FACTEURS EXPLICATIFS DE LA NON-PRATIQUE DU TEST DU VIH CHEZ LES FEMMES EN AGE DE PROCREER EN COTE D'IVOIRE : UNE APPROCHE MULTINIVEAU

Résumé

La question du VIH reste encore une préoccupation de santé publique à l'échelle mondiale. En Côte d'Ivoire, l'adhésion du pays à la stratégie 90-90-90 de l'ONUSIDA, nécessite d'encourager les femmes au dépistage en vue de connaitre leur statut sérologique. A la succession des différentes enquêtes menées respectivement en 2005, 2012 et 2016, la proportion des femmes non dépistées en Côte d'Ivoire est passée de 87,5% (INS et al., 2006) à 62,2% (INS & ICF International, 2012) puis, 42,2% (INS, 2017). Cette proportion est certes en baisse mais reste encore importante vu les objectifs auxquels la Côte d'ivoire a ratifié. Dans un tel cadre, la présente étude s'est proposée d'analyser les effets contextuels et individuels liés à la non-pratique du dépistage auprès des femmes âgées de 15 à 49 an en Côte d'Ivoire. Nous avons usé de la base de l'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS), qui nous a permis de faire ressortir une catégorisation des femmes n'ayant jamais été dépistées du VIH comparativement à celles qui l'ont été. Cette catégorisation a été faite à l'aide de l'Analyse Factorielle des Correspondances Multiples.

Des résultats de notre travail, plusieurs facteurs ont pu être déterminés à l'explication de la non-pratique du dépistage du VIH chez les femmes en âge de procréer en Côte d'Ivoire. Ces facteurs incluaient aussi bien des facteurs liés aux femmes elles-mêmes, des facteurs liés à leur ménage et les facteurs liés à la communauté qui n'encourageaient pas les femmes à terme à se faire dépister. La contribution des facteurs liés à la communauté des femmes, s'est avérée tout autant majoritaire dans l'explication de la non-pratique du dépistage au niveau contextuel.

Il en demeure alors que pour une prise en compte efficiente de mesures visant à encourager les femmes à se faire dépister, les facteurs liés aux communautés dans lesquelles vivent les femmes ne pourraient être occultés. La sensibilisation se doit d'œuvrer à permettre à surmonter la difficulté de vivre avec le VIH, aussi bien pour les femmes, que les ménages et communautés dans lesquelles elles vivent. Aussi, un intérêt particulier doit permettre d'intéresser les femmes célibataires et celles les plus jeunes (15 à 24 ans), à se faire dépister du VIH en Côte d'Ivoire.

Mots clés : Non-pratique du dépistage du VIH, femmes en âge de procréer, facteurs individuels, facteurs contextuels, Côte d'Ivoire.

Abstract

The issue of HIV still remains a public health concern worldwide. In Côte d'Ivoire, the country's adherence to the UNAIDS 90-90-90 strategy requires encouraging women to be tested in order to know their HIV status. Following the various surveys conducted in 2005, 2012 and 2016 respectively, the proportion of untested women in Côte d'Ivoire fell from 87.5% (INS et al., 2006) to 62.2% (INS & ICF international, 2012) and then 42.2% (INS, 2017). This proportion is certainly decreasing but is still important given the goals to which Côte d'Ivoire has ratified. In this context, the present study aims to analyse the contextual and individual effects of the non-practice of screening among women aged 15 to 49 in Côte d'Ivoire. We used the Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) database, which enabled us to categorise women who had never been tested for HIV compared to those who had. This categorisation was done using Multiple Correspondence Factor Analysis.

From the results of our work, several factors could be determined to explain the non-practice of HIV testing among women of reproductive age in Côte d'Ivoire. These factors included factors related to the women themselves, factors related to their household and factors related to the place of residence that did not encourage women to get tested. The contribution of factors related to the women's community was found to be the majority in explaining the non-practice of screening at the contextual level.

The fact remains, therefore, that if measures to encourage women to go for screening are to be taken into account efficiently, factors linked to the place of residence in which the women live cannot be ignored. Awareness-raising must work to overcome the difficulties of living with HIV, both for women and the households and communities in which they live. Also, a particular interest must be shown in getting single women and younger women (15 to 24 years old) to be tested for HIV in Côte d'Ivoire.

Key words : Non-practice of HIV testing, women of childbearing age, individual factors, contextual factors, Côte d'Ivoire.

1. Introduction

L'histoire de l'humanité est marquée par la présence du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), responsable de la maladie du Syndrome d'immunodéficience Acquise (SIDA), au lendemain des années 80. Cette épidémie mondiale constitue un enjeu majeur sur lequel continuent de se pencher les différents Etats. Pour preuve, en décembre 1995 l'Organisation des Nations Unies met en place l'agence de lutte contre la maladie appelée ONUSIDA. En outre, en l'an 2000 durant l'élaboration des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), les parties prenantes se sont investies à y consacrer un volet particulier à cette maladie notamment l'OMD n°6 en sa cible 6A. En l'an 2015 à la fin des OMD, les Objectifs de Développement Durable (ODD) demeurent encore inextricablement liés au VIH/SIDA. Comme le stipule l'ODD n°3 en sa cible 3 : **D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie du sida**, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles.

Comme bien souvent, l'atteinte des objectifs passe par la mise en place de stratégie. C'est pourquoi le programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA s'est attelé à l'élaboration de stratégie de lutte contre le VIH/SIDA en relation avec les ODD en privilégiant dix cibles sur la période de 2016 à 2021. Les premières cibles privilégiées à cet effet appelées parfois cibles 90/90/90 étaient ainsi énoncées: « *90 % de la population (enfants, adolescents et adultes) vivant avec le VIH connaissent leur statut, 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut reçoivent un traitement, 90 % des personnes sous traitement ont une charge virale supprimée* » (ONUSIDA, 2015). En clair, connaître son statut sérologique constitue un moyen important de prévention de la maladie. En effet, la connaissance du statut sérologique permet de savoir si l'on est malade ou non, et s'y référant, de prendre tôt les dispositions pour un traitement efficace.

