

Université René Descartes – Paris V
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Sorbonne

Département de Sciences Sociales

Maîtrise de Sociologie

Mesure de la connaissance des paramètres du
sida à partir des EDS.
Application à la Guinée.

Réalisé sous la direction de :
Premier membre du jury : Yves CHARBIT
Second membre du jury : Michèle DION

Présenté par :
LARMARANGE Joseph
N° étudiant : 20102709

Année 2001-2002

Remerciements

Je tiens à adresser mes remerciements les plus sincères à :

- M. Yves CHARBIT pour sa patience et son soutien tout au long de cette année,
- Mlle Michèle DION pour sa relecture minutieuse et ses conseils,
- mon père pour avoir passé toute une partie de l'été à corriger les fautes de frappe et d'orthographe de ce mémoire,
- toute l'équipe de PopInter,
- et enfin ma mère qui, d'une manière ou d'une autre, m'a accompagné par le cœur et la pensée...

Note :

Le chiffre entre crochet situé après le nom d'un auteur fait référence à l'ouvrage portant le même numéro en bibliographie page 79.

Sommaire

Remerciements.....	2
Sommaire.....	4
Introduction générale.....	6
I. Bilan des approches existantes.....	9
1. Avoir entendu parler du sida.....	9
2. Taux de citations.	9
2.1 Toutes modalités.....	10
2.2 Modalités médicalement correctes.	10
2.3 Taux de citation du préservatif.	12
3. Approche de l'ORS d'Île-de-France.	13
3.1 Modes de transmission.	13
3.2 Moyens de prévention.....	16
3.3 Autres aspects.....	17
4. Approche de Myriam de LOENZIEN.....	17
4.1 Létalité.	18
4.2 Modes de transmission.	18
4.3 Moyens de prévention.....	20
4.4 Un indice global.	21
5. Les « trois bateaux » : Préservatif, Fidélité, Abstinence.....	23
6. En résumé.....	24
II. Les Enquêtes Démographiques et de Santé.....	26
1. Données disponibles.....	26
1.1 Les DHS-III.	26
1.2 Les DHS+.....	28
1.3 Les différentes enquêtes.	29
2. Limites des données.	31
2.1 Passation des questionnaires.	31
2.2 Ambiguïté des réponses.....	31
3. Choix du pays.	32
III. Présentation de la Guinée et de l'EDS 1999.	33
1. Caractéristiques générales.	33
2. Situation épidémiologique.....	34
3. L'EDS de 1999.....	36
IV. Notre approche.	39
1. Quels paramètres prendre en compte ?.....	39
2. Ne pas avoir entendu parler du sida.....	40

3. Moyens de prévention.	41
3.1 Ne rien avoir cité ou avoir cité ‘autre’.....	41
3.2 Moyens codifiés.	43
3.3 Pratiques Safe.	43
3.4 Facteurs de Risques.	47
3.5 Croyances Erronées.....	52
3.6 Création d’une typologie.....	53
4. Modes de transmission.	56
4.1 Avoir cité ‘autre’.....	57
4.2 Modalités proposées.....	58
4.3 Pratiques à Risques.	60
4.4 Facteurs de Risques.	61
4.5 Connaissances Erronées	62
4.6 Typologies.....	62
5. Une typologie incluant prévention et transmission.	65
6. Létalité, transmission mère enfant et non visibilité de la séropositivité. ..	67
7. Un indice global.	70
V. Comparaisons.	71
Conclusion générale	77
Bibliographie	79
Liste des sigles et abréviations.	81
Liste des figures.	83
Liste des Tableaux	84
Annexes.	85
1. Tableaux et figures annexes.	85
2. Construction de la typologie de Myriam de Loenzien à partir de l’EDS Guinée 1999.	89
3. Fiche : comparaison de deux proportions (test unilatéral).	91

Introduction générale

Le sida est une maladie¹ mortelle que l'homme ne sait encore guérir. L'ampleur de cette pandémie est importante : elle touche, fin 2001, plus de 40 millions de personnes dans le monde dont 28,1 millions (70 %) en Afrique sub-saharienne. 5 millions de personnes ont été infectées en 2001 dont 3,4 millions (68 %) en Afrique sub-saharienne². Dans certains pays, le sida a altéré la pyramide des âges de la population et plusieurs pays africains ont vu leur espérance de vie à la naissance diminué³. L'ONU a même revu ses projections de population à la baisse en incluant ce nouveau paramètre.

Le premier aspect de toute action de prévention consiste à informer la population sur les différents aspects de cette maladie (prévention primaire⁴). Si une bonne connaissance du sida n'est pas suffisante pour qu'un individu adopte une démarche préventive, elle en est nécessaire.

Encore faut-il savoir ce qu'on appelle une bonne connaissance du sida. Il s'agit d'une connaissance complexe, incluant différents domaines bien distincts (entres autres

¹ Nous employons ici le terme général de maladie bien qu'il ne soit pas forcément approprié au sida. Le SIDA ou Syndrome ImmunoDéficient Acquis est du à une infection causée par le VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine). Il en existe deux types principaux, les VIH-1 et VIH-2. Le VIH-2, découvert plus tardivement, est localisé principalement en Afrique. Leurs modes de fonctionnement sont similaires. Le VIH attaque principalement, mais pas uniquement, les lymphocytes T4, cellules de coordination du système immunitaire. L'infection à VIH va entraîner une baisse de l'immunité permettant à d'autres infections, dites alors infections *opportunistes*, de se développer. Ce sont ces dernières qui peuvent provoquer le décès.

² Sources : ONUSIDA/OMS [10], décembre 2001.

³ L'espérance de vie à la naissance correspond à l'âge moyen au décès.

⁴ En santé publique, la prévention primaire correspond à l'ensemble de mesures permettant d'éviter la propagation d'une maladie. Elle est quantifiée par la mesure l'incidence. La prévention secondaire correspond à la prévention de la progression d'un état pathologique, mesurée par la prévalence. La *prévalence* correspond à la proportion de personnes infectées dans la population totale à un moment donné, c'est-à-dire à un *stock* ; et l'*incidence* au nombre de nouvelles infections sur une période généralement de un an, c'est-à-dire à un *flux*. La prévention des handicaps est dite prévention tertiaire. (Source : ROSSERT Hélène [14], 2000).

prévention et transmission). La définir présuppose une prise de position, parfois morale, religieuse ou politique. (C'est ainsi que la fidélité a souvent été mise en avant par des organismes religieux au détriment de la promotion du préservatif.)

Elle dépend également du niveau d'analyse choisi : individu ou état. Si *éviter les prostituées* constitue une stratégie intéressante au niveau d'un pays⁵, il n'en est pas forcément de même au niveau d'un individu.

Néanmoins, mesurer la connaissance du sida permet de mieux orienter et définir les actions de prévention du système politico-sanitaire et des différentes ONG présentes sur le terrain.

Lorsque le chercheur veut mesurer un phénomène, deux solutions s'offrent à lui. Il peut mener sa propre enquête, dont il aura lui-même conçu le questionnaire adéquat à son sujet d'étude. Seulement, il s'agit d'une approche nécessitant beaucoup de temps et d'agent. L'autre possibilité consiste à essayer de tirer profit d'enquêtes déjà réalisées dont les données sont facilement accessibles. À cet égard, les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) offrent des données pour la plupart des pays en voie de développement, et ce, à différentes dates. Depuis quelques années, les EDS ont intégré un module sur le VIH/sida.

⁵ L'Afrique subsaharienne présente ce que l'ONU nomme un profil épidémiologique de type II : la transmission est majoritairement hétérosexuelle (à plus de 80 %). Le modèle simplifié de la dynamique de l'épidémie est le suivant. Elle touche d'abord les prostituées et leurs clients. Ces derniers infectent leurs autres partenaires (régulières ou occasionnelles). Celles-ci vont infecter d'autres hommes (notamment ceux n'allant pas voir les prostituées). Puis ceux-ci vont infecter d'autres femmes. Enfin, les femmes vont transmettre le VIH à leurs enfants (transmission néonatale ou allaitement). Cependant, ceux-ci ne vont pas faire propager l'épidémie car ils décèdent avant leur entrée dans la vie sexuelle (la grande majorité des enfants touchés décèdent avant l'âge de cinq ans). Ainsi, « l'épidémie tirera toujours sa source dans la transmission entre adultes. » Mais ce schéma est simplificateur et la situation est plus complexe. Il y a un brassage entre les générations. Les hommes mûrs apprécient souvent de jeunes maîtresses qu'ils vont contaminer. Celles-ci infecteront à leur tour leurs partenaires jeunes. Les mouvements entre zones urbaines et rurales entraînent une propagation de l'épidémie des villes vers les campagnes. (Source : AUVERT Bertrand [1], 1994). Ainsi, au niveau d'un pays, promouvoir l'abstinence sélective avec les prostituées peut permettre de retarder la propagation de l'épidémie. Cependant, avec des taux de séroprévalence forts, le risque reste important pour un individu donné.

Nous ferons donc un tour d'horizon des approches existantes pour mesurer la connaissance du sida et ferons le point sur les données disponibles dans les différentes EDS. Nous expliquerons alors notre propre approche en privilégiant les stratégies permettant une Réduction des Risques⁶ (RdR) au niveau individuel, plutôt que de nous arrêter uniquement à des considérations biomédicales.

La Réduction des Risques se situe « sur l'échiquier de la santé entre, d'une part la santé publique qui exigerait dans tous les champs de la santé et de la maladie un risque zéro et, d'autre part, les individus qui doivent en permanence négocier avec leur environnement, leur communauté, leur famille et leurs propres désirs, leurs sentiments et leur plaisir.⁷ » On peut alors concevoir la Réduction des Risques « comme la résultante d'une négociation entre un comportement individuel et les intérêts de la santé, ou plus largement entre les normes comportementales en usage dans une communauté et la santé publique. »

Dans le domaine de la sexualité, la Réduction des Risques correspond aux négociations qu'ont à mener les individus entre leurs pratiques, leurs aspirations et les intérêts sanitaires, afin d'évoluer dans le temps vers un risque moindre. C'est donc la connaissance des pratiques et des stratégies facilitant l'adoption d'un tel comportement que nous privilégierons.

⁶ La notion de Réduction des Risques est historiquement apparue avec la problématique posée par les personnes usagères de drogues par voie intraveineuses. Comment avoir un discours sur le risque de transmission du VIH résultant de l'échange de seringues souillées et le fait que ces personnes, par leurs pratiques, mettaient leur santé en péril ? Nous entendons aujourd'hui le terme de Réduction des Risques dans un sens plus général. Cette notion peut recouvrir aussi bien la réduction des risques de transmissions sexuelles et sanguines du VIH, des risques de vulnérabilité socio-économique des personnes touchées, des risques économiques dans l'accès aux traitements, etc.

⁷ ROSSERT Hélène [14], 2000.

I. Bilan des approches existantes.

1. Avoir entendu parler du sida.

Une des toutes premières données dont on dispose sur la connaissance du sida est de savoir si les personnes enquêtées en ont déjà entendu parlé ou non. De cette connaissance de l'existence du sida découle toute autre connaissance puisqu'elle en est un préalable. Si une personne n'a jamais entendu parler du sida, elle ne peut *a priori* en avoir une connaissance. Ainsi, dans son travail sur l'exposition au VIH/sida en Guinée, Marie BRION utilise cette donnée pour déterminer quelles sont les sous-populations qui ont la meilleure connaissance du sida⁸.

Cependant, il est difficile de se contenter de cette seule variable : elle ne permet pas de mesurer la réelle connaissance de la maladie et de ses différentes caractéristiques. Seront confondues des personnes ayant une connaissance vague et floue du sida, ayant déjà entendu ce terme sans savoir ce qu'il signifie, et des personnes ayant une connaissance fine et précise. De plus, les campagnes d'informations par les différents médias font, qu'aujourd'hui, la majorité de la population africaine a entendu parler du sida. En Guinée, en 1999, cela représentait 94,9 % des femmes et 95,8 % des hommes. Au Sénégal, en 1997, ces proportions sont de 91,7 % pour les femmes et 95,5 % pour les hommes⁹. Dans ces conditions, cette variable ne permet pas statistiquement de mesurer des différences significatives entre sous-populations.

2. Taux de citations.

Le plus souvent, pour déterminer le niveau de connaissance du VIH/sida dans une population, on utilise la proportion des personnes qui ont cité au moins un mode de transmission ou un moyen de prévention. On peut trouver plusieurs utilisations de ces taux de citation.

⁸ BRION, Marie, 2001[2].

⁹ Source : EDS Guinée 1999 [5] ; EDS Sénégal 1997 [8].

2.1 Toutes modalités.

En premier lieu, on peut regarder le nombre de personnes ayant cité au moins un moyen de prévention ou un mode de transmission, quel qu'il soit. C'est notamment le cas dans le chapitre sur les maladies sexuellement transmissibles (MST) et le sida dans le rapport de l'EDS-III du Sénégal en 1997¹⁰.

Or, dans cette enquête, on trouve dans les modalités des moyens de prévention à la fois *utiliser un préservatif* et *demander la protection d'un guérisseur ou d'un marabout*. Ces deux réponses ne peuvent être considérées de la même manière, la première renvoyant à un des moyens les plus efficaces à ce jour pour éviter une transmission sexuelle et l'autre à une idée erronée pouvant même amener l'individu qui y croirait à adopter des comportements à risques, se sentant protégé.

Il nous est clair qu'on ne peut se contenter de prendre en compte le fait d'avoir cité un mode de transmission ou un moyen de prévention lorsqu'il y a parmi les modalités recensées à la fois des modes ou des moyens exacts, et d'autres erronés.

2.2 Modalités médicalement correctes.

Une alternative au problème précédent consisterait à ne tenir compte que des modalités médicalement correctes. Prenons par exemple les modalités proposées dans l'EDS de la Guinée en 1999 et trions les (cf. Tableau I.1).

¹⁰ EDS Sénégal 1997 [8], chapitre 11, pp. 131-141.

Tableau I.1

Moyens de prévention et modes de transmission médicalement corrects.

Moyens de prévention	
Médicalement corrects	Médicalement incorrects
Abstinence	N'avoir qu'un seul partenaire sexuel
Utiliser un préservatif	Éviter les prostituées ¹¹
Éviter les injections	Éviter les rapports homosexuels
Éviter une transfusion sanguine ¹²	Éviter de s'embrasser
Éviter les instruments tranchants souillés	Éviter les piqûres de moustiques
	Demander la protection d'un guérisseur traditionnel
Modes de transmission	
Médicalement corrects	Médicalement incorrects
Rapports sexuels	Par les baisers
Rapports sexuels avec prostituées	Morsures de moustiques
Ne pas utiliser le préservatif ¹³	
Rapports homosexuels	
Transfusion sanguine	
Injection	
Instruments coupants souillés	

On ne peut, en toute rigueur, trier les modalités des moyens de prévention de la même manière que celles des modes de transmission. En effet, si un *rapport sexuel avec une prostituée* constitue une prise de risque et peut donc être considéré comme médicalement correct dans les modes de transmission, il ne pourrait en être de même dans les moyens

¹¹ Nous ne parlerons que de prostituées au féminin. À notre connaissance, les études portant sur la prostitution masculine en Afrique sub-saharienne sont rarissimes, voire inexistantes. Lors de discussions avec des amis abidjanais, il est apparu que la prostitution masculine existe bel et bien, bien qu'elle soit cachée. En l'absence de données et ne connaissant pas l'ampleur de cette forme de prostitution, nous ne nous intéresserons donc qu'à la prostitution féminine.

¹² On peut se demander en quoi *éviter une transfusion sanguine* peut être un moyen de prévention. En effet, dans une situation médicale d'urgence où il y a nécessité d'une transfusion, on ne voit pas comment une personne pourrait l'éviter. Si la transfusion sanguine constitue bel et bien un mode de transmission, sa prévention ne se situe pas au niveau individuel mais au niveau étatique, par le biais d'une politique sanitaire de dépistage systématique des dons de sang.

¹³ *Ne pas utiliser de préservatif* doit, pour pouvoir être considéré comme un mode de transmission, être considéré comme faisant référence à une pénétration sexuelle non protégée. C'est la pénétration non protégée qui constitue une prise de risque. De même, pour pouvoir être considéré comme un mode de transmission, l'item *rapports sexuels* doit également être pris comme faisant référence à une pénétration sexuelle non protégée.

de prévention, car éviter les prostituées ne saurait suffire à protéger quelqu'un contre tout risque de contamination.

En outre, le fait de *n'avoir qu'un seul partenaire sexuel* ne peut être classé parmi les moyens de prévention correct. En effet, pour que l'on puisse le considérer comme correct, il faudrait que les deux partenaires aient fait un test de dépistage, soient tous les deux séronégatifs et fidèles l'un envers l'autres. Or, des cas de femmes ayant été contaminées par leur unique partenaire qui ne leur était pas fidèle ont été rapportés.

Enfin, *utiliser un préservatif* est ici classé parmi les moyens de prévention médicalement correct alors qu'il faudrait préciser que seule une utilisation correcte¹⁴ du préservatif protège des MST et du sida.

Le taux de citation des modalités médicalement correctes présente certes des avantages par rapport au taux de citation toutes modalités. Cependant, il ne permet pas de prendre en compte des stratégies qui, bien que ne supprimant pas les risques de transmission, présentent un intérêt en permettant d'en réduire les risques. De plus, aucune différence n'est faite entre la connaissance de la transmission sexuelle et celle de la transmission sanguine et les moyens de prévention qui y sont associés.

2.3 Taux de citation du préservatif.

Enfin, une dernière approche à partir des taux de citation consiste à regarder la proportion d'individus citant le préservatif comme moyen de prévention. Faire reposer la connaissance du sida sur ce seul élément nous paraît contestable. Certes, la connaissance du préservatif est un élément important d'une bonne connaissance des paramètres du sida car il s'agit du moyen le plus efficace à ce jour pour se protéger d'une

¹⁴ Le risque de rupture du préservatif est très majoritairement dû à une mauvaise utilisation de ce dernier, soit parce qu'il a mal été posé (en oubliant de laisser un réservoir par exemple) ; soit parce qu'il n'y a pas eu utilisation d'un gel lubrifiant non gras lors d'une pénétration anale ou lors d'une pénétration vaginale, les lubrifications vaginales étant insuffisantes ; soit parce qu'il y a eu utilisation d'un lubrifiant gras ; ou soit parce que le préservatif a été utilisé préalablement pour une fellation et n'a pas été changé pour la pénétration, la salive rendant le latex cassant. Les ruptures de préservatif imputables à un défaut de fabrication sont, quant à elles, rares. Ainsi, lorsque nous parlons d'utilisation correcte du préservatif, nous entendons une pose correcte du préservatif et l'utilisation d'un gel lubrifiant non gras lorsque nécessaire.

contamination sexuelle du VIH, en dehors de l'abstinence totale. Cependant, une bonne connaissance se doit de tenir compte d'autres paramètres.

3. Approche de l'ORS d'Île-de-France.

Nous nous intéresserons maintenant à l'approche de l'Observatoire Régional d'Île-de-France dans son rapport présentant les évolutions observées dans les enquêtes KAPB¹⁵ réalisées en France entre 1992 et 2001¹⁶. À la différence des EDS, les enquêtes KAPB ont été réalisées par téléphone. Concernant les modes de transmission et les moyens de prévention, il ne s'agit pas de questions « spontanées »¹⁷ comme dans la majorité des EDS, mais de questions de type « énumération »¹⁸. Les données sont donc différentes. On ne dispose pas de la connaissance spontanée qu'ont les individus enquêtés. Cependant, on peut savoir, pour les modes qui ne présentent pas de risque de transmission, si les interviewés pensent qu'il en existe un ou non.

3.1 Modes de transmission.

Pour les modes de transmission, ont été séparés les items pour lesquels la médecine apporte une réponse précise de ceux pour lesquels une transmission est possible mais extrêmement faible, ou possible théoriquement mais non prouvée.

Un score de connaissance des circonstances connues de transmission a été constitué par « l'addition de chacun des items pour lesquels l'information scientifique apporte une réponse certaine quant à la possibilité de transmission : à savoir *lors de rapports sexuels et par injection intraveineuse de drogue* pour les modes qui transmettent le virus du sida et *dans les toilettes publiques, en buvant dans le verre d'une personne contaminée, par une piqûre de moustique,*

¹⁵ Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices (Connaissances, attitudes, croyances et comportements).

¹⁶ ORS d'Île-de-France, 2001[13].

¹⁷ On demande à l'enquêté quels moyens il connaît pour se protéger du sida ou quelles manières il connaît d'attraper le sida. L'enquêté énumère spontanément les différents modes ou moyens qu'il connaît et l'enquêteur note ceux qui ont été cités.

