé.

- 4. Promouvoir un environnement de soins inclusif et respectueux** : Les cliniques dentaires doivent garantir que toutes les informations concernant le statut sérologique des patient·es soient protégées (par exemple, en évitant de mentionner le statut sérologique de la personne dans un document interne consultable par tout le monde). Il est nécessaire de mettre en place des protocoles de confidentialité stricts et de sensibiliser les patients sur leurs droits en matière de confidentialité. L'environnement de soins doit être un espace sécurisé où les PVVIH peuvent se sentir respectés et protégés.
- 5. Évaluation et suivi des pratiques de soins** : Des audits réguliers et des évaluations doivent être réalisés pour s'assurer que les politiques de non-discrimination sont bien mises en œuvre. Les cliniques doivent être tenues de prouver qu'elles respectent les principes de non-discrimination, et des mécanismes de plainte et de recours doivent être facilement accessibles pour les patients qui estiment avoir été victimes de discrimination. Une attention particulière doit être portée aux biais de genre et aux formes de stigmatisation reproductive à l'encontre des femmes vivant avec le VIH.

Ces recommandations visent à créer un cadre de soins respectueux, inclusif et égalitaire pour les PVVIH. Par ces actions, il est possible de faire du système de santé dentaire belge un modèle de respect et d'inclusivité pour toutes les personnes vivant avec le VIH. Il est crucial que la société prenne conscience que, malgré les avancées scientifiques et médicales, les discriminations et les stéréotypes à l'encontre des PVVIH persistent, et que l'un des principaux obstacles à l'accès aux soins reste l'exclusion sociale et professionnelle.

Il ne faut pas sous-estimer l'impact de la stigmatisation sur la vie des PVVIH. L'éradication de la stigmatisation dans les soins de santé nécessite une transformation en profondeur des mentalités et des pratiques des professionnel·les de santé, ainsi qu'une meilleure sensibilisation de l'ensemble de la société. Ce n'est qu'à ce prix que l'on pourra garantir à toutes les personnes vivant avec le VIH un accès équitable à des soins de qualité, sans préjugés ni discriminations.

GLOSSAIRE

PVVIH

Personnes vivant avec le VIH. Désigne toute personne porteuse du virus, quel que soit son traitement ou son stade d'infection.

Statut sérologique

Information médicale indiquant si une personne est porteuse ou non du VIH.

Charge virale / Charge virale indéetectable

Quantité de VIH présente dans le sang. Une charge virale indéetectable signifie que le traitement est efficace et que la personne ne transmet plus le virus par voie sexuelle.

Indéetectable = Intransmissible (I=I)

Principe scientifique selon lequel une PVVIH ayant une charge virale indéetectable grâce au traitement ne transmet pas le VIH.

Sérophobie

Peurs, préjugés, attitudes stigmatisantes ou discriminatoires envers les PVVIH, que celles-ci soient manifestes ou subtiles.

Stigmatisation

Processus social associant le VIH à une image négative. Peut être sociale, médicale, intériorisée ou anticipée.

Auto-stigmatisation / Self-stigma

Intériorisation par les PVVIH de préjugés sociaux, menant à une diminution du recours aux soins ou de la confiance en soi.

Stigmatisation anticipée

Crainte d'être jugé.e ou discriminé.e avant même que la situation ne se produise, influençant notamment la divulgation du statut.

Stigmatisation institutionnelle

Pratiques ou règles organisationnelles créant un traitement défavorable systématique des PVVIH (ex: rendez-vous forcés en fin de journée).

Discrimination

Traitement défavorable fondé sur le statut VIH: refus de soins, mesures injustifiées, attitudes

culpabilisantes, commentaires inappropriés.

Refus de soins / Refus indirect de soins

Refus explicite ou déguisé de prise en charge. Peut prendre la forme d'un renvoi injustifié vers un autre service ou de conditions impossibles à remplir.

Mesures exceptionnelles

Exigences spéciales imposées uniquement aux PVVIH sans justification médicale (ex: rendez-vous en fin de journée). Considérées comme discriminatoires.

Précautions universelles (ou standard)

Ensemble de règles d'hygiène devant être appliquées à tout·e patient·e, indépendamment du statut VIH. Elles rendent inutile toute mesure « spéciale ».

Non-divulgation / Divulgation sélective

Choix de ne pas informer un professionnel de santé de son statut VIH, souvent pour éviter stigmatisation ou violation de la confidentialité.

Confidentialité médicale

Obligation légale et éthique protégeant les informations médicales des patient.es. Son non-respect favorise la non-divulgation et la méfiance envers les soins.

Approche syndémique

Analyse qui considère l'interaction entre facteurs biomédicaux, sociaux et structurels qui aggravent la santé des PVVIH.

Déterminants sociaux de la santé

Facteurs sociaux, économiques, culturels ou juridiques influençant l'accès aux soins et la santé globale (statut de séjour, précarité, discrimination).

Précarité administrative

Situation de séjour incertain ou irrégulier affectant l'accès aux soins, aux droits sociaux et au suivi médical régulier.

Prise en charge bucco-dentaire

Ensemble des soins dentaires. Domaine où les discriminations sont très fréquentes selon le rapport.

Prise en charge gynécologique

Soins liés à la santé sexuelle et reproductive. Les discriminations s'y manifestent plus souvent par

des attitudes moralisatrices ou dissuasives.

Transmission verticale

Transmission du VIH de la mère à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement.

HPV (Papillomavirus humain)

Virus sexuellement transmissible impliqué dans les lésions du col de l'utérus. Risque accru chez les femmes vivant avec le VIH.

Frottis / Dépistage du col

Examen permettant de détecter les lésions cervicales. Particulièrement recommandé chez les femmes vivant avec le VIH.

Testing téléphonique

Méthodologie consistant à contacter des cabinets en se faisant passer pour une PVVIH afin d'observer les pratiques réelles.

Échantillon de convenance

Méthode de recrutement non aléatoire des participant.es. Limite la généralisation des résultats.

Biais de perception

Déformation subjective de l'expérience vécue par les patient.es, influencée par leurs attentes et leur histoire personnelle.

Biais de désirabilité sociale

Tendance des répondant.es à donner des réponses perçues comme socialement acceptables, influençant les données d'enquête.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Alali, F. M., Alharbi, R. A., Alasmari, A. M., Alshammari, F. A., & Alharbi, M. A. (2022). *Assessment of knowledge and attitude toward HIV/AIDS among dental students in Saudi Arabia*. *Healthcare*, 10(8), 1379. <https://doi.org/10.3390/healthcare10081379>
- Anderson, B. J. (2009). HIV stigma and discrimination persist, even in health care. *AMA Journal of Ethics*, 11(12), 970–974. <https://journalofethics.ama-assn.org>
- Angerer, S., Waibel, C., & Stummer, H. (2019). Discrimination in health care: A field experiment on the impact of patients' socioeconomic status on access to care. *American Journal of Health Economics*, 5(4), 407–427. https://doi.org/10.1162/ajhe_a_00124
- Ardakani, M. S. Z., Bastani, P., & Delavari, S. (2025). *A scoping review of factors that affect unmet dental service needs among people living with HIV/AIDS*. *BMC Oral Health*, 25, 232. <https://doi.org/10.1186/s12903-025-05609-y>
- Arrey, A. E., Bilsen, J., Lacor, P., & Deschepper, R. (2015). “It’s my secret”: Fear of disclosure among sub-Saharan African migrant women living with HIV/AIDS in Belgium. *PLOS ONE*, 10(3), e0119653. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119653>
- Arrey, A. E., Bilsen, J., Lacor, P., & Deschepper, R. (2017). Perceptions of stigma and discrimination in health care settings towards sub-Saharan African migrant women living with HIV/AIDS in Belgium: A qualitative study. *Journal of Biosocial Science*, 49(5), 570–592. <https://doi.org/10.1017/S0021932016000668>
- Batchelor, P., & Sheiham, A. (2002). The limitations of a “highrisk” approach for the prevention of dental disease. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 30(4), 302–312. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0528.2002.00058.x>
- Baugher, A. R., Beer, L., Fagan, J. L., Mattson, C. L., Freedman, M. S., & Valverde, E. E. (2018). Prevalence of perceived discrimination in healthcare settings among adults with HIV in the United States. *AIDS Patient Care and STDs*, 32(1), 1–9. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6520212/>
- Benjamin, R. M. (2012). Oral health care for people living with HIV/AIDS. *Public Health Reports*, 127(Suppl. 2), 30–35.
- Bogart, L. M., Wagner, G. J., Galvan, F. H., & Klein, D. J. (2008). Longitudinal relationships between ART adherence and discrimination due to HIV serostatus, race, and sexual orientation among AfricanAmerican men with HIV. *AIDS and Behavior*, 12(6), 842–851. <https://doi.org/10.1007/s10461-007-9231-x>
- Brondani, M. A., Phillips, J. C., Kerston, R. P., & Moniri, N. R. (2016). Stigma around HIV in dental care: Patients’ experiences. *Journal of the Canadian Dental Association*, 82, g1. <https://jcda.ca/g1>
- Charbonneau, A., Maheux, B., & Béland, F. (1999). (Référence de contexte – divulgation au dentiste) [détails conservés dans le rapport].
- Chesney, M. A., Goodkin, K., Kulkarni, M., Mendes, R., & Ickovics, J. (2013). Adherence to antiretroviral therapy and HIV1 viral suppression: A metaanalysis. *American Journal of Public Health*, 103(5), e1–e8.

- CleatonJones, P., & Fatti, P. (2009). Dental caries in children in South Africa and Swaziland: A systematic review 1919–2007. *International Dental Journal*, 59(6), 363–368. https://doi.org/10.1922/IDJ_2357C-Jones06
- COQSIDA. (2012). *Testing et questionnaire sur la divulgation et la discrimination en cabinet dentaire* [rapport].
- Da Costa Vieira, V., Lins Kusterer, L., Sarmento, V. A., Martins Netto, E., & Brites, C. (2018). Oral health and healthrelated quality of life in HIV patients. *BMC Oral Health*, 18, 151.
- Dahlui, M., Azahar, N., Bulgiba, A., Zaki, R., Oche, O. M., Adekunjo, F. O., & Chinna, K. (2015). HIV/AIDSrelated stigma and discrimination against PLWHA in Nigerian population. *PLOS ONE*, 10(12), e0143749. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0143749>
- Deacon, H., Stephney, I., & Prosalendis, S. (2005). *Understanding HIV/AIDS Stigma: A Theoretical and Methodological Analysis*. HSRC Press. ISBN 0796920911
- EACS. (2023). *EACS Guidelines* (v12.0). <https://doi.org/10.1111/hiv.13542>
- Earnshaw, V. A., & Chaudoir, S. R. (2009). From conceptualizing to measuring HIV stigma: A review of HIV stigma mechanism measures. *AIDS and Behavior*, 13(6), 1160–1177. <https://doi.org/10.1007/s10461-009-9593-3>
- Earnshaw, V. A., Smith, L. R., Chaudoir, S. R., Amico, K. R., & Copenhaver, M. M. (2013). HIV stigma mechanisms and wellbeing among PLWH: A test of the HIV stigma framework. *AIDS and Behavior*, 17(5), 1785–1795. <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0437-9>
- ECDC. (2021). *Stigma: survey of people living with HIV* [rapport]. <https://www.ecdc.europa.eu>
- Elizondo, J. E., Treviño, A. C., & Violant, D. (2015). Dentistry and HIV/AIDSrelated stigma. *Revista de Saúde Pública*, 49, 79. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005877>
- European HIV Legal Forum / AIDS Action Europe. (2022). *Discrimination against People Living with HIV in Healthcare Settings: A Comparative 11Country Report*. <https://www.aidsactioneurope.org/sites/default/files/2022-09/EHLF%20discrimination%20healthcare%20legal%20report.pdf>
- Feng, I., Brondani, M. A., Bedos, C., & Donnelly, L. (2020). Access to oral health care for people living with HIV/AIDS attending a communitybased program. *Canadian Journal of Dental Hygiene*, 54(1), 7–15.
- Feyissa, G. T., Lockwood, C., Woldie, M., & Munn, Z. (2019). Reducing HIVrelated stigma and discrimination in healthcare settings: A systematic review of quantitative evidence. *PLOS ONE*, 14(1), e0211298. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211298>
- Fisher, R. J. (1993). Social desirability bias and the validity of indirect questioning. *Journal of Consumer Research*, 20(2), 303–315. <https://doi.org/10.1086/209351>
- Glick, M., & Muzyka, B. C. (2015). *Dental Management of the Medically Compromised Patient* (8e éd.). WileyBlackwell.
- Giuliani, M., Lajolo, C., Rengo, S., Pompa, G., & Papi, P. (2023). Attitudes and practices of dentists treating HIVpositive patients in Italy. *Helijon*, 9(8), e18751. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e18751>