Selon le rapport mondial de l'ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2012, l'Afrique subsaharienne reste l'une des régions les plus gravement touchées avec près d'un adulte sur 20 (4,9 %) vivant avec le VIH, ce qui représente 69 % des personnes vivant avec le VIH dans le monde. Aussi, la présence de la maladie parmi les femmes et les filles indique que ces dernières représentaient 63% de toutes les nouvelles infections du VIH (ONUSIDA, 2021). Par ailleurs, s'agissant des conséquences de cette maladie, au cours de l'année 2019 près de 690000 personnes sont décédées des suites d'une maladie liée au Sida (ONUSIDA, 2020). La présence de la maladie est donc importante en Afrique subsaharienne. A ce titre, une étude révèle qu'en Afrique, un des obstacles à la prévention de la transmission du VIH reste

l'insuffisance du dépistage (SILUE, & al., 2020). Ces propos rapportés viennent justifier la position inconfortable de l'Afrique subsaharienne face à la question du dépistage du VIH.

S'agissant de la Côte d'Ivoire, la découverte des premiers cas de sida remonte à 1985, avec la présence des deux types de virus : VIH-1 et VIH-2. Plusieurs enquêtes et études épidémiologiques ont permis par la suite de décrire les tendances évolutives de cette épidémie. L'Enquête sur les Indicateurs du Sida (EIS) menée en 2005 avec l'appui financier des partenaires a donné une prévalence du VIH de 4,7 % dans la population générale âgée de 15-49 ans, dont 6,7% de prévalence chez les femmes (INS et al., 2006). En 2012, à la suite de l'EIS, L'EDS-MICS indiquait que la prévalence au sein de la population générale âgée de 15 à 49 ans s'élevait à 3,7 %. Elle est toujours plus élevée chez les femmes (4,6 %), (INS & ICF International, 2012). A la faveur d'une enquête nationale menée entre août 2017 et mars 2018 pour évaluer l'impact de la réponse nationale de la Côte d'Ivoire face au VIH, la prévalence au sein de la population âgée de 15 à 64 ans a été estimée à 2,9%. Cette prévalence était de 4,1% chez les femmes (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP), 2021).

Toutefois, selon les normes du (MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE & al., 2016), le dépistage de contrôle doit être réalisé pour tout sujet testé négatif et soumis à une exposition continue de l'infection à VIH. Ainsi la proposition est faite pour chaque catégorie selon qu'il s'agisse des populations clés à savoir, les travailleurs du sexe, les homme ayant des rapports sexuels avec des hommes et utilisateur de drogues injectables (le dépistage de contrôle doit être fait tous les 3 mois) ; les couples sérodiscordants (le dépistage de contrôle doit être fait chaque année pour le conjoint séronégatif au VIH) ; les femmes enceintes (le dépistage de contrôle se fait soit dans le 3e trimestre ou en salle d'accouchement ou en suites de couche) ; les enfants exposés (le dépistage de contrôle doit être fait 6 semaines après arrêt de l'allaitement) et des autres populations (le dépistage de contrôle doit être fait en cas d'exposition récente au VIH). Au grand paradoxe pourtant de la connaissance des lieux de dépistage[1], la pratique du test n'évolue pas dans la même mouvance au sein des femmes en âge de procréer en Côte d'Ivoire. En 2005, pendant l'enquête sur les indicateurs du sida, 87,5% des femmes âgées de 15 à 49 ans ont mentionné n'avoir jamais effectué un test du VIH (INS et al., 2006). A partir de 2012, la proportion des femmes âgés de 15 à 49 ans n'ayant jamais effectué de test de VIH/SIDA était de 62,2% (INS & ICF International, 2012). Enfin, à la

[1] (INS et al., 2006; INS & ICF International, 2012; INS, 2017)

dernière Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS), les femmes n'ayant jamais effectué de test avaient une proportion évaluée à 42,2% (INS, 2017).

Des dispositifs ont pourtant été mis en place pour inciter chacune à connaître son statut sérologique notamment la mise en place de trois programmes majeurs depuis 2016 (l'Evaluation Externe de la Qualité de la sérologie VIH, le projet atlas, le projet U-test). En marge de ces programmes, la prise en charge par la fourniture des (Anti Rétro Viraux) ARV se fait gratuitement depuis 2008, pour inciter à la pratique du dépistage. En définitive, les femmes en âge de procréer de manière particulière vu leur exposition plus accentuée au risque du VIH/SIDA (prévalence plus élevée chez les femmes que chez les hommes) devraient mieux s'investir dans la réalisation du test au cours de leur vie, test malheureusement peu pratiqué. Un tel paradoxe qui reste encore à élucider et auquel s'attache notre présente étude.

La littérature abondée en ce sens a permis de faire ressortir un ensemble d'écrits majeurs essayant d'expliquer la non-pratique du dépistage à des niveaux hiérarchiques non-dissociées. A de tels égards l'effet des facteurs contextuels reste relativement difficile à dissocier dans la littérature sur la question du non-dépistage du VIH.