¹⁸ En l'occurrence ici, la question pour les modes de transmission était « Pouvez-vous indiquer si, oui ou non, le virus du sida peut être transmis dans chacune des circonstances suivantes ? », puis les différentes circonstances sont énumérées. La question pour les moyens de prévention est similaire.

en donnant son sang et en étant hospitalisé dans le même service qu'une personne contaminée pour les circonstances qui ne transmettent pas le sida. Le score varie de 0 à 7. Plus la valeur du score est élevée, meilleure est la connaissance des modes de transmission du sida.¹⁹»

L'avantage de ce score est de tenir compte à la fois des modes de transmission correspondant à un risque dit fort de transmission et aux conditions dans lesquelles il n'y a aucun danger²⁰. Cependant, il ne passe pas en revue l'ensemble des risques de transmission. De plus, une personne qui aura répondu systématiquement qu'il n'y a pas de risques de transmission à chaque item aura un score de cinq alors qu'une personne qui aura répondu correctement aux deux items sur les rapports sexuels et l'injection de drogue mais aura répondu qu'elle ne sait pas aux autres items, aura un score de deux. Or, on peut considérer *a priori* plus important de connaître les circonstances dans lesquelles il peut y avoir contamination que celles où il n'y a aucun risque.

Dans un second temps, les auteurs construisent « un score de connaissance sur les circonstances incertaines de transmission » en attribuant une valeur de 1 aux réponses oui et ne sait pas et de 0 aux réponses non pour chacun des items suivants : *par la salive d'une personne contaminée, au cours de soins dentaires, en utilisant le rasoir mécanique d'une personne contaminée et lors des séances d'acupuncture*²¹. Plus ce score est proche de 4, plus on estimera que l'enquête considère ces circonstances comme possibles.

Cependant, il est difficile de faire un usage d'un tel score, qui ne reflète ni une bonne, ni une mauvaise connaissance par rapport au sida, chaque item se prêtant à discussion.

¹⁹ ORS Île-de-France, 2001[13], p. 21. L'item *en recevant du sang* n'a pas été retenu pour le score, les auteurs expliquant que son interprétation est difficile. Certes, en France aujourd'hui, et dans la plupart des pays riches, des tests de dépistage sont systématiquement effectués sur tous les dons de sang, réduisant considérablement le risque de transmission par transfusion sanguine. Cependant, ce risque n'est pas nul (en raison du délai existant entre le moment où une personne est contaminée et celui à partir duquel les tests réagissent) et quelques personnes sont toujours contaminées de cette manière chaque année en France. Dans le contexte africain, où la prévalence du VIH est plus forte, et où des tests de dépistage ne sont pas systématiquement effectués sur les dons de sang, la situation est toute autre.

²⁰ Par exemple, on ne tient pas compte de la transmission mère-enfant. De plus, le terme de rapports sexuels est flou. Il n'y a risque que pour les pénétrations non protégées.

²¹ L'item *par le tatouage et le piercing* a été rajouté dans l'enquête 2001 mais n'a pas été retenu ici car le but des auteurs est de procéder à des comparaisons entre les différentes enquêtes.

En effet, nous savons que la salive, bien que contenant du virus, n'est pas un liquide contaminant. Il n'y a donc aucun risque de transmission par baisers ou en buvant dans le même verre qu'une personne séropositive. Cependant, cet item peut faire écho pour les personnes interviewées avec les pratique bucco-génitales pour lesquelles on parle de risque faible voire de risque théorique²².

Pour les soins dentaires, aujourd'hui en France, tous les instruments sont systématiquement stérilisés et le plus souvent à usage unique. De manière générale, soins dentaires, acupuncture, rasoirs mécaniques, tatouage et piercing font référence aux risques de transmission à partir d'instruments pouvant être en contact avec le sang. Le contact de ces instruments n'est pas suffisant. Il faut également que le virus ait survécu à l'air libre un certain temps et qu'il y ait une quantité suffisante de sang pour qu'il y ait contamination. Or, le plus souvent, s'il n'y a pas stérilisation, les instruments sont au minimum rincés à l'eau. De plus, en acupuncture et tatouage, on utilise des aiguilles pleines et non creuses. De ce fait, une infime quantité de virus pourrait entrer en contact avec les muqueuses d'un patient ou d'un client. Les risques, s'ils sont théoriquement possibles, ne peuvent qu'être extrêmement faibles²³.

²² Le débat sur le risque de transmission lors de pratiques bucco-génitales, notamment en ce qui concerne la fellation, est ancien. Diverses études ont été publiées, à grand renfort de médias, démontrant qu'il y avait un risque. D'autres études les ont démenties par la suite. De nombreuses rumeurs ont circulé comme le fait de se laver les dents avant ou après. Il est très difficile de prouver qu'il y a un risque de transmission car il faudrait pour cela connaître des personnes qui ont été infectées et dont seule une fellation ou un cunnilingus aurait pu être à l'origine de la contamination. Des études menées sur des couples sérodifférents auxquels on demandait de se protéger systématiquement pour toute pénétration excepté pour les rapports bouche-sexe n'ont pas permis d'apporter une réponse claire. On s'accorde le plus souvent aujourd'hui pour parler de risque théorique pour une fellation sans éjaculation et un cunnilingus en l'absence de menstruation, de risque faible si éjaculation ou menstruation. On parle alors de risque fort pour les pénétrations anales et vaginales non protégées et pour l'échange de seringues dans le cadre d'un usage de drogues par voie intraveineuse.

²³ Il s'agit bien ici des risques de transmission du VIH. Concernant d'autres pathologies, il en va tout autrement.

3.2 Moyens de prévention.

Pour les moyens de prévention, les auteurs n'ont pas construits de score. Ils regardent seulement l'évolution de la proportion de réponses « tout à fait efficace » et « plutôt efficace »²⁴ pour chacun des items qui sont :

- se laver après l'acte sexuel ;
- choisir correctement ses partenaires ;
- avoir des rapports sexuels avec peu de partenaires différents ;
- utiliser un préservatif masculin ;
- utiliser des spermicides ;
- demander un test de dépistage à ses partenaires ;
- passer régulièrement un test de dépistage ;
- poser des questions à son partenaire sur sa vie sexuelle passée (en 1998 et 2001 seulement)
- et utiliser un préservatif féminin (en 2001 seulement).

L'avantage des items présentés ici est de savoir la proportion de personnes considérant comme efficaces des moyens qui ne le sont pas et donc de pouvoir mesurer certaines croyances erronées. Cependant, en se contentant simplement des proportions pour chaque item au moment de l'analyse, sans tenir compte de ceux qui sont réellement efficaces, nous retrouvons les mêmes problèmes que ceux que nous avons déjà évoqués concernant les taux de citation « toutes modalités » (cf. 2.1 page 10).

On peut donc considérer ici que l'analyse des moyens de prévention est trop légère pour permettre de mesurer une bonne connaissance de ces derniers.

²⁴ La question était : « Je vais vous citer un certain nombre de moyens éventuels pour se protéger du sida. Pour chacun d'entre eux, dites-moi si vous estimez que c'est un moyen tout à fait, plutôt, peu ou pas du tout efficace. »

3.3 Autres aspects.

L'intérêt des enquêtes KAPB réside dans le fait qu'elles apportent également (notamment pour la dernière réalisée en 2001) des informations sur de nombreux autres aspects : perception de l'existence d'un vaccin, connaissance de l'existence d'un traitement d'urgence, des CDAG (Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit), de l'existence du préservatif féminin, de l'existence des trithérapies, de l'efficacité de ces dernières, opinion sur ces traitements, gestion et perception des prises de risques, influence sur la sexualité actuelle...

Les auteurs ne proposent pas ici d'indicateur global pour mesurer la connaissance du sida.

Si nous avons tout intérêt à regarder l'approche de l'ORS avec les enquêtes KAPB, nous ne pouvons pas la transposer directement à la situation qui nous intéresse. En effet, les données de ces enquêtes ne sont pas de même nature que celles que l'on trouve dans les EDS (comme nous le verrons plus en détail dans la partie II). En outre, un certain nombre d'items et de questions qui sont adaptées à la situation française, ne le sont plus dans le contexte africain.

4. Approche de Myriam de LOENZIEN.

Dans sa thèse sur les connaissances, les opinions et les attitudes relatives au sida en milieu rural africain²⁵, Myriam de LOENZIEN propose un indicateur global de connaissance de l'épidémie en s'appuyant sur trois paramètres : le caractère létal du sida, ses modes de transmission et ses moyens de prévention.

²⁵ LOENZIEN (de) Myriam, 1995 [6].

4.1 Létalité.

Pour le caractère létal du sida, la question posée était de savoir s'il existait ou non un remède contre le sida. Trois modalités de réponse étaient retenues :

- Pas de remède.
- Il existe un remède.
- Ne sait pas.

Une connaissance correcte de ce paramètre est alors caractérisée par le fait d'avoir répondu qu'il n'existe pas de remède. Rappelons que la létalité est le risque pour une personne infectée de décéder (100 % dans le cas du sida)²⁶.

4.2 Modes de transmission.

La question posée fait référence à une connaissance spontanée des modes de transmission. Myriam de LOENZIEN insiste sur le fait que cette connaissance est moins neutre que celle du caractère létal de la maladie, car elle met aussi en cause les relations sexuelles. « La réponse suppose donc que la personne connaisse le mode de transmission cité et le type de réponses données²⁷. »

Une typologie des modes de transmission est proposée :

- Sans erreur : la personne n'a cité que des modes corrects.
- Erronée : la personne a cité au moins un mode erroné (avec ou sans mode(s) correct(s)).
- Aucun mode cité.

²⁶ La létalité est différente de la mortalité qui est le risque de décéder sur une année donnée.

²⁷ *Ibid.*, p. 293.

Les modes de transmission sont considérés comme corrects d'un point de vue biomédical. Il s'agit de :

- Rapports sexuels.
- « Par le sang²⁸ »
- Seringues²⁹.
- Objet tranchant infecté.
- Mère à l'enfant.

Dans cette typologie, le poids de chaque item est le même. Une personne n'ayant cité que les seringues sera considérée de la même manière qu'une personne n'ayant cité que les rapports sexuels ou la transmission de la mère à l'enfant. De plus, on ne tient pas compte du nombre de modes cités. Une femme en ayant cité quatre sera considérée de la même manière qu'une femme n'en ayant cité qu'un seul. Enfin, une femme citant les rapports sexuels, les seringues et la transmission mère-enfant mais également un mode

²⁸ Nous nous permettrons ici de faire une remarque pour l'item « par le sang » qui se doit d'être pris avec précaution. Si le sang est un liquide hautement contaminant, il ne suffit pas à lui seul. Pour qu'il y ait contamination, il faut un liquide contaminant (contenant une concentration suffisamment forte de virus), une « porte de sortie » et une « porte d'entrée ». De nombreuses croyances et phobies existent autour d'une contamination par le sang (que ce soit en Afrique ou dans les pays occidentaux), dans des situations avec certes une présence de sang mais pas de risque de contamination. Par exemple, un contact de sang sur la peau ne présente pas de danger de contamination, la peau étant une barrière très efficace pour les virus et le VIH en particulier. Soigner un enfant qui s'est écorché un genou ne présente aucun danger par exemple. Si l'utilisation de gants est préconisée, c'est pour éviter tout risques d'infections autre que celui du VIH. Ce n'est pas le contact avec du sang contaminé qui est risqué. C'est le contact entre ce sang et les muqueuses de l'organisme.

²⁹ Ici aussi nous voudrions apporter une précision. Les seringues ne présentent pas de risques dans tous leurs usages. La seringue utilisée pour faire une piqûre à un patient n'en présente pas car l'aiguille n'est rempli que du sérum administré mais pas de sang. Il y a risque par contre lors d'une prise de sang. Pour l'usage de drogue par voie intraveineuse, l'usager aspire un peu de sang dans la seringue pour vérifier qu'il a bien piqué dans une veine. Si la seringue est réutilisée pour une injection, une partie de sang qui était contenu dans le corps de l'aiguille sera injectée. Il y a alors risque de transmission. Une personne qui se piquerait simplement avec cette aiguille n'aurait a priori pas de risque. En effet, entrerait dans l'organisme uniquement ce qui se situe à l'extrémité de cette dernière. Les aiguilles utilisées pour une injection de drogue étant très fine, il n'y aurait pas une quantité suffisante de virus pour provoquer une contamination. Par contre, les aiguilles pour une prise de sang ont, elles, un diamètre important.

incorrect tel que les piqûres de moustiques, sera dans la catégorie des connaissances incorrectes alors qu'une personne n'ayant cité que les objets tranchants sera considérée comme ayant une connaissance correcte. Or, nous pourrions considérer que la connaissance de la première est meilleure que celle de la seconde. Certes, elle cite un mode incorrect mais qui, en l'occurrence, l'incitera peut être à prendre plus de précautions que nécessaire mais pas à en prendre moins³⁰. Elle a connaissance de la transmission sexuelle du virus qui correspond au mode le plus répandu en Afrique, ce qui n'est pas le cas de la seconde personne.

4.3 Moyens de prévention.

« La notion de prévention du sida a été abordée de deux façons différentes lors de la passation du questionnaire individuel. Dans un premier temps, une question large concernant les comportements susceptibles de prévenir le sida a été posée, puis une question plus précise sur les méthodes de contraception permettant d'éviter la transmission du sida. Ces deux questions permettent d'établir une typologie des connaissances relatives à la prévention du sida.³¹ »

Deux typologies ont d'abord été construites à partir de chacune de ces deux questions. À chaque fois, ont été distinguées une connaissance correcte (uniquement des moyens corrects cités), une connaissance erronée (au moins un moyen incorrect cité avec ou sans moyen correct) et une connaissance nulle (aucun moyen cité).

Myriam de Loenzien explique qu'il est ici plus difficile de départager la connaissance correcte de la connaissance erronée. En effet, une personne peut dire qu'« il ne faut pas sortir dehors » pour désigner les relations sexuelles. D'autres peuvent faire référence à des facteurs secondaires tels que boire de l'alcool ou voyager, facteurs qui peuvent favoriser une relation occasionnelle et/ou une prise de risques³². Seront entre autres

³⁰ À la différence d'une personne considérant que la protection d'un guérisseur/marabout est suffisante pour se protéger.

³¹ LOENZIEN (de) Myriam, 1995 [6], page 304.

³² *Ibid.*, p.308.

considérés comme corrects la *fidélité, éviter les relations sexuelles avec une personne infectée, utiliser un préservatif ou éviter les seringues usagées*³³.

À partir de ces deux typologies et de la connaissance du préservatif comme moyen de prévention, Myriam de LOENZIEN va distinguer « trois types de population du point de vue de la prévention du sida. Les personnes qui ne connaissent pas les modes de prévention du sida ou font une erreur ont une connaissance nulle ou erronée de la prévention du sida. Celles qui ne font pas d'erreur mais ne savent pas qu'une méthode de contraception telle que le préservatif permet d'éviter la transmission du sida en ont une connaissance correcte mais incomplète. Enfin, les personnes qui ne font pas d'erreur au sujet des modes de prévention du sida et savent que le préservatif en fait partie ont une connaissance complète de la prévention du sida.³⁴ »

Malgré les mêmes réserves, évoquées pour les modes de transmissions concernant les personnes ayant une connaissance à la fois correcte et incorrecte, cette typologie présente l'avantage de ne pas accorder le même poids à l'ensemble des moyens de prévention. Dans un contexte où 80 % des contaminations se font par transmission hétérosexuelle, la connaissance du préservatif est déterminante. Or, de LOENZIEN distingue, parmi les personnes ayant une connaissance correcte, deux sous-populations en fonction de leur connaissance ou non du préservatif en tant que moyen de prévention.

4.4 Un indice global.

« La létalité, la transmission et la prévention constituent les trois « paramètres » du sida. La mesure de la connaissance de chacun d'eux peut être reprise pour établir un indicateur global de connaissance de l'épidémie. Celle-ci est considérée comme « correcte » si les connaissances relatives à ces trois paramètres sont toutes les trois

³³ À propos des seringues usagées, voire la note 29 page 19. Concernant la fidélité, on peut se référer à la remarque exprimée sur le fait de n'avoir qu'un seul partenaire dans la partie I.2.2. Pour le préservatif, voir note 14 page 11.

³⁴ LOENZIEN (de) Myriam, 1995 [6], page 314.

correctes. Elle est considérée comme « non correcte » si la connaissance d'au moins un de ces paramètres est erronée ou inexistante. La notion de connaissance « quasi-complète » des paramètres du sida permet de caractériser une connaissance correcte mais non complète. En effet, identifier les personnes qui ont une connaissance complète du sida présente peu d'intérêt car [...] très peu de personnes ont une connaissance complète des modes de transmission du sida. Par exemple, seules quelques personnes citent la transmission de la mère à l'enfant. Ainsi, dans notre étude, le caractère quasi-complet ou incomplet de la connaissance des paramètres du sida dépend de la connaissance ou non du préservatif comme mode de prévention du sida. Par ailleurs, l'épidémiologie du sida en Afrique justifie que l'on mette l'accent sur l'étude de la transmission sexuelle, pour laquelle le préservatif joue un rôle important. Dans ce cadre, la transmission materno-fœtale peut être considérée comme la conséquence d'une transmission la plupart du temps sexuelle.³⁵ »

Myriam de LOENZIEN propose ainsi un indicateur global de connaissance des paramètres du sida en incluant à la fois la connaissance des moyens de prévention, celle des modes de transmission et celle du caractère léthal du sida. De plus, elle tient compte du caractère correct ou incorrect de chaque réponse et accorde une place importante à la connaissance du préservatif.

Nous pouvons cependant regretter, comme nous l'avons déjà dit, qu'une personne ayant une bonne connaissance mais ayant cité un item incorrect soit considérée de la même manière qu'une personne ayant une connaissance entièrement erronée. Enfin, les différentes typologies présentées permettent une analyse globale de la connaissance des trois paramètres pris en compte, ou de chacun d'entre eux pris séparément, mais ne permettent pas une analyse fine des différents niveaux de connaissance des moyens de prévention ou des modes de transmission.

³⁵ *Ibid.* pp. 315-316.

5. Les « trois bateaux » : Préservatif, Fidélité, Abstinence.

Une image longtemps employée par différents organismes dans le cadre de la prévention du sida en Afrique est celle des trois bateaux : ils portent pour noms préservatif, abstinence et fidélité. Des passerelles sont tendues entre chaque navire. L'objectif est d'être toujours sur un navire. On peut passer d'un navire à l'autre, mais il faut éviter de tomber à la mer où l'on risque d'être dévoré par des requins.

La métaphore consiste donc à promouvoir trois « stratégies » de prévention : l'utilisation du préservatif, l'abstinence et la fidélité sexuelle. Rappelons que « les messages prônant la fidélité et l'abstinence sont soutenus par les Églises, au premier rang desquelles l'Église romaine catholique, ainsi que par les États de tradition chrétiennes.³⁶ »

De là, certains en sont venus à mesurer la connaissance à partir de ces trois paramètres, en construisant par exemple un score allant de 0 à 3 correspondant au nombre de moyens connus parmi ces trois là.

Si ces trois stratégies sont effectivement les plus pertinentes en matière de réduction des risques de transmission du sida en Afrique, nous pouvons considérer le préservatif comme plus importante que les deux autres³⁷. De plus, un tel score ne prend en compte qu'un faible nombre de paramètres et passe sous silence les modes de transmission.

³⁶ DENIAUD, François, 1994 [3], page 53.

³⁷ Il serait possible de considérer l'abstinence totale comme la plus importante car la plus efficace pour la prévention de la transmission sexuelle. Mais, pour cela, il faudrait qu'elle puisse convenir aux modes de vie de la majorité des individus. Proposer un arrêt total des rapports sexuels n'est pas réaliste, que ce soit en Afrique ou en Europe. Peu de personnes sont prêtes à l'accepter, d'autant plus dans un contexte où la virilité masculine, par le biais des rapports sexuels, est mise en valeur. Le préservatif, quant à lui, offre la meilleure alternative entre protection et sexualité active.

6. En résumé.

Le Tableau I.2 permet de récapituler les différentes approches. Nous avons regardé si elles intégraient les données sur la connaissance des modes de transmission, celles sur les moyens de prévention, de la transmission mère-enfant, de la létalité du sida, de la connaissance du fait qu'une personne apparemment en bonne santé peut être porteuse du VIH (ce que nous appellerons le caractère non visible de la séropositivité), si elles tenaient compte des modes ou moyens incorrects, si une importance était accordée au préservatif par rapport aux autres moyens de prévention et enfin si elles proposaient un indicateur global ou synthétique d'une bonne connaissance du sida.

Comme nous le montre ce tableau, aucune de ces approches ne tient compte de la connaissance de la transmission mère-enfant, exceptée l'approche de Myriam de LOENZIEN qui la retient dans les modes de transmission. Cependant, elle ne la considère pas de manière spécifique, d'une part parce que cette modalité est peu citée de manière spontanée, et d'autre part parce qu'elle la considère comme une conséquence de la transmission sexuelle.

Tableau I.2
Récapitulatif des différentes approches.

Approches	Intègre					Importance accordée au préservatif	Propose un indice global
	moyens de prévention	modes de transmission	Intègre croyances erronées	la TME	la létalité		
Avoir entendu parler du sida							✓
Taux de citation toutes modalités	✓	✓					
Taux médicalement corrects	✓	✓	✓				
Taux de citation du préservatif	✓					✓	✓
ORS	✓	✓	✓				
Myriam de LOENZIEN	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Les « Trois bateaux »	✓						✓
TME : Transmission Mère – Enfant							
NVS : Non Visibilité de la Séropositivité (fait de savoir qu'une personne apparemment en bonne santé peut être porteuse du virus.							