- Global Commission on HIV and the Law. (2019). *Risks, Rights & Health – Supplement*. <https://hivlawcommission.org/report/>
- GNP+. (2020). *Advancing the Human Rights of People Living with HIV: Stigma Index 2.0 Global Report*. <https://gnpplus.net>
- Guzmán, C., Benavente, A., Catalán, I., García, B., Campos Velásquez, R., & Luengo, L. (2024). Social stigma towards people with HIV/AIDS in dentistry students from Concepción. *International Journal of Interdisciplinary Dentistry*, 17(1), 6–10. <https://doi.org/10.4067/S2452-55882024000100006>
- Hidayat, W., Nur'aeny, N., & Winda, K. (2022). Knowledge and stigma towards people living with HIV/AIDS: A study among dental hygiene students. *Journal of Dentomaxillofacial Science*, 7(3), 145–151. <https://doi.org/10.15562/jdmfs.v7i3.1411>
- Herek, G. M., & Capitanio, J. P. (1998). Symbolic prejudice or fear of infection? A functional analysis of AIDSrelated stigma among heterosexual adults. *Basic and Applied Social Psychology*, 20(3), 230–241. https://doi.org/10.1207/s15324834basp2003_4
- Human Rights Watch. (2006). “*Life Doesn’t Wait*”: Romania’s Failure to Protect and Support Children and Youth Living with HIV. <https://www.hrw.org/report/2006/08/01/life-doesnt-wait/romania-failure-protect-and-support-children-and-youth-living>
- Human Rights Watch. (2009). *Discrimination, Denial, and Deportation: Human Rights Abuses Affecting Migrants Living with HIV*. <https://www.hrw.org>
- International Labour Organization. (2018). *HIV and AIDS and the World of Work: ILO Recommendation No. 200, Implementation Report*. <https://www.ilo.org/>
- Jessani, A., & Brondani, M. A. (2019). Availability of medical and oral health services for people living with HIV in British Columbia, Canada. *Journal of the Canadian Dental Association*, 85, j1. <https://jcda.ca/j1>
- Johnson, M., Samarina, A., Xi, H., et al. (2015). Barriers to access to care reported by women living with HIV across 27 countries. *AIDS Care*, 27(10), 1220–1227. <https://doi.org/10.1080/09540121.2015.1046416>
- Kalichman, S. C. (Ed.). (2005). *Positive Prevention: Reducing HIV Transmission among People Living with HIV/AIDS* [Perspectives on Critical Care & Infectious Diseases Series]. Springer. <https://doi.org/10.1007/b112286> SpringerLink+1
- Katz, I. T., Ryu, A. E., Onuegbu, A. G., Psaros, C., Weiser, S. D., Bangsberg, D. R., & Tsai, A. C. (2013). Impact of HIVrelated stigma on treatment adherence: Systematic review and metasynthesis. *Journal of the International AIDS Society*, 16(3 Suppl 2), 18640. <https://doi.org/10.7448/IAS.16.3.18640>
- Kınay, S., & Özvarış, Ş. B. (2025). Experiences with HIV stigma, among other barriers, in oral healthcare settings in Türkiye. *AIDS Care*. <https://doi.org/10.1080/09540121.2025.2458632>
- Kinsler, J. J., Wong, M. D., Sayles, J. N., Davis, C., & Cunningham, W. E. (2007). The effect of perceived stigma from a healthcare provider on access to care among a lowincome HIVpositive population. *AIDS Patient Care and STDs*, 21(8), 584–592. <https://doi.org/10.1089/apc.2006.0202>

- Krumpal, I. (2013). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: A literature review. *Quality & Quantity*, 47(4), 2025–2047. <https://doi.org/10.1007/s11135-011-9640-9>
- Mahajan, A. P., Sayles, J. N., Patel, V. A., Remien, R. H., Ortiz, D. J., Szekeres, G., & Coates, T. J. (2008). Stigma in the HIV/AIDS epidemic: A review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS*, 22(Suppl 2), S67–S79. <https://doi.org/10.1097/01.aids.0000327438.13291.62>
- Makieh, M. O., Lababidi, M. I., Makieh, R. E., & Abdul-Hak, M. (2025). *Dentists' refusal to manage patients with HIV, tuberculosis, HBV, HCV, epilepsy, and financial limitations in Damascus, Syria: A cross-sectional study*. BDJ Open, 11(1), Article 60. <https://doi.org/10.1038/s41405-025-00341-9>
- Manirankunda, L., Wallace, A., Ddungu, C., & Nöstlinger, C. (2021). Stigma mechanisms and outcomes among sub-Saharan African descendants in Belgium: Contextualizing the HIV stigma framework. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8635. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168635>
- Masa, R., Zulu, G., Tamta, M., & Zimba, M. (2022). The association of perceived, internalized, and enacted HIV stigma with medication adherence, barriers to adherence, and mental health among young people living with HIV in Zambia. *Stigma & Health*, 7(4), 443–453. <https://doi.org/10.1037/sah0000404>
- May, M. T., Gompels, M., Delpech, V., Porter, K., Post, F. A., Johnson, M., ... Phillips, A. N. (2014). Impact on life expectancy of HIV1 positive individuals of CD4+ cell count and viral load response to antiretroviral therapy. *AIDS*, 28(8), 1193–1202. <https://doi.org/10.1097/QAD.000000000000243>
- McCarthy, G. M., Koval, J. J., MacDonald, J. K., & John, M. A. (1999). Factors associated with refusal to treat HIVinfected patients: Results of a national survey of dentists in Canada. *American Journal of Public Health*, 89(4), 541–545. <https://doi.org/10.2105/AJPH.89.4.541>
- Nyblade, L., Stockton, M. A., Giger, K., Bond, V., Ekstrand, M. L., Lean, R. M., ... Wouters, E. (2019). Stigma in health facilities: Why it matters and how we can change it. *BMC Medicine*, 17, 25. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1256-2>
- Okala, S., Clift, S., & Weatherburn, P. (2018). The People Living with HIV STIGMA Survey UK 2015: Stigmatising experiences and dental care. *British Dental Journal*, 225(2), 143–150. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2018.530>
- Orza, L., Bewley, S., Logie, C., Tyler Crone, E., Moroz, S., Strachan, S., Vázquez, M., & Welbourn, A. (2015). How does living with HIV impact on women's mental health? Voices from a global survey. *Journal of the International AIDS Society*, 18(Suppl 5), 20289. <https://doi.org/10.7448/IAS.18.6.20289>
- Orza, L., Bewley, S., Logie, C., et al. (2015). How does living with HIV impact women's sexual and reproductive health? *Journal of the International AIDS Society*, 18(Suppl 5), 20290. <https://doi.org/10.7448/IAS.18.6.20290>
- Pandhu, R., et al. (2023). The impact of HIVrelated stigma on mental health and quality of life. *BMC Psychiatry*, 23, 503.
- Patel, N., et al. (2014). HIVrelated stigma in the dental setting: A qualitative study. *Journal of*

- Patton, L. L., Strauss, R. P., McKaig, R. G., Porter, D. R., Eron, J. J., & Fiscus, S. A. (2003). Perceived oral health status, unmet needs, and barriers to dental care among HIV/AIDS patients in North Carolina. *Journal of Public Health Dentistry*, 63(3), 136–141. <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2003.tb03480.x>
- Pezeril, C. (2012). *Les conditions de vie des personnes séropositives en Belgique francophone*. Observatoire du Sida et des Sexualités / Plateforme Prévention Sida / Centre d'Études Sociologiques.
- Pezeril, C. (2017). *La sérophobie en actes. Analyse des signalements pour discrimination liée au VIHsida déposés chez UNIA (2003–2014)*. Observatoire du Sida et des Sexualités.
- Perger, T., Davtyan, M., Foster, C., Evangelisti, M., Berman, C., Kacanek, D., Puga, A. M., Sekidde, S., & Bhopal, S. (2024). Impact of HIVrelated stigma on ART adherence, engagement and retention in care, and transition to adult HIV care in pediatric and young adult populations: A literature review. *AIDS and Behavior*, 29, 497–516. <https://doi.org/10.1007/s10461-024-04534-5>
- Peltzer, K., Rodriguez, V. J., Jones, D., & Weiss, S. M. (2021). Healthcare provider stigma and discrimination toward people living with HIV and implications for training: A systematic review. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 32(6), 709–725. <https://doi.org/10.1097/JNC.0000000000000283>
- Pian, A. (2023). Les logiques sociales du voilement/dévoilement de la maladie: Stigmatisations et discriminations dans le VIHsida. *Sciences sociales et santé*, 41(3), 63–68. <https://doi.org/10.1684/sss.2023.0257>
- Proctor, R. N. (2008). *Agnotology: The Making and Unmaking of Ignorance*. Stanford University Press.
- Rodger, A. J., Cambiano, V., Bruun, T., Vernazza, P., Collins, S., van Lunzen, J., ... Lundgren, J. D. (2016). Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIVpositive partner is using suppressive ART: The PARTNER study. *JAMA*, 316(2), 171–181. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.5148>
- Rueda, S., Mitra, S., Chen, S., Gogolishvili, D., Globerman, J., Chambers, L., ... Rourke, S. B. (2016). Examining the associations between HIVrelated stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: A series of metaanalyses. *BMJ Open*, 6(7), e011453. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011453>
- Rungsitanont, S., LamUbol, A., Vacharotayangul, P., & Sappayatosok, K. (2013). Thai dental practitioners' knowledge and attitudes regarding patients with HIV. *Journal of Dental Education*, 77(9), 1202–1208. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2013.77.9.tb05593.x>
- Samji, H., Cescon, A., Hogg, R. S., Modur, S. P., Althoff, K. N., Buchacz, K., ... Gange, S. J. (2013). Closing the gap: Increases in life expectancy among treated HIVpositive individuals in the United States and Canada. *PLOS ONE*, 8(12), e81355. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0081355>
- Santella, A. J., Tran, A., Flores, D., & Foran, L. (2025). Beyond clean teeth: The role of dentists and dental hygienists in ending the HIV epidemic. *Health Promotion Practice*. <https://doi.org/10.1177/15248399251366353>

Sayles, J. N., Wong, M. D., Kinsler, J. J., Martins, D., & Cunningham, W. E. (2009). The association of stigma with selfreported access to medical care and ART adherence in persons living with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine*, 24(10), 1101–1108. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-1068-8>

Scheerder, G., Van den Eynde, S., Reyntiens, P., ... Dewaele, A. (2021). Quality of life in people living with HIV: An exploratory crosssectional survey in Belgium. *AIDS Education & Prevention*, 33(3), 249–264. <https://doi.org/10.1521/aeap.2021.33.3.249>

Seacat, J. D., & Inglehart, M. R. (2003). Education about treating patients with HIV infections/AIDS: The student perspective. *Journal of Dental Education*, 67(6), 630–640. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2003.67.6.tb03663.x>

Sears, B., Cooper, C., Younai, F. S., & Donohoe, T. (2012). HIV discrimination in dental care: Results of a testing study in Los Angeles County. *Loyola of Los Angeles Law Review*, 45(3), 909–958. (Pas de DOI)

Sahinoğlu, M. S., Kandemir, F. Ö., Alkan, S., Evik, G., & TürkegünSengül, M. (2024). Evaluation of quality of life, anxiety and depression in people living with HIV. *Mediterranean Journal of Infection, Microbes and Antimicrobials*, 13(1), 19. <https://doi.org/10.4274/mjima.gale-nos.2024.23078.19>

Stelzle, D., Tanaka, L. F., Lee, K. K., Ibrahim Khalil, A., Baussano, I., Shah, A. S. V., ... Wild, C. P. (2021). Estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV. *The Lancet Global Health*, 9(2), e161–e169. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30459-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30459-9)

Troncoso, A. (2012). Making darkness visible: Breaking the silence on HIV travel restrictions. *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine*, 2(10), 757–758. [https://doi.org/10.1016/S2221-1691\(12\)60224-X](https://doi.org/10.1016/S2221-1691(12)60224-X)

Tun, W., Pulerwitz, J., Shoyemi, E., Fernandez, A., Adeniran, A., Ejiogu, F., ... Adedimeji, A. A. (2022). A qualitative study of how stigma influences HIV services for transgender men and women in Nigeria. *Journal of the International AIDS Society*, 25(S1), e25933. <https://doi.org/10.1002/jia2.25933>

Turan, B., Budhwani, H., Fazeli, P. L., Browning, W. R., Raper, J. L., Mugavero, M. J., & Turan, J. M. (2017). How does stigma affect people living with HIV? The mediating roles of internalized and anticipated HIV stigma. *AIDS and Behavior*, 21(1), 283–291. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1451-5>

Turan, B., Hatcher, A. M., Weiser, S. D., Johnson, M. O., Rice, W. S., & Turan, J. M. (2017). Framing mechanisms linking HIVrelated stigma, adherence to treatment, and health outcomes. *American Journal of Public Health*, 107(6), 863–869. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.303744>

Tuana, N. (2006). The epistemology of ignorance. *Hypatia*, 21(3), 1–19.

