

RÉPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE




DIVIDENDE DÉMOGRAPHIQUE EN AFRIQUE:
PERSPECTIVES, OPPORTUNITÉS ET DÉFIS
7ème Conférence Africaine sur la Population
30 Novembre – 4 Décembre 2015
Gauteng, Afrique du Sud



7ème Conférence Africaine sur la Population

JOHANNESBURG –AFRIQUE DU SUD, 30 NOV. – 4 DEC. 2015

*DIVIDENDE DEMOGRAPHIQUE EN AFRIQUE: PERSPECTIVES,
OPPORTUNITES ET DEFIS*

CONNAISSANCES RELATIVES A LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH/SIDA EN COTE D'IVOIRE

Résumé proposé

PAR MONSIEUR N'DRI DJAMAN

En vue de participer à la

7^{ème} Conférence Africaine sur la Population

**Organisée par le Gouvernement de l'Afrique du Sud et l'Union pour
l'Etude de la Population Africaine**



CHAPITRE I : DESCRIPTION DU THEME ETUDIE.....	- 1 -
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE.....	- 2 -
2.1- Les principales approches explicatives	- 2 -
2.2- Cadre conceptuel	- 9 -
2.2.1- Hypothèse générale.....	- 9 -
2.2.2- Définition des concepts	- 9 -
2.2.4- Hypothèses spécifiques et schéma d'analyse	- 11 -
CHAPITRE III : DONNEES ET METHODE DE RECHERCHE.....	- 13 -
3.1- Présentation des données	- 13 -
3.2- Méthodes d'analyse	- 13 -
3.2.1- Techniques d'analyse descriptive	- 13 -
3.2.2- Méthode d'analyse explicative.....	- 13 -
3.2.3- Les logiciels utilisés.....	- 14 -
CHAPITRE IV : RESULTATS OBTENUS.....	- 14 -
4.1- Analyses différentielles de la connaissance de l'existence d'une thérapie contre la transmission mère-enfant du VIH/SIDA chez les femmes	- 14 -
4.1.1- Variation selon le milieu de résidence.	- 14 -
4.1.2- Variation selon le niveau de vie du ménage.....	- 15 -
4.1.3- Variation selon l'âge.	- 15 -
4.1.4- Variation selon le niveau d'instruction.....	- 16 -
4.1.5- Variation selon le niveau d'information et de communication.....	- 17 -
4.1.6- Variation selon le niveau de connaissances relatives au VIH/SIDA.	- 17 -
4.1.7- Variation selon la discussion en matière de rapports sexuels au sein du couple.....	- 18 -
4.2- Analyses différentielles de la connaissance de l'existence d'une thérapie contre la transmission mère-enfant du VIH/SIDA chez les hommes	- 19 -
4.2.1- Variation selon le milieu de résidence.	- 19 -
4.2.2- Variation selon le niveau de vie du ménage.....	- 19 -
4.2.3- Variation selon l'âge.	- 20 -
4.2.4- Variation selon le niveau d'instruction.....	- 20 -
4.2.5- Variation selon le niveau d'information et de communication.....	- 21 -
4.2.6- Variation selon le niveau de connaissances relatives au VIH/SIDA.	- 21 -
4.2- Analyse explicative de la connaissance de l'existence d'une thérapie contre la transmission mère-enfant du VIH/SIDA.....	- 22 -
4.2.3- Hiérarchisation des facteurs explicatifs selon leur pouvoir prédictif	- 25 -
CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS	- 26 -

CHAPITRE I : DESCRIPTION DU THEME ETUDIE

Le fait que l'épidémie du VIH/SIDA menace l'Afrique au Sud du Sahara est de nos jours largement documenté (Caldwelk J.C, 1993 ; ONUSIDA, 2000). Selon les statistiques de l'ONUSIDA (2000), l'Afrique au Sud du Sahara regroupe à elle seule plus de 70 % des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le monde.