Aucune des approches que nous avons abordées ne tient compte du caractère non visible de la séropositivité alors qu'il s'agit d'un élément important de la connaissance du sida. Bien qu'il ne soit pas suffisant pour qu'une personne adopte une stratégie de prévention, il est nécessaire. En effet, une personne considérant que la maladie est visible peut être amenée à ne prendre aucune précaution avec une personne apparemment en bonne santé car elle supposerait que c'est inutile, cette personne ne pouvant être contaminée selon elle.

Enfin, des différentes approches que nous avons vues, celle de Myriam de LOENZIEN apparaît comme la plus complète et la plus pertinente pour proposer un indicateur global d'une bonne connaissance du sida. Cependant, ces différentes typologies intermédiaires ne permettent pas une analyse fine de la connaissance des modes de transmission et des moyens de prévention.

II. Les Enquêtes Démographiques et de Santé.

1. Données disponibles.

Nous nous proposons de faire un rapide tour d'horizon des données *a priori* disponibles dans différentes EDS d'Afrique Subsaharienne à partir d'une analyse des questionnaires des différentes enquêtes³⁸. Nous supposons, sous réserve d'une passation correcte des questionnaires et d'une absence de problèmes lors de la codification et de la saisie, que si une question est présente dans le questionnaire publié à la fin d'un rapport d'EDS, les données s'y afférant sont présentes dans les bases de données de Macro International.

Deux modèles principaux se dégagent pour ce qui concerne les modes de transmission et les moyens de prévention : celui des DHS-III et celui des DHS +. Dans les deux cas, le module sida et MST est en général le même dans le questionnaire Homme et dans le questionnaire Femme.

1.1 Les DHS-III.

Dans les DHS-III, on a posé une question du type « Comment peut-on attraper le sida ? ». Il s'agit d'une question sur la connaissance spontanée des modes de transmission. Les modes communs à la majorité des enquêtes sont³⁹ :

- Rapports sexuels.
- Rapports sexuels avec de multiples partenaires.
- Rapports sexuels avec des prostituées.
- Ne pas utiliser de condom.
- Relations homosexuelles.
- Transfusion de sang.

³⁸ Il ne nous est pas possible dans le cadre d'un mémoire de maîtrise, pour des raisons de temps, de vérifier les données disponibles dans les bases de données de chaque EDS.

³⁹ Source : *DHS-III Individual Recode* [7].

- Injections.
- En embrassant.
- Piqûres de moustiques.

Les autres modalités sont spécifiques à chaque pays. À chaque fois, une modalité 'autre' a été prévue. Ce qui est mentionné est alors reporté sur le questionnaire mais l'information n'est en générale pas disponible dans les bases de données.

Puis on trouve : « Y a-t-il quelque chose qu'une personne peut faire pour éviter d'attraper le sida ou le virus qui cause le sida ? ». Si la personne répond 'oui', on lui demande alors « Que peut-on faire ? ». Les modalités sont⁴⁰ :

- S'abstenir de rapports sexuels.
- Utiliser des condoms.
- Avoir un seul partenaire sexuel ou Éviter d'avoir de multiples partenaires.
- Éviter les prostituées.
- Éviter les relations homosexuelles.
- Éviter les transfusion de sang.
- Éviter les injections.
- Éviter d'embrasser.
- Éviter les piqûres de moustiques.
- Demander la protection d'un guérisseur traditionnel.

Les autres modalités sont spécifiques à chaque pays. Parfois, on rajoute la modalité « Safe sex » ou « Se protéger » en demandant par la suite ce qu'entend la personne enquêtée par ce terme.

En règle générale, les DHS-III comportent deux séries de questions sur la perception du risque que l'enquêté a d'attraper le sida, les raisons de cette perception et s'il a changé de comportement depuis qu'il a entendu parler du sida.

⁴⁰ *Ibidem.*

1.2 Les DHS+.

Dans les DHS+, on ne voit pas de différence entre les modèles A et B⁴¹ à propos du module sida et autres MST. Pour les modes de transmission, il n'y a pas de question de type spontanée comme pour les DHS-III. Mais là encore, on demande aux personnes si elles ont déjà entendu parler du sida ; si oui, s'il est possible de faire quelque chose pour éviter de l'attraper; et si oui, que faire. On retrouve les mêmes modalités de base plus ⁴²:

- Limiter le nombre de partenaires sexuels.
- Éviter le sexe avec les personnes ayant de nombreux partenaires.
- Éviter le sexe avec les personnes s'injectant de la drogue par voie intraveineuse.
- Éviter de partager rasoir et lames.

Peuvent être rajoutées des modalités spécifiques à chaque pays ainsi que la modalité « Safe Sex » ou « Se protéger » suivie d'une question d'explication.

Puis, vont être posées les questions suivantes auxquelles les personnes répondent par 'oui', 'non' ou 'ne sait pas' :

- Est-ce qu'on peut se protéger du virus du sida en ayant seulement un partenaire sexuel qui n'a aucun autre partenaire ?
- Est-ce qu'on peut se protéger du virus du sida en utilisant une capote à chaque fois qu'on a des rapports sexuels ?
- Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en se faisant piquer par des moustiques ?
- Est-ce qu'on peut attraper le virus du sida en partageant la nourriture de quelqu'un atteint du sida ?

⁴¹ Macro International propose deux questionnaires types de DHS+, les modèles A et B, qui présentent un certain nombre de différences. Concernant le module sida et autres MST, on ne distingue aucune différence.

⁴² Source : *Model 'A' Questionnaire* [12].

D'autres questions peuvent être rajoutées selon les pays. Nous n'avons plus ici une connaissance spontanée des modes de transmission mais une connaissance de type « énumération⁴³ ».

Les DHS+ comportent également une série de questions sur la réaction de l'enquêté vis-à-vis d'une personne infectée et sur les symptômes d'une MST chez l'homme et chez la femme.

1.3 Les différentes enquêtes.

Le tableau ci-dessous⁴⁴ montre les données *a priori* disponibles pour certains pays d'Afrique Subsaharienne, d'après leur questionnaire. Ce tableau ne se veut pas exhaustif et ne prend pas en compte l'ensemble des données du module Sida et autres MST. Nous nous intéressons principalement aux données concernant les moyens de prévention, les modes de transmission, et si des questions ont été posées sur la transmission mère enfant, le caractère non visible de la séropositivité et la létalité du sida. La langue indiquée est celle du questionnaire. Cependant, cela ne veut pas dire que sa passation a été réalisée dans cette langue puisque la majorité des questionnaires a été traduite dans les différents dialectes de chaque pays.

⁴³ Nous avons déjà parlé de ces deux types de connaissance quand nous avons abordé l'approche de l'ORS d'Île-de-France. Cf. I.3 page 13.

⁴⁴ Ce tableau ne reprend que les données directement liées à la connaissance du sida elle-même. Nous n'y avons pas inclus les séries de questions sur d'autres aspects comme les sources d'informations ou la perception des risques, ni sur l'utilisation du préservatif. Nous n'avons pas tenu compte non plus des données sur le test de dépistage et la démarche de test car les questions portent principalement sur le fait d'avoir effectué ou non un test, et non sa connaissance et celle de sa signification et de l'intérêt d'un tel test.

Tableau II.1

Données *a priori* disponibles dans les différentes EDS.

Pays	Année	Type	Langue	TME	NVS	Létalité
Sénégal	1997	DHS-III	Français		✓	
Burkina Faso	1998-1999	DHS-III	Français	✓	✓	✓
Côte d'Ivoire	1998-1999	DHS-III	Français	✓	✓	✓
Mali	1995-1996	DHS-III	Français	✓	✓	✓
Zambie	1996	DHS-III	Anglais	✓	✓	✓
Kenya	1998	DHS-III	Anglais	✓	✓	✓
Togo	1998	DHS-III	Français	✓	✓	✓
Guinée	1999	DHS-III	Français	✓	✓	✓
Nigeria	1999	DHS-III	Anglais	✓	✓	✓
Ouganda	2000-2001	DHS+	Anglais	✓	✓	
Tanzanie	1999	DHS+	Anglais	✓	✓	
Zimbabwe	1999	DHS+	Anglais	✓	✓	
Éthiopie	2000	DHS+	Anglais	✓	✓	✓
Gabon	2000	DHS+	Français	✓	✓	✓
Malawi	2000	DHS+	Anglais	✓	✓	
Rwanda	2000	DHS+	Français	✓	✓	

TME : Transmission Mère Enfant
 NVS : Non Visibilité de la Séropositivité

Pour ces quelques pays, nous avons remarqué que la plupart des questionnaires, de type DHS-III comme de type DHS+, demandait si la personne connaissait des individus ayant le sida ou morts du sida.

Tous les questionnaires de type DHS-III (excepté le Sénégal) comportaient une série de questions sur les sources d'information de l'enquête et celles par lesquelles il aimerait avoir de l'information sur le VIH/sida. Cette série de questions n'était prévue que pour la moitié des questionnaires DHS+ que nous avons consultés.

De nombreux questionnaires de type DHS+ comportaient une batterie de questions sur la perception sociale des personnes atteintes, le comportement qu'elles devaient adopter, et sur le test de dépistage.

Concernant les moyens de prévention spécifiques à chaque pays, on trouve très fréquemment les objets tranchants souillés. Seul le Nigeria a tenu compte de la circoncision. Deux pays ont codifié le fait de vivre avec un sidéen ou de le toucher. Enfin, de nombreuses DHS+ ont intégré la question « Est-ce qu'on peut se protéger du virus du sida en s'abstenant complètement de rapports sexuels ? ».

2. Limites des données.

2.1 Passation des questionnaires.

La méthodologie d'enquête est sensiblement la même pour les différentes EDS. Dans chaque pays, les questionnaires ont été administrés au cours d'interviews au domicile des enquêtés. Comme il s'agit de questionnaires administrés, les réponses représentent donc ce que disent les personnes interrogées aux enquêteurs, non ce qu'elles font ou pensent. Or, face à un tiers, elles peuvent répondre autres choses que leurs véritables actes et opinions. Il est plus difficile de nouer une relation de confiance avec chaque enquêté lorsqu'il faut faire passer un questionnaire à plusieurs milliers de personnes, que lorsqu'il s'agit d'entretiens qualitatifs sur un petit échantillon.

De plus, pour certaines questions, comme celle sur les moyens de prévention, l'enquêteur pose une question ouverte à l'interviewé et se charge de retranscrire les différentes réponses selon des modalités préalablement codées. Or, une même réponse peut très bien entrer dans deux catégories distinctes selon la compréhension qu'en a l'enquêteur. Il ne faut pas oublier que dans une situation de communication, le message passe par différents filtres : les représentations, le vécu, les valeurs, la culture de l'émetteur et de même pour le récepteur. L'enquêté et l'enquêteur peuvent très bien ne pas placer les mêmes notions derrière les mêmes mots.

2.2 Ambiguïté des réponses.

Comme pour toute enquête quantitative, nous manquons de précision. Lorsqu'une personne cite le préservatif en tant que moyen de prévention, nous ne savons pas s'il s'agit bien du condom⁴⁵, ni si l'interviewé a une connaissance correcte de son utilisation.

Lorsque la fidélité est évoquée, nous ne savons pas quelle est la notion mise en jeu. Dans le questionnaire du Sénégal, à titre d'exemple, il est écrit « fidélité au(x) partenaire(s) » avec un pluriel. Ce pluriel peut laisser penser à une conception différente

⁴⁵ En effet, le terme de préservatif ne fait pas systématiquement référence au condom. Pour certains, ce terme renvoi à tout objet ou toute pratique assurant une « préservation ».

de la fidélité entre un seul homme et une seule femme. À quels partenaires fait-il référence ? Uniquement des partenaires réguliers ou bien inclut-il des partenaires plus ou moins occasionnels ?⁴⁶

De manière générale, une large majorité de questions comporte de telles ambiguïtés, quelle que soit l'EDS étudiées. Nous ne les soulèveront pas toutes ici. Nous prendrons le temps de discuter de celles rencontrées dans l'enquête que nous utiliserons dans la partie IV.

3. Choix du pays.

Dans le cadre de ce travail, nous nous proposons de construire des indicateurs d'une bonne connaissance des paramètres du sida à partir des données d'une EDS. Pour cela, nous appliquerons notre démarche à un seul pays car il ne nous est pas possible ici de le faire pour tout un sous-ensemble régional.

Concernant les modes de transmission, nous préférons *a priori* les données des DHS-III à celles des DHS+ car elles portent sur une connaissance spontanée et proposent plus de modalités.

Notre choix portera sur la Guinée car, parmi les enquêtes consultées, il s'agit de la DHS-III la plus récente, dont le rapport ait été publié en français, et elle comporte des données sur la létalité, la non visibilité de la séropositivité et la transmission mère – enfant.

De plus, nous ne travaillerons qu'avec l'échantillon des femmes, notre objectif n'étant pas ici de procéder à un comparatif hommes / femmes.

⁴⁶ Encore faudrait-il définir ce que sont des partenaires réguliers et occasionnels.

III. Présentation de la Guinée et de l'EDS 1999.

1. Caractéristiques générales.

Couvrant une superficie de 245.857 km², la République de Guinée est un pays côtier situé dans la partie occidentale du continent africain, à mi-chemin entre l'Équateur et le Tropique du Cancer.

Du point de vue géo-écologique, la Guinée est subdivisée en quatre régions naturelles assez bien distinctes et intérieurement homogènes (cf. Figure III-2).

Figure III-1

Carte de la Guinée.



D'après les résultats du recensement de 1996, la population guinéenne était évaluée à 7.156.406 habitants. Le taux d'accroissement naturel annuel moyen est de 3,1 % pour la période intercensitaire (1983-1996). Cette population, à 51 % féminine, est inégalement répartie sur le territoire. La densité moyenne est de 29 habitants au km² et varie de 10 à 112 selon les préfectures. La région la moins peuplée est la Haute Guinée

(14,2 habitants au km² contre plus de 30 pour les autres régions). La capitale, Conakry, a une densité nettement plus forte (2.429 habitants au km²).

La population guinéenne est essentiellement rurale (70 %) et plus de la moitié des urbains vivent à Conakry (51 %). La population est extrêmement jeune : 46 % ont moins de quinze ans. Cela est dû à une fécondité et une mortalité encore élevées⁴⁷.

Figure III-2
Découpage de la Guinée en régions.



2. Situation épidémiologique.

Quelques données sur la prévalence du VIH sont disponibles pour la Guinée depuis le milieu des années 1980. À Conakry, de 1 à 2 % des femmes vues en consultation prénatale se sont révélées positives pour le VIH-1 et/ou le VIH-2 entre 1986 et 1996. En 1996, dans six sites en dehors de Conakry, le taux médian des femmes séropositives était de 1,4 %⁴⁸.

⁴⁷ Sources : Rapport EDS Guinée 1999 [4] pp. 1-7 et Yahoo ! Encyclopédie.

⁴⁸ Source : ONUSIDA/OMS [9]. Sur les six sites, le minimum observé est de 1,3 %, le maximum de 1,8%. Le taux médian correspond à la valeur permettant de séparer les six sites en deux groupes de même

En 1994, 37 % des travailleuses du sexe, testées à Conakry, étaient positives pour le VIH. En 1995, 5 % des personnes ayant une MST, testées à Conakry, étaient séropositives au VIH.

Tableau III.1

Données épidémiologiques Guinée 1999.

Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH/sida à la fin 1999.	
Adultes et enfants	55.000
Adultes (15-49 ans)	52.000
Taux parmi les adultes	1,54 %
Femmes (15-49 ans)	29.000
	soit 55,8 % des adultes
Enfants (0-15 ans)	2.700
Estimation du nombre de décès dus au sida	
Décès en 1999 (enfants et adultes)	5.600
Estimation du nombre d'orphelins (ont perdus père et/ou mère avant l'âge de 15 ans)	
Total cumulé depuis le début de l'épidémie	30.000
Orphelins en vie fin 1999	21.037
Sources : OMS/ONUSIDA [9] ⁴⁹ .	

Il est à noter que si les taux de séroprévalence sont relativement modérés dans la population générale (pour un pays d'Afrique sub-saharienne), ils sont conséquents dans les populations à forte vulnérabilité (notamment les prostituées).

effectif. Autrement dit, sur trois sites on observe des taux inférieurs à 1,4%, et sur trois autres sites des taux supérieurs.

⁴⁹ Nous informons le lecteur que l'ONU ne fournit pas d'estimations fin 2001 pour la Guinée dans son *Tableau des estimations et données relatives au VIH/sida par pays, fin 2001* publié dans le rapport 2002 sur l'épidémie ([11]).

Des études ont essayé de mesurer les taux de séroprévalence au VIH dans la population guinéenne. Elles ne fournissent pas toutes les mêmes estimations. Les données des différentes observations doivent être sujettes à caution étant donné la taille restreinte des échantillons et le fait que les enquêtes ne portent que sur les zones géographiques accessibles et sur les populations fréquentant les cliniques. De ce fait, toute une catégorie de personnes n'est pas intégrée à ces études. C'est le cas notamment de l'enquête séroprévalence réalisée en 1996 qui a été effectuée à Conakry et dans deux régions cibles. Le plus souvent, on estime le niveau de séroprévalence de la population générale à partir des taux observés chez les femmes enceintes ou chez les donneurs de sang. De plus, un certain nombre d'enquêtes n'ont recours qu'au test Élixa pour déterminer la sérologie des enquêtés, sans confirmation par un Western Blott⁵⁰.

Enfin, précisons qu'une enquête séroprévalence est actuellement en cours en Guinée. Cette dernière devrait permettre d'avoir une idée plus précise de l'épidémiologie du pays.

3. L'EDS de 1999.

L'Enquête Démographique et de Santé (EDS-III), effectuée en Guinée en 1999, porte sur des ménages et les personnes les composant (hommes et femmes). Ses objectifs principaux sont de collecter des données actualisées sur la fécondité, la mortalité, la planification familiale et la santé (en particulier la santé maternelle).

Nous utiliserons ici les données de l'enquête individuelle auprès des femmes. Celle-ci porte sur 6.753 femmes âgées de 15 à 50 ans sélectionnées selon un échantillonnage des ménages à deux degrés à partir des zones de dénombrement du recensement de 1996. Il s'agit d'un échantillon pondéré et représentatif au niveau national, régional et du milieu de résidence (urbain et rural).

⁵⁰ Le test Élixa étant très sensible et pouvant réagir à d'autres anticorps que les anti-VIH, une confirmation par un test Western Blott est souvent nécessaire pour déterminer si une personne est ou non séropositive. En Afrique, d'autres protocoles ont été établis pour diagnostiquer une séropositivité. Certains se contentent d'un seul test Élixa et de la présence de symptômes de primo-infection, d'autres font usage de tests rapides. En occident, la norme reste le test Élixa confirmé par Western Blott.

Dans certains questionnaires, les données sont manquantes pour une ou plusieurs questions. Il se peut que la personne n'ait pas répondu à la question posée ou bien qu'un problème ait été rencontré au moment de la codification ou de la saisie. Nous avons décidé de ne pas tenir compte de ces femmes car il serait hasardeux d'essayer d'interpréter la raison pour laquelle elles n'ont pas répondu. Sous chaque tableau, nous donnerons néanmoins le nombre de questionnaires manquants dont nous n'avons pas tenu compte dans nos calculs.

Tableau III.2

Caractéristiques socio-démographiques des femmes enquêtées.

	Femmes		
	Pourcentage avec pondération	Effectifs pondérés	Effectifs non pondérés
Âge			
15-19	19,6	1.321	1.339
20-24	16,1	1.086	1.099
25-29	18,5	1.248	1.251
30-34	14,3	968	958
35-39	14,0	944	933
40-44	9,2	620	611
45-49	8,4	565	562
Niveau Scolaire			
Aucun	80,4	5.431	5.361
Primaire	10,2	689	721
Secondaire ou plus	9,4	633	671
Milieu de résidence			
Urbain	32,2	2.171	2.344
Rural	67,8	4.582	4.409
Région			
Basse Guinée	20,4	1.375	1.383
Moyenne Guinée	22,3	1.509	1.236
Haute Guinée	15,4	1.038	1.128
Guinée Forestière	23,8	1.610	1.669
Conakry	18,1	1.222	1.337
TOTAL	100,0	6.753	6.753

Nous retrouvons ici la jeunesse de l'échantillon. 54,2 % des femmes ont moins de 30 ans, et seulement 17,6 % d'entre elles sont âgées de 40 à 50 ans.

Les femmes guinéennes sont peu instruites, les quatre cinquièmes n'ont reçu aucune formation scolaire, d'où probablement un fort taux d'analphabétisation (l'alphabétisation s'acquérant principalement à l'école). Parmi les femmes ayant suivi une scolarité, la moitié (soit 10,2 % de l'ensemble de l'échantillon) n'a pas dépassé le primaire. La majorité vit en milieu rural (67,8 %). Plus de la moitié des urbaines (1.222) vivent à Conakry, soit 18,1 % de l'ensemble de l'échantillon.