De la problématique de notre étude énoncée se prête un ensemble d'interrogations qu'il convient d'élucider à savoir : Quels sont les facteurs explicatifs individuels et contextuels de la non-pratique du test du VIH chez les femmes en âge de procréer en 2016 en Côte d'Ivoire ? De manière spécifique nous nous interrogeons au travers de cette étude, sur l'évolution de la non-pratique du test de dépistage en tenant compte des caractéristiques individuelles et contextuelles liées aux femmes en âge de procréer en Côte d'Ivoire ? Aussi, comment se distinguent de par leurs caractéristiques les femmes qui ne pratiquent pas le test, des autres femmes en Côte d'Ivoire ? En outre, quels sont les facteurs explicatifs individuels et contextuels pouvant approcher cette différenciation dans la non-pratique du test auprès des femmes ? Enfin Comment hiérarchiser ces facteurs explicatifs auprès des femmes en âge de procréer en Côte d'Ivoire ?

L'objectif général recherché au moyen de cette étude est alors de contribuer à la connaissance des facteurs individuels et contextuels influençant la non-pratique du test de VIH chez les femmes en âge de procréer en 2016 en Côte d'Ivoire afin de mettre à la disposition des décideurs et acteurs intervenants dans le domaine des informations pertinentes de sensibilisation et d'aide à l'adoption du test de VIH par la population.

Nous aborderons ce travail en quatre sections: la première sur les matériels et méthodes, la deuxième sur les résultats, la troisième sur la discussion et, la dernière sur la conclusion

2. Matériels et méthode

2.1 Données

Dans le cadre de cette étude, les données privilégiées sont celles de l'enquête par grappes à indicateurs multiples de la Côte d'ivoire (MICS 5), dont la réalisation a été menée par l'Institut National de la Statistique (INS) en collaboration avec l'UNICEF en 2016. Le choix de ces données tient en premier du fait qu'elles sont accessibles et représentatives au niveau national, ce qui permet d'extrapoler les résultats et de dégager des recommandations valables à l'échelle nationale. A une échelle d'envergure plus importante, ces données permettent même d'assurer la comparabilité internationale puisqu'elles se doivent d'être collectées de la même manière dans d'autres pays. Par ailleurs, au-delà d'être gracieusement accessibles et comparables, ces données sont parmi les plus récentes collectées dans le cadre du dépistage du VIH et se prêtent bien à l'analyse hiérarchique des données. A ce titre, 11 780 femmes âgées de 15 à 49 ans ont été effectivement enquêtées constituant le groupe cible de notre étude.

2.2 Variables

2.2.1 Variable dépendante

La variable dépendante de notre étude est le fait de « n'avoir jamais été testée au VIH » au cours de la vie c'est-à-dire de la naissance jusqu'à la date de l'enquête. Dans le questionnaire de la MICS 5, trois questions permettent de l'élucider qui sont les suivantes : question 1 (*je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous été testée pour le virus du sida dans le cadre de vos soins prénatals ?),* question 2 *(Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous été testée pour le virus du sida entre le moment ou vous êtes venue pour l'accouchement et avant la naissance du bébé ?),* question 3 *(Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le virus du sida ?).* En fait chaque question était posée respectivement à chacune des catégories de femmes suivantes :

-Catégorie 1 (elles étaient interrogées sur la question 1): les femmes qui ont eu une naissance vivante les deux dernières années et qui ont reçu des soins prénatals ;

- Catégorie 2 (elles étaient interrogées sur la question 2): les femmes qui ont eu une naissance vivante ces deux dernière années et qui avaient reçu des soins prénatals, mais qui n'ont pas été testées au cours des soins prénatals. Ces femmes s'étaient par la suite faites accouchées par un

professionnel de santé. Ajouté à celles-ci, cette catégorie prenait en compte l'ensemble des femmes qui s'étaient faites accouchées par un professionnel de santé sans avoir eu recours aux soins prénatals.

- Catégorie 3 (elles étaient interrogées sur la question 3): toutes les autres femmes c'est-à-dire celles qui n'ont pas eu de naissances vivantes ces deux dernières années, celles qui ont eu une naissance vivante ces deux dernières années mais qui n'ont pas bénéficié de soins prénatals, celles qui n'ont pas été testées pendant l'accouchement.

Ainsi toutes les femmes interrogées pendant la MICS étaient questionnées sur la réalisation du test en fonction de leur appartenance aux catégories citées plus haut. La réponse aux questions permet de classer les femmes en deux groupes : celles qui n'ont jamais pratiqué le test du VIH et celles qui l'ont déjà pratiqué. Celles qui ont pratiqué sont en fait celles qui ont répondu « oui » à l'une des questions posées auparavant. Les autres sont considérées comme n'ayant jamais pratiqué le test du VIH[2].

2.2.2 Variables indépendantes

Les variables indépendantes ont été distinguées en fonction de leur position hiérarchique : les variables relatives à la communauté (niveau macro), les variables relatives au ménage (niveau méso) et, les variables relatives aux à la femme (niveau micro).

Niveau macro

Les premières variables qui suivent ont été créés en agrégeant au niveau des grappes certaines caractéristiques individuelles ou relatives au ménage.

- **Proportion des femmes tolérant les PVVIH[3]** : Elle donne des renseignements sur le degré de tolérance des PVVIH de la communauté de résidence dans laquelle se trouvent les femmes en âge de procréer. Il s'agit en fait de caractériser chaque communauté par son caractère distinctif en terme de tolérance des PVVIH. Cette variable relevant du niveau contextuel, est construite à partir de la variable du « degré de tolérance des PVVIH ».

- **Proportion des femmes non-instruite** : Cette variable traduit le niveau moyen d'éducation des femmes vivant dans une communauté. Elle est agrégée à partir de la variable « niveau d'instruction de la femme » préalablement recodée en deux modalités : non-instruite et instruite.

[2] La variable est ainsi captée dans le rapport de la MICS 5
[3] Personne Vivant avec le VIH

- **Proportion de ménages pauvres** : Elle donne les renseignements sur le degré de développement socio-économique de la communauté de résidence dans laquelle se trouvent les ménages des femmes en âge de procréer, les femmes étant les cibles de dépistage du VIH. Cette variable utilise dans sa création le « niveau de vie des ménage ».