UNAIDS. (2022). *In Danger: Global AIDS Update 2022*. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2022/in-danger-global-aids-update>

Venable, P. A., Carey, M. P., Blair, D. C., & Littlewood, R. A. (2006). Impact of HIVrelated stigma on health behaviors and psychological adjustment among HIVpositive men and women. *AIDS and Behavior*, 10(5), 473–482. <https://doi.org/10.1007/s10461-006-9099-1>

Vaughan, E., & Koltó, A. (2025). Drivers and facilitators of HIVrelated stigma in healthcare settings in Ireland. *AIDS and Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10461-024-04489-7>

Warning Bruxelles (ASBL). (2012). *Campagne de lutte contre la sérophobie – Mr HIV*.

Wandeler, G., Johnson, L. F., & Egger, M. (2016). Trend in life expectancy of HIVpositive adults on antiretroviral therapy across the globe: Comparisons with general population. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 11(5), 492–500. <https://doi.org/10.1097/COH.0000000000000298>

Weber, A. Z., et al. (2024). A qualitative analysis of birth experiences from women living with HIV in South Africa. *Reproductive Health*, 21, 118. <https://doi.org/10.1186/s12978-024-01881-3>

WHO. (2021). *Guideline for screening and treatment of cervical precancer lesions for cervical cancer prevention*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030961>

Yvon, S., Béliard, A., Blum, L., Bachelard, A., Ghosn, J., Khuong, M.-A., Le Gac, S., Loste, L., & Villemant, A. (2023). Le VIH au long cours : voilements et dévoilements à l'épreuve du temps. *Sciences sociales et santé*, 41(3), 37–62. <https://doi.org/10.1684/sss.2023.0254>

ANNEXES

Annexe A : Expériences et impacts des discriminations médicales envers les personnes vivant avec

le VIH

Annexe B : Analyse qualitative de l'expérience des testeur·euses post-testing

Annexe C : questionnaire enquête PVVIH

Annexe D : grille testing téléphonique

ANNEXE A : *Routines de sérophobie. Expériences et impacts des discriminations médicales envers les personnes vivant avec le VIH*

L'analyse des entretiens semi-directifs menés auprès de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ayant participé à l'enquête par questionnaire met en lumière un ensemble de discriminations médicales profondément enracinées, que les avancées biomédicales n'ont pas pleinement réussi à dissiper. Les récits montrent que, malgré la normalisation du traitement et l'indétectabilité, persistent dans les pratiques professionnelles des représentations obsolètes, des peurs résiduelles et des routines héritées de la première ère du sida. Contrairement à l'annexe suivante (*annexe B*), fondée sur des tests téléphoniques simulant des situations de discrimination, cette annexe s'attache aux expériences vécues, incorporées, accumulées dans les corps, les trajectoires biographiques et les relations prolongées avec les institutions de santé. Il ne s'agit pas ici d'un dispositif expérimental, mais du quotidien de patient·es qui doivent composer, parfois pendant des années, avec les gestes, les réactions et les interprétations des professionnel·les rencontré·es.

L'ensemble du matériau recueilli révèle ainsi un double phénomène. D'un côté, une continuité historique : les personnes diagnostiquées depuis longtemps se souviennent d'un système médical où la peur du VIH s'exprimait ouvertement, à travers des refus explicites ou des attitudes hostiles. De l'autre, une transformation contemporaine : les discriminations se manifestent aujourd'hui de manière plus feutrée, au travers de micro-gestes, d'hésitations, de « précautions supplémentaires », de silences éloquents ou de questions intrusives révélant une suspicion persistante. Ces nouvelles formes, moins frontales mais tout aussi performatives, traduisent la persistance d'un stigmate socialement actif.

Ce qui distingue l'annexe A de l'annexe B est donc la dimension incarnée, cumulative et durable de ces discriminations. Les personnes ne testent pas le système : elles y vivent, s'y adaptent, s'en protègent ou s'en détournent. Leur rapport au soin est façonné par des années de vigilance, de prudence, de travail émotionnel et de négociation entre le besoin de se faire soigner et la crainte d'être humilié·e. La sérophobie contemporaine apparaît ainsi non comme un ensemble d'actes isolés, mais comme un climat interactionnel où chaque geste peut raviver une peur ancienne ou signaler que le corps séropositif reste perçu comme un objet de précaution.

L'objectif de cette annexe est d'examiner trois niveaux de ces expériences : l'interaction clinique elle-même ; les structures organisationnelles qui encadrent les pratiques quotidiennes ; et les effets psychiques, sociaux et biographiques produits par ces discriminations. À travers ces dimensions, il s'agit de comprendre comment la sérophobie dans le domaine médical, loin d'avoir disparu, s'est transformée en un ensemble de routines souvent invisibles mais profondément performatives et à même d'être analysées sous un prisme intersectionnel.

L'annonce du statut VIH : un espace de bascule et de requalification sociale

L'analyse des entretiens montre que l'annonce du statut sérologique constitue, pour toutes les per-

sonnes interrogées, un moment de rupture où la relation de soin se reconfigure instantanément. Loin d'être un acte purement informatif, ce dévoilement expose, fragilise et redistribue les positions au sein de l'interaction clinique. En une phrase, le·la patient·e cesse d'être un·e usager·ère ordinaire pour devenir un corps perçu comme potentiellement dangereux, un sujet à gérer, à surveiller ou à interroger. Le VIH agit ainsi comme un « opérateur symbolique » (Parker & Aggleton, 2007), redéfinissant les gestes, les regards et le ton de la consultation.

Dans les récits, ce basculement se manifeste d'abord à travers des micro-réactions corporelles, souvent imperceptibles mais immédiatement lisibles pour les personnes concernées. Lucie, femme cisgenre de 28 ans, décrit une consultation dentaire où, au moment de l'annonce, la praticienne « referme son corps », adopte une voix plus sèche et réorganise les instruments comme si une menace invisible venait d'être introduite. Amara, femme cisgenre d'environ 55 ans, rapporte qu'un médecin généraliste retire brusquement sa main en apprenant son statut, avant d'enchaîner sur une série de questions intrusives sans rapport avec la consultation. De son côté, François, homme cisgenre de 48 ans, évoque une dermatologue qui interrompt soudain l'échange revenant ensuite avec une attitude ostensiblement distante. Ces réactions, bien que minimales, produisent une fracture interactionnelle profonde.

Lucie rapporte une scène qui illustre une autre modalité de ce basculement : lors d'une consultation pré-anesthésique, l'anesthésiste « bugue » en apprenant qu'elle prend un traitement pour le VIH. Après un silence prolongé, il lui demande : « Vous êtes sûre ? », comme si elle pouvait se tromper sur sa propre séropositivité ou comme si l'information était trop « extraordinaire » pour être immédiatement crédible. Pour Lucie, ce doute manifeste représente une agression symbolique majeure — « un coup de couteau dans le ventre », dit-elle. Aucune discrimination explicite n'a lieu : pas de report ni de refus de soin. Mais l'interaction bascule brutalement, produisant un choc affectif durable. Cet épisode montre que la sérophobie contemporaine passe souvent par la disqualification de la parole du·de la patient·e plutôt que par des gestes frontaux. Ce doute systématique, sans fondement médical, correspond à une sorte de *psychophobie* ou de *sanisme* sérologiques (Herek, 2014) : la présomption que la personne vivant avec le VIH serait moins crédible, potentiellement dangereuse ou incapable d'évaluer correctement sa propre santé. Ici, ce n'est pas un risque clinique réel qui structure l'interaction mais un préjugé sur la capacité de la patiente à dire vrai.

À ces expériences s'ajoute le témoignage de Julie, femme cisgenre de 74 ans, qui raconte une scène similaire lors de sa première consultation dans un cabinet dentaire. Dès qu'elle annonce vivre avec le VIH depuis quarante ans, le praticien change d'attitude : il adopte un ton sec, consulte rapidement la radio panoramique, puis déclare que son problème relève d'une spécialisation et qu'elle doit consulter ailleurs. Avant même de la laisser réagir, il ajoute qu'elle devra impérativement « signaler son statut » à la prise de rendez-vous pour être placée « en fin de journée, afin de parer aux risques de contamination virale ». En conclusion, visiblement agacé, il lance : « Vous imaginez qu'il y ait une inspection du service d'hygiène ? ». Julie quitte la consultation avec un mélange

d’humiliation et de colère, ayant compris que ce changement soudain de posture était directement lié à l’énonciation de son statut.

Ces gestes traduisent ce qu’on pourrait traiter de « savoir coupable » (Hughes, 1958 ; Herek, 1999) : l’énonciation du VIH active un imaginaire de danger biologique, hérité des débuts de l’épidémie, où le risque est perçu comme exceptionnel malgré les connaissances médicales contemporaines. Le·la patient·e devient symboliquement chargé·e ; l’identité sociale est requalifiée : ce moment peut être considéré comme le passage d’un stigmate latent à un stigmate actualisé (Goffman, 1963), où la « différence » cesse d’être invisible et restructure immédiatement l’interaction. Plusieurs personnes disent d’ailleurs qu’elles « voient » la réaction dans les yeux de la personne soignante avant même qu’elle ne parle.

Ce basculement n’est pas seulement biomédical : il est aussi moral. Certain·es soignant·es posent des questions qui insinuent une responsabilité individuelle ou sexuelle —comme cette dermatologue demandant à François « comment on attrape ça », ou ce gynécologue évoquant implicitement l’irresponsabilité de Rosa, femme cisgenre dans la soixantaine, et de son partenaire. Ces remarques, formulées sur un mode pseudo-pédagogique ou paternaliste, actualisent la moralisation du VIH documentée par Hutchinson & Dhairyawan (2017). Les patient·es doivent alors non seulement s’expliquer, mais aussi légitimer leur dignité.

Parce qu’il déclenche ce type de réactions, le moment de l’annonce est anticipé avec appréhension. Les personnes vivant avec le VIH décrivent un « travail d’anticipation » avant chaque nouvelle consultation : choisir le moment adéquat pour parler, jauger la réceptivité du professionnel, surveiller les signaux corporels, minimiser l’émotion. Cette vigilance renvoie au *stigma anticipé* (Earnshaw & Chaudoir, 2009 ; Reinius et al., 2018), où la menace d’une réaction négative devient une contrainte constante qui précède tout contact médical. Lucie parle d’une « suspension du souffle » ; Michel, homme cisgenre dans la soixantaine, dit qu’il « lit le visage du soignant en une seconde ». Les années passant, ce rituel devient un réflexe incorporé. Élodie, femme cisgenre d’environ 70 ans, exprime du reste une tendance à excuser la soignante — « je comprends qu’elle a peur » — illustrant une forme d’internalisation du stigmate, décrite par Mahajan et al. (2008) comme un déplacement de la responsabilité vers soi, malgré une discrimination manifeste.

L’annonce du statut VIH apparaît ainsi comme l’une des scènes les plus révélatrices de la sérophobie contemporaine : elle condense l’héritage affectif de la crise des années 1980–1990, l’ignorance biomédicale persistante, les hiérarchies morales et les asymétries structurelles du champ médical. Elle inaugure souvent une relation de soin fragilisée, où les patient·es doivent composer avec une attente constante de justification, de pédagogie ou de rectification. La parole qui dévoile la séropositivité n’informe pas seulement : elle requalifie, reclasse et redéploie les rapports de pouvoir au sein de l’espace clinique.

Discriminations dans les pratiques de soin : gestes techniques, contournements et violences feutrées

Les entretiens montrent que les discriminations rencontrées par les PVVIH ne se manifestent que rarement sous la forme de refus explicites. Elles apparaissent plutôt dans la matérialité des interactions cliniques, à travers des gestes techniques modulés par la peur, des ajustements organisationnels qui masquent l'évitement, ou des attitudes feutrées qui altèrent subtilement la relation thérapeutique. Ces formes diffuses, rarement verbalisées, constituent une part importante de l'expérience vécue de la sérophobie médicale.