Les données utilisées sont pondérées par une variable fournie par Macro International. Destinée à rendre l'échantillon représentatif de la population guinéenne au niveau national, régional et selon le milieu de résidence, cette variable est construite à partir de la région des enquêtés. Le Tableau III.2 nous permet, pour différentes caractéristiques socio-démographiques, de voir les différences d'effectifs observées selon que l'on utilise ou non la pondération.

IV. Notre approche.

1. Quels paramètres prendre en compte ?

De nombreux paramètres peuvent être considérés pour déterminer ce qu'est une bonne connaissance du sida. Deux critères sont à retenir : le paramètre est-il pertinent dans le contexte africain ? l'information est-elle disponible dans les EDS ?

La connaissance de la trithérapie et des traitements d'urgence, dont on prend de plus en plus compte dans les pays occidentaux, n'est pas encore d'actualité pour les pays africains du fait du difficile accès à la première et de l'inexistence des seconds.

Le test de dépistage commence à être accessible de manière gratuite, parfois anonymement, dans les zones urbaines, principalement les capitales. Cependant, cela ne touche qu'un nombre encore restreint de personnes. De plus, en l'absence d'un suivi médical aisé et accessible à tous, cette donnée ne nous semble pas pertinente. Enfin, les données des dernières EDS portent surtout sur la démarche de test et non sur la connaissance de celui-ci et de sa signification. La donnée n'est d'ailleurs disponible que dans les DHS+ et rarement dans les DHS-III.

On ne dispose pas, dans les questionnaires consultés, de données sur le préservatif féminin. Nous n'en tiendrons donc pas compte.

Il est clair que les paramètres les plus pertinents sont avant tout la connaissance des moyens de prévention et des modes de transmission (d'où notre choix pour une DHS-III). À ceux-ci, nous pouvons rajouter, comme l'a fait Myriam de LOENZIEN, celle du caractère létal du sida. Il est en effet important de savoir que le sida est une maladie mortelle qu'on ne sait pas aujourd'hui guérir. Cette connaissance est nécessaire, mais non suffisante, pour éviter de considérer cette maladie comme négligeable.

Les données étant disponibles, nous tenons également à prendre en compte deux autres aspects. Premièrement le fait de savoir qu'une personne apparemment en bonne santé peut être porteuse du virus, que nous appellerons le caractère non visible de la

séropositivité, nécessaire pour comprendre que n'importe qui peut être porteur et que choisir ses partenaires selon leur apparence est une stratégie inefficace. Deuxièmement, la connaissance de la transmission de la mère à son enfant qui représente en Afrique un nombre de transmissions relativement important.

L'objectif de ce travail sera de construire un indicateur plus précis d'une bonne connaissance des paramètres du VIH/sida, en considérant les différentes réponses et leur spécificité. La question est de savoir ce qu'est une bonne connaissance du VIH/sida. Nous pourrions nous contenter de mettre sur un même niveau tout ce qui est exact et de regarder le nombre de « bonnes » et de « mauvaises » réponses d'un point de vue médical. Nous trouvons plus pertinent et intéressant de hiérarchiser les différents types de connaissance selon un objectif de Réduction des Risques (RdR) approprié au contexte guinéen. Certains savoirs sont plus importants que d'autres car ils peuvent amener les individus à adopter un comportement permettant d'éviter une contamination par le VIH, ou tout du moins de réduire ce risque. Ces connaissances seront donc à relativiser en tenant compte du contexte guinéen et des données épidémiologiques : les stratégies à adopter ne sont pas les mêmes si la transmission du VIH est essentiellement due à l'échange de seringues souillées ou à des rapports sexuels non protégés.

2. Ne pas avoir entendu parler du sida.

La toute première question posée aux enquêtées sert à déterminer si elles ont déjà entendu parler du VIH/sida. De cette question découle les autres qui ne sont posées qu'aux femmes ayant répondu 'oui'.

Tableau IV.1

Proportion de femmes ayant déjà entendu parler du sida.

	A entendu parler du sida ?		<i>TOTAL</i>
	Non	Oui	
N	342	6.409	6.751
%	5,1	94,9	100,0

Manquantes : 2.

5,1 %, soit 342 des femmes de l'échantillon, disent ne jamais en avoir entendu parler. De fait, ces femmes sont celles qui ont la plus mauvaise connaissance des paramètres du

VIH/sida puisqu'elles n'en ont aucune. Nous décidons de les considérer comme celles ayant la plus mauvaise connaissance des paramètres du sida.

3. Moyens de prévention.

Nous nous intéresserons ici essentiellement aux femmes ayant entendu parler du sida. Sous chaque tableau, nous préciserons sur quel sous-ensemble les résultats ont été calculés⁵¹. À défaut d'indication, il s'agira de l'échantillon total.

3.1 Ne rien avoir cité ou avoir cité 'autre'.

Certaines femmes n'ont cité aucun moyen de prévention.

Pour celles en ayant cité au moins un, il était possible qu'elles citent un autre moyen de prévention que ceux proposés. Nous devons souligner l'ambiguïté de la catégorie 'autre'. En effet, l'enquêteur cochait les réponses à la question : « Que peut faire une personne pour se protéger du sida ? ». Onze moyens étaient codifiés. Lorsque la répondante en mentionnait un autre, il était classé dans 'autre'. À moins de pouvoir aller consulter les archives de l'enquête pour savoir quelles sont les autres modalités qui ont été citées, il ne nous est pas possible de connaître la nature de ses réponses.

⁵¹ En effet, certaines questions n'ont été posé qu'à un sous-échantillon de femmes. Dans d'autres cas, nous nous intéresserons qu'à certaines sous-populations.

Tableau IV.2

Avoir cité 'autre' seul ou avec un des moyens de prévention codifiés.

% du total		A cité un moyen autre		TOTAL
		Non	Oui	
A cité un des moyens de prévention codifiés				
Non	N	1.091	7	1.098
	%	17,1	0,1	17,2
Oui	N	5.278	19	5.297
	%	82,5	0,3	82,8
TOTAL	N	6.369	26	6.395
	%	99,6	0,4	100,0

Base : femmes ayant entendu parler du sida – manquantes : 14.

Si un grand nombre de femmes mentionne au moins un moyen, elles sont néanmoins 17,1 % (1.091) à ne rien citer. Certes, elles ont une vague idée de ce que peut être le sida, puisqu'elles en ont entendu parler, mais sont incapables de donner un moyen de prévention. Leur connaissance est donc très faible.

Seulement 0,4 % (26) ont cité un moyen autre. Pour les sept qui en ont cité un sans cité un autre moyen de prévention, nous les considérerons de la même manière que celles n'ayant rien cité. Pour les dix-neuf autres, nous ne tiendrons compte que des moyens codifiés cités.

3.2 Moyens codifiés.

Voici la liste des moyens de prévention codifiés ainsi que leur taux de citation⁵².

Tableau IV.3

Proportions de femmes ayant cité chacun des moyens de prévention proposés

En % des femmes ayant entendu parler du sida	Taux de citation	
	N	%
Moyens de prévention		
Éviter d'avoir de multiples partenaires	4.357	68,1
Abstinence	1.816	28,4
Utiliser un préservatif	1.485	23,2
Éviter le sexe avec les prostituées	1.412	22,0
Éviter les instruments coupants souillés	653	10,2
Éviter les injections	496	7,7
Éviter les transfusions de sang ⁵³	269	4,2
Éviter les relations homosexuelles	170	2,7
Éviter de s'embrasser	154	2,4
Éviter les piqûres de moustiques	88	1,4
Protection d'un guérisseur traditionnel	45	0,7

Base : femmes ayant entendu parler du sida – manquantes : 14.

Effectif valide total : 6.395 femmes

Nous voyons que les modalités les plus citées sont dans l'ordre : éviter le multipartenariat (68 %), l'abstinence (28 %), le préservatif (23 %) et éviter les prostituées (22 %). Les autres obtiennent des taux inférieurs à 15 %.

Tous les moyens de prévention codifiés dans le questionnaire ne font pas référence au même domaine. Il nous semble alors possible de les différencier et de les classer en trois catégories distinctes.

3.3 Pratiques Safe.

La première catégorie que nous envisageons regroupe l'ensemble des réponses faisant référence à une pratique, une action qui supprime le risque de transmission du

⁵² C'est-à-dire la proportion de femmes les ayant cités (parmi les femmes ayant entendu parler du sida).

⁵³ Voir note n°12 page 11.

VIH/sida. C'est la pratique qui crée ou non le risque. Ainsi, avoir un rapport sexuel avec pénétration non protégée crée un risque de transmission, que ce rapport sexuel ait lieu avec son concubin ou avec une personne appartenant à un groupe à forte prévalence (comme les homosexuels ou les prostituées). En effet, à moins d'être sûr de la séronégativité de son partenaire, même un rapport sexuel avec son concubin présente un risque de transmission du VIH.

Concernant les modes de transmission, nous parlerons de *Pratiques à Risques* (PR), leurs corollaires étant, pour les moyens de prévention, ce que nous appellerons les *Pratiques Safe*⁵⁴ (PS).

Cinq des modalités codifiées dans l'EDS appartiennent au domaine des Pratiques Safe. Il s'agit de :

- l'abstinence,
- utiliser un préservatif,
- éviter les transfusions sanguines,
- éviter les injections et
- éviter les instruments tranchants souillés (lames, ciseaux, couteaux...).

Afin de bien mesurer l'importance de cette catégorie dans les éventuels comportements que cette connaissance pourrait induire (rappelons que nous avons réuni ici les réponses qui font référence à une action supprimant le risque de transmission du VIH/sida), nous avons séparé ce que nous appellerons les Pratiques Safe de type I et les Pratiques Safe de type II, les premières concernant la transmission sexuelle, et les secondes, la transmission sanguine, ces deux modes de contamination intervenant de manières très différentes en Guinée⁵⁵.

⁵⁴ Nous utilisons le terme anglo-saxon *safe* en référence à la notion de *safe sex* (ou sexe sans risque en français).

⁵⁵ On estime à 80 % la part de la transmission sexuelle dans les nouvelles contaminations, et de 5 à 10 % celle de la transmission sanguine.

Les Pratiques Safe de type I (PS I) comptent deux réponses :

- utiliser un préservatif et
- l'abstinence.

Ce groupe de réponses est, pour nous, le plus déterminant du point de vue de la connaissance du VIH/sida. En effet, étant donné l'importance de la contamination hétérosexuelle dans ce pays, il nous semble primordial que la population connaisse les moyens qui sont à sa disposition pour éviter une contamination par voie sexuelle. Nous considérerons, de plus, que la Pratique Safe la plus importante à connaître est l'utilisation du préservatif, suivi de l'abstinence. L'abstinence est a priori plus contraignante que l'usage du préservatif puisqu'elle présuppose une absence de relation sexuelle⁵⁶.

Concernant le préservatif, le fait qu'une personne l'ait cité ne signifie pas pour autant qu'elle a une connaissance correcte de son utilisation. Dans son étude sur le préservatif, François DENIAUD⁵⁷ évoque de nombreux exemples d'utilisation incorrecte : le préservatif gardé dans la poche pendant l'acte et utilisé comme grigri, hommes mettant le préservatif sur leur main ou sur un bâton suite à une démonstration, personnes coupant l'extrémité du préservatif pour le circoncire, utilisation de vaseline (rappelons que c'est un corps gras qui rend le latex poreux)... De plus, il n'est apparemment pas rare de voir des personnes utiliser un préservatif puis de le retirer avant de jouir.

Enfin, DENIAUD montre que les jeunes qu'il étudie ont une mauvaise connaissance du rôle du lubrifiant, certains pensant même qu'il est dangereux⁵⁸. « Certains craignent que le lubrifiant soit néfaste pour les organes génitaux⁵⁹. » Il rapporte également que pour certaines ethnies africaines il est important qu'il y ait des frottements pendant le coït au point que « certaines prostituées assèchent leur vagin afin d'augmenter les

⁵⁶ Et ce, d'autant plus, lorsque les normes sociales mettent en avant chez les hommes la notion de virilité et poussent ces derniers à avoir de nombreuses partenaires.

⁵⁷ DENIAUD, François, 1994 [3].

⁵⁸ *Ibid.*, page 140.

⁵⁹ *Ibid.*, page 162.

frottements des sexes, sensés procurer plus de plaisir.⁶⁰ » De fait, l'utilisation d'un lubrifiant est rare et les risques de déchirures du préservatif sont fortement augmentés.

Nous avons séparé cette première catégorie de ce que nous appelons les Pratiques Safe de type II (PS II) et qui compte :

- éviter les transfusions sanguines,
- éviter les injections et
- éviter les instruments tranchants souillés.

Bien que ce soit des moyens probants d'éviter une contamination par le VIH, la transmission par voie sanguine du virus n'est pas, dans un pays comme la Guinée, assez importante pour pouvoir être mise au même niveau que la précédente. Ainsi, si l'occurrence de ces réponses peut être garante d'une connaissance du sida, elle ne semble pas essentielle dans les choix que la population guinéenne doit faire pour éviter une propagation du virus⁶¹.

La figure ci-après permet de visualiser la répartition des Pratiques Safe citées parmi les femmes en ayant cité au moins une (ces dernières représentent 46 % de l'échantillon).

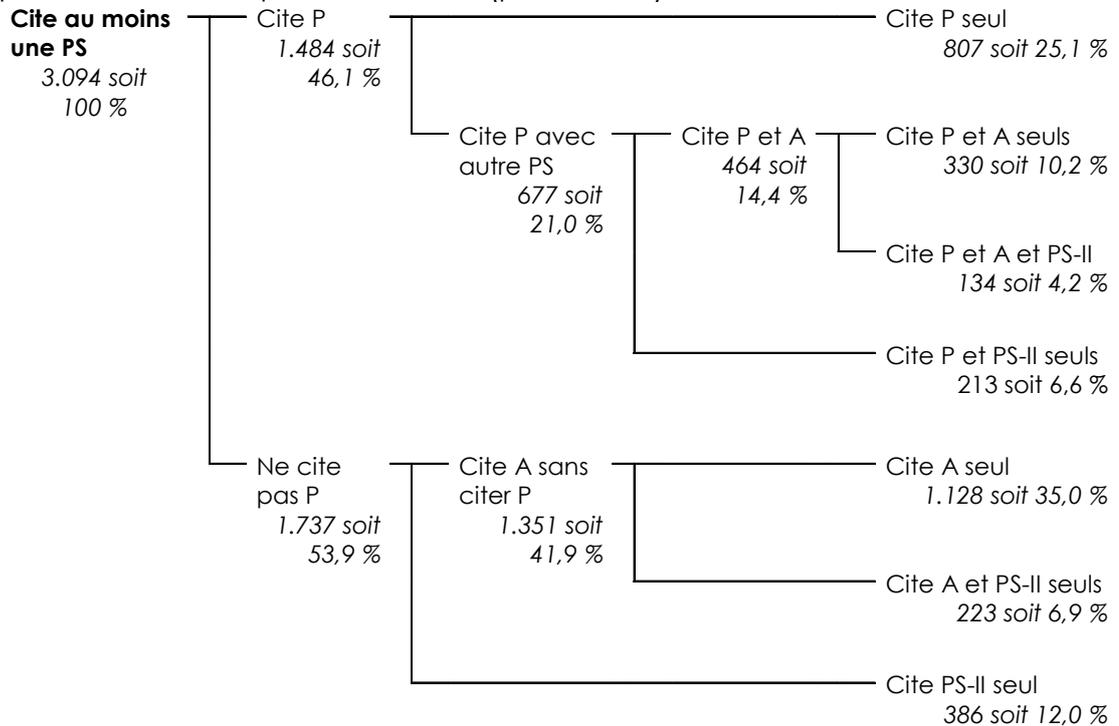
L'abstinence vient en tête, citée par 65,5 % des femmes (2.028), suivi du préservatif (1.484 soit 46,1 %) et des Pratiques Safe de type II (956 soit 30,9 %). Le plus souvent, ces femmes citent l'abstinence seule (35 %), le préservatif seul (25 %) ou une PS II sans citer de PS I (12 %). Elles sont seulement 464 (14 %) à citer à la fois le préservatif et l'abstinence.

⁶⁰ *Ibid.*, page 160.

⁶¹ Il ne s'agit pas ici de considérer qu'il est inutile de savoir comment éviter une contamination par voie sanguine, mais bien de définir des priorités.

Figure IV-1

Répartition des Pratiques Safe citées (prévention).



Base : femmes ayant cité au moins une Pratique Safe.

NB : les femmes ayant cité au moins une Pratique Safe représentent 58,4 % des femmes ayant cité au moins un moyen de prévention soit 45,8 % des femmes de l'échantillon.

Sigles :

- PS pour 'Pratique Safe'
- P pour 'utiliser un Préservatif'
- A pour 'Abstinence'
- PS-II pour 'Pratique Safe de type II'.

3.4 Facteurs de Risques.

Cette seconde catégorie va regrouper l'ensemble des éléments qui vont intervenir sur le risque de transmission en l'augmentant, ou le réduisant, mais sans le créer, ou le supprimer, directement. Il s'agit par exemple des rapports sexuels avec des prostituées. En effet, en Guinée, les épidémiologistes estiment à environ 1,5 % la séroprévalence dans la population adulte sexuellement active et à 35,6 % la séroprévalence chez les femmes se prostituant. De fait, avoir un rapport sexuel avec une prostituée va augmenter le risque de transmission, mais seulement si le rapport n'est pas protégé. Le risque devient nul s'il y a utilisation correcte du préservatif. Ainsi, le risque d'être

contaminée est beaucoup moins important pour une personne ayant de multiples partenaires, dont des prostituées, et des rapports toujours correctement protégés, que pour une personne fréquentant peu de partenaires mais ne se protégeant pas. « En 1989, deux sociologues américains comparent à l'aide d'un modèle probabiliste deux stratégies de prévention publiquement conseillées : la réduction du nombre de partenaires sexuels et l'utilisation de préservatifs. Ils concluent que sous presque toutes les conditions de prévalence et d'infectivité, l'utilisation régulière et correcte de préservatifs est bien une meilleure méthode pour réduire les risques d'infections à VIH. [...] Le modèle envisageait toutes les conditions d'infectivité allant de 0,02 % à 2 % (rappelons que l'infectivité d'un coït avec éjaculation ne dépasserait pas en général 1 % selon l'OMS) et de séroprévalence du VIH, allant de 0,02 % à 25 % dans une population de vingt personnes. Les auteurs constatent que cinq cents actes sexuels avec vingt partenaires en utilisant le préservatif dont le taux d'échec est 10 %, entraînent un risque d'infection moindre que pour cinq cents actes sexuels avec un seul partenaire sans utiliser de préservatif.⁶² »

Dans des pays où la prévalence est plus forte qu'en Guinée, cette stratégie est encore moins efficace. Ainsi, en Côte d'Ivoire, « dans une population où environ une personne sur sept est infectée par le VIH, la fidélité, même lorsqu'elle est effective, n'est pas suffisante pour se protéger contre le risque d'infection, d'autant que [...] la plupart des personnes infectées ne se savent pas séropositives.⁶³ » François DENIAUD a, de son côté, « choisi de ne pas privilégier la fidélité mutuelle, non parce qu'elle est irréaliste chez les jeunes ou en Afrique, mais parce qu'elle devrait [...] théoriquement s'accompagner de la certitude qu'aucun partenaire n'est infecté par le VIH. Ceci étant matériellement impossible en 1991 pour la plupart des Africains.⁶⁴ »

⁶² DENIAUD, François, 1994 [3], pages 50-51. Voir REISS I.L. & LEIK R.K., « Evaluating strategies to avoid AIDS. Number of partners vs. use of condoms » in *Journal of Sex Research*, 26(4) : pages 411-433, 1989

⁶³ AUVERT, Bertrand, 1994 [1], page 259.

⁶⁴ DENIAUD, François, 1994 [3], page 73.

Parmi les moyens de prévention codifiés dans l'EDS-III, ceux appartenant au domaine des Facteurs de Risques (FR) sont :

- éviter d'avoir de multiples partenaires,
- éviter les relations sexuelles avec une prostituée et
- éviter les relations sexuelles avec un homosexuel.

Même si les Facteurs de Risques ne protègent pas directement du VIH/sida (ils ne font qu'en diminuer le risque), nous pouvons considérer que certains ont plus d'importance que d'autres. En effet, n'avoir qu'un seul partenaire sexuel permet de réduire de manière importante la probabilité de « rencontrer sexuellement » une personne séropositive. Enfin, le fait d'éviter les prostituées et les homosexuels peut être à double tranchant. Certes, ces deux populations⁶⁵ présentent une forte prévalence au VIH et lors de relations sexuelles avec des individus en étant issus, la probabilité pour que ceux-ci soient séropositifs est très importante. Éviter les relations sexuelles avec ces personnes peut donc apparaître comme une stratégie de réduction des risques. Cependant, elle peut aussi amener certains à croire qu'en dehors de ces deux groupes, il n'y a pas de risque de transmission du VIH, et à adopter par conséquent des pratiques à risques (non-utilisation du préservatif par exemple).