Les autres variables du niveau macro sont présentes dans la base de données.

- **Milieu de résidence de la femme** et **région de résidence de la femme** : Ces variables ont respectivement pour modalités *urbain et rural* et *Nord, Sud (sans la ville d'Abidjan), Centre, Ouest et Abidjan.*

Niveau méso

- **Sexe du chef de ménage** et **religion du chef de ménage** : Ces variables ont respectivement pour modalités *Masculin et féminin* et *Chrétien, musulman, autre.*

- **Ethnie du chef de ménage** et **niveau de vie du ménage** : Ces variables sont représentées respectivement sous les modalités suivantes *Akan, Krou, Mandé, Voltaïque et Etranger* et *très pauvre, pauvre, moyen, riche et très riche*.

Niveau micro

- **Age de la femme**, **parité atteinte de la femme** et **statut matrimonial de la femme** : Ces variables ont respectivement pour modalités *15-24 ans, 25-34 ans, 35-49 ans ; parité nulle* (0 enfant), *parité faible* (1-2 enfants) *parité moyenne* (3-4 enfants) et, parité *élevée* (5 enfants et plus) ; *célibataire, union* (légale ou libre) et *veuves/divorcées.*

- **Degré de modernité de la femme** : Cette variable permet de souligner au-delà de l'exposition aux média, l'ouverture des femmes en termes de connaissances. Cette ouverture leur permet d'accéder à une meilleure qualité de l'information de manière à orienter leur choix en matière de dépistage. Elle utilise deux variables en occurrence les variables concernant les fréquences d'écoute de radio, de lecture de magazine et d'utilisation de la télévision qui rappellent la variable « exposition aux médias ». Les modalités de la variable « exposition aux média » se distinguent en trois catégories : faible (*pour les femmes majoritairement qui n'écoutent pas du tout la radio, qui ne lisent pas du tout de magasine et qui n'utilisent pas du tout de télévision*), moyen (*pour les femmes majoritairement qui écoutent moins d'une fois par semaine la radio, qui lisent moins d'une fois par semaine le magazine et qui utilisent moins d'une fois par semaine la télévision*) et élevé (*pour les femmes majoritairement qui écoutent au moins une fois par semaine la radio, qui lisent au moins une fois par semaine le magazine et qui utilisent au moins*

une fois par semaine la télévision). La deuxième variable est celle du niveau d'instruction des femmes en âge de procréer avec pour modalités aucun, primaire et, secondaire et plus.

La variable degré de modernité est alors composite et se traduit en trois modalités : *faible* (pour les femmes ayant majoritairement une exposition aux média faible et sans niveau d'instruction), *moyen* (pour les femmes ayant majoritairement une exposition aux média élevée et un niveau d'instruction primaire), *élevé* (pour les femmes ayant majoritairement une exposition aux média élevée et un niveau d'instruction secondaire et plus).

- **Degré de tolérance envers les PVVIH** : Il détermine la capacité des femmes à rejeter les PVVIH. Les réponses aux questions s'y référant ont permis de construire un indicateur combiné de degré de tolérance envers les PVVIH, dont la répartition est la suivante : *élevé* (pour avoir répondu oui aux questions) et *faible* pour les autres réponses.

- **Adoption de comportement sexuel à risque** : Le comportement sexuel à risque fait référence ici à avoir eu son premier acte sexuel sans avoir utilisé de condoms. Cette variable se traduit alors en deux modalités chez les femmes à savoir : risque *faible* et *risque élevé.*

- **Niveau de connaissance sur les moyens de transmission et les fausses idées sur le VIH/SIDA :** La variable est basée sur un ensemble de questions posées aux femmes au cours de la MICS 5 de manière à avoir un aperçu des connaissances qu'elles ont sur le VIH/SIDA. La variable, fini par avoir deux modalités : *faible et élevé.*

2.2.3 Analyses statistiques

Le recours à des méthodes statistiques aussi bien descriptives (univariée, bivariée, AFCM) qu'explicative, a été effectué dans cette étude. Les premières, à savoir les tableaux de fréquence, les tableaux croisés accompagnés de test de chi-deux et l'AFCM ont permis de caractériser les femmes interrogées, d'évaluer les pourcentages de celles qui ne pratiquent pas le test du VIH et de montrer comment ils varient selon les caractéristiques, considérées à nos différents niveaux d'analyse.

L'analyse explicative a été menée à partir des modèles de régression logistique multiniveau. A ce titre cinq modèles ont été privilégiés partant du modèle vide (rappelant la décomposition de la variance) au modèle complet (introduisant toutes les variables mobilisées à différents niveaux hiérarchique). L'objectif d'une analyse multiniveau est d'étudier des processus individuels qui prennent place dans un espace différencié. Ici c'est l'individu qui se trouve au centre d'une telle approche. C'est par lui et à travers lui-même que les divers niveaux

d'agrégation existent. Mais cela n'empêche pas que les contraintes imposées par ces niveaux puissent l'amener à suivre un comportement différent de celui qu'il aurait suivi hors de ces conditions (COURGEAU & BACCAINI, 1997; NGANAWARA, 2016). Comme la variable dépendante est une variable qualitative dichotomique, nous utilisons une régression logistique binaire avec une approche multiniveau à effets aléatoires.

3. Résultats

De prime abord, il apparaît que toutes nos variables mobilisées se sont révélées significativement associées à la non-pratique du test du VIH chez les femmes en âge de procréer. Les femmes qui ne pratiquent pas le test ont alors été caractérisées à partir d'une analyse bidimensionnelle. Pour ainsi dire, les femmes qui ne pratiquent pas le test sont celles ayant un comportement à risque faible, une parité nulle et un âge compris entre 15 et 24 ans. Elles vivent également dans des milieux ruraux des régions nord et sont célibataires. Leur degré de modernité est aussi bien faible qu'élevé, et elles vivent dans des ménages ayant un niveau de vie pauvre ou le plus pauvre. Dans les communautés dans lesquelles elles vivent, la proportion des femmes non-instruites est élevée.