Élodie illustre bien ce phénomène lorsqu'elle raconte qu'une infirmière, en apprenant son statut, modifie sa posture, enfile deux paires de gants en disant qu'elle « préfère être prudente ». De même, François évoque un dentiste qui interrompt l'examen quelques minutes avant de revenir avec une rigidité nouvelle, comme si l'annonce du VIH avait réorganisé l'ensemble du protocole. Ces gestes, insignifiants pour un·e observateur·trice extérieur·e, produisent pour les patient·es une mise à distance immédiate, révélatrice de la persistance d'un imaginaire anxiogène. Ces discriminations s'expriment également dans l'organisation même des soins. Rosa se voit ainsi suggérer de consulter ailleurs, dans un service « habitué à ce genre de situation ». Sous couvert de rationalité technique, ces pratiques instaurent un tri silencieux : elles signifient que la présence du·de la patient·e vivant avec le VIH dérange l'ordre ordinaire du cabinet. Cette dynamique repose largement sur une circulation interne du non-savoir médical. Plusieurs récits montrent que les réactions discriminatoires ne proviennent pas d'une hostilité explicite, mais d'un déficit massif de connaissances actualisées sur l'indétectabilité et les modes contemporains de transmission. Sonia, femme cisgenre d'environ 60 ans, rapporte qu'un médecin lui rappelle de « faire attention » car le VIH resterait « très contagieux » ; Lucie raconte qu'un gynécologue lui demande si elle prévoit de « prévenir tous ses partenaires », question fondée sur un imaginaire biomédical obsolète. Ces interactions relèvent des dynamiques décrites par Race (2009) : la pharmacopolitique de la sexualité, où les corps traités deviennent l'objet d'un contrôle moral renouvelé. Persson (2013) montre que, dans les relations sérodiscordantes, les PVVIH sont placés sous un régime d'hyper-vigilance, où leur sexualité est anticipée, scrutée ou suspectée. Dans les consultations de Lucie, cette moralisation apparaît lorsque le professionnel médical s'autorise à évaluer ou interroger leur conduite sexuelle au nom d'un « risque » scientifiquement infondé.

Ces pratiques ne sont pourtant pas distribuées uniformément selon les secteurs de soin. Élodie insiste du reste sur le fait qu'elle ne rencontre pas ce type de comportements à l'hôpital public, mais dans les cabinets privés. Cette distinction met en évidence la manière dont les institutions dotées de protocoles explicites et de formations régulières tendent à offrir un espace plus sécurisé que les pratiques individuelles isolées des cabinets libéraux. La discrimination se manifeste ainsi moins comme un phénomène uniforme que comme une vulnérabilité différentielle selon les contextes organisationnels.

Les gestes techniques constituent un autre terrain privilégié de cette mise à distance. Michel évoque un médecin qui recule légèrement sa chaise en début de consultation, puis maintient une distance

inhabituelle tout au long de l'examen. Ces micro-actions, si souvent répétées qu'elles deviennent routinières, fonctionnent comme des microagressions (Sue et al., 2007) : une violence faible mais cumulative, inscrite dans les réflexes professionnels. Dans le parcours de Lucie, la sérophobie s'articule à une disqualification genrée des douleurs corporelles. Souffrant d'endométriose sévère, elle relate que sa gynécologue minimise ses symptômes en affirmant que « c'est la mode de l'endométriose », et tarde la prescription d'antalgiques malgré des douleurs incapacitantes. Ce type de *gaslighting médical* correspond aux analyses de Samulowitz et al. (2018) sur le traitement différentiel de la douleur des femmes, régulièrement décrite comme exagérée ou psychologisée. En ramenant une pathologie avérée à une tendance sociale, la praticienne reproduit une hiérarchisation des souffrances dans le cadre d'une *économie morale des corps* (Fassin, 2000 ; Fassin & Eidelman, 2014). Lorsque cette disqualification s'ajoute au stigmate VIH, elle produit une forme de violence feutrée cumulative (Mol, 2002), où la crédibilité de la patiente est simultanément sapée sur deux registres distincts.

Certaines formes de discrimination se présentent sous le masque de la pédagogie. Élodie raconte qu'un médecin lui demande si elle « comprend vraiment les risques qu'elle fait courir aux autres », alors même qu'elle est indétectable depuis des années. D'autres témoignent de remarques visant à « rappeler les bases » de la transmission, comme si la séropositivité attestait d'un manque de responsabilité ou de connaissances. Ces paroles produisent une double violence : elles suggèrent que la personne est fautive, tout en déplaçant la consultation sur un registre moral, où le·la patient·e doit se justifier plutôt que recevoir un soin. Elles illustrent la persistance d'un mépris implicite largement documenté dans la littérature sur la moralisation du VIH.

L'ensemble de ces pratiques révèle une dynamique plus large : la discrimination s'exerce moins à travers des refus formalisés qu'à travers des ajustements discrets, souvent dissimulés derrière des justifications techniques. Elle se déploie dans les gestes, les silences, les hésitations, dans la manière dont un instrument est saisi ou dont un rendez-vous est déplacé. Ces mécanismes, parce qu'ils sont faiblement intentionnels mais solidement routinisés, sont particulièrement difficiles à contester : ils demeurent à la frontière du visible, tout en ayant un impact profond sur la dignité et le vécu des personnes concernées.

Les entretiens montrent que, bien au-delà du moment de l'annonce du statut VIH, les discriminations s'inscrivent dans les gestes, les routines et les interactions les plus ordinaires du soin. Il ne s'agit pas d'épisodes isolés, mais d'un ensemble de manifestations discrètes — des hésitations, des reculs imperceptibles, des procédures excessives — qui, prises ensemble, donnent forme à un environnement de mise à distance. Les patient·es l'identifient immédiatement, car il se répète dans différents cabinets et à différents moments de leurs parcours. Amara évoque une médecin qui saisit son stylo avec une retenue manifeste, comme si l'objet lui-même représentait un risque. Ces micro-gestes — infimes mais perceptibles — forment ce que Link & Phelan (2001) décriraient comme des opérations de distinction, c'est-à-dire des pratiques à travers lesquelles un stigmate

social est subtilement matérialisé dans l’interaction. Pour les personnes concernées, ces signaux ne sont jamais anodins : ils indiquent que la consultation ne se déroule plus sur un pied d’égalité.

L’hyper-précaution constitue l’une des manifestations les plus visibles de ces routines. Samir, homme cisgenre d’environ 45 ans, raconte qu’une infirmière refuse de réaliser une prise de sang sous prétexte qu’elle « n’est pas habilitée ». François, lui, décrit un service où les gants sont changés à chaque geste et où son dossier est manipulé séparément des autres. Ces pratiques s’inscrivent dans ce que Scambler (2009) nomme, en tant que partie inhérente de la *violence structurelle* (Galtung, 1969), la *stigmatisation structurelle* : un ensemble de comportements intégrés qui, sous couvert de prudence, reproduisent un imaginaire dépassé du danger. Elles ne correspondent pas aux recommandations cliniques actuelles, mais à des habitudes construites au fil du temps.

D’autres discriminations prennent la forme de renvois déguisés, présentés comme des nécessités techniques. Michel rapporte qu’un chirurgien, après avoir appris son statut, insiste soudain sur les « précautions trop complexes » liées à l’intervention ; Élodie entend qu’un cabinet « n’est pas équipé » pour un acte pourtant courant. Ces stratégies relèvent de ce que Philbin et al. (2023) appellent des *discriminations procédurales* : le refus n’est jamais explicite, mais il est opéré par l’usage de règles, de protocoles ou de détours administratifs qui légitiment un renvoi. Le cas de Julie, déjà évoqué plus haut, s’inscrit précisément dans cette logique de renvoi déguisé. Il montre comment la mise à distance est souvent articulée à des injonctions procédurales — être placée « en fin de journée », signaler son statut à l’accueil, modifier le parcours de prise en charge — qui transforment une interaction apparemment administrative en exclusion subtile. Ce qui fait la force analytique de cet exemple n’est pas la scène elle-même, mais la façon dont il révèle la capacité des professionnel·les à mobiliser des arguments d’organisation pour justifier la séparation des patient·es vivant avec le VIH des autres patient·es. Ainsi, Julie n’est plus seulement une patiente « réorientée » : elle devient le support d’un protocole improvisé qui construit le VIH comme risque organisationnel plutôt que clinique.

Le parcours de Sonia illustre aussi comment les institutions médicales redirigent les patient·es de manière répétée sans assumer explicitement un refus. Après plusieurs tentatives pour obtenir un rendez-vous en médecine générale, elle explique que les secrétariats lui demandaient systématiquement des documents administratifs supplémentaires ou l’invitaient à « revenir quand sa situation sera clarifiée ». À l’hôpital, un médecin lui suggère d’aller « dans un centre spécialisé », sans lui fournir de raison clinique précise. Ces renvois successifs, présentés comme des contraintes administratives, ont pour effet de retarder l’accès aux soins et de communiquer implicitement que sa présence dérange ou complique l’organisation du service.

Les effets psychiques et pratiques de ces expériences répétées sont significatifs. Plusieurs participant·es évoquent une fatigue persistante, liée au besoin constant d’anticiper la réaction des soignant·es, d’expliquer leur situation ou de rectifier des informations erronées. « J’ai l’impression de faire un exposé à chaque consultation », dit Élodie. Pour certain·es, cette lassitude se traduit

par l'évitement volontaire de certains cabinets ou par l'espacement des rendez-vous, mettant parfois en péril le suivi médical. Ce n'est pas un désengagement, mais une stratégie de protection face à un environnement vécu comme incertain ou potentiellement humiliant. Par ailleurs, Lucie souligne que l'écoute des récits de discriminations vécues par d'autres participant·es a été un moment particulièrement affectant. Entendre des renvois, des refus implicites ou des humiliations situées dans des cabinets identifiés provoque chez elle tristesse et colère, mais aussi une prise de conscience politique. Ce processus correspond au « *vicarious stigma* » (stigmate honoraire, *cf. également annexe B*) défini par Earnshaw et al. (2013) et à ce que Jasper (2018) appelle les dynamiques émotionnelles de la politisation : la colère et l'indignation naissent de l'exposition répétée aux injustices vécues par autrui. L'expérience de recherche devient alors un espace de mobilisation affective — dans le sens où Hanisch (1970) l'entend — où la compréhension intime des épisodes discriminatoires renforce la volonté de s'engager et de dénoncer les mécanismes structurels qui les produisent.

Enfin, quelques expériences rappellent que ces rout ***Annexe B*** : Analyse qualitative de l'expérience des testeur·euses post-testing ines ne sont pas immuables. Amara raconte qu'une médecin, face à une incertitude, lui dit simplement : « Merci de me l'avoir dit, je préfère vérifier plutôt que mal faire. » Cette posture ouvre un espace où la relation peut se reconstruire sur la confiance plutôt que sur la suspicion. Ces moments montrent que la discrimination n'est pas le résultat d'intentions hostiles, mais celui de cultures professionnelles, d'habitudes incorporées et de non-savoirs, qui peuvent être transformés lorsque l'écoute et la réflexivité sont présentes.

Dimensions intersectionnelles de la sérophobie médicale

Les récits recueillis montrent que la sérophobie médicale ne se manifeste jamais de manière isolée. Elle s'entrecroise avec d'autres systèmes de domination, produisant des formes d'inégalités spécifiques selon la position sociale, raciale, migratoire, économique, générationnelle ou genrée des personnes. Ce que la théorie intersectionnelle discute depuis longtemps (Crenshaw, 1989 ; Bowleg, 2012) apparaît ici avec une acuité particulière : le stigmate lié au VIH se renforce lorsqu'il se superpose à d'autres vulnérabilités préexistantes, créant des zones de tension cumulatives dans les parcours de soin.

Pour Sonia, femme migrante, la stigmatisation s'exprime sous la forme d'un double régime : la séropositivité d'une part, et la suspicion administrative d'autre part. Elle raconte qu'à l'hôpital, une employée vérifie plusieurs fois ses documents, lui pose des questions indirectes sur son parcours migratoire, puis lui rappelle que « certaines situations compliquent la prise en charge ». Aucun propos stigmatisant n'est formulé explicitement, mais Sonia comprend que son statut sérologique, associé à son statut administratif, déclenche un processus de tri silencieux. Beatrix Hoffman analyse depuis des années ces *logiques frontiérisées* de l'accès aux soins comme une gestion médicale où les marqueurs migratoires conditionnent l'accès effectif aux soins et où la séropositivité devient un facteur aggravant plutôt qu'un simple paramètre clinique. Sonia décrit à ce propos un parcours

marqué par l'articulation entre précarité administrative et sérophobie : lors de démarches au CPAS, la travailleuse sociale lui rappelle que « certaines situations compliquent l'accès aux soins », tout en lui conseillant de « régulariser avant de chercher un médecin de famille ». Sonia comprend alors que son statut sérologique, combiné à sa situation migratoire, sert de justification implicite pour retarder ou éviter sa prise en charge. Elle dit avoir eu « l'impression d'être un dossier avant d'être une patiente », ce qui l'a conduite à espacer les consultations et à éviter certaines institutions.

Pour Samir, homme migrant également, les effets de la sérophobie se combinent avec des formes de racisme médical ordinaire. Il raconte qu'un médecin lui demande s'il « comprend bien le traitement », d'un ton qui suggère une incapacité supposée liée à son origine. Lors d'une autre consultation, une infirmière lui parle lentement, comme si son accent impliquait une compréhension déficiente. Ces expériences rejoignent les analyses de Metzl et Roberts (2014), qui montrent comment les corps racisés sont souvent perçus comme moins crédibles ou potentiellement non conformes aux normes médicales, ce qui intensifie le stigmate associé au VIH.