Nous retrouvons la même logique en ce qui concerne les Facteurs de Risques. Ces derniers sont eux aussi subdivisés en deux catégories appelées Facteurs de Risques de type I et Facteurs de Risques de type II. Les premiers rassemblent les réponses relatives à une limitation du nombre de partenaires, les seconds, le fait d'éviter les personnes issues des populations à forte prévalence.

⁶⁵ Dans le cas de la Guinée, c'est surtout le fait d'éviter les prostituées qui nous intéressera. Pour les rapports entre hommes, l'OMS ne fournit pas d'estimation de la séroprévalence. D'autre part, à l'échelon nationale, la contamination est essentiellement hétérosexuelle, et nous travaillons ici avec un échantillon exclusivement féminin. Cela ne veut pas dire pour autant qu'il ne faudrait pas se pencher plus avant sur la contamination des hommes entre eux. En effet, selon les dires de membres d'ONG locales, la séroprévalence serait très importante au sein de cette population (d'autant plus que l'homosexualité étant le plus souvent vécue de manière cachée, les prises de risques sont plus importantes) même si cela ne représente qu'un faible effectif à l'échelon national.

De fait, les Facteurs de Risques de type I (FR I) sont composés des réponses :

- éviter d'avoir de multiples partenaires.

Cet item est intéressant dans une optique de réduction des risques car la limitation du nombre de partenaires diminue la probabilité de rencontrer sexuellement une personne séropositive. Il faut toutefois insister sur le fait que l'on n'a ici qu'une baisse et non une suppression du risque, cette dernière n'étant possible qu'avec les Pratiques Safe.

Nous parlerons indifféremment de fidélité ou d'éviter le multipartenariat. En effet, éviter le multipartenariat ne signifie pas pour autant avoir un unique partenaire sexuel. Il en est de même pour la fidélité, tout dépend de la conception qu'on en a. De plus, on retrouve ces deux termes employés dans différents documents de Macro International à propos des EDS. Ils recouvrent la même idée générale et en l'absence de précision, il est difficile de les distinguer.

Les Facteurs de Risques de type II (FR II) portent, quant à eux, sur les populations à forte prévalence dites « à risques ». Nous avons ici regroupé les réponses :

- éviter les relations sexuelles avec une prostituée et
- éviter les relations sexuelles avec un homosexuel.

Ce type de réponses n'implique pas, dans l'optique de notre étude, une forte connaissance du VIH/sida. En effet, considérer comme protecteur uniquement le fait d'éviter ces populations ne permet pas aux femmes interrogées de se prémunir contre une éventuelle contamination. Une connaissance de ce type peut même entraîner des prises de risques si la personne interrogée considère que la probabilité d'une transmission est nulle avec des partenaires non issus de ces populations. Comme nous l'avons déjà écrit, pour éviter une contamination, il est préférable d'avoir des relations sexuelles protégées avec des prostituées ou des homosexuels que des relations non protégées avec des partenaires quelconques.

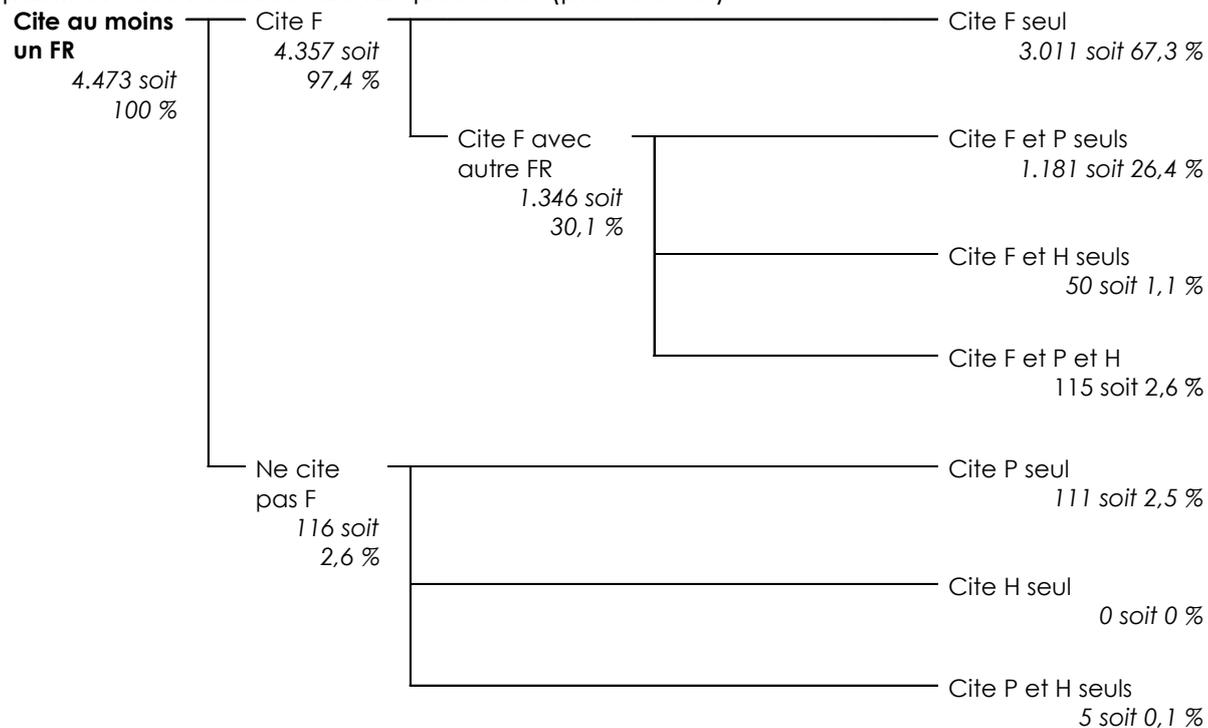
La Figure IV-2 permet d'esquisser la structure de la connaissance des facteurs de risques chez les femmes en ayant cité au moins un.

Elles citent presque toutes le fait de n'avoir qu'un seul partenaire (97,4 %). Un tiers (31,6 %) cite le fait d'éviter les prostituées et rares sont celles à évoquer les relations

homosexuelles (3,8 %). Les deux tiers citent la fidélité seule et un quart la fidélité et éviter les prostituées. Les autres configurations représentent moins de 3 % des femmes ayant cité un facteur de risques.

Figure IV-2

Répartition des Facteurs de Risques cités (prévention).



Base : femmes ayant cité au moins un Facteur de Risques.

NB : les femmes ayant cité au moins un Facteur de Risques représentent 84,4 % des femmes ayant cité au moins un moyen de prévention soit 66,2 % des femmes de l'échantillon.

Sigles :

- FR pour 'Facteur de Risques'
- F pour 'Fidélité – N'avoir qu'un seul partenaire'
- P pour 'éviter les Prostituées'
- H pour 'éviter les relations Homosexuelles'

3.5 Croyances Erronées.

Cette dernière catégorie regroupe l'ensemble des connaissances médicalement incorrectes ne faisant pas référence à un Facteur de Risques. Dans le cadre de l'EDS-III de la Guinée, les modalités entrant dans cette catégorie sont :

- éviter de s'embrasser,
- éviter les piqûres de moustiques et
- demander la protection d'un guérisseur traditionnel.

Il serait possible de distinguer deux types de croyances erronées. Tout d'abord celles pouvant entraîner une « *surprotection*⁶⁶ » comme éviter de s'embrasser. En second lieu, d'autres, plus dangereuses, pouvant induire des comportements à risques comme demander la protection d'un guérisseur.

Dans le cadre de l'EDS-III de la Guinée, seul un très faible nombre de femmes (227, soit 3,4 % de l'échantillon) cite une croyance erronée. De fait, il ne nous paraît pas intéressant de construire ici le schéma de la répartition des fausses croyances comme nous l'avons fait pour les autres catégories⁶⁷. Nous noterons uniquement que le guérisseur est peu évoqué (45 femmes, soit 19,8 % des femmes citant une croyance erronée). Dix-neuf femmes ont cités les trois modalités.

Les Croyances Erronées étant faibles, nous n'en tiendrons pas compte par la suite pour la création de notre typologie. Nous considérons qu'une bonne connaissance, même mêlée à une connaissance erronée, est préférable à une connaissance nulle.

⁶⁶ Le terme de *surprotection* peut sembler exagéré. Nous entendons par là une croyance en un moyen de prévention qui fait référence à une pratique sans risque de transmission du VIH.

⁶⁷ Ce schéma est néanmoins donné à titre indicatif en annexe. Cf. Figure 0-1 page 85.

3.6 Création d'une typologie.

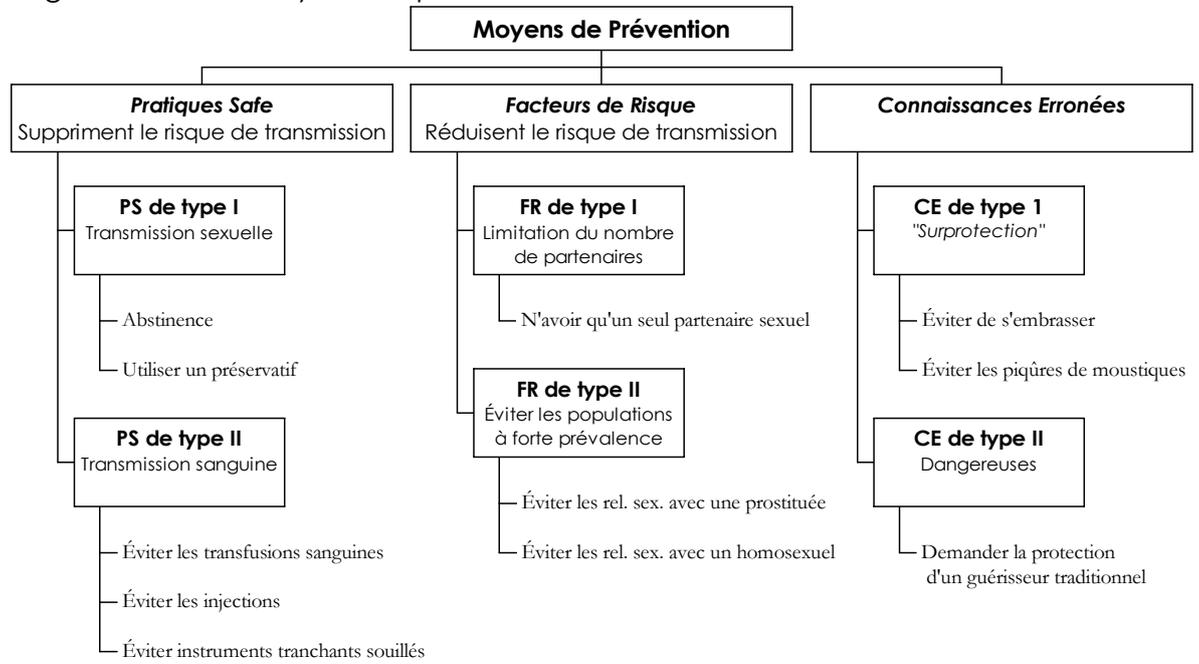
Nous pouvons ici résumer quelques considérations préalablement établies :

- Les Pratiques Safe de type I sont les réponses les plus importantes⁶⁸ dans le cadre de la mesure de la connaissance du Sida car elles seules induisent des pratiques véritablement sécurisantes.
- Les Facteurs de Risques de type I ont une grande importance puisque, comme nous l'avons déjà énoncé, dans un pays où la transmission sexuelle est majoritaire, réduire le nombre de ses partenaires est une question primordiale.
- Les réponses de type II impliquent certes une connaissance du VIH mais ne sont pas prioritaires d'un point de vue de la prévention dans le contexte guinéen.
- Enfin, la connaissance du préservatif en tant que moyen de prévention peut être considérée comme plus importante que celle de l'abstinence et/ou celle de la fidélité.

⁶⁸ Par rapport à un objectif de réduction des risques.

La figure ci-dessous rappelle comment ont été triés les différents moyens de prévention codifiés dans l'EDS 1999 de la Guinée

Figure IV-3
Catégorisation des moyens de prévention



Nous nous proposons donc de construire une typologie assez fine de la connaissance des moyens de prévention à partir des huit catégories suivantes :

- Ont la meilleure connaissance, les femmes citant à la fois le préservatif, l'abstinence et la fidélité. Elles citent les trois moyens primordiaux.
- Puis, celles citant le préservatif seulement l'abstinence ou la fidélité mais pas les deux.
- Celles citant le préservatif sans citer ni l'abstinence ni la fidélité.
- Celles qui ne citent pas le préservatif certes, mais qui évoquent à la fois abstinence et fidélité.
- Celles qui ne mentionnent que l'un ou l'autre.
- Ensuite, nous trouvons celles qui ont cité un moyen médicalement correct⁶⁹ de prévention sans évoquer abstinence, préservatif ou fidélité.

⁶⁹ Notre définition des moyens médicalement corrects est fournie par le Tableau I.1 page 11.

- Celles qui ne citent pas de moyen médicalement correct, ni la fidélité, mais ont entendu parler du sida.
- Enfin, ont la plus faible connaissance, les femmes n'ayant pas entendu parler du sida.

Le tableau suivant montre la répartition de notre échantillon selon cette typologie.

Tableau IV.4

Typologie fine des moyens de prévention.

	N	%
Prés. + Abst. + Fidél.	340	5,0
Prés. + (Abst. ou Fidél.)	801	11,9
Prés. sans Abst. ni Fidél.	344	5,1
Abst. + Fidél. sans Prés.	950	14,1
Abst. ou Fidél. sans Prés.	2.792	41,4
Moyen médic. correct sans Abst. ni Prés. ni Fidél.	10	0,1
Ne cite rien de correct mais a entendu parler du sida	1.158	17,2
N'a pas entendu parler du sida	342	5,1
TOTAL	6.737	100,0

Manquantes : 16

Prés : 'Préservatif'

Abst. : 'Abstinence'

Fidél. : 'Fidélité'

médic. : 'médicalement'

Peu de femmes ont la meilleure connaissance des moyens de prévention (5 %). La majorité (41,4 %) a une connaissance de l'abstinence ou de la fidélité mais ne cite pas les deux ni le préservatif. Ensuite, 17,2 % a juste entendu parler du sida sans citer la fidélité ou un moyen médicalement correct de prévention.

À partir de cette typologie, nous nous proposons d'en construire une seconde permettant de mesurer la connaissance globale des moyens de prévention. Pour cela, nous regroupons les trois premières catégories en une seule, c'est-à-dire les femmes ayant cité le préservatif. Dans une seconde, nous rassemblons celles ayant cité l'abstinence et/ou la fidélité mais pas le préservatif (modalité 4 et 5 de notre première typologie) et enfin les femmes n'évoquant aucun de ces trois moyens les plus importants de prévention du sida.

Tableau IV.5

Typologie globale des moyens de prévention.

	N	%
Cite le préservatif	1.485	22,0
Cite Fidélité et/ou Abstinence mais pas le préservatif	3.742	55,6
Ne cite aucun des trois moyens les plus importants	1.510	22,4
TOTAL	6.737	100,0

Manquantes : 16

Plus de la moitié (55,6 %) des femmes ont une connaissance moyenne des moyens de prévention. Enfin, les autres se répartissent équitablement entre une connaissance forte et une connaissance faible. 77,6 % des femmes citent au moins un des trois moyens de prévention les plus importants.

4. Modes de transmission.

Concernant les modes de transmission du VIH, nous avons procédé de la même manière que pour les moyens de prévention en distinguant les Pratiques à Risques, les Facteurs de Risques⁷⁰ et les Croyances Erronées.

⁷⁰ Le terme de Pratiques à Risques (PR) est l'équivalent dans les modes de transmission des Pratiques Safe dans les moyens de prévention. Nous décidons de poser comme convention l'utilisation des chiffres romains I et II pour types dans les moyens de prévention et des chiffres dits arabes 1 et 2 dans les modes de transmission.

4.1 Avoir cité 'autre'.

Tableau IV.6

Avoir cité 'autre' seul ou avec un des modes de transmission codifiés.

% du total		A cité un mode autre		TOTAL
		Non	Oui	
A cité un des modes de transmission codifiés				
Non	N	221	5	226
	%	3,5	0,1	3,5
Oui	N	6.100	73	6.173
	%	95,3	1,1	96,5
TOTAL	N	6.321	78	6.399
	%	98,8	1,2	100

Base : femmes ayant entendu parler du sida – manquantes : 10.

Bien que plus nombreuses que pour les moyens de prévention, elles ne sont que soixante-douze à avoir cité à mode de transmission 'autre', et seules cinq (0,1 %) en évoquent un sans déclarer un des modes codifiés dans le questionnaire.

Ici non plus il ne nous est pas possible de savoir à quoi correspond ce moyen 'autre' à moins d'aller consulter les archives de l'enquête. Nous procéderons de la même manière : les femmes en ayant cité un sans citer de mode codifié seront considérées de la même manière que les femmes n'ayant rien cité. Pour les autres, on ne tiendra compte que des modes de transmission codifiés qu'elles ont évoqués.

4.2 Modalités proposées.

Les modes de transmission ont été catégorisés de la manière suivante :

- **Pratiques à Risques de type 1 :**
 - Rapports sexuels⁷¹.
 - Ne pas utiliser de préservatif.
- **Pratiques à Risques de type 2 :**
 - Transfusion sanguine⁷².
 - Injection.
 - Instruments coupants souillés (lames, rasoirs, couteaux...).
- **Facteurs de Risques⁷³ de type 1 :**
 - Rapports sexuels avec plusieurs partenaires.
- **Facteurs de Risques de type 2 :**
 - Relation sexuelle avec une prostituée.
 - Relation sexuelle avec un homosexuel.
- **Croyances Erronées :**
 - S'embrasser.
 - Piqûres de moustiques.

⁷¹ En lui-même, un rapport sexuel ne constitue pas une pratique à risque étant donné la diversité des pratiques sexuelles. Au sens large du terme, un rapport sexuel ne comporte pas systématiquement de pénétration anale ou vaginale. Il peut très bien ne consister qu'en d'autres pratiques sans risque (comme la masturbation), ou à risques dits faibles (comme les caresses bucco-génitales). De plus, on ne précise pas ici si, en cas de pénétration, il y a utilisation du préservatif ou non. Malgré tout, nous avons quand même classé la modalité « rapport sexuel » dans les Pratiques à Risques de type 1 en faisant l'hypothèse que, pour la majorité des répondantes, il s'agissait d'un rapport sexuel avec pénétration et non protégé.

De même, pour les injections, nous avons considéré cela comme l'emploi de seringues souillées.

⁷² La même remarque que précédemment s'applique. Voir note n°12 page 11.

⁷³ Pour les trois modalités que nous avons classées dans les facteurs de risques, nous avons considéré que le plus important dans chaque réponse n'était pas le terme de « rapport sexuel », mais la question du partenaire avec qui le rapport avait lieu.

Le Tableau IV.7 montre que les modes les plus cités sont le multipartenariat pour plus des deux tiers des répondantes, les rapports sexuels pour plus de la moitié, les prostituées pour un peu moins d'un quart, et les instruments coupants souillés pour une femme sur huit.

Tableau IV.7

Proportions de femmes ayant cité chacun des modes de transmission.

En % des femmes ayant entendu parler du sida	Taux de citation	
	N	%
Modes de transmission		
Sexe avec plusieurs partenaires	4.495	70,2
Rapport sexuel	3.574	55,8
Sexe avec prostituées	1.448	22,6
Instruments coupants souillés	827	12,9
Injections	629	9,8
Ne pas utiliser de préservatif	474	7,4
Transfusion sanguine	388	6,1
Rapport homosexuel	151	2,4
Embrasser	135	2,1
Piqûre de moustiques	112	1,7

Base : femmes ayant entendu parler du sida – manquantes : 8.

Effectif valide total : 6.400 femmes

'Ne pas utiliser de préservatif' est peu cité (7,4 %). Cependant, il s'agit ici d'une connaissance spontanée : les interviewées ne répondent pas par oui ou par non aux différents items mais à une question ouverte. Le fait de ne pas utiliser de préservatif est très probablement sous-entendu pour les personnes qui ont cité les rapports sexuels et, de fait, ces dernières ne l'ont pas précisé.

Il y a une ambiguïté importante sur 'Sexe avec plusieurs partenaires', or il s'agit de la modalité la plus citée (70 %). En effet, fait-on référence avant tout au fait que la transmission du sida peut être sexuelle, ou au multipartenariat ? Nous considérerons que l'information la plus importante est le multipartenariat et de ce fait, nous classons cette modalité parmi les Facteurs de Risques de type 1.