Au niveau explicatif, il apparaît que dix (10) variables mobilisées sont susceptibles d'expliquer la non-pratique du dépistage sur seize (16) variables sélectionnées en début. En effet, après introduction de toutes les variables au modèle complet, il apparait selon le test de Wald que notre modèle explique significativement au seuil de 1% la non-pratique du dépistage (Wald chi2 =1073,05 ; $p < 0,0001$). Alors que les variances résiduelles des niveaux ménage et communautaire sont restées significatives au seuil de 1%, la variance intercommunautaire est quasiment nulle dénotant d'une amélioration du modèle. On voit là l'apport combiné des effets contextuels dans l'explication de la non-pratique du dépistage du VIH chez les femmes en âge de procréer, (39%+11%) soit 50% de l'explication du phénomène.

Tableau 1 : Odds ratio et effets des variables indépendantes sur la non-pratique du dépistage en Côte d'Ivoire chez les femmes en 2016

	M0	M1	M2	M3	M4
Partie fixe					
Constance	-0,409***	-0,102ns	-0,802***	-0,494***	-0,786***
CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES					
Adoption de comportement sexuel à risque					
Risque faible		1,358***			1,461***
Risque élevé		1			1
Degré de tolérance envers les PVVIH					
Faible		1			1

Elevé		0,316***			0,345***
Niveau de connaissance sur le VIH/SIDA et les idées erronées					
Faible		1			1
Elevé		0,536***			0,551***
Degré de modernité de la femme					
Faible		2,287***			1,982***
Moyen		1			1
Elevé		0,538***			0,600***
Statut matrimonial de la femme					
Mariée/union		1			1
Divorcée/veuve		1,099ns			1,534***
Célibataire		4,078***			5,455***
Age de la femme					
15-24 ans		1			1
25-34 ans		0,291***			0,326***
35-49 ans		0,511***			0,626***
CARACTERISTIQUES DU MENAGE					
Sexe du chef de ménage					
Masculin			1		1
Féminin			1,006ns		0,637***
Ethnie du chef de ménage					
Akan			1		1
Krou			0,791ns		0,944ns
Mandé			1,501***		1,630***
Voltaïque/Gur			1,781***		1,593***
Etranger			2,212***		2,397***
Religion du chef de ménage					
Chrétien			0,882ns		0,815*
Musulman			1		1
Autre			1,455***		1,189ns
CARACTERISTIQUES COMMUNAUTAIRES					
Proportion de femmes tolérant les PVVIH dans la communauté					
Faible				1	1
Elevé				0,615***	0,989ns
Région de résidence					
Centre				1	1
Nord				2,796***	2,822***
Ouest				2,064***	2,201***
Sud (sans la ville Abidjan)				1,172ns	1,521**
Abidjan				1,430**	1,688***
Milieu de résidence					
Urbain				0,483***	0,462***
Rural				1	1
variance intercommunautaire (HH1)	1,069***	1,199***	0,843***	0,660***	0,734***
variance intracommunautaire (HH1>HH2)	2,041***	2,562***	2,045***	2,076***	2,586***
Wald chi2		983,2	108,9	166,6	1073

*Ns p < 1, * p < 0.10, ** p < 0.05, *** p < 0.01*

Les femmes vivant dans les milieux urbains sont moins à risque de ne jamais s'être fait dépistées du VIH. A contrario, celles vivant dans les régions nord, ouest, sud sans la ville de Abidjan et Abidjan courent plus de risque de n'avoir jamais été dépistées du VIH. S'agissant du groupe ethnique du chef de ménage, les femmes vivant dans les ménages dirigés par un Mandé, Gur et Etranger, ont plus grande propension à ne jamais s'être fait dépister du VIH. Le sexe du chef de ménage montre par contre que, les femmes vivant dans les ménages dirigés par des femmes courent moins de risque de n'avoir jamais fait le dépistage du VIH. Lorsqu'on s'intéresse aux caractéristiques propres aux femmes, il apparaît que celles ayant un niveau de connaissance élevé sur les moyens de transmission et les fausses idées sur le VIH ont moins de risque de ne jamais s'être fait dépistées. Ces femmes ont d'ailleurs le même comportement que celles ayant un degré de tolérance élevée envers les PVVIH.

Le degré de modernité permet tout autant de distinguer les femmes. En cela, les femmes ayant un degré de modernité faible sont plus à propension à ne pas se faire dépister contrairement à celles de degré de modernité élevée qui sont moins enclines à ne pas se faire dépister. L'âge de la femme permet de voir que ce sont celles aux âges avancés (25 à 49 ans) qui sont les moins enclines à ne pas se faire dépister. Pour finir, le statut matrimonial des femmes permet d'aboutir à la conclusion que les femmes célibataires, de même les veuves et divorcées, sont plus aptes à ne jamais s'être fait dépistées.

La classification des facteurs en tenant donc compte de leur plus importante contribution dans l'explication de la non-pratique du dépistage permet d'aboutir à la hiérarchie suivante :le statut matrimonial de la femme, le degré de tolérance envers les PVVIH, l'âge de la femme, le degré de modernité de la femme, la région de résidence, l'ethnie du chef de ménage, le milieu de résidence, le sexe du chef de ménage, le niveau de connaissance sur le VIH, l'adoption de comportement sexuel à risque. Par ailleurs, la contribution sommée des facteurs se référant aux différents niveaux hiérarchiques permet d'aboutir à une contribution de 3,34% pour les variables communautaires, 2,53% pour les variables du ménage et 30,31% pour les variables liées aux femmes. La contribution demeure donc majeure auprès des variables communautaires, parlant des effets rapportés au contexte.