Les femmes interrogées, notamment Lucie et Rosa, montrent comment les logiques de genre se mêlent à la sérophobie pour donner lieu à des injonctions implicites ou des jugements moralisateurs. Pour Lucie, l'expérience du soin est marquée par l'intersection entre deux formes de suspicion structurelle : celle qui pèse sur les patientes vivant avec le VIH, et celle qui entoure traditionnellement les douleurs gynécologiques. Crenshaw (1989) met l'accent sur le fait que l'intersectionnalité désigne non la somme mais la co-production des vulnérabilités ; en accord avec Bilge (2015), pour qui l'intersectionnalité ne peut être dissociée de l'analyse du racisme structurel, et avec Chauvin & Jaunait (2015), qui rappellent que l'intersectionnalité désigne la co-production de rapports de pouvoir spécifiques, le cas de Lucie doit donc être compris comme un croisement de vulnérabilités plutôt que comme une intersectionnalité à proprement parler, puisqu'en tant que femme blanche elle n'est pas située dans les dynamiques racialisées que ce cadre conceptuel vise prioritairement à saisir.

Ainsi, Lucie doit à la fois justifier sa douleur — souvent disqualifiée dans les pathologies féminines chroniques — et expliquer son indétectabilité à des professionnel·les insuffisamment formé·es. Ce double registre de justification éclaire la manière dont les systèmes biomédicaux, en arbitrant la crédibilité des patientes (Mol, 2002 ; Werner & Malterud, 2003), produisent eux-mêmes des inégalités. Le stigmate VIH n'opère donc pas isolément : il se renforce lorsqu'il rencontre un autre champ saturé d'ignorance et de suspicion, celui de la santé reproductive. De même, Lucie, du reste s'identifiant comme lesbienne, explique qu'un gynécologue lui demande si « le père est au courant », question qui transfère sur elle une responsabilité affective et morale qui dépasse largement l'examen médical. Rosa, mère de deux enfants, raconte qu'une sage-femme lui rappelle « les risques pour les bébés » alors que sa charge virale est indétectable depuis plusieurs années. Ce type de réaction correspond aux constats scientifiques sur la persistance des stéréotypes maternels, selon lesquels les femmes séropositives sont perçues comme devant justifier leur désir ou leur droit à la

maternité (Nguyen et al., 2024).

En revanche, chez Michel, homme gay vieillissant, le stigmate du VIH est renforcé par l'homophobie et l'âgisme. Il raconte qu'un médecin attribue systématiquement certains symptômes à son « mode de vie passé », expression qui réactive l'histoire morale associée au VIH dans les communautés LGBT. Michel évoque également un sentiment d'invisibilité dans les services hospitaliers, où l'on s'adresse à lui comme s'il était seul, sans partenaire, comme si la vieillesse annulait toute possibilité de vie relationnelle. Ces observations rejoignent les analyses d'Emlet (2007) sur le double stigmate vécu par les hommes gays vieillissants : marginalisation sexuelle et marginalisation liée au vieillissement VIH.

Ces différents registres d'oppression produisent des effets concrets. Lucie anticipe davantage la discrimination lorsqu'elle consulte en zone rurale. Sonia évite certaines institutions par peur de conséquences administratives. Samir adopte une posture d'hyper-explication pour contrer les préjugés ethnoraciaux. Michel restreint ses consultations aux soignant·es qu'il identifie comme « LG-BT-friendly ». Cette diversité de stratégies montre que la sérophobie n'est jamais une expérience uniforme : elle est modulée par la position sociale, qui détermine ce qui est perçu comme risqué, supportable ou accessible. Les discriminations ne s'ajoutent pas simplement : elles se renforcent mutuellement, produisant des parcours de soin profondément différenciés.

Par ailleurs, les discriminations médicales débordent le cabinet et façonnent les relations sociales : l'expérience d'hostilité exprimée par le beau-fils d'Elodie — qui ne voulait plus qu'elle reste à la maison de peur de la contamination — éclaire la manière dont les discriminations médicales renforcent la stigmatisation sociale. L'absence d'explication biomédicale correcte dans son environnement médical contribue à maintenir des peurs et représentations erronées dans son entourage. Cet effet d'amplification sociale montre que les discriminations soignantes ne sont pas séparables des discriminations familiales ou relationnelles : elles circulent, se renforcent et se légitiment mutuellement.

Ainsi, les expériences rapportées confirment que la stigmatisation liée au VIH doit être pensée comme un phénomène structurel indissociable des autres systèmes d'oppression. La sérophobie médicale s'exprime avec le plus de force dans les zones de recouvrement — genre, race, migration, classe, sexualité, âge — où s'articulent les représentations négatives liées au virus et les hiérarchies sociales plus larges. C'est dans ces intersections que se déploient les formes les plus durables, les plus insidieuses et les plus difficiles à contester de discrimination clinique.

Conclusion

L'ensemble des entretiens met en évidence une réalité nette : la sérophobie médicale ne relève ni d'incidents isolés, ni de comportements individuels déviants, mais d'un ensemble de mécanismes structurels, routiniers et souvent silencieux qui façonnent durablement les trajectoires de soin des personnes vivant avec le VIH. Les discriminations recensées prennent des formes multiples

– gestes de mise à distance, précautions injustifiées, soupçons moralisateurs, renvois déguisés, questionnements intrusifs – et persistent malgré les avancées biomédicales, la diffusion des connaissances sur l’indétectabilité et les transformations des politiques de santé publique. Elles s’inscrivent dans un héritage historique fait de peurs anciennes, de confusions encore actives et d’imaginaires biomédicaux partiellement dépassés, que les pratiques professionnelles continuent de reproduire de manière implicite.

Les effets de ces discriminations s’étendent bien au-delà de la scène clinique. Elles génèrent une vulnérabilité psychique cumulative, nourrie par l’anticipation constante du regard d’autrui, l’effort de justification, la crainte du jugement, la gestion de l’information et l’éventualité de devoir affronter, une fois encore, la méconnaissance ou la suspicion. Elles entraînent aussi des effets sociaux concrets : stratégies d’évitement, retrait du système de soins, fragmentation des liens sociaux, tensions familiales ou affectives, ou encore nécessité de s’appuyer sur des réseaux de soin informels. Ce travail permanent d’adaptation émotionnelle et pratiques illustre la manière dont la stigmatisation s’incorpore dans les corps et dans les biographies, devenant une dimension structurant les parcours de vie autant que la maladie elle-même.

Les expériences recueillies montrent enfin que la sérophobie médicale n’agit jamais seule. Elle se combine aux rapports de race, de classe, de genre, de migration ou de sexualité, produisant des formes spécifiques de vulnérabilité. Les récits d’Amara, Samir, Lucie, Rosa, Michel, François, Julie, Sonia et Élodie montrent comment les discriminations se renforcent lorsqu’elles s’inscrivent à l’intersection de plusieurs inégalités. Le VIH devient alors un prisme à travers lequel s’expriment, se réactivent ou se justifient d’autres stigmates sociaux, donnant lieu à des formes de tri, de suspicion ou de moralisation dont l’intensité varie selon la position sociale des personnes concernées. Comprendre la sérophobie médicale implique donc d’observer les dynamiques qui la traversent : la séropositivité n’est jamais reçue de la même manière selon qu’elle est associée au fait d’être une femme, migrante, racisée, précaire, queer ou âgée.

Pour autant, les entretiens témoignent aussi d’espaces de possibles. Certaines personnes développent des stratégies de protection qui leur permettent de maintenir un lien avec le système de santé ; certaines rencontres cliniques, lorsque la réflexivité professionnelle et la reconnaissance mutuelle sont présentes, ouvrent des espaces de réparation. Ces moments restent minoritaires, mais ils montrent que les pratiques ne sont pas immuables : elles dépendent des formations, des cultures d’établissement, des dispositions individuelles, mais aussi de la possibilité de dénaturaliser les routines héritées. La lutte contre la sérophobie médicale ne peut donc se limiter à corriger des comportements individuels ; elle nécessite d’interroger les organisations, les savoirs, les circulations d’ignorance, les modes de socialisation professionnelle et les inégalités structurelles qui façonnent les pratiques de soin.

Ainsi, cette annexe met en lumière un constat central : la sérophobie médicale n’a pas disparu, elle s’est transformée. Moins frontale qu’autrefois, elle demeure présente sous des formes feutrées,

administratives, interactionnelles ou morales, dont les effets n'en sont pas moins réels. Elle continue de peser sur les corps et sur les trajectoires, de limiter l'accès équitable aux soins, d'entretenir des inégalités sociales de santé et de rappeler que la lutte contre le VIH ne peut être dissociée de la lutte contre les stigmates qui l'accompagnent. Penser ces discriminations dans leur historicité, leur matérialité et leurs dimensions intersectionnelles constitue une étape indispensable pour envisager des pratiques de soin véritablement égalitaires, informées et émancipatrices.

Bibliographie

- Bowleg, L. (2012). The problem with the phrase women and minorities: Intersectionality—an important theoretical framework for public health. *American Journal of Public Health*, 102(7), 1267–1273.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139–167.
- Earnshaw, V. A., & Chaudoir, S. R. (2009). From conceptualizing to measuring HIV stigma: A review of HIV stigma mechanism measures. *AIDS and Behavior*, 13(6), 1160–1177.
- Emlet, C. A. (2007). Experiences of stigma in older adults living with HIV/AIDS: A mixed-methods analysis. *AIDS Patient Care and STDs*, 21(10), 740-752
- Fassin, D. (2000). Entre politiques de la vie et politiques du vivant. *Anthropologie et Sociétés*, 24(1), 95–116.
- Fassin, D., & Eidelman, J.-S. (dir.) (2014). *Économies morales contemporaines*. Paris : La Découverte.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.
- Hanisch, C. (1970). The personal is political. In *Notes from the Second Year: Women's Liberation* (pp. 76–78).
- Herek, G. M. (1999). AIDS and stigma. *American Behavioral Scientist*, 42(7), 1106–1116.
- Herek, G. M. (2014). HIV-related stigma. In P. W. Corrigan (Ed.), *The stigma of disease and disability: Understanding causes and overcoming injustices* (pp. 121–138). American Psychological Association.
- Hoffman, B. (2025). *Borders of Care: Immigrants, Migrants, and the Fight for Health Care in the United States*. Chicago : The University of Chicago Press.
- Hughes, E. C. (1958). « Licence et mandat ». Dans *Le Regard sociologique. Essais choisis*. Paris : Éditions de l'EHESS.
- Hutchinson, P., & Dhairyawan, R. (2017). Shame, stigma, HIV: Philosophical reflections. *Medical Humanities*, 43(4), 225–230
- Jasper, J. M. (2018). *The emotions of protest*. University of Chicago Press.
- Nguyen, L. T., Minh Giang, L., Nguyen, D. B., & Trang T. Nguyen, et al. (2024). Unraveling re-

productive and maternal health challenges of women living with HIV/AIDS in Vietnam: a qualitative study. *Reproductive Health*, 21, 34.

Link, B. G., & Phelan, J. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385.

Mahajan, A. P., Sayles, J. N., Patel, V. A., et al. (2008). Stigma in the HIV/AIDS epidemic: A review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS*, 22(S2), S67–S79.

Metzl, J. M., & Roberts, D. E. (2014). Structural competency meets structural racism: Race, medicine, and the future of health equity. *The Hastings Center Report*, 44(5), 10–20.

Mol, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. Duke University Press.

Parker, R., & Aggleton, P. (2007). HIV- and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Culture, Society and Sexuality* (1st éd.), Routledge.

Persson, A. (2013). Notes on the concepts of ‘serodiscordance’ and ‘risk’ in couples with mixed HIV status. *Global Public Health*, 8(2), 209–220

Philbin, M. M., Menza, T. W., Legrand, S. H., Muessig, K. E., & Hightow-Weidman, L. (2023). Structural-level racial-, sexual orientation-, and HIV-related discrimination and subsequent criminal justice involvement among young, Black, men who have sex with men in North Carolina. *Stigma and Health*, 8(2), 170–178

Race, K. (2009). *Pleasure consuming medicine: The queer politics of drugs*. Duke University Press.

Reinius, M., Wiklander, M., Wettergren, L., Svedhem, V., & Eriksson, L. E. (2018). The relationship between stigma and health-related quality of life in people living with HIV who have full access to antiretroviral treatment: An assessment of Earnshaw and Chaudoir’s HIV stigma framework using empirical data. *AIDS and Behavior*, 22(12), 3795–3806.

Samulowitz, A., Gremyr, I., Eriksson, E., & Hensing, G. (2018). “Brave men” and “emotional women”: A theory-guided literature review on gender bias in health care and the impact on pain. *Pain Research and Management*, 2018, 6358624.

Scambler, G. (2009). Health-related stigma. *Sociology of Health & Illness*, 31(3), 441–455.

Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A. M. B., Nadal, K. L., & Esquilin, M. (2007). Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice. *American Psychologist*, 62(4), 271–286.

Tuana, N. (2006). *The epistemology of ignorance: Agnotology and sexism*. Hypatia, 21(3), 1–19.

Werner, A., & Malterud, K. (2003). It is hard work behaving as a credible patient: Encounters between women with chronic pain and their doctors. *Social Science & Medicine*, 57(8), 1409–1419.