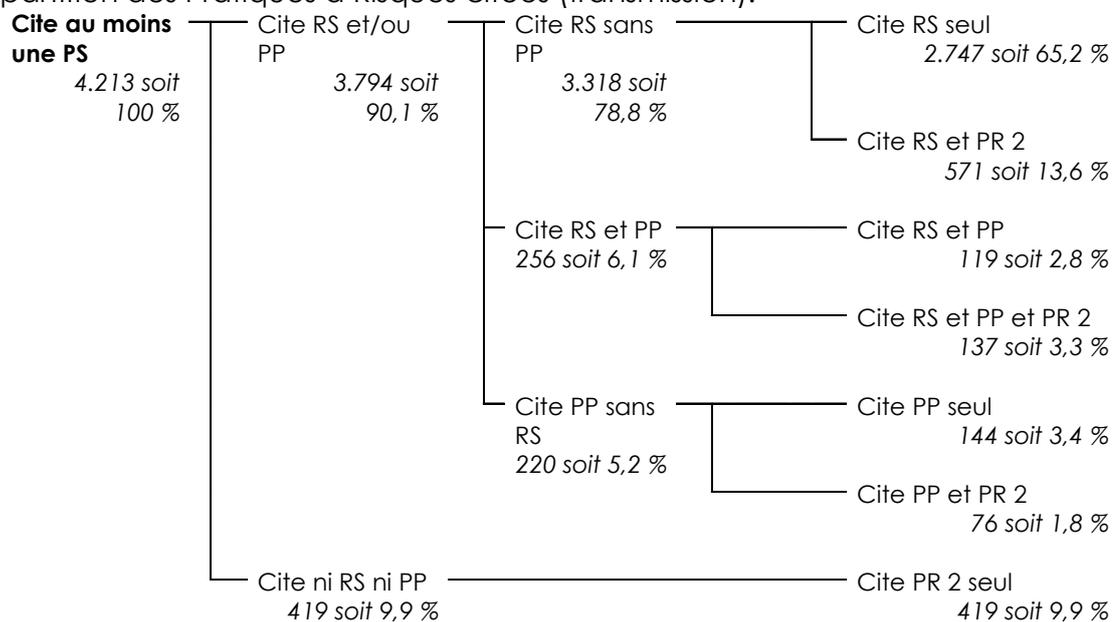
4.3 Pratiques à Risques.

Comme pour les moyens de prévention, les Pratiques à Risques de type 1 font référence à la transmission sexuelle et celles de type 2 à la transmission sanguine.

La figure suivante permet de voir comment se répartit la connaissance des Pratiques à Risques chez les femmes en citant au moins une.

Figure IV-4

Répartition des Pratiques à Risques citées (transmission).



Base : femmes ayant cité au moins une Pratique à Risques.

NB : les femmes ayant cité au moins une Pratique à Risques représentent 69,1 % des femmes ayant cité au moins un mode de transmission soit 62,4 % des femmes de l'échantillon.

Sigles :

- PR pour 'Pratique à Risques'
- RS pour 'Rapport Sexuel'
- PP pour 'ne Pas utiliser de Préservatif'
- PR 2 pour 'Pratiques à Risques de type 2'

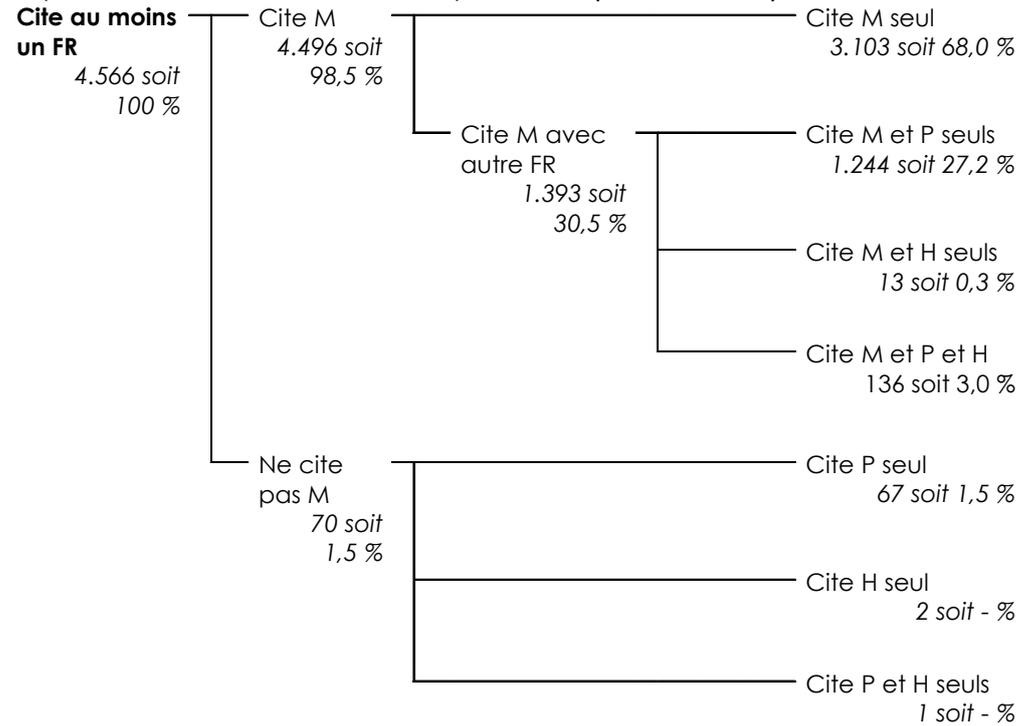
Parmi les 62,4 % de femmes de l'échantillon ayant cité des Pratiques à Risques, neuf sur dix citent les PR 1, c'est-à-dire les rapports sexuels et/ou ne pas utiliser de préservatif. Ce sont surtout les rapports sexuels qui sont évoqués (84,9 % contre 11,3 % pour ne pas utiliser de préservatif). Trois femmes sur dix (28,6 %) mentionnent au moins une Pratique à Risques de type 2.

4.4 Facteurs de Risques.

Pour les Facteurs de Risques, nous retrouvons les deux aspects correspondant aux types 1 et 2 : le multipartenariat et le fait d'avoir des relations sexuelles avec des groupes à forte prévalence.

Figure IV-5

Répartition des Facteurs de Risques cités (transmission).



Base : femmes ayant cité au moins un Facteur de Risques.

NB : les femmes ayant cité au moins un Facteur de Risques représentent 74,9 % des femmes ayant cité au moins un mode de transmission soit 67,6 % des femmes de l'échantillon.

Sigles :

- FR pour 'Facteur de Risques'
- M pour 'Multipartenariat'
- P pour 'rapport sexuel avec des Prostituées'
- H pour 'relations Homosexuelles'

Les femmes ayant mentionné un Facteur de Risques citent très majoritairement le multipartenariat (98,5 %). Les relations sexuelles avec les prostituées arrivent en second avec 31,7 % alors que les relations homosexuelles sont très marginales (3,3 %).

4.5 Connaissances Erronées

Seules 208 femmes ont cité une Connaissance Erronée, soit 3,4 % des femmes ayant évoqué au moins un des modes de transmission codé (3,1 % des femmes de l'échantillon). Elles mentionnent d'abord s'embrasser (134 femmes) puis les piqûres de moustiques (112). 38 citent les deux.

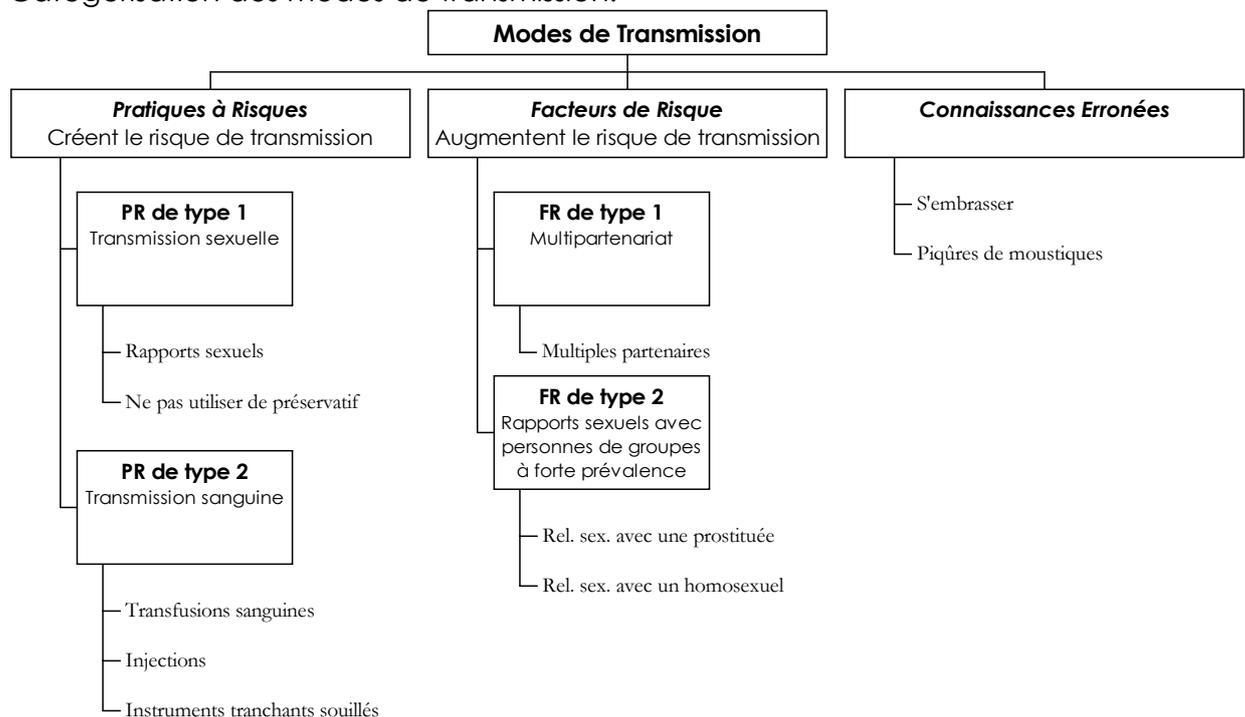
Pour la transmission, seuls ont été codées des Connaissances Erronées de type 1. Il n'y a pas de modalité de type 2.

4.6 Typologies.

Rappelons comment ont été triées les différentes modalités des modes de transmission.

Figure IV-6

Catégorisation des modes de transmission.



Notre indice comptera six échelons de connaissances que nous énonçons ici dans un ordre croissant :

- Dans un premier temps, il nous faut distinguer les personnes qui ont déclaré ne pas connaître le sida et qui donc n'ont pas eu à répondre aux questions sur les modes de transmission ou les moyens de prévention. Nous considérons ces femmes comme celles ayant la plus mauvaise connaissance.
- Ensuite, certaines des répondantes, qui ont entendu parler du sida, ne sont pas capables de citer au moins un moyen de prévention. Ces femmes ont elles aussi une connaissance très faible des paramètres du VIH/sida. Nous les classons donc à la suite des précédentes.
- Les femmes qui arrivent après celles-ci n'ont cité ni Pratique à Risques de type 1, ni Facteur de Risques de type 1. Ces femmes ont évoqué des Pratiques Safe ou des Facteurs de Risques de type 2. Ce type de réponse indique une certaine connaissance des paramètres du VIH/Sida. Cependant, celle-ci reste légère aux vues des éléments que nous plaçons comme capitaux dans une stratégie de réduction des risques (à savoir les Pratiques à Risques et les Facteurs de Risques de type 1).
- Notre quatrième échelon regroupe les femmes qui n'ont évoqué que des Facteurs de Risques de type 1 sans aucune Pratique à Risques de type 1 (mais éventuellement corrélés à des Facteurs de Risques ou à des Pratiques à Risques de type 2). Ces femmes citent le multipartenariat qui, certes augmente les risques, mais ne constitue pas systématiquement une prise de risques⁷⁴.
- À une meilleure connaissance, nous avons placé les répondantes n'avançant que des Pratiques à Risques de type I (avec peut-être des réponses de type 2), mais aucun Facteur de Risques de type 2. Ces femmes connaissent les situations où le risque de transmission est maximal.
- Enfin, celles qui, dans notre optique, ont atteint le degré le plus haut dans la connaissance du sida, sont celles qui vont associer les Pratiques à Risques de type 1 et les Facteurs de Risques de type 1.

⁷⁴ Tout dépend si les rapports sont protégés ou non.

Tableau IV.8

Typologie fine des modes de transmission.

	N	%
Cite PR 1 et FR 1	2.150	31,9
Cite PR 1 sans citer FR 1	1.643	24,4
Cite FR 1 sans citer PR 1	2.345	34,8
Cite un mode méd. correct mais ni FR 1 ni PR 1	36	0,5
Ne cite rien de correct mais a entendu parler du sida	227	3,4
N'a pas entendu parler du sida	342	5,1
TOTAL	6.743	100

Manquantes : 10.

médic. : 'médicalement'

Nous constatons que les Guinéennes ont une bonne connaissance des modes de transmission. Neuf femmes sur dix sont dans une des trois premières catégories, et un tiers a la connaissance maximale.

Comme pour les moyens de prévention, nous proposons une seconde typologie des modes de transmission plus globale en regroupant les deux premières catégories (femmes évoquant des PR 1), en gardant la seconde, et en regroupant les trois dernières (femmes ne citant ni PR 1 ni FR 1).

Tableau IV.9

Typologie globale des modes de transmission.

	N	%
Cite PR1	3.793	56,2
Cite FR 1 sans citer PR 1	2.345	34,8
Ne cite ni PR 1 ni FR 1	605	9,0
TOTAL	6.743	100,0

Manquantes : 10.

5. Une typologie incluant prévention et transmission.

Nous souhaitons maintenant établir une typologie à partir de la connaissance à la fois des moyens de prévention et des modes de transmission. Pour cela, nous allons considérer le tableau suivant qui présente un tri croisé de nos deux typologies globales établies précédemment.

Tableau IV.10

Typologie globale des moyens de prévention en fonction de celle des modes de transmission.

% du total		Modes de Transmission				TOTAL
		Cite PR 1	FR 1 sans PR 1	ni PR1 ni FR 1		
Moyens de prévention	Cite le préservatif	N ①	1.096	② 377	② 11	1.484
		%	16,3	5,6	0,2	22,0
	Cite abstinence et/ou FR I	N ②	2.071	③ 1.642	④ 28	3.741
		%	30,8	24,4	0,4	55,6
	Aucun des trois	N ②	619	④ 324	④ 566	1.509
		%	9,2	4,8	8,4	22,4
TOTAL		N	3.786	2.343	605	6.734
		%	56,2	34,8	9,0	100,0

Manquantes : 19.

Nous proposons d'opérer les regroupements suivants :

- Tout d'abord, les personnes ayant la meilleure connaissance puisqu'elles mentionnent le préservatif comme moyen de prévention et la transmission sexuelle dans les modes de transmission (PR 1). Il s'agit des femmes de la case ①.
- Puis viennent celles qui n'ont pas évoqué ces deux aspects mais seulement un, c'est-à-dire soit le préservatif ou soit les PR 1. Elles sont dans les cases ②.
- Viennent ensuite celles qui ne citent ni les PR 1 ni le préservatif mais ont néanmoins une connaissance des Facteurs de Risques de type 1 et I à la fois en prévention et en transmission. Il s'agit de la case ③.
- Enfin, celles qui ne connaissent ni le préservatif, ni les Pratiques à Risques de type 1, et qui n'évoquent pas le premier type de Facteurs de Risques sous les deux aspects que sont prévention et transmission, sont considérées comme ayant la plus faible connaissance. Elles sont en ④.

Tableau IV.11

Connaissance fine de la prévention et de la transmission.

	N	%
Cite Préservatif et PR 1	1.096	16,3
Cite Préservatif OU PR 1	3.077	45,7
Cite ni l'un ni l'autre mais FR 1 ET FR 1	1.642	24,4
Cite ni préservatif, ni PR 1, ni (FR 1 et FR 1)	918	13,6
TOTAL	6.734	100,0

Manquantes : 19.

Ainsi, presque la moitié des Guinéennes (45 %) a une connaissance du préservatif ou de la transmission sexuelle mais pas des deux. Un quart (24 %) ne connaît ni l'un ni l'autre mais cite le nombre de partenaires à la fois en transmission (multipartenariat) et en prévention (fidélité). Un sixième (16 %) a une très bonne connaissance de la transmission et de la prévention et cite dans ces deux domaines les modalités les plus importantes : préservatif et transmission sexuelle.

Enfin, pour avoir un indicateur plus global permettant de séparer l'échantillon en deux sous-groupes et pour pouvoir effectuer des comparaisons entre sous-populations, nous décidons de regrouper les deux premières modalités de l'indicateur précédent qui sont les femmes ayant une bonne connaissance de la prévention et de la transmission (soit celles citant le préservatif et/ou la transmission sexuelle), et les deux dernières qui sont celles en ayant une mauvaise connaissance (les autres).

Tableau IV.12

Connaissance globale de la prévention et de la transmission

	N	%
Bonne connaissance	4.174	62,0
Mauvaise connaissance	2.560	38,0
TOTAL	6.734	100,0

Manquantes : 19.

Ainsi, selon notre typologie, 62 % des guinéennes ont une bonne connaissance de la prévention et de la transmission du VIH. Cependant, cette valeur n'a en elle-même aucune signification. C'est en la comparant entre différentes sous-populations ou à des dates différentes qu'elle prend sens.

6. Létalité, transmission mère enfant et non visibilité de la séropositivité.

Trois autres paramètres disponibles dans la majorité des EDS nous semblent importants dans la connaissance du VIH/sida⁷⁵.

Tout d'abord, savoir que le sida est une maladie mortelle qu'aujourd'hui on ne sait pas guérir. En effet, pour qu'une personne adopte une stratégie de Réduction des Risques, elle doit non seulement savoir comment le VIH se transmet, comment s'en protéger mais également prendre conscience de la nécessité d'une telle démarche. Il est évident que la perception et la gestion des risques infections sont différentes si une maladie est bénigne ou mortelle. Dans le cas du sida, si le fait de savoir qu'on ne peut en guérir n'est pas suffisant pour que des personnes modifient leur comportement, ce n'en est pas moins nécessaire. Nous retiendrons donc le caractère létal du sida pour notre indicateur final.

Dans l'EDS de 1999 en Guinée, deux questions ont trait à cet aspect : « Peut-on guérir du sida ? » (les réponses étant oui, non, ne sait pas) et « Le sida est-il une maladie mortelle ? » (presque jamais, parfois, presque toujours, ne sait pas)⁷⁶. Nous avons considéré qu'une personne avait une connaissance du caractère létal du sida si elle avait répondu correctement à ces deux questions à savoir 'Non' et 'Presque toujours'. Cela représente 5.137 femmes de notre échantillon soit 81 % de celles ayant entendu parler du sida⁷⁷.

En deuxième lieu vient la Transmission de la Mère à son Enfant (TME). Si on peut la considérer comme une résultante de la transmission sexuelle⁷⁸, elle n'en demeure pas

⁷⁵ Les questions concernant les trois paramètres qui nous intéressent n'ont été posées qu'aux femmes ayant entendu parler du sida.

⁷⁶ Cf. Tableau 0.1 en annexe page 86.

⁷⁷ Manquantes : 66. Base : femmes ayant entendu parler du sida.

⁷⁸ Cf. LOENZIEN (de) Myriam [6], p.316. Citation reproduite dans la section I.4.4 page 22.

moins responsable de près d'un dixième des nouvelles contaminations⁷⁹. De plus en plus de programmes de dépistage des femmes enceintes et de prise en charge médicale des mères séropositives se mettent en place dans différents pays d'Afrique, et leur nombre devrait s'accroître. Dans ces conditions, la connaissance de la TME s'avère de plus en plus importante, car elle peut inciter des femmes au dépistage et à suivre un traitement prophylactique. Nous retiendrons donc ce second paramètre.

Dans le questionnaire de la Guinée, une question posée était « Le sida peut-il se transmettre de la mère à l'enfant ? ». Nous considérerons que les femmes connaissent ce paramètre si elles ont répondu 'oui'. Elles représentent 67,4 % de celles ayant entendu parler du sida (4.246 femmes)⁸⁰.

Enfin, troisième paramètre, ce que nous appelons la Non Visibilité de la Séropositivité (NVS). Il s'agit du fait de savoir qu'une personne apparemment en bonne santé peut être porteuse du VIH. Certaines personnes pensent que le sida peut se « voir » sur le visage ou le corps de quelqu'un et choisissent leurs partenaires sexuels en

⁷⁹ Cette proportion d'un dixième est une estimation. Bertrand AUVERT [1] (page 70) parle de 80 % de transmission sexuelle en Afrique subsaharienne et de 10 % de transmission sanguine. Resterait donc environ 10 % de transmission mère-enfant. Le *Point sur l'épidémie de sida* réalisé par l'ONU en décembre 2001 ([10]) estime dans le monde à 800.000 les nouveaux cas d'infections en 2001 chez les moins de 15 ans pour 5 millions de nouveaux cas. Les moins de 15 ans représenteraient donc 16 % des nouvelles infections. On peut raisonnablement penser qu'au moins les deux tiers sont dus à la TME dans le monde (l'âge médian au premier rapport sexuel se situe pour la plus grande majorité des pays entre 17 et 20 ans selon l'ONU cf. [11]). Ce chiffre doit assez proche de celui de l'Afrique subsaharienne qui représente 68 % des nouvelles infections (3,4 millions selon ces mêmes estimations). La TME ne peut-être négligée en Afrique sub-saharienne où l'on estime que 8,4 % de la population adulte (15-49 ans) est infectée dont 55 % de femmes, et ce d'autant plus que le risque de transmission de la mère à l'enfant avoisine 20 % en l'absence de traitement (des différences existe selon l'état physique de la mère, sa charge virale, le traitement pris, le fait d'allaiter ou non...). Plus spécifiquement pour la Guinée, la fiche épidémiologique de l'ONU ([9]) estime fin 1999 à 2.700 le nombre de moins de 15 ans vivant avec le VIH pour un total de 55.000 personnes, soit 4,9 %. La majorité des moins de 15 ans vivant avec le VIH a du être contaminée par la mère (la transmission sexuelle doit être assez faible d'autant plus que l'âge médian au premier rapport est estimé en 1999 à 17,5 ans pour les hommes et 16,0 pour les femmes selon l'ONU [11]). Si on considère les enfants infectés décèdent beaucoup plus vite que les adultes, la proportion de 5 à 10 % des infections par TME est assez probable.