En relation avec le développement de l'épidémie, la situation des enfants africains n'est pas négligeable: 80 % des enfants vivant avec le VIH/SIDA dans le monde sont africains. Il y a également dans plusieurs pays africains, une massification du nombre d'enfants orphelins du SIDA.

La transmission de la mère à l'enfant est de loin la source la plus importante d'infection à VIH chez l'enfant de moins de 15 ans. Dans les pays où les produits sanguins bénéficient d'un dépistage systématique et où l'on dispose largement de seringues et d'aiguilles stériles, c'est virtuellement la seule source d'infection chez les jeunes enfants (ONUSIDA, 1999).

Selon l'EDS-MICS 2011-2012, la prévalence du VIH/SIDA est de 3,7% avec une prévalence plus élevée chez les femmes (4,6%) que chez les hommes (2,9%); elle est de 2,5 % chez les femmes enceintes.

Pendant que le VIH provoque, environ mille (1000) enfants infectés par jour, à travers le monde entier, on estime que 16 200 enfants naissent infectés chaque année en Côte d'Ivoire en l'absence de prévention de la transmission mère-enfant et que 80 000 enfants vivent avec le VIH/SIDA. Cette forme de transmission (mère-enfant) est estimée de 25 à 30% en Côte d'Ivoire.

Cependant, la conscience publique ivoirienne semble réfractaire à cette réalité. Les données de l'EDS-MICS 2011-2012 montrent que: 38,8 % des femmes et 44,1 % des hommes de la population interrogée, représentative de la population totale ivoirienne, ne savaient pas ou ignorent simplement qu'il existe « des médicaments spéciaux qu'un agent de santé peut donner à une femme infectée par le virus du SIDA pour réduire le risque de transmission à son bébé ». Pourtant, les connaissances que possède une personne relativement à une pathologie donnée peuvent influencer, en toute logique, son attitude vis-à-vis de celle-ci.

Cette préoccupation suscite une interrogation : ***quels sont les facteurs explicatifs de la connaissance de l'existence d'une thérapie contre la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant ?***

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

2.1- Les principales approches explicatives

2.1.2.1- L'Approche biologique

Au niveau mondial il y a à peu près autant de femmes que d'hommes qui souffrent du VIH/SIDA. Mais en réalité des différences considérables existent quant à ce que l'épidémie implique pour les hommes et les femmes. Certaines de ces différences sont dues à des particularités biologiques, même si dans la plupart des cas elles résultent de normes définies par la société (CRIPS, 2008).

L'approche biologique révèle d'une vulnérabilité propre en général multifactorielle. En effet les femmes semblent plus exposées à l'infection par le VIH au cours de n'importe quel genre de rapports sexuels par rapport aux hommes en raison des différences biologiques. Selon l'OMS (2009), la transmission du VIH/SIDA d'un homme à une femme pendant les rapports sexuels est deux à quatre fois plus élevée, que la transmission d'une femme à un homme. La zone de muqueuse exposée au virus pendant les relations sexuelles est plus grande chez les femmes et la fragilité des parois vaginales offre de multiples voies d'entrée au virus. Dans ces conditions, les jeunes filles paraissent plus exposées, puisque chez elles, le col de l'utérus est encore immature et la production de mucus vaginal est très faible.

Par ailleurs, la concentration du virus est plus importante dans le sperme que dans les sécrétions vaginales et le sperme peut rester plusieurs jours dans le tractus génital féminin. Les femmes sont également plus vulnérables lors de certaines périodes de la vie génitale : les rapports pendant les règles, la grossesse, la période suivant l'accouchement, la ménopause. Les femmes ménopausées par exemple, connaissent une diminution de la lubrification vaginale et un amincissement de la paroi interne du vagin qui augmentent chez ces dernières le risque de contracter le VIH, puisque la relation sexuelle se produit dans un vagin plus sec, où la muqueuse est plus susceptible de se déchirer ou de se fissurer. Le VIH peut alors entrer facilement dans le corps de la femme par ces fissures (Dwyer, Penny et al, 1990). Bien entendu, cette vulnérabilité de la femme expose sa progéniture à la maladie. En effet, la transmission postnatale de la mère à l'enfant par l'allaitement demeure importante dans les situations où la prophylaxie anti rétrovirale péri-partum réduit le risque de transmission verticale en fin de grossesse et pendant l'accouchement (OMS, 2002).