ANNEXE B. Analyse qualitative de l'expérience des testeur·euses post-testing

L'analyse des entretiens menés auprès des testeur·euses engagé·es dans le dispositif de testing téléphonique visant à documenter les discriminations sérophobes dans les cabinets dentaires¹ met en évidence la complexité psychosociale de ce type de démarche. Le testing ne se limite pas à révéler des pratiques discriminatoires de la part des professionnel·les ; il met aussi au jour les effets subjectifs produits par l'incarnation, même temporaire, d'une identité stigmatisée. Jouer le rôle d'une personne vivant avec le VIH apparaît ainsi comme une expérience profondément engageante, qui confronte à l'ignorance institutionnelle, réactive des scripts professionnels obsolètes et transforme durablement la manière dont les participant·es envisagent la sérophobie dans le champ des soins.

L'incarnation d'une personne vivant avec le VIH

Les testeur·euses expriment d'abord une forte appréhension en amont des appels. Lucas évoque la peur d'être « démasqué », de ne pas parvenir à maintenir la cohérence du script ou d'oublier des détails administratifs censés attester de son identité de patient fictif. Nadia parle d'une tension latente liée à l'incertitude des réactions des secrétaires – « on ne sait jamais comment ça va se passer ». Élise souligne quant à elle la difficulté intrinsèque à prononcer la phrase « je vis avec le VIH », rappelant que cet énoncé, même fictif, demeure chargé d'affects, d'histoire et de stigmate. Pour Lucas, cette appréhension se double d'un malaise lié au fait « d'endosser une identité qui n'est pas la sienne ». Il explique que se faire passer pour une personne vivant avec le VIH lui donne l'impression de s'approprier une identité minoritaire, comme s'il lui fallait « se faire passer pour un blanc » ou, inversement, « pour un noir avec un accent », analogies qu'il mobilise pour souligner l'inconfort intrinsèque de la démarche. Cette impression d'appropriation introduit une dimension éthique particulière : jouer le stigmate d'autrui rappelle les tensions rencontrées lorsque des personnes revendiquent des identités minoritaires pour obtenir un avantage ou contourner un dispositif. Même si Lucas précise que le testing relève d'une démarche légitime et politiquement justifiée, il n'en demeure pas moins que cette posture le place dans une zone de « dissonance identitaire » (Demazière, 2007). Nadia décrit également une forme d'appréhension spécifique : non pas une peur diffuse, mais la crainte que « la manière de dire que je vis avec le VIH influence la personne qui est au téléphone ». Elle redoutait d'être « grillée », que le professionnel comprenne qu'il y a « un problème », ce qui renforce l'idée que la divulgation du statut est un acte interactif hautement sensible qui peut redéfinir l'ordre de l'échange.

1 Dans le cadre de cette annexe, seuls les entretiens réalisés avec les testeur·euses déjà membres de l'équipe de la Plateforme Prévention Sida ont été mobilisés. Ce choix repose sur une raison méthodologique précise : ces personnes étaient déjà familiarisées avec les enjeux liés au VIH, aux réalités vécues par les PVVIH et aux logiques de stigmatisation dans les soins. Pour rappel, l'équipe de testeur·euses réunissait à la fois des employé·es de la Plateforme et des personnes recrutées via les réseaux communautaires ou informels des coordinateur·ices de l'enquête. Tous et toutes n'avaient donc pas le même degré de familiarité avec ces questions, bien que la majorité soient séronégatives. Une formation de deux heures, dispensée par Yagos Koliopanos et Claire Delhove, avait été conçue pour harmoniser les connaissances et préparer l'ensemble des participant·es au protocole du testing. Néanmoins, les testeur·euses issu·es directement de l'équipe disposaient d'une expérience préalable plus solide concernant les réalités de la sérophobie et les interactions dans le champ du VIH, ce qui leur permettait d'offrir une analyse plus dense, réflexive et contextualisée de leur vécu pendant le testing. C'est pour cette raison que leurs entretiens constituent la base principale de l'analyse présentée ici.

Ces descriptions renvoient directement au travail émotionnel décrit par Arlie Hochschild (1983) : les participant·es doivent ajuster voix, posture et réactivité pour endosser une identité socialement dévaluée et gérer les émotions suscitées par cette performance. Elles rejoignent également l'analyse goffmanienne de la gestion de l'information discréditable : annoncer un statut sérologique revient à mettre en circulation une information susceptible de reconfigurer brutalement la définition de la situation (Goffman, 1963). Même lorsque les testeur·euses ne vivent pas avec le VIH, le simple fait d'énoncer ce statut les place dans une position d'exposition potentielle au jugement, à la désapprobation, voire au rejet – une position qu'ils et elles ne connaissent habituellement pas, ou pas pour les mêmes raisons. Ils et elles accèdent ainsi temporairement à ce que Goffman qualifie de « stigmate honoraire » : la situation dans laquelle des personnes non concernées incarnent, par le jeu ou par la proximité, les effets du stigmate attaché à une catégorie sociale. Le stigmate « colle » symboliquement à l'individu qui en prend momentanément la place, produisant un ressenti proche, bien que partiel, de celui vécu par les personnes réellement stigmatisées. L'expérience du testing fonctionne dès lors comme un espace liminal où les participant·es entrent concrètement en contact avec la vulnérabilité attachée au stigmate. Lucas souligne d'ailleurs qu'avant le testing, il avait tendance à « minimiser » la gravité de la stigmatisation : il en connaissait l'existence par les témoignages, mais ne la comprenait pas réellement. « Tant que tu ne le vis pas, tu ne réalises pas la gravité », explique-t-il. Le testing agit ainsi comme un révélateur : il transforme une connaissance abstraite en compréhension incarnée, comparable à la différence entre lire des récits de racisme et en faire l'expérience directe.

Cette vulnérabilité se cristallise dans un moment-clé de quasiment tous les appels : celui où la·le secrétaire suspend la conversation pour « aller demander au dentiste ». Ce micro-événement apparemment banal est vécu comme une rupture dans l'ordre interactionnel. La conversation cesse d'être un échange réciproque pour se transformer en procédure ; le·la « patient·e » n'est plus un interlocuteur, mais un dossier en attente de décision. Lucas dit ressentir alors un « malaise », une forme d'abaissement symbolique dans cette attente silencieuse ; Élise parle d'un « flottement » où elle se sent « en sursis ». Nadia insiste sur un autre moment particulièrement déstabilisant : le « deuxième temps », lorsqu'un cabinet rappelle plus tard pour annoncer un report en fin de journée alors que l'appel initial s'était bien passé. Elle dit avoir été « étonnée » par cette temporalité différée, cette discrimination qui se produit hors interaction, après coup, révélant les délibérations internes du cabinet. Ce décalage temporel constitue une forme de violence symbolique supplémentaire, car il transforme un échange apparemment neutre en refus différé, opaque et difficilement contestable. Dans ces moments suspendus, les testeur·euses expérimentent la vulnérabilité fondamentale des personnes vivant avec le VIH : être placé·es dans un espace d'incertitude où l'accès au soin dépend d'une décision prise ailleurs, hors de leur présence. L'individu ne parle plus, on parle de lui. Cette dissociation entre le « moi qui parle » et le « moi dont on parle » renvoie à une forme de violence symbolique au sens de Bourdieu, où la personne est assignée à une position diminuée au sein de la relation de soin.

Les secrétaires, en tant que *gatekeepers*, apparaissent ainsi comme des vecteurs centraux du pouvoir d'inclusion ou d'exclusion. Nadia décrit très explicitement l'impression d'« attendre un verdict ». Cette formule condense l'effet cumulatif de micro-violences qui ne relèvent pas d'une hostilité frontale, mais d'une mise à distance diffuse et routinisée. La discrimination ne se manifeste pas seulement dans des refus explicites ; elle se loge dans les silences, les hésitations, les délais imposés, la nécessité de « vérifier » avec le·la dentiste. Ce mécanisme correspond à la stigmatisation institutionnelle silencieuse décrite par Hatzenbuehler et Link : des décisions différencierées sont prises sans que le stigmate soit jamais nommé, à travers une chaîne de délégations qui dilue les responsabilités (Hatzenbuehler & Link, 2014). Lucas insiste également sur la responsabilité des secrétaires en tant que premier·ères professionnel·les du contact : pour lui, ils·elles sont bel et bien des professionnel·les de santé, et leur accueil conditionne le sentiment de sécurité. Il explique qu'un·e secrétaire ignorant·e ou froid·e « ne donne pas envie d'aller au rendez-vous » et génère de l'angoisse : si le premier contact est hostile ou maladroit, le·la patient·e se sent d'emblée en danger.

Cette expérience n'est pas seulement un exercice d'observation : elle produit un apprentissage sensible, qui « change la perception » et renforce la compréhension empathique de ce que vivent les personnes séropositives. C'est pourquoi Lucas estime qu'il n'est pas nécessaire que les tesseur·euses soient elles-mêmes séropositifs·ves : selon lui, l'intérêt du dispositif réside aussi dans sa capacité à susciter de l'empathie, et à permettre à des personnes non concernées de saisir de manière incarnée une réalité qu'elles ne vivraient jamais autrement.

La persistance des pratiques discriminatoires

Pour Élise également, certains schémas interactionnels revenaient de manière récurrente au fil des appels. Elle souligne que plusieurs secrétaires semblaient « ne pas être en confiance », suspendant l'appel pour vérifier auprès du·de la dentiste avant de rappeler, ce qui installait d'emblée un climat d'incertitude. Elle note toutefois que d'autres réactions allaient dans le sens inverse : certain·es secrétaires affirmaient immédiatement qu'« il n'y a aucun souci », indiquant que la séropositivité du·de la patient·e fictif·ve ne changeait « rien dans la manière de faire ». Cette alternance entre hésitations institutionnelles et réponses pleinement inclusives illustre, pour elle, la coexistence de pratiques discriminatoires routinisées et de gestes professionnels réellement égalitaires. Elle rapporte toutefois un épisode plus marquant : un dentiste qui insistait lourdement sur la nécessité d'une « désinfection beaucoup plus approfondie », malgré ses explications sur l'indétectabilité et le principe « I = I ».

Selon Elise, cette insistance révélait un imaginaire professionnel ancré, presque un « faux protocole » que le praticien croyait devoir suivre. Elle note également l'injustice de la situation : le dentiste voulait absolument maintenir un rendez-vous discriminatoire, de sorte que c'était à elle — en tant que patiente fictive — d'en assumer l'annulation. Ce cas illustre, selon elle, une forme d'acharnement procédural où la discrimination se présente comme une exigence technique et non comme un choix. Pour Élise, ces pratiques traduisent plus largement un manque d'informations « basiques »

parmi les professionnel·les de santé : elle dit avoir été frappée de constater que, « malgré le fait que ça fait des années que I = I », nombre de praticien·nes semblaient ignorer des connaissances fondamentales. Elle y voit en partie un effet générationnel : selon elle, les professionnel·les plus âgé·es, formé·es avant la diffusion des données actuelles, n'ont pas intégré ces évolutions, ce qui nourrit la persistance de protocoles obsolètes et de peurs irrationnelles. Cette impression est pleinement partagée par Nadia, qui explique que cette expérience a modifié sa perception des dentistes précisément parce qu'elle s'attendait à davantage de connaissances et de questions de leur part. Elle dit avoir été surprise que la seule interrogation porte souvent sur l'indétectabilité, sans curiosité réelle pour son sens ni pour les implications « I = I ». Selon elle, cette absence de questionnement révèle un déficit de formation actualisée, qui pourrait pourtant prévenir des comportements discriminatoires. Elle souligne aussi un mécanisme d'évitement particulièrement troublant : l'annonce d'un déplacement ou d'une modification de rendez-vous n'est faite qu'après coup, par message, comme si les professionnel·les n'osaient pas assumer la décision directement. Pour Nadia, cette manière d'agir — contourner l'interaction plutôt que l'assumer — constitue une forme de stigmatisation feutrée, qui renforce l'incompréhension et l'injustice ressenties.

L'un des enseignements majeurs des entretiens tient à la force des scripts institutionnels activés dès que le VIH est évoqué. Les testeur·euses constatent que secrétaires et dentistes semblent mobiliser des réponses automatiques : report systématique du rendez-vous en fin de journée, évocation d'une « désinfection plus approfondie », demandes d'informations cliniques supplémentaires, renvoi vers un autre cabinet. Élise rapporte le cas d'un dentiste qui insiste pour maintenir un créneau tardif ; Lucas évoque une secrétaire qui rit nerveusement et explique qu'il faudra « nettoyer spécialement ». Ces réponses sont formulées sur un ton souvent cordial, parfois même avec la volonté affichée de « bien faire », mais elles n'en produisent pas moins un effet discriminatoire massif. Elles illustrent ce que la sociologie de l'action publique décrit comme des « routines incorporées » : des pratiques tenues pour acquises, rarement discutées, héritées de formations anciennes, de « légendes » professionnelles ou simplement du « on a toujours fait comme ça » (Fassin, 2001 ; Mol, 2002).