⁸⁰ Manquantes : 13. Base : femmes ayant entendu parler du sida.

conséquence. Avoir connaissance de la NVS n'est pas suffisante pour qu'une personne évite ce genre de stratégie de prévention mais elle est nécessaire. Nous retiendrons donc ce paramètre.

La question posée était « Pensez-vous qu'une personne en bonne santé peut être porteuse du sida ? ». Nous retiendrons les femmes ayant répondu 'Oui'. 63,2% des femmes ayant entendu parler du sida ont répondu oui (4.045 personnes)⁸¹.

Nous avons construit un score de connaissance à partir de ces trois paramètres correspondant au nombre de paramètres connus. Le tableau suivant donne la répartition des femmes selon ce score⁸².

Tableau IV.13

Score de connaissance des trois paramètres

	N	%
Nombre de paramètres connus parmi les 3		
0	696	10,6
1	1.236	18,8
2	1.969	29,9
3	2.674	40,7
TOTAL	6.233	100,0

Manquantes : 178 soit 2,6 % de l'échantillon.

Sur dix femmes, quatre connaissent ces trois paramètres, trois en mentionnent deux, deux n'en évoque qu'un. Une sur dix ne cite rien.

⁸¹ Manquantes : 113. Base : femmes ayant entendu parler du sida.

⁸² Nous avons attribué le score 0 aux femmes n'ayant jamais entendu parler du sida et auxquelles les différentes questions sur ces trois paramètres n'ont pas été posées.

7. Un indice global.

Afin de pouvoir procéder à des comparaisons entre sous-populations et mettre à jour ainsi les déterminants d'une bonne connaissance du sida, nous allons procéder à la construction d'un indicateur global d'une bonne connaissance à partir du score de connaissance des trois paramètres et de la connaissance globale des moyens de prévention et des modes de transmission.

Nous obtenons alors les catégories suivantes :

- Tout d'abord les femmes ayant à la fois une bonne connaissance de la prévention et de la transmission et évoquant les trois paramètres.
- Celles ayant une bonne connaissance et citant deux paramètres.
- Il est difficile d'établir une hiérarchisation entre celles ayant une bonne connaissance de la prévention et de la transmission mais ne citant pas plus de un paramètre et celles ayant une mauvaise connaissance et évoquant deux ou trois paramètres. Nous les regrouperons.
- Enfin, celles ayant une mauvaise connaissance et n'évoquant qu'un seul paramètre ou aucun.

Tableau IV.14

Connaissance globale du sida

	N	%	% valide	% cumul
Réponses valides				
Bonne 3/3	1.759	26,0	26,8	26,8
Bonne 2/3	1.318	19,5	20,1	46,9
Bonne 0 ou 1/3 – Mauvaise 2 ou 3/3	2.542	37,6	38,7	85,6
Mauvaise 0 ou 1/3	942	14,0	14,4	100,0
TOTAL	<i>6.219</i>	<i>97,2</i>	<i>100,0</i>	
Système manquant	192	2,8		
TOTAL	<i>6.753</i>	<i>100,0</i>		

La moitié des Guinéennes (46,9 %) a une bonne connaissance globale du sida (bonne 2 ou 3/3). Quatre femmes sur dix ont une connaissance globale moyenne (bonne 0 ou 1/3 ou mauvaise 2 ou 3/3). Enfin, moins de 15 % ont une connaissance globale faible.

V. Comparaisons.

Après avoir passé en revue différentes approches de mesure de la connaissance des paramètres du sida, puis avoir exposé notre propre approche à partir des enquêtes de type EDS et avoir construit une typologie, nous nous proposons d'en comparer deux avec la notre afin de déterminer si cette dernière permet de révéler des différences significatives entre des sous-populations distinctes. Pour ce faire, nous prendrons les données de l'échantillon féminin de l'EDS 1999 de la Guinée.

Nous avons retenu les deux approches suivantes : le taux de citation du préservatif en tant que moyen de prévention car il s'agit de l'une des plus simples ; et celle que développe Myriam de Loenzien car c'est la plus développée parmi celles que nous avons abordées dans notre première partie.

Le taux de citation du préservatif est directement fourni dans l'EDS⁸³. Nous avons par ailleurs tenté de reconstruire la typologie de Myriam de Loenzien à partir des données dont nous disposons. La manière dont nous avons procédé est expliquée en annexe (Cf. annexe 2 page 89).

Nous posons les deux postulats suivants⁸⁴ :

- Les femmes urbaines ont une meilleure connaissance du sida que les rurales.
- La connaissance du sida augmente avec le niveau d'instruction des femmes.

⁸³ Toutefois, les femmes n'ayant pas entendu parler du sida, à qui la question des moyens de prévention n'a pas été posée, sont considérées comme manquantes dans la base de données de l'EDS. Nous avons donc considéré qu'elle n'avait pas cité le préservatif en tant que moyen de prévention.

⁸⁴ Par *postulats*, nous considérons qu'il s'agit d'hypothèses *a priori* vérifiées et donc considérées comme vraies. Notre objectif n'est pas ici de montrer leur véracité. Cependant, si besoin est, les résultats observés plus loin permettent de les confirmer pour les Guinéennes. Mais si nous constatons qu'il y a corrélation statistique, nous nous gardons bien d'en conclure une relation de cause à effet. D'autres facteurs, en particulier les structures par âges, sont à prendre en considération si l'on veut expliquer les différentiels observés.

Tableau V.1

Connaissance du sida selon trois indicateurs différents et le milieu de résidence.

% en colonnes		Milieu de résidence		TOTAL
		Urbain	Rural	
Cite le préservatif ?				
Non	N	1.332	3.920	5.252
	%	61,5	85,8	78,0
Oui	N	835	650	1.485
	%	38,5	14,2	22,0
TOTAL		N	2.167	4.570
		%	100,0	100,0
Profil ligne			32,2	67,8
				100,0
Typologie de Myriam de Loenzien				
Connaissance incorrecte	N	616	1.984	2.600
	%	28,6	43,8	38,9
Conn. correcte incomplète	N	866	2.056	2.922
	%	40,2	45,4	43,7
Conn. correcte quasi-complète	N	673	488	1.161
	%	31,2	10,8	17,4
TOTAL		N	2.155	4.528
		%	100,0	100,0
Profil ligne			32,2	67,8
				100,0
Connaissance globale du sida				
Bonne 3/3	N	856	903	1.759
	%	40,5	20,3	26,8
Bonne 2/3	N	491	827	1.318
	%	23,2	18,6	20,1
Bonne 0 ou 1/3 ou Mauvaise 2 ou 3/3	N	658	1.885	2.543
	%	31,1	42,4	38,8
Mauvaise 0 ou 1/3	N	111	831	942
	%	5,2	18,7	14,4
TOTAL		N	2.116	4.446
		%	100,0	100,0
Profil ligne			32,2	67,8
				100,0

Manquantes :

- Taux de citation du préservatif : 16.
- Typologie de Myriam de Loenzien : 70.
- Connaissance globale du sida : 191.

Tableau V.2

Connaissance du sida selon trois indicateurs différents et le niveau d'instruction.

% en colonnes		Niveau d'instruction				TOTAL
		Aucun	Primaire	Secondaire	Supérieur	
Cite le préservatif ?						
Non	N	4.598	427	203	24	5.252
	%	84,9	62,0	40,6	18,3	78,0
Oui	N	819	262	297	107	1.485
	%	15,1	38,0	59,4	81,7	22,0
TOTAL	N	5.417	689	500	131	6.737
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Profil ligne		80,4	10,2	7,4	1,9	100,0
Typologie de Myriam de Loenzien						
Connaissance incorrecte	N	2.217	220	145	18	2.600
	%	41,2	32,3	29,2	14,2	38,9
Conn. correcte incomplète	N	2.521	252	129	20	2.922
	%	46,9	37,0	26,0	15,7	43,7
Conn. correcte quasi-complète	N	639	210	222	89	1.160
	%	11,9	30,8	44,8	70,1	17,4
TOTAL	N	5.377	682	496	127	6.682
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Profil ligne		80,5	10,2	7,4	1,9	100,0
Connaissance globale du sida						
Bonne 3/3	N	1.142	249	267	101	1.759
	%	21,6	37,0	55,2	80,2	26,8
Bonne 2/3	N	1.018	170	114	16	1.318
	%	19,3	25,3	23,6	12,7	20,1
Bonne 0 ou 1/3 ou Mauvaise 2 ou 3/3	N	2.230	204	99	9	2.542
	%	42,3	30,3	20,5	7,1	38,7
Mauvaise 0 ou 1/3	N	888	50	4	0	942
	%	16,8	7,4	0,8	0,0	14,4
TOTAL	N	5.278	673	484	126	6.561
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Profil ligne		80,4	10,3	7,4	1,9	100,0

Manquantes :

- Taux de citation du préservatif : 16.
- Typologie de Myriam de Loenzien : 71.
- Connaissance globale du sida : 192.

Les deux tableaux précédents⁸⁵ donnent la répartition des guinéennes, pour chacune des trois approches, selon leur milieu de résidence et leur niveau d'instruction.

Nous retenons comme indicateurs d'une bonne connaissance du sida :

- la proportion de femmes ayant cité le préservatif comme moyen de prévention pour le taux de citation du préservatif,
- la proportion de femmes ayant une *connaissance correcte quasi-complète* selon la typologie de Myriam de Loenzien et
- la proportion de femmes ayant une *bonne connaissance 3/3* selon notre typologie de connaissance globale des paramètres du sida.

Avec chacun de ces trois indicateurs, nous proposons d'effectuer un test statistique de comparaison⁸⁶ des proportions observées dans deux sous-populations distinctes et de regarder quel indicateur a la plus grande signification. La méthode statistique employée est décrite en annexe (cf. fiche technique page 1). L'ensemble des tests effectués et des calculs sont également disponibles (cf. Tableau 0.2 page 87). Les principaux résultats sont récapitulés dans le tableau suivant.

⁸⁵ Il est normal que le nombre de manquantes diffère selon l'indicateur employé. En effet, plus un indicateur intègre de variables différentes, plus il est probable que des données manquent. Nous pourrions nous demander si ces données manquantes modifie la répartition de la population selon le milieu de résidence ou le niveau d'instruction, les données pouvant manquer, par exemple, plus souvent pour les femmes rurales sans instruction que pour les urbaines ayant atteint le supérieur. Les profils ligne du tableau, qui correspondent à la répartition des femmes retenues pour chaque indicateur de connaissance du sida, selon le milieu de résidence ou le niveau d'instruction, ne diffèrent pas d'un indicateur à l'autre. Nous pouvons en conclure que la présence de données manquantes ne dépend pas de l'une ou l'autre de ces deux variables.

⁸⁶ L'objectif d'un test statistique de comparaison est de déterminer, selon une marge d'erreur plus ou moins grande, si la différence, expérimentalement observée, est due à des aléas statistiques, ou bien à une différence réelle au sein de l'ensemble des deux sous-populations concernées.

Tableau V.3

Tests statistiques de comparaison de deux proportions.

	z^e	p[Z < z^e]
Urbain/Rural		
Bonne connaissance 3/3	17,266	1,000000
Conn. correcte quasi-complète	20,572	1,000000
Cite le préservatif	22,485	1,000000
Aucune instruction/Instruction supérieure		
Bonne connaissance 3/3	15,455	1,000000
Conn. correcte quasi-complète	19,125	1,000000
Cite le préservatif	20,208	1,000000
Instruction primaire/secondaire		
Bonne connaissance 3/3	5,265	1,000000
Conn. correcte quasi-complète	4,922	1,000000
Cite le préservatif	,298	1,000000
Instruction secondaire/supérieure		
Bonne connaissance 3/3	5,110	1,000000
Conn. correcte quasi-complète	5,088	1,000000
Cite le préservatif	4,734	0,999999

En caractères gras sont mentionnés les sous-populations comparées et en caractères maigres l'indicateur utilisé.

La signification du test est donné par la valeur de $p[Z < z^e]$. On considère usuellement que la différence est significative pour une valeur supérieur à 0,95 ou 0,99⁸⁷. Dans le cas contraire, on considère que la différence observée n'est pas significative et est due à des aléas statistiques.

Tous les tests présentés ici sont hautement significatifs (avec une marge d'erreur inférieur à 0,0001 %). Si, comme ici, il s'agit de différences très importantes, les trois indicateurs peuvent être utilisés pour déterminer des différentiels.

Afin de pouvoir néanmoins comparer la signification de ces indicateurs, nous pouvons regarder les valeurs de la grandeur z^e . La valeur de $p[Z < z^e]$ augmente avec celle de z^e ⁸⁸.

Il s'avère que, pour les écarts importants (urbaines/rurales, femmes sans instructions/femmes de niveau supérieur), le taux de citation du préservatif est le plus significatif, suivi de la *connaissance correcte quasi-complète*. La *bonne connaissance 3/3* est plus

⁸⁷ Soit respectivement une erreur de 5 % et de 1 %.

⁸⁸ Pour plus de détails, voir la fiche technique page 91.

significative que cette dernière uniquement si l'on compare les femmes de niveau primaire à celles de niveau secondaire, et celles de niveau secondaire à celle de niveau supérieur. Dans ce dernier cas, la *bonne connaissance 3/3* est plus significative que le taux de citation du préservatif.

Tant que la connaissance du préservatif est la plus importante pour expliquer les écarts observés dans la connaissance globale du sida (urbaines/rurales, femmes non instruites/femmes ayant fait des études supérieures), il est normal que le taux de citation du préservatif soit le plus significatif.

Lorsque les femmes acquièrent une bonne connaissance du préservatif (deux tiers des femmes de niveau secondaire le citent), d'autres facteurs (connaissance d'autres moyens de prévention, des modes de transmission, etc.) interviennent pour expliquer les différences de connaissance sur le sida. Un indicateur englobant l'ensemble de ces éléments devient alors plus pertinent.

Ainsi, le choix de l'indicateur sera fonction du niveau général de connaissance du sida de la population étudiée. Lorsque celui-ci est faible, le taux de citation du préservatif sera à favoriser car entraînant le plus d'écarts significatifs. Par contre, lorsque les personnes enquêtées ont majoritairement une bonne connaissance du préservatif, notre approche sera à privilégier car mieux à même de rendre compte du niveau global de connaissance.

Conclusion générale

Tant qu'un traitement efficace ne sera pas disponible et accessible à un faible coût en Afrique, l'étude de la connaissance du sida sera justifiée. Si la connaissance n'est pas suffisante pour qu'un individu adopte un comportement minimisant les risques de transmission, elle est nécessaire. Et son étude doit permettre de rendre les campagnes de sensibilisation plus pertinentes et de les adapter à chaque sous-population visée.

Nous avons montré différentes approches de mesure de cette connaissance et présenté leurs limites. Il nous est clair que l'on ne peut se contenter d'un point de vue strictement biomédical. Le fait de favoriser tel ou tel aspect de la connaissance du sida n'est pas neutre et peut découler de points de vue moraux, politiques ou religieux. Pour notre part, nous nous sommes efforcés de rester le plus objectif possible, après avoir choisi de privilégier les connaissances permettant d'adopter, au niveau individuel, une stratégie de Réduction des Risques.

Géographiquement, nous nous sommes arrêtés à l'Afrique sub-saharienne dans la mesure où plus des deux tiers de l'épidémie mondiale y sont aujourd'hui localisés et que les personnes touchées ont difficilement accès à un suivi médical et encore plus à un traitement⁸⁹.

Nous avons centré notre approche sur les données des enquêtes de type EDS car les données sont facilement accessibles et disponibles pour la majeure partie du continent africain. En outre, les enquêtes sont relativement semblables d'un pays à l'autre et entre deux dates. Il est donc judicieux de déterminer comment mesurer cette connaissance à partir de ces enquêtes, car les comparaisons sont alors possibles dans le temps et dans l'espace, et notre approche ré-exploitable dans le cadre d'autres travaux.

⁸⁹ Bien que certaines initiatives de trithérapies à coûts réduits existent, notamment sur Abidjan. Mais elles ne concernent qu'un nombre encore très restreint de personnes.

Concernant la connaissance des moyens de prévention et des modes de transmission, ils nous a paru pertinent d'opérer une distinction entre les Pratiques Safe ou à Risques, les Facteurs de Risques et les Croyances Erronées. Chacune de ces trois catégories est subdivisée en deux types. De cette catégorisation, nous avons établi des typologies fines de connaissance des moyens de prévention et des modes de transmission, qui permettent de voir comment se structure la connaissance du sida, et de déterminer où se situent les différences de connaissance entre deux sous-populations.

Enfin, en considérant comme principale la connaissance du préservatif en tant que moyen de prévention, suivie de celles des Pratiques Safe et à Risque du premier type, puis des Facteurs de Risques du premier type, et en incluant celles de la létalité du sida, de sa non visibilité et de la transmission de la mère à l'enfant, nous avons construit un indicateur de connaissance globale du sida.

Celui-ci est très significatif pour mettre statistiquement à jour des différences de niveau de connaissance entre des sous-populations distinctes, et devient plus significatif que le taux de citation du préservatif à partir du moment où la connaissance de ce dernier n'est plus déterminante pour expliquer les écarts de connaissance. Si, aujourd'hui, il est possible de se contenter du taux de citation du préservatif pour déterminer les caractéristiques majeures des personnes ayant la connaissance la plus forte, il en sera probablement autrement dans l'avenir, la connaissance du sida devant, du moins espérons le, augmenter au sein de la population générale.

Notre approche aura le mérite d'englober différents aspects d'une connaissance complexe aux multiples aspects, et de proposer à la fois un indicateur global et différents outils d'analyse fine de celle-ci. En outre, bien que nous n'ayons travaillé ici que sur les données de l'EDS 1999 de la Guinée, il est *a priori* possible d'aborder d'autres pays africains de manière analogue, afin d'effectuer des comparaisons internationales.

Bibliographie

- [1] AUVERT Bertrand, « Épidémiologie du sida en Afrique » in VALLIN, Jacques (sous la direction de), *Populations africaines et sida*, CEPED, La Découverte, Paris, 1994, 223 pages.
- [2] BRION Marie, *L'Exposition au VIH/sida en Guinée, comportements sexuels, connaissance et perception*, mémoire de maîtrise de sociologie, sous la direction du Pr. Yves CHARBIT, université Paris V René Descartes, 2001, 72 pages.
- [3] DENIAUD François, *Capotes anglaises, « chaussettes » africaines : une monographie de la prévention du sida en Afrique*, thèse de doctorat en anthropologie, sous la direction du Pr. Jean-Pierre WARNIER, université Paris V René Descartes, novembre 1994, 353 pages.
- [4] DESGRÉES DU LOÛ Annabel, BÉCHON (de) Nicola, « Attitudes par rapport au sida, accès au dépistage et connaissances du VIH à Abidjan dans le contexte de l'Initiative » in MSELLATI Philippe, VIDAL Laurent, MOATTI Jean-Paul (sous la direction de), *L'Accès aux traitements du VIH/sida en Côte d'Ivoire, Évaluation de l'initiative Onusida/ministère ivoirien de la santé publique*, Collection Sciences Sociales et Sida, ANRS, Paris, 2001, 327 pages, pages 253-267.
- [5] Direction Nationale de la Statistique, Macro International Inc., *Enquête Démographique et de Santé Guinée 1999*, 370 pages.
- [6] LOENZIEN (de) Myriam, *Connaissances, Opinions et attitudes relatives au sida en milieu rural africain (Sénégal, Cameroun et Burundi)*, thèse de doctorat, sous la direction du Pr. Yves CHARBIT, université Paris V René Descartes, octobre 1995, 522 pages.
- [7] Macro International, *DHS-III Individual Recode*, version 1.1, 116 pages, disponible sur internet à l'adresse <http://www.measuredhs.com/zip/recodhs.zip>.
- [8] Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan, Macro International Inc., *Enquête Démographique et de Santé (EDS-III) au Sénégal 1997*, 238 pages.
- [9] ONUSIDA, OMS, *Fiche épidémiologique sur le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles, Guinée, Mise-à-jour 2000 (révisée)*, disponible sur www.unaids.org.
- [10] ONUSIDA, OMS, *Le point sur l'épidémie de sida. Décembre 2001*, version française, décembre 2001, disponible sur www.unaids.org.