4. Discussion

Les résultats obtenus plus haut mentionnent un ensemble conjoint de facteurs mobilisés pour expliquer la non-pratique du test du VIH chez les femmes en âge de procréer. Ces résultats montrent ainsi qu'il existe aussi bien des facteurs se limitant aux femmes elles-mêmes mais

aussi, des facteurs émanant des ménages dans lesquelles elles se trouvent. Au-delà de cela, il y a même la présence de facteurs dans la communauté de ces femmes, qui les rendent à terme moins exigeantes à se faire dépister du VIH.

L'influence des facteurs émanent des ménages des femmes ou alors de leurs communautés, a montré la pertinence de recours à des modèles qui puissent en mesurer les effets. De ce point de vue, la modélisation multiniveau a permis de faire ressortir une part importante des facteurs émanant de la communauté dans lesquelles vivent les femmes.

Cette considération dans la non-pratique du dépistage, liée aux communautés pourrait trouver une explication dans l'influence de la communauté dans les comportements des femmes en âge de procréer. Ainsi, la culture africaine et ivoirienne en particulier, a pour habitude de considérer la famille bien au-delà de la cellule nucléaire, en incluant bien souvent la communauté. La tendance de vie commune fait alors que les comportements majoritaires de vie des individus en société influencent les comportements des femmes. Ces femmes dès lors auront tendance à s'impliquer davantage dans le dépistage ou non, en privilégiant les comportements qui se font des personnes atteintes du VIH. Elles peuvent dès lors être plus réceptives dans des environnements moins contraignants sinon opposées à l'idée du dépistage (KY-ZERBO, O. & al., 2014). On peut dès lors introduire l'influence des facteurs contextuels qui pourraient être à la base de la non-pratique du dépistage.

Nous avons ainsi essayé de manière résumée, d'expliquer la part attribuable au contexte dans la différenciation de la non-pratique du dépistage. Nous proposons désormais un essai de confrontation des facteurs qui se sont montrés significatifs dans les variations de l'absence de dépistage du VIH chez les femmes.

Comme évoqué de nos résultats, il apparaît alors que les femmes en milieu urbain ont moins de risque de n'avoir jamais été dépistées du VIH que celles vivant en milieu rural. Ces résultats trouvent leur justification en ce sens que la dotation en infrastructures sanitaires est nettement plus importante en milieu urbain qu'en milieu rural (aussi bien parlant de la quantité d'infrastructures, que de la qualité des soins de santé). Par ailleurs, il y a au-delà de cet argument toutes choses étant égales par ailleurs, un meilleur niveau d'instruction en milieu urbain qu'en milieu rural en Côte d'Ivoire. Ces prédispositions font qu'alors les femmes du milieu urbain, comprennent mieux et sont plus réceptives à l'idée de se faire dépister du VIH (SAWADOGO J., 2003 ; ZIGANI, 2004). Quand ce ne sont pas les précédents arguments qui sont mis en exergue, il y a aussi la facilité d'accéder à des centres de santé pour les femmes dans les milieux

urbains que celles dans le milieu rural. Pour illustrer ces propos, le rapport de la MICS 5 indique que 88,4% des femmes en milieu urbain ont accouché dans un établissement sanitaire comparativement à seulement 57,4% des femmes en milieu rural (INS, 2017). En pareil cas, on perçoit l'exposition des femmes au dépistage opportuniste du VIH dans le cadre de la PTME[4].

La propension des femmes à ne pas se faire dépister dans certaines régions pourrait aussi trouver explication du fait d'une répartition inégalitaire des infrastructures sanitaires. Toutefois, en comparant les femmes d'Abidjan et celles vivant dans les régions du centre, l'on se rend compte de l'influence d'autres facteurs en dehors des infrastructures sanitaires de haut rang, pouvant favoriser l'attraction des femmes à se faire dépister. Il y a par exemple la contrainte de pouvoir supporter un état maladif dans les grandes villes tels que Abidjan, parce que cet état pourrait limiter les chances de travail si le résultat de séropositivité était connu. De tels agissements ont d'ailleurs été révélé en 1997 par (LAURENT, 1997). Dans les régions du nord et ouest, il est aussi à rappeler la présence très marquée des ethnies Mandé et Gur. Dans le cadre de la présentation du contexte ivoirien, il avait été mentionné que ces groupes étaient caractérisé par une réticence à supporter les PVVIH vu qu'ils se trouvaient fortement ancrés dans leur coutume. Pour ces groupes ethniques, la maladie du SIDA pourrait alors s'identifier à une punition divine qui ne s'acharnait que sur les personnes qui n'avaient pas une bonne vie. En pareille cas le recours au dépistage se ferait moindre pour éviter la charge sociale liée au VIH /SIDA.

La particularité des femmes à ne pas se faire dépister lorsque le chef de leur ménage est étranger pourrait trouver explication du fait que dans la littérature, les personnes en migration ou personnes étrangères, participent moins à des opérations sanitaires. La difficulté étant que ces personnes redoutent des répressions qui en suivront à la suite de la connaissance de leur statut sérologique, encore lorsqu'elles sont en situation irrégulière. Au-delà même des répressions, il peut exister une méconnaissance des services offrant le dépistage pour individus d'origine étrangère (BURNS, & al., 2007; MANIRANKUNDA, & al., 2009; THOMAS, & al., 2010; NAVAZA, & al., 2011). Quand il s'agit toutefois d'une femme chef de ménage, les femmes sont amenées de moindre manière, à ne pas se faire dépister. La clarification qui adviendrait de ces résultats serait alors que plus les femmes ont un actif de décision dans le souci de leur santé, mieux ces dernières pourront s'investir à se faire dépister. En outre, les femmes entre-elles échangent plus aisément et sont donc plus aptes à évoquer leur situation de

[4] Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant

santé, ou de recourir au dépistage quand l'occasion le demande. Ces résultats sont pourtant différent de ceux évoqué par (AFFO & ACOTCHEOU, 2019). Pour ces deniers, l'autonomie décisionnelle stricto sensu ne suffit pas à la femme pour adhérer à la PTME et faire le test VIH.