Ces routines fonctionnent comme de véritables « technologies du stigmate » : elles transforment des représentations obsolètes du VIH en procédures concrètes. Le recours à des créneaux tardifs ou à une désinfection prétendument spécifique repose sur le stéréotype ancien selon lequel les personnes vivant avec le VIH constitueraient un danger particulier nécessitant des précautions supplémentaires. La littérature scientifique a documenté ce stéréotype de longue date. McCarthy et al. (1999) montraient déjà, dans une enquête nationale auprès des dentistes canadien·nes, que la peur exagérée de la transmission fondait de nombreux refus de soins. Des travaux ultérieurs, notamment ceux de Brondani et al. (2016) au Canada, de Giuliani et al. (2023) en Italie, d'Elizondo et al. (2015) au Mexique ou de Patel et al. (2014) dans une perspective qualitative, confirment la persistance de ces pratiques de « précautions supplémentaires » et leur caractère discriminatoire, alors même que

les précautions universelles suffisent depuis des décennies. Ce que montrent les entretiens, c'est la manière dont ces savoirs déformés se matérialisent au quotidien : les professionnel·les ne disent jamais explicitement que le·la patient·e VIH+ représente un danger, mais tout, dans le protocole proposé – horaire, organisation du temps, intensification imaginaire de la désinfection – signale une séparation symbolique d'avec la patientèle « ordinaire ». On retrouve ici la séquence décrite par Link et Phelan (2001) : catégorisation, association à un risque, séparation, puis justification d'un traitement différencié.

Les réactions observées ne relèvent pas seulement d'un manque d'information ponctuel ; elles renvoient à ce que Tuana nomme une épistémologie de l'ignorance et que Proctor analyse comme agnotologie : des modes de production et de reproduction de savoirs incomplets, périmés ou biaisés, socialement stabilisés au sein d'institutions. Nadia résume cela d'une phrase : « je ne comprends pas comment ça ne se sait pas ». La sidération qu'elle exprime vient précisément de ce décalage entre l'état des connaissances scientifiques – indétectabilité, absence de risque spécifique en soins dentaires avec précautions standard – et les pratiques observées. Les phrases récurrentes du type « c'est la procédure », « on préfère vous mettre en fin de journée », « il faut qu'on vérifie avec le dentiste » signalent l'existence d'un savoir routinisé, transmis par socialisation professionnelle plus que par formation actualisée. La secrétaire qui « ne savait pas ce qu'était le VIH », mentionnée par Lucas, ne représente pas une simple exception individuelle mais révèle une rupture dans la chaîne de transmission des savoirs au sein du cabinet.

Pour les testeur·euses, cette ignorance organisée est source d'un sentiment aigu d'insécurité : ils et elles prennent conscience que des décisions très concrètes (horaire, acceptation ou non de la prise en charge, type de traitement) sont fondées sur des représentations fausses. La vulnérabilité ressentie ne vient pas seulement de la peur d'un refus explicite, mais de l'expérience de dépendre d'un système où la méconnaissance du VIH est structurée et persistante. Cette exposition répétée à des pratiques discriminatoires engendre ce que la littérature qualifie de *vicarious stigma* (stigmate indirect ou « honoraire ») : être témoin, même en tant qu'observateur·trice ou « figurant·e », de la stigmatisation d'un groupe minorisé peut produire une charge émotionnelle importante (Simbayi et al., 2007 ; Turan et al., 2017, Massaroni et al., 2024).

Conclusion

Un autre élément important ressortant de l'entretien avec Nadia renforce précisément cette dynamique : pour elle, le testing engage non seulement une observation des discriminations, mais aussi une dimension militante et relationnelle. Elle explique que participer au dispositif relevait d'une motivation personnelle et politique visant à expérimenter directement la réalité de la sérophobie. Inclure des personnes très proches — dont Pierre, qui faisait

lui aussi partie de l'équipe des testeur·euses — répondait à une double intention : les sensibiliser et les impliquer dans une démarche permettant, selon elle, de « réaliser où on en est vraiment aujourd'hui ». Cette perspective s'inscrit dans l'idée que « le personnel est politique » (Hanisch, 1970) : l'expérience individuelle devient un levier de conscientisation collective. Nadia précise également que cette mise à l'épreuve partagée produit un effet de diffusion : les testeur·euses recruté·es via ses cercles proches témoignent ensuite dans leurs propres réseaux, contribuant à un processus de *spillover* émotionnel et cognitif (Jasper, 2011). Elle raconte ainsi que Pierre a pu discuter de son expérience avec ses proches, décrivant notamment la violence symbolique associée au fait d'être systématiquement placé en « fin de journée ». Cette dynamique élargit la notion de *vicarious stigma* : les testeur·euses ne se contentent pas d'observer la stigmatisation, ils et elles en deviennent aussi les vecteurs de compréhension dans leurs communautés, transformant le testing en outil de conscientisation politique et de renforcement des solidarités.

Au fil des appels, l'expérience du testing se transforme ainsi pour les participant·es. L'appréhension initiale, centrée sur la peur de mal exécuter le script, cède la place à des affects plus politiques : colère, tristesse, incompréhension face à la normalisation de la sérophobie. Nadia explique qu'après les appels, elle s'est sentie « triste » et « un peu révoltée », particulièrement en entendant que d'autres testeur·euses avaient reçu des refus explicites. Elle décrit combien le fait « d'entendre les noms des dentistes », parfois connus d'elle, « ancre très fort les choses dans le réel ». Elle souligne aussi un épisode où un dentiste, ignorant tout du VIH, lui a posé de nombreuses questions : un moment « plus personnel », qui l'a « un peu déstabilisée », mais qui constitue paradoxalement une interaction positive, marquée par la curiosité et l'absence de discrimination. Élise évoque une forme d'« empathie physique », un malaise corporel au moment du refus implicite ; Lucas parle d'un « malaise qui reste après l'appel ». Ces témoignages illustrent le passage d'une connaissance abstraite (« je sais que les PVVIH sont discriminé·es ») à une connaissance incarnée (« je sens ce que cela fait d'être traité·e comme tel »). Goffman parlait d'« apprentissage secondaire du stigmate » pour qualifier ce déplacement entre compréhension conceptuelle et compréhension incorporée ; c'est exactement ce que produit ici l'expérience du « stigmate honoraire ».

Les testeur·euses sortent de cette expérience avec un regard transformé sur la neutralité supposée des institutions de santé. Ils et elles prennent conscience que la sérophobie ne se réduit pas à quelques comportements individuels hostiles, mais s'ancre dans des savoirs professionnels abîmés, des hiérarchies de rôle et des routines organisationnelles. Les études citées plus haut convergent pour montrer que la formation au VIH en milieu dentaire reste insuffisante et rarement mise à jour. Les matériaux qualitatifs recueillis ici confirment que cette défaillance de formation est la racine d'un stigmate structurel, qui continue de produire des effets très concrets sur la trajectoire de soins des personnes vivant avec le VIH.

Au total, cette analyse montre que le dispositif de testing est doublement heuristique. D'un côté,

il permet de documenter finement les pratiques discriminatoires – report en fin de journée, « désinfection spéciale », renvois implicites – et de les relier à des mécanismes théoriques bien identifiés (stigmatisation structurelle, ignorance institutionnelle, violence symbolique). De l'autre, il produit un savoir situé et sensible sur ce que signifie, aujourd'hui encore, être assigné·e à une identité séropositive dans le champ dentaire. En faisant vivre aux testeur·euses une forme de stigmate honoraire, le dispositif révèle la profondeur de la sérophobie institutionnelle et souligne, en creux, l'urgence d'une réforme des formations et des pratiques professionnelles.

Références bibliographiques

- Brondani, M., Phillips, J. C., Kerston, R. P., & Moniri, N. R. (2016). Stigma around HIV in dental care: Patients' experiences. *Canadian Journal of Dental Hygiene*, 50(1), 20–27.
- Demazière, D. (2007). Réduire la dissonance identitaire dans les interactions avec autrui. Peut-on être chômeur et militant à la fois ? *Négociations*, 2007/2(8), 73-89.
- Elizondo, J., Treviño, A., Violant, D., & Montero, J. (2015). Dental care for HIV-infected patients: Barriers and discrimination. *AIDS Care*, 27(5), 592–597.
- Fassin, D. (2001). L'ethnographie des pratiques de santé : Des pratiques aux politiques. *Revue française de sociologie*, 42(1), 67–91.
- Giuliani, M., et al. (2023). HIV stigma in dental settings: A survey among Italian dentists. *BMC Oral Health*, 23, 114.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Hanisch, C. (1970). The Personal Is Political. In *Notes from the Second Year: Women's Liberation*.
- Hatzenbuehler, M. L., & Link, B. G. (2014). Introduction to the special issue on structural stigma and health. *Social Science & Medicine*, 103, 1–6.
- Hochschild, A. R. (1983). *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: University of California Press.
- Jasper, J. M. (2011). Emotions and Social Movements: Twenty Years of Theory and Research. *Annual Review of Sociology*, 37, 285–303.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385.
- Massaroni, V., Iannone, V., Delle Donne, V., D'Angelillo, A., Baldin, G., Passerotto, R., Sangiorgi, F., Steiner, R.J., Ciccullo, A., Borghetti, A., Visconti, E., & Di Giambenedetto, S. (2024). *HIV and vicarious stigma in a cohort of people living with HIV in Italy: What happens when the stigma is fueled by healthcare providers?* AIDS Care, 36(10).

- McCarthy, G. M., Koval, J. J., MacDonald, J. K., & Zabrodski, M. F. (1999). Factors associated with refusal to treat HIV-infected patients: A survey of Canadian dentists. *Journal of the Canadian Dental Association*, 65(5), 263–268.
- Mol, A. (2002). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham: Duke University Press.
- Patel, N., et al. (2014). Barriers to oral health care for people living with HIV. *Journal of Public Health Dentistry*, 74(2), 140–146.
- Proctor, R. (2008). Agnotology: A Missing Term to Describe the Cultural Production of Ignorance. In R. Proctor & L. Schiebinger (Eds.), *Agnotology*. Stanford University Press.
- Santella, A., et al. (2025). HIV training gaps among dental professionals: A systematic review. *Journal of Dental Education*, à paraître.
- Simbayi, L., et al. (2007). Internalized and vicarious HIV stigma among South African youth. *AIDS Care*, 19(8), 1010–1017.
- Turan, B., et al. (2017). Mechanisms for the negative effects of stigma on health. *American Journal of Public Health*, 107(12), 1864–1869.
- Tuana, N. (2006). The Speculum of Ignorance: The Women's Health Movement and Epistemologies of Ignorance. *Hypatia*, 21(3), 1–19.

Annexe C : *questionnaire enquête PVVIH*

La Plateforme Prévention Sida lance une enquête sur la stigmatisation et la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dans le milieu médical en Belgique.

Cette enquête a pour objectif de rendre compte des formes de stigmatisation et de discrimination vécues par les PVVIH dans le milieu médical. Elle nous permettra ensuite de mener des actions concrètes pour lutter contre ces stigmatisations et discriminations afin que les PVVIH puissent jouir d'une prise en charge correcte de leur santé dans un environnement exempt de stigmatisation et de discrimination.

Si vous êtes une PVVIH et que vous habitez en Belgique, vous pouvez répondre à l'enquête de façon anonyme, cela vous prendra environ 10 minutes.

Merci à vous.

Données personnelles

* 1. Êtes-vous ?

- Homme
- Femme
- Queer
- Non-binaire
- Trans
- Autre (veuillez préciser)

* 2. Quel est votre âge ?

- 18-25 ans
- 26-35 ans
- 36-45 ans
- 46-55 ans
- 55-65 ans
- 65+

* 3. Vous identifiez-vous comme ?

- Hétérosexuel·le
- Bisexuel·le
- Pansexuel·le
- Homme ayant des rapports sexuels avec des hommes
- Femme ayant des rapports sexuels avec des femmes
- Autre (veuillez préciser)

* 4. Quelle est votre origine ?

- Belge
- Africaine
- Latino-américaine
- Européenne
- Asiatique
- Autre (veuillez préciser)

* 5. Quel est votre niveau d'étude ?

- Primaire
- Secondaire inférieur
- Secondaire supérieur
- Universitaire
- Autre (veuillez préciser)

* 6. Bénéficiez-vous de

- Salaire
- Revenu d'intégration (CPAS)
- Allocation de chômage
- Allocation d'handicap
- Allocation d'invalidité (mutuelle)
- Pension
- Aucun revenu

* 7. Quelle est votre situation de séjour ?

- Résident·e de longue durée
- Illimité
- Limité
- Sans séjour
- Nationalité belge

* 8. Où habitez-vous ?