- [11] ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA 2002*, disponible sur www.unaids.org.
- [12] ORC Macro, *Model 'A' Questionnaire*, Measure DHS+ Basic Documentation, octobre 2001, Calverton, Maryland.
- [13] ORS d'Île-de-France, *Les Connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France, évolutions 1992 – 1994 – 1998 – 2001*, Préfecture de la Région Île-de-France, région Île-de-France, Commissariat Général du Plan, Agence Nationale de Recherche sur le Sida, France, 2001, 200 pages.
- [14] ROSSERT Hélène, *La Réduction des Risques liés au VIH : un essai d'analyse de santé publique de l'action de AIDES*, discours prononcé lors des Assises Nationales de l'association AIDES à Lyon en octobre 2000.

Liste des sigles et abréviations.

CDAG	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CE	Croyances Erronées
EDS (DHS)	Étude Démographique et de Santé (Demographic and Health Survey)
FR	Facteur de risques
FR 1	Facteur de Risque de type 1 (modes de transmission)
FR 2	Facteur de Risque de type 2 (modes de transmission)
FR I	Facteur de Risque de type I (moyens de prévention)
FR II	Facteur de Risque de type II (moyens de prévention)
KABP	Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices (Connaissances, attitudes, croyances et comportements)
MST (STD)	Maladie Sexuellement Transmissible (Sexually Transmitted Disease)
NVS	Non Visibilité de la Séropositivité (fait de savoir qu'une personne apparemment en bonne santé peut être porteuse du VIH).
OMS (WHO)	Organisation Mondiale de la Santé (World Health Organisation)
ONG	Organisation Non Gouvernementale.
ONUSIDA (UNAIDS)	Programme de l'Organisation des Nations Unies contre le SIDA (United Nation programme on HIV/AIDS)
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PR	Pratique à Risques
PR 1	Pratique à Risques de type 1 (modes de transmission)
PR 2	Pratique à Risques de type 2 (modes de transmission)
PS	Pratique Safe

PS I	Pratique Safe de type I (moyens de prévention)
PS II	Pratique Safe de type II (moyens de prévention)
RdR	Réduction des Risques
SIDA	Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis
TME	Transmission Mère Enfant (du VIH)
VIH	Virus de l'Immunodéficiency Humaine (Human Immunodeficiency Virus) agent causal du sida

Liste des figures.

Figure III-1 Carte de la Guinée.	33
Figure III-2 Découpage de la Guinée en régions.	34
Figure IV-1 Répartition des Pratiques Safe citées (prévention).....	47
Figure IV-2 Répartition des Facteurs de Risques cités (prévention).....	51
Figure IV-3 Catégorisation des moyens de prévention.....	54
Figure IV-4 Répartition des Pratiques à Risques citées (transmission).	60
Figure IV-5 Répartition des Facteurs de Risques cités (transmission).	61
Figure IV-6 Catégorisation des modes de transmission.	62
Figure 0-1 Répartition des Croyances Erronées citées (prévention).....	85

Liste des Tableaux

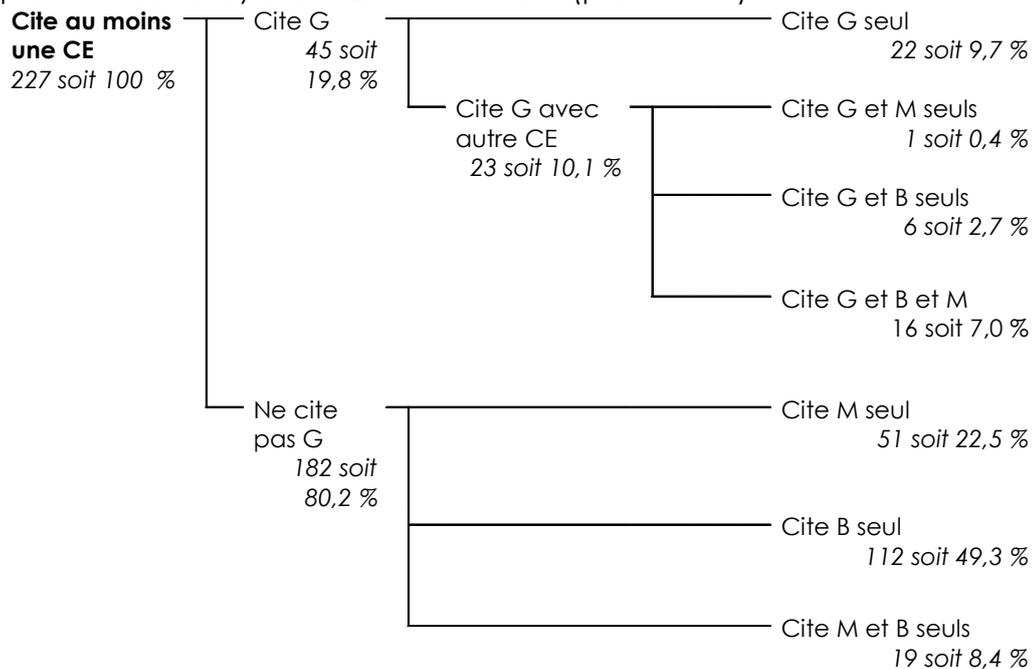
Tableau I.1 Moyens de prévention et modes de transmission médicalement corrects. . .	11
Tableau I.2 Récapitulatif des différentes approches.....	25
Tableau II.1 Données <i>a priori</i> disponibles dans les différentes EDS.	30
Tableau III.1 Données épidémiologiques Guinée 1999.	35
Tableau III.2 Caractéristiques socio-démographiques des femmes enquêtées.....	37
Tableau IV.1 Proportion de femmes ayant déjà entendu parler du sida.	40
Tableau IV.2 Avoir cité ‘autre’ seul ou avec un des moyens de prévention codifiés.	42
Tableau IV.3 Proportions de femmes ayant cité chacun des moyens de prévention proposés.....	43
Tableau IV.4 Typologie fine des moyens de prévention.	55
Tableau IV.5 Typologie globale des moyens de prévention.	56
Tableau IV.6 Avoir cité ‘autre’ seul ou avec un des modes de transmission codifiés.	57
Tableau IV.7 Proportions de femmes ayant cité chacun des modes de transmission.....	59
Tableau IV.8 Typologie fine des modes de transmission.	64
Tableau IV.9 Typologie globale des modes de transmission.	64
Tableau IV.10 Typologie globale des moyens de prévention en fonction de celle des modes de transmission.....	65
Tableau IV.11 Connaissance fine de la prévention et de la transmission.	66
Tableau IV.12 Connaissance globale de la prévention et de la transmission.....	66
Tableau IV.13 Score de connaissance des trois paramètres	69
Tableau IV.14 Connaissance globale du sida.....	70
Tableau V.1 Connaissance du sida selon trois indicateurs différents et le milieu de résidence.	72
Tableau V.2 Connaissance du sida selon trois indicateurs différents et le niveau d’instruction.....	73
Tableau V.3 Tests statistiques de comparaison de deux proportions.....	75
Tableau 0.1 Tableau croisé ‘Sida maladie mortelle ?’ et ‘Peut-on en guérir ?’	86
Tableau 0.2 Ensemble des tests de comparaison effectués.....	87

Annexes.

1. Tableaux et figures annexes.

Figure 0-1

Répartition des Croyances Erronées citées (prévention).



Base : femmes ayant cité au moins une Croyance Erronée.

NB : les femmes ayant cité au moins une Croyance Erronée représentent 4,3 % des femmes ayant cité au moins un moyen de prévention soit 3,4 % des femmes de l'échantillon.

Sigles :

- CE pour 'Croyance Erronée'
- G pour 'protection d'un Guérisseur traditionnel'
- M pour 'éviter les piqûres de Moustiques'
- B pour 'éviter les Baisers'

Tableau 0.1

Tableau croisé 'Sida maladie mortelle ?' et 'Peut-on en guérir ?'

% du total		Peut-on guérir du sida ?			TOTAL	
		Non	Oui	NSP		
Le sida est-il une maladie mortelle ?	Presque jamais	N	84	4	12	100
		%	1,3	0,1	0,2	1,6
	Parfois	N	562	30	40	632
		%	8,9	0,5	0,6	10,0
	Presque toujours	N	5.137	117	92	5.346
		%	81,1	1,8	1,5	84,4
	NSP	N	163	10	81	254
		%	2,6	0,2	1,3	4,0
	TOTAL	N	5.946	161	225	6.332
		%	93,9	2,5	3,6	100,0

Base : femmes ayant entendu parler du sida.

Manquantes : 77.

NSP : Ne Sait Pas.

Tableau 0.2

Ensemble des tests de comparaison effectués.

	p₁^e	p₂^e	n₁	n₂	p₀	z^e	p[Z<z^e]
Urbain/Rural							
Bonne 3/3	40,5	20,3	2 116	4.446	26,8	17,266	1,000000
Bonne 2 ou 3/3	63,7	38,9	2 116	4.446	46,8	18,817	1,000000
Mauvaise 0 ou 1/3	18,7	5,2	4 446	2.116	14,3	14,582	1,000000
M quasi-complète	31,2	10,8	2 155	4.528	17,3	20,572	1,000000
M incorrecte	43,8	28,6	4 528	2.155	38,8	11,914	1,000000
Préservatif	38,5	14,2	2 167	4.570	22,0	22,485	1,000000
Aucune instruction /supérieure							
Bonne 3/3	80,2	21,6	126	5.278	22,9	15,455	1,000000
Bonne 2 ou 3/3	92,9	40,9	126	5.278	42,1	11,683	1,000000
Mauvaise 0 ou 1/3	16,8	0,0	5.278	126	16,4	5,032	1,000000
M quasi-complète	70,1	11,9	127	5.377	13,2	19,125	1,000000
M incorrecte	41,2	14,2	5.377	127	40,5	6,125	1,000000
Préservatif	81,7	15,1	131	5.417	16,6	20,208	1,000000
Aucune instruction /primaire							
Bonne 3/3	37,0	21,6	673	5.278	23,3	8,895	1,000000
Bonne 2 ou 3/3	62,3	40,9	673	5.278	43,3	10,551	1,000000
Mauvaise 0 ou 1/3	16,8	7,4	5.278	673	15,7	6,307	1,000000
M quasi-complète	30,8	11,9	682	5.377	14,0	13,389	1,000000
M incorrecte	41,2	32,3	5.377	682	40,1	4,466	0,999996
Préservatif	38,0	15,1	689	5.417	17,6	14,839	1,000000
Instruction primaire /secondaire							
Bonne 3/3	55,2	37,0	484	673	44,6	6,143	1,000000
Bonne 2 ou 3/3	78,8	62,3	484	673	69,2	5,997	1,000000
Mauvaise 0 ou 1/3	7,4	0,8	673	484	4,6	5,265	1,000000
M quasi-complète	44,8	30,8	496	682	36,6	4,922	1,000000
M incorrecte	32,3	29,2	682	496	30,9	1,136	0,871999
Préservatif	59,4	38,0	500	689	46,9	7,298	1,000000
Instruction secondaire /supérieure							
Bonne 3/3	80,2	55,2	126	484	60,3	5,110	1,000000
Bonne 2 ou 3/3	92,9	78,8	126	484	81,7	3,647	0,999867
Mauvaise 0 ou 1/3	0,8	0,0	484	126	0,6	1,007	0,843079
M quasi-complète	70,1	44,8	127	496	49,9	5,088	1,000000
M incorrecte	29,2	14,2	496	127	26,1	3,433	0,999701
Préservatif	81,7	59,4	131	500	64,0	4,734	0,999999

Les proportions p₁, p₂ et p₀ sont exprimées en %.

Pour une explication de la méthode de calcul, voir la fiche technique qui y est consacrée. Cf. annexe 3 page 91.

H₁ : p₁ > p₂.

En caractères gras sont indiquées les deux sous-population comparées. En caractères maigres, nous indiquons l'indicateur retenu pour effectuer la comparaison.

Bonne 3/3 correspond aux proportions de personnes ayant une connaissance *Bonne 3/3* selon notre typologie de connaissance globale du sida. *Bonne 2 ou 3/3* correspond à la proportion de personnes appartenant à l'une ou l'autre de ces deux catégories. *Mauvaise 0 ou 1/3* à la proportion de personnes de cette catégorie, toujours selon notre typologie de connaissance globale.

M quasi-complète correspond aux personnes ayant une *connaissance correcte quasi-complète* selon la typologie de Myriam de Loenzien et *M incorrecte* à celles ayant une *connaissance incorrecte*.

Enfin, *Préservatif* correspond à la proportion de personnes ayant cité le préservatif comme moyen de prévention. Les femmes n'ayant pas entendu parler du sida et donc classées parmi les manquantes dans la base de données de l'EDS ont été considérées comme n'ayant pas cité le préservatif.

2. Construction de la typologie de Myriam de Loenzien à partir de l'EDS Guinée 1999.

Pour construire la typologie de Myriam de Loenzien à partir des données de l'EDS 1999 de la Guinée, nous n'avons pas tenu compte de la modalité 'autre' dans les moyens de prévention et dans les modes de transmission.

Parmi les moyens de prévention, nous avons considérés comme corrects les items suivants :

- Abstinence,
- Utiliser un préservatif,
- N'avoir qu'un seul partenaire sexuel⁹⁰,
- Éviter les rapports sexuels avec les prostituées,
- Éviter les rapports sexuels avec des homosexuels⁹¹,
- Éviter une transfusions sanguine,
- Éviter les injections et
- Éviter les instruments tranchants souillés.

Sont considérés incorrects les moyens de prévention suivants :

- Éviter de s'embrasser,
- Éviter les piqûres de moustiques et
- Demander la protection d'un guérisseur traditionnel.

⁹⁰ En effet, Myriam de Loenzien considère la fidélité comme un moyen de prévention correct.

⁹¹ Concernant ces deux items qui correspondent à ce que nous appelons Facteurs de Risques de type II, les explications fournies par Myriam de Loenzien ne permettent pas de savoir si elle les aurait considérés comme corrects ou non. Elle évoque dans les moyens corrects « éviter les relations sexuelles avec une personne infectée ». Elles ne mentionnent pas le fait explicite d'éviter celles-ci avec les prostituées ou les homosexuels. C'est pourquoi nous les considérerons ici comme corrects.

Pour les modes de transmission corrects, nous avons retenus :

- Rapports sexuels,
- Rapports sexuels avec plusieurs partenaires,
- Rapports sexuels avec prostituées,
- Ne pas utiliser de préservatif,
- Rapport avec homosexuels,
- Transfusion sanguine,
- Injection et
- Instruments coupants souillés.

Sont alors considérés comme incorrects les items :

- Par les baisers et
- Par les morsures de moustiques.

Une typologie globale est alors construite de la manière suivante :

- Une personne est considérée comme ayant une *connaissance correcte quasi-complète* si elle cite le préservatif en moyen de prévention, au moins un mode de transmission correct, connaît l'aspect léthal du VIH et ne cite aucun mode ni moyen incorrect.
- Elle aura une *connaissance correcte incomplète* si elle cite au moins un moyen de prévention et au moins un mode de transmission corrects, qu'elle a connaissance de la létalité du VIH, qu'elle ne cite aucun moyen ou mode incorrect, et qu'elle n'a pas cité le préservatif dans les moyens de prévention.
- Enfin, elle aura une *connaissance incorrecte* si elle n'a pas une connaissance correcte de la prévention, de la transmission et de la létalité du sida et/ou si elle cite au moins un mode de transmission ou moyen de prévention incorrect.

Les femmes n'ayant pas entendu parler du sida sont considérées comme ayant une connaissance incorrecte.

3. Fiche : comparaison de deux proportions (test unilatéral).

Il s'agit de comparer deux sous-population P_1 et P_2 et les proportions respectives p_1 et p_2 d'individus de ces deux sous-populations répondant à un critère donné (par exemple *avoir une bonne connaissance des paramètres du sida*). p_1 et p_2 sont inconnus. Par contre, sur un échantillon P_{n_1} de n_1 individus issus de P_1 , nous savons que cette proportion est de p_1^e (nous parlerons de proportion expérimentale). De même, sur un échantillon P_{n_2} issu de P_2 et de taille n_2 , nous trouvons la proportion expérimentale de p_2^e . L'objectif est de déterminer à partir des proportions observées expérimentalement si les proportions p_1 et p_2 sont significativement différentes ou non.

Pour cela, nous allons formuler deux hypothèses :

- H_0 : le hasard dans l'échantillonnage explique les différences expérimentales observées. $p_1 = p_2$.
- H_1 : les deux proportions sont différentes. $p_1 > p_2$.

On se dote alors d'une erreur α correspondant au risque d'accepter H_0 alors que H_1 est vraie.

Sous H_0 , si n_1 et n_2 sont supérieurs à 20 (grands échantillons), la différence $P_{n_1} - P_{n_2}$ suit une loi normale de paramètres :

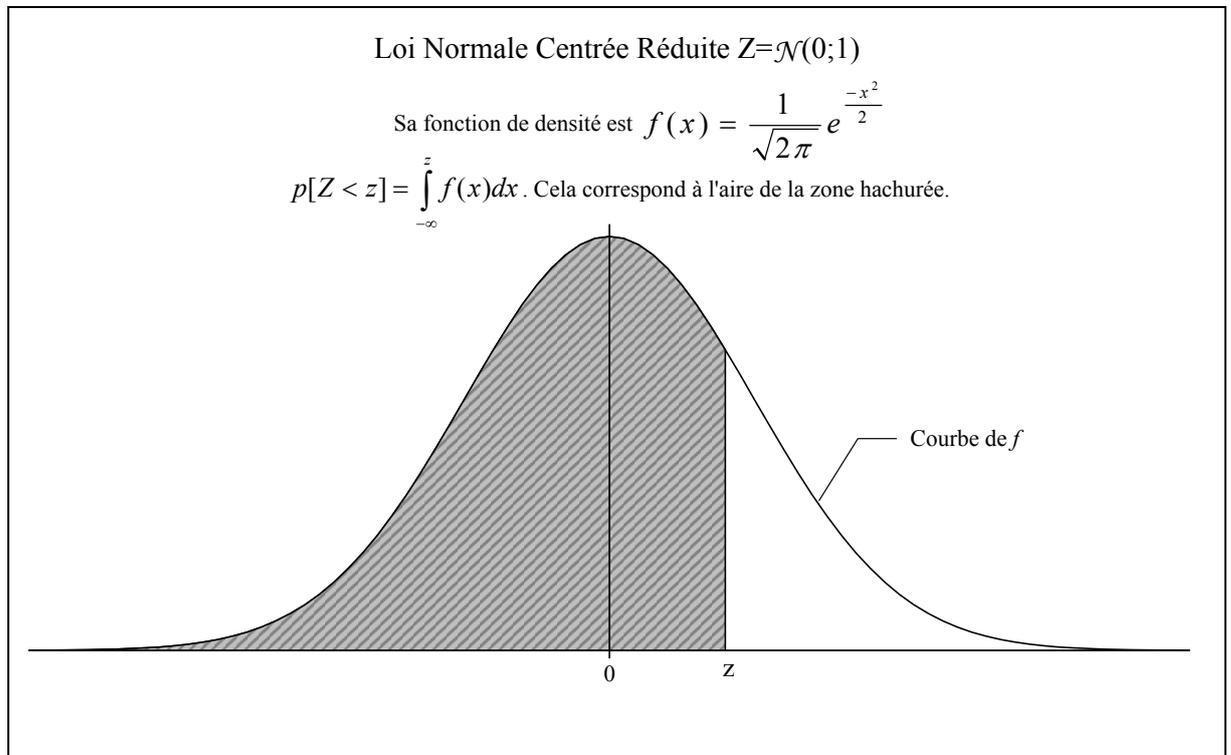
$$P_{n_1} - P_{n_2} = \mathcal{N}\left(0; \sqrt{p_0(1-p_0)\left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right)}\right) \text{ où } p_0 = \frac{n_1 p_1^e + n_2 p_2^e}{n_1 + n_2}.$$

Autrement dit, $\frac{P_{n_1} - P_{n_2}}{\sqrt{p_0(1-p_0)\left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right)}}$ suit la loi normale centrée réduite $Z = \mathcal{N}(0; 1)$.

Ainsi si $p[Z < z^e] > 1 - \alpha$ avec $z^e = \frac{p_1^e - p_2^e}{\sqrt{p_0(1-p_0)\left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right)}}$, alors on acceptera

l'hypothèse H_1 . Sinon, on conclura qu'il n'y a pas de différence significative entre p_1 et p_2 .

La figure suivante montre comment est calculé $p[Z < z^e]$:



Plus la probabilité $p[Z < z^e]$ est proche de 1, plus la différence est significative entre p_1 et p_2 . De plus, cette probabilité croît avec z , c'est-à-dire que si $z_1 < z_2$, alors $p[Z < z_1] < p[Z < z_2]$.