Lorsque les femmes se retrouvent mariées, elles sont plus aptes à recourir au test du VIH dû à l'opportunité qui en est faite des services de la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME). En effet, la femme se voit proposer dans le cadre de la PTME, un dépistage du VIH pour protéger sa santé et celle de son enfant. Pour les femmes les plus âgées (35 à 49 ans) de même que les femmes divorcées et veuves, la tendance à ne pas se faire dépister se justifierait par les premières images heurtantes et décourageantes qui avaient été faites des personnes vivant avec le VIH (MAMADOU, 2012; MILLOGO, & al., 2020).

Un niveau de connaissance faible sur le VIH ou l'adoption de comportement sexuel à risque faible occasionnerait la faible nécessité de se faire dépister chez les femmes en 2016 en Côte d'Ivoire. En se référant à ce qui provient de la littérature consultée, il apparait effectivement un lien entre le fait de connaitre le VIH/SIDA dans ses contours et ses modes de transmission afin de se savoir quand on est exposé à la maladie. En 2006 par exemple, (ROUAMBA, 2006), souligne dans le cadre d'une étude axée sur les facteurs déterminant la faible fréquentation du centre de dépistage volontaire du VIH/SIDA par les femmes en âge de procréer dans la commune de Manga au Burkina Faso, que la moitié des sujets enquêtés connaît le port du condom comme seul moyen de se préserver contre le VIH. A cela, l'auteur ajoute qu'aucune femme n'a évoqué le dépistage volontaire du VIH comme moyen de prévention. Poursuivant, en Côte d'ivoire, en 2012, il apparait que seulement 50% des femmes savaient que le port de préservatif pouvait prévenir le VIH (INS & ICF International, 2012).

S'agissant des femmes qui ont un comportement à risque faible ces femmes ont parfois un faible niveau de connaissance ou ignorent la transmission du VIH par des moyens autres que sexuels. Au-delà de la seule connaissance, ces femmes peuvent ignorer le dépistage puisqu'elles ne se sentent pas dans des conditions défavorables, qui devraient les contraindre à la connaissance de leur statut sérologique. De manière explicite, la connaissance répandue et facile à capter concernant la transmission de la maladie du VIH parmi les individus, se limite très souvent aux moyens sexuels. C'est pourquoi, bien souvent, les enquêtes menées dans le cadre du VIH ne se limitaient qu'à interroger les individus sur leur exposition face aux risques sexuels (INS et al., 2006; INS & ICF International, 2012; INS, 2017). Ainsi, lorsque les femmes estiment qu'elles ont pris leur précaution en utilisant des préservatifs, ces dernières ne voient plus tellement la nécessité de se faire dépister. Elles se voient déjà épargnées ignorant les autres

modes de contamination (seringue, transmission mère-enfant, objets infectés, etc.). On comprend de cela, que les femmes ne pratiquent pas tellement le test, même si cette manière de voir la transmission du VIH est incomplète ou erronée.

Enfin, en parlant d'ouverture à la modernité ou même se basant sur la tolérance des personnes qui ont déjà le VIH, l'étude montre que les femmes qui sont caractérisées par une tolérance ou un degré de modernité élevés, sont bien souvent moins enclines à ne pas se faire dépister. La raison est alors que ces dernières mesurent la portée, la contrainte sociale liée à la maladie, comme un fardeau moins difficile à vivre. Ces femmes ayant un niveau d'instruction secondaire et plus et, une exposition aux média élevée, elles sont donc plus aptes à comprendre et accepter ce qui vient de l'apprentissage extérieur. Pour les femmes donc, se soumettre au dépistage passe d'abord par disposer d'elles-mêmes de la bonne information, en particulier concernant le dépistage. Par la suite, elles espèrent certes ne pas être malades, mais comprennent qu'étant malades du VIH, elles peuvent toujours continuer leur vie et vivre dans de bonnes conditions. Elles supportent donc le fait de vivre avec la maladie, puisqu'elles considèrent la maladie du VIH/SIDA comme toutes les autres maladies. En 2013 au Benin, des travaux avaient permis d'aboutir à la même conclusion s'agissant des femmes vivant en milieu urbain. Ces derniers travaux rappelaient en quoi la présence des idées erronées sur le VIH/SIDA, du rejet des PVVIH, pouvait rendre les femmes moins réceptives, à leur tour, à se faire dépister du VIH (ACOTCHEOU, 2013).

5. Conclusion et recommandations

Notre étude a permis de faire ressortir les facteurs pouvant expliquer la non-pratique du dépistage chez les femmes en âge de procréer. A différents niveaux hiérarchiques, ces facteurs ont pu être élucidés avec une part découlant des effets contextuels. Ainsi, à des niveaux agrégés, l'accent devrait être mis à réduire les inégalités entre milieux et, accroître les séances de sensibilisation de grande envergure dans les régions où le tabou de la vie avec le VIH reste beaucoup présent. Dans une autre veine notamment au niveau des ménages, il est alors nécessaire d'intéresser les hommes au dépistage des femmes. Enfin, il demeure tout autant indéniable d'intéresser d'entre les femmes, les plus jeunes (15 à 24 ans), les célibataires et celles ayant un niveau d'instruction de moins du secondaire, à la nécessité de réaliser bien souvent leur test du VIH dans le but de connaître leur statut sérologique.