- Bruxelles
- Anvers
- Brabant flamand
- Flandre occidentale
- Flandre orientale
- Hainaut
- Liège
- Limbourg
- Luxembourg
- Namur
- Brabant wallon
- Autre (veuillez préciser)

* 9. Depuis combien de temps êtes-vous suivi·e pour le VIH ?

- Moins de 10 ans
- Plus de 10 ans
- Plus de 20 ans
- Plus de 30 ans

Information sur votre suivi médical

* 10. A quelle fréquence allez-vous chez des professionnel·les de la santé (hors médecin VIH) ?

- (Très) régulièrement
- De façon irrégulière
- Pour des urgences seulement
- Je n'y vais pas

* 11. Dites-vous aux professionnel·les de la santé que vous avez le VIH ?

- Non
- Oui, au moment de prendre rendez-vous
- Oui, lors de la première visite
- Oui, si on me pose la question
- Autre (veuillez préciser)

* 12. De façon générale, comment décririez-vous votre visite chez les professionnel·les de la santé en tant que personne vivant avec le VIH ?

- Très bonne/excellente
- Bonne
- Satisfaisante
- Moyenne
- Mauvaise

* 13. Consultez-vous ces professionnel·les de la santé :

	Moins d'une fois par an	Une fois par an	Plus d'une fois par an	Jamais
Gynécologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dentiste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 14. Comment avez-vous trouvé votre gynécologue/dentiste ?

- Il/elle m'a été conseillé·e par mon entourage
- Il/elle m'a été conseillé·e par une autre personne vivant avec le VIH
- Il/elle m'a été conseillé·e par une association
- Il/elle m'a été conseillé·e par un·e autre professionnel·le de la santé
- Je l'ai trouvé·e sur internet
- Autre (veuillez préciser)

Discrimination dans le secteur médical

15. Dans votre parcours de soin, vous êtes-vous déjà senti·e discriminé·e par rapport à votre statut sérologique ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Veuillez préciser votre réponse :

Discrimination dans le secteur médical

* 16. Cette expérience remonte à :

- Moins de 1 an
- Moins de 3 ans
- Moins de 5 ans
- Moins de 10 ans
- Plus de 10 ans
- Plus de 20 ans

* 17. Comment cela s'est-il passé ? (vous pouvez cocher plusieurs cases)

- Refus de soins
- Questions jugées inhabituelles
- Comportements déplacés
- Propos jugés déplacés
- Mesures exceptionnelles injustifiées
- Autre

Veuillez préciser

* 18. Par qui pensez-vous avoir été discriminé·e ?

- Dentiste
- Médecin généraliste
- Médecin spécialiste (gynécologue, etc.)
- Personnel chargé des prises de sang
- Aide-soignant·e
- Infirmier·ère hospitalier·ère
- Secrétaire/réceptionniste
- Autre (veuillez préciser)

Discrimination dans le secteur médical

* 19. Est-ce que la peur d'être discriminé·e vous a déjà fait :

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Renoncer à un soin | <input type="checkbox"/> Eviter d'aborder certains sujets (désir d'enfant, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Reporter un soin | <input type="checkbox"/> Changer de professionnel·le de la santé |
| <input type="checkbox"/> Cacher votre statut sérologique | <input type="checkbox"/> Rien |
| <input type="checkbox"/> Choisir un·e professionnel·le de la santé sur recommandation | |
| <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) | |

* 20. Pensez-vous avoir été discriminé dans le secteur médical, pour une autre raison que votre statut sérologique ?

- Oui
 Non
 Ne sais pas

veuillez préciser votre réponse :

Discrimination dans le secteur médical

* 21. Pour quelle·s raison·s?

Age

Orientation sexuelle

Genre (sexe)

Statut socio-économique

Origine

Autre (veuillez préciser)

Discrimination dans le secteur médical

* 22. Savez-vous qu'il existe un service de médiation dans les hôpitaux ?

- Oui
- Non

* 23. Connaissez-vous UNIA ?

- Oui
- Non

* 24. Avez-vous déjà entendu parler de la loi anti-discrimination?

- Oui
- Non

Discrimination chez les dentistes et les gynécologues

* 25. Suite à l'annonce de votre séropositivité, vous a-t-on déjà imposé des mesures jugées exceptionnelles chez :

	Jamais	Parfois	Souvent	Non concerné·e
Gynécologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veuillez préciser

* 26. Suite à l'annonce de votre séropositivité, vous a-t-on déjà posé des questions jugées inhabituelles chez :

	Jamais	Parfois	Souvent	Non concerné·e
Gynécologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veuillez préciser

* 27. Suite à l'annonce de votre séropositivité, avez-vous déjà fait face à des comportements jugés problématiques chez :

	Jamais	Parfois	Souvent	Non concerné·e
Gynécologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veuillez préciser

* 28. Suite à l'annonce de votre séropositivité, avez-vous déjà fait face à des paroles jugés problématiques chez :

	Jamais	Parfois	Souvent	Non concerné·e
Gynécologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veuillez préciser

* 29. Suite à l'annonce de votre séropositivité, vous a-t-on déjà refusé un rendez-vous chez :

	Jamais	Parfois	Souvent	Non concerné·e
Gynécologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veuillez préciser

Réaction face à la discrimination

* 30. Comment vous-êtes vous senti·e après avoir vécu une situation jugée discriminante de la part d'un professionnel·le de la santé ?

- Révolté·e
- Triste
- Enervé·e
- Seul·e
- Impuissant·e
- Rien de particulier
- Non concerné·e
- Autre (veuillez préciser)

* 31. Comment avez-vous fait lorsque vous avez vécu une situation jugée discriminante de la part d'un professionnel·le de la santé ?

- Je n'ai rien fait
- Je ne suis plus retourné·e à ce service
- J'en ai parlé à un membre de l' équipe d'un centre de référence VIH
- J'en ai parlé à un membre de mon entourage
- J'ai été voir le service de médiation de l'hôpital
- J'ai appelé une association
- J'ai porté plainte ou j'ai fait un signalement auprès de UNIA
- Non concerné·e
- Autre (veuillez préciser)

Réaction face à la discrimination

* 32. Qu'est-ce que la personne vous a conseillé ?

- De porter plainte
- D'arrêter de voir ce·tte professionnel·le de la santé
- Rien
- Autre (veuillez préciser)

Réaction face à la discrimination

* 33. Pourquoi ne l'avez-vous pas signalé ou n'avez-vous pas porté plainte ?

- Je ne savais pas que je pouvais porter plainte ou le signaler
- Je ne savais pas où porter plainte ou le signaler
- Ca ne changerait rien
- On ne m'aurait pas cru
- Autre (veuillez préciser)

Réaction face à la discrimination

* 34. Suite à votre dépôt de plainte, vous vous sentez :

- Très satisfait·e
- Moyennement satisfait·e
- Pas du tout satisfait·e
- Non concerné·e

Veuillez préciser

Remarques et suggestions

35. Laissez-nous un commentaire ou une remarque

Suite de l'enquête

Merci d'avoir participé à notre enquête.

Accepteriez-vous de participer à un entretien individuel sur votre expérience de la discrimination dans le milieu médical ?

Un défraiement de 30€ vous sera offert pour votre participation à la séance, et vos frais de déplacement pourront être remboursés moyennant la remise/l'envoi de vos titres de transport à la Plateforme Prévention Sida.

Si vous êtes prêt·e à y prendre part, et afin de respecter votre anonymat, vous allez être redirigé·e vers un formulaire indépendant de ce questionnaire dans lequel nous vous inviterons à préciser votre nom, prénom, numéro de téléphone et adresse mail.

M'INSCRIRE MAINTENANT

**LA PLATEFORME PRÉVENTION SIDA VOUS REMERCIE POUR VOTRE
PARTICIPATION.**

Plus d'info sur www.vivreaveclevih.org

**Vous avez vécu une expérience de discrimination ? N'hésitez pas à la signaler auprès
d'UNIA.**

Suivez aussi nos pages Facebook et Instagram

Facebook : [Plateforme Prévention Sida](#)

Instagram : [Plateforme Prévention Sida \(@prevention_sida\)](#)

CONTACTS

Plateforme Prévention Sida

Place de la Vieille Hall aux Blés, 28-29

1000 Bruxelles

02/733 72 99

info@preventionsida.org

ANNEXE D : grille testing téléphonique

GRILLE DE COLLECTE DE DONNÉES POUR LES APPELS AUPRÈS DES CABINETS DE GYNECOLOGIE

Carte d'identité

Nom du·de la collecteur·trice : _____	Nom d'emprunt : _____
N° de téléphone à donner : 04 84 73 50 81 (pour masquer le vôtre, tapez #31# avant de composer le numéro du gynécologue)	Date de naissance fictive : _____
Mail : belgica2015@lkmail.com	Adresse fictive : _____

Identification du·de la gynécologue

Nom du·de la gynécologue : _____	Date de l'appel : _____
Numéro de téléphone : _____	Ville : _____

Étape 1 QUESTION

- Le·la secrétaire/réceptionniste décroche
- Le·la gynécologue décroche

Question :

Je cherche un gynécologue pour un rendez-vous de routine avec frottis pour HPV. Serait-il possible de prendre rendez-vous ?

Note : Si on vous demande de quand date votre dernier frottis pour HPV, dites que c'était il y a plus de trois ans. Si on vous demande où, dites que c'était dans un hôpital mais que vous ne pouvez y retourner car vous avez déménagé.

Note : Si l'on vous demande si vous avez des assurances, répondez que vous avez une mutuelle mais pas d'assurance complémentaire.

Note : Si on vous demande votre registre national, dites que vous n'avez pas votre carte d'identité sous la main et que vous ne le connaissez pas par cœur.

Etape 3 REACTIONS

Oui. Passez à l'étape 2.

Etape 2 PRISE DE RDV

La personne vous fait une proposition de rendez-vous que vous acceptez

Date du RDV : _____

Si après l'annonce la personne ne change rien au RDV pris et dit que c'est OK, notez toutefois sa réaction dans l'espace commentaires, puis raccrochez.

Si l'information semble poser problème, passez à l'étape 3.

Etape 3a : REACTIONS INAPPROPRIÉES

■ Cochez tous ceux qui s'appliquent :

- Incertitude / demande d'être rappelé
- Rendez-vous déplacé en fin de journée (demandez la raison)
- Rendez-vous plus long (demandez la raison)
- Commentaire déplacé
- Question inappropriée
- Des frais supplémentaires de stérilisation (demandez la raison)
- D'autres frais supplémentaires (demandez la raison)

Autre : _____

■ Explications additionnelles :

Etape 3b : REFUS DE SOIN

■ Cochez tous ceux qui s'appliquent :

- Aucune raison donnée pour le refus de traitement
- Le gynécologue prétend que ce n'est pas sa spécialité
- Le gynécologue n'a pas l'équipement approprié (stérilisation)
- Le gynécologue n'a pas l'équipement approprié (autre que stérilisation)
- Le gynécologue n'a pas les connaissances pour traiter un patient PVVIH
- Le gynécologue réfère à un autre gynécologue/hôpital plus « habitué » avec les patients PVVIH

Autre : _____

■ Explications additionnelles :

Remerciez et raccrochez. A la fin de la semaine, le rendez-vous doit être annulé.

Cochez cette case une fois le rendez-vous annulé :

Commentaires additionnels (ton de voix, attitude problématique (ex : rire, soupir, long silence, la personne doit vérifier auprès du gynécologue si ça ne pose pas de problème que vous ayez le VIH, méconnaissance, etc.) : _____

INFORMATIONS UTILES

- Il n'est pas justifié qu'un rendez-vous dure plus longtemps du simple fait qu'une personne vit avec le VIH.
- Il n'est en aucun cas justifié de procéder à de la stérilisation additionnelle d'équipement parce qu'une personne vit avec le VIH.
- L'examen ne devrait pas coûter plus cher pour une PVVIH du simple fait qu'elle vit avec le VIH.
- Voici une liste de médicaments antivih si on vous demande lesquels vous prenez. Au choix : Biktarvy, triumeq, dovato, guluca.
- En cas de problème ou de question, vous pouvez appeler Yagos sur What's app au 0033642441285, Grâce au 0472829641 ou Claire au 0474135503

INSTRUCTIONS

- Lorsqu'un appel n'aboutit pas, notez-le directement sur votre liste de contact (une X pour les numéros non attribués)
- Avant de commencer à remplir la fiche, vérifiez votre identité fictive avec l'adresse postale correspondant au gynécologue que vous appelez.
- Si vous arrivez à la fin de la liste que l'on vous a donné sans avoir complété vos 25 fiches,appelez les numéros qui n'ont pas répondu
- Une fiche doit être remplie pour chaque rendez-vous pris.
- Lorsque vousappelez chez un dentiste/gynécologue, suivez rigoureusement la fiche. Notre but est de recueillir de l'information et non pas de sensibiliser ou d'éduquer l'interlocuteur.
- N'oubliez pas de faire toutes les étapes du questionnaire !!!
- Rapportez les faits et ne faites pas d'interprétation personnelle.