Références Bibliographiques

AFFO, M. A., & ACOTCHEOU, P. (2019). OBSTACLES A L'ADHESION DES FEMMES A LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU BENIN. *Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé (Togo)*, pp. 271-287.

Burns, F., Imrie, J. Y., Nazroo, J., Johnson, A. M., & Fenton, K. A. (2007). Why the(y) wait ? key informant understandings of factors contributing to late presentation and poor utilization of HIV health and social care services by African migrants in Britain. *19*(1), pp. 102-108.

COURGEAU, D., & BACCAINI, B. (1997). « Analyse multi-niveaux en sciences sociales ». *INED*(4), pp. 831-863.

Institut National de la Statistique (INS). (2017). *Enquête par grappes à indicateurs multiples, 2016, Rapport des Resultats clés.* Abidjan, Côte d'Ivoire.

Institut National de la Statistique (INS); Ministère de la Lutte contre le Sida (Côte d'Ivoire);ORC Macro. (2006). *Enquête sur les Indicateurs du Sida, Côte d'Ivoire 2005.* Calverton, Maryland, U.S.A : INS et ORC Macro.

Institut National de la Statistique(INS); ICF International. (2012). *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples de Côte d'Ivoire 2011-2012.* Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International.

KY-ZERBO, O., DESCLAUX, A., SOME, J.-F., EL ASMAR, K., MSELLATI, P., & OBERMEYER, C. M. (2014). La stigmatisation des PVVIH en Afrique: Analyse de ses formes et mannifestations au Burkina Faso. *Santé publique, 26*(3), pp. 375-384.

MAMADOU, B. (2012). *DES HOMMES ET LE DEPISTAGE DU VIH/SIDA AU SENEGAL LES DESSOUS DU REFUS.* UNIVERSITE LAVAL. QUEBEC: FACULTE DE MEDECINE.

Manirankunda, L., Loos, J., Assebide Allo, T., Colebunders, R., & Nöstlinger, C. (2009). It's better not to know » : perceived barriers to HIV voluntary counseling and testing among sub-saharan african migrants in Belgium Prevention,. *AIDS Education and prevention, 21*(6), pp. 582-593. doi:10.1521/aeap.2009.21.6.582

MILLOGO, A., SANON, A., ABDRAMANE, B., KONATE, B., TRAORE, T. I., & P., T. (2020). *« Perception et riposte au VIH chez les personnes âgées dans la ville de Bobo-Dioulasso ». In Vulnérabilités, santé et sociétés en Afrique contemporaine. Expériences plurielles.* (B. F. BATIONO, & A. PALE, Éds.) Québec et Ouagadougou: Editions sciences et biens communs. Récupéré sur https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/vulnerabilites/back-matter/appendix/

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP). (2021). *la population en Côte d'Ivoire (CIPHIA) 2017-2018 : Rapport final.* Abidjan: MSHP. Récupéré sur https://phia.icap.columbia.edu/countries/cote-divoire/

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE; PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA; AMERICAN SOCIETY FOR MICROBIOLOGY. (2016). *DOCUMENT DE POLITIQUE, NORMES ET PROCEDURES DES SERVICES DE DEPISTAGE DU VIH EN COTE D'IVOIRE.*

Navaza, B., Guionnet, A., Navarro, M., Estévez, L., Pérez-Molina, J.-A., & Lopéz-Vélez, R. (2011). Reluctance to do blood testing limits hiv diagnosis and appropriate health care of sub-saharan africain migrant living in Spain. *Aids and Behaviour, 16*(1), pp. 30-35. doi:10.1007/s10461-010-9871-0

NGANAWARA, D. (2016). *Famille et scolarisation des enfants en âge obligatoire scolaire auCameroun : Une analyse à partir du recensement de 2005.* Québec, Canada: ODSEF.

ONUSIDA. (2015). *Accélérer la riposte pour mettre fin au SIDA.* Consulté le 12 30, 2020, sur ONUSIDA: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_STRATEGY_REPORT_FR_web.pdf

ONUSIDA. (2020). *Fiche d'information_Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida.* Consulté le 12 29, 2020, sur ONUSIDA: https://www.unaids.org/fr/ressources/fact-sheet

ONUSIDA. (2021). *Fiche d'information_Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida.* Récupéré sur ONUSIDA: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_fr.pdf

ROUAMBA, G. (2006). *Les facteurs déterminant la faible fréquentation du centre de dépistage volontaire du VIH/SIDA par les femmes en âge de procréer dans la commune de Manga.* Mémoire de fin d'études, UO.

SAWADOGO, J. (2003). *Dépistage sérologique volontaire du VIH : connaissances et attitudes des jeunes dans la commune de Kaya.* Mémoire de fin d'études, ENSP, Ouagadougou.

SILUE, D., ETTIEN, A. A.-M., & AINYAKOU, T. G. (2020, 03 13). Déterminants de la faible demande du dépistage du VIH/Sida chez les populations de Korhogo (Côte d"Ioire). *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 2*(1), pp. 62-77. Récupéré sur http://press.b-institute.ml / http://revue-rasp.org

THOMAS, F., AGGLETON, P., & ANDERSON, J. (2010). "If I cannot access services then there is no reason for me to test" ghe impacts of health service charges on hiv testing and treatment amongst migrant in England. *Aids care, 22*(4), pp. 526-531.

ZIGANI, Z. (2004). *Etude des facteurs expliquant la faible utilisation des services de CDV du VIH dans la ville de Ouagadougou par le secteur informel : cas des personnes exerçant dans le petit commerce.* Mémoire de fin d'études., ENSP, Ouagadougou.