D'autre part, le système immunitaire immature de l'enfant est un facteur limitant à sa résistance au virus du Sida. En effet, selon le Professeur Marie-Louise Newell, l'allaitement au sein accroît le risque global de TME de 14% pour les femmes chez qui l'infection par le VIH est installée, et de 29% chez celles qui s'infectent pendant la lactation. Cela montre combien il est important de prévenir la contamination des femmes allaitantes par le VIH. Pourtant, on estime que la nourriture exclusivement au sein est la solution optimale pour les nourrissons pendant les six premiers mois de la vie.

L'approche biologique ne suffit pas pour appréhender le phénomène de la transmission du VIH/SIDA de la mère-enfant. L'approche socioculturelle doit être analysée pour apporter davantage d'explications.

2.1.2.2- L'Approche socio-culturelle

Cette approche met en exergue les facteurs relatifs aux structures sociales et à la culture qui contribuent à les caractériser. Ils désignent ainsi les caractéristiques sociales et culturelles du milieu dans lequel vivent les hommes, les femmes et les enfants. Ils décrivent les étapes du parcours de la maladie, des parents jusqu'aux enfants. L'approche socio-culturelle permet de cerner les perceptions que la société a du VIH/SIDA et sa transmission de la mère à son enfant, le rôle assigné à l'activité sexuelle et les normes qui la régissent (Lansana, 2008).

Les normes de genre peuvent aussi avoir un impact sur la transmission du VIH. En effet, dans bien des régions du monde, par exemple, les normes de genre permettent aux hommes d'avoir plus de partenaires sexuels que les femmes. A cause des facteurs biologiques (mentionnés plus haut), cela signifie que dans bien des régions où les rapports hétérosexuels sont le principal mode de transmission du VIH, les taux d'infection sont beaucoup plus élevés parmi les jeunes femmes que parmi les jeunes hommes. Les relations sexuelles forcées, que trop de femmes (et certains hommes) subissent à un moment ou à un autre de leur vie, peuvent même accroître les risques de transmission du VIH. Les jeunes filles mariées précocement sont de facto, plus exposées au virus surtout lorsqu'elles partagent le même homme avec des coépouses. Les femmes ne sont parfois pas bien informées du lien qui existe entre la sexualité et l'épidémie du VIH/SIDA parce qu'elles ne sont pas "censées" avoir une bonne connaissance de la sexualité du, souvent, à leur jeune âge; les hommes ne sont parfois pas bien informés non plus car ils sont "censés" tout savoir sur la sexualité (CRIPS, 2008).

Les femmes souhaitent souvent que leurs partenaires utilisent des préservatifs (ou ne cherchent pas à avoir de rapports sexuels) mais elles n'ont pas le pouvoir d'imposer leur point de vue. La Vulnérabilité culturelle et/ou sociale se traduit par les rôles sociaux de sexe ; c'est-à-dire la dépendance inculquée pour les décisions. Il paraît dans les normes que la femme ne devrait pas prendre l'initiative, qu'elle doit se soumettre, qu'elle doit plaire aux hommes.

En plus de l'approche socioculturelle, le phénomène de transmission du VIH de la mère à l'enfant s'explique aussi par l'approche économique.

2.1.2.3- L'Approche économique

L'approche économique se réfère aux attributs individuels qui traduisent la position sociale et l'autonomie financière de l'individu. Ils sont principalement liés à deux phénomènes en interrelation, à savoir l'urbanisation et la scolarisation (RWENGE, 1997).

En effet non-indemnisées et non-reconnues pour leur travail au foyer et avec leurs enfants ; souvent moins payées que les hommes ; les femmes ne sont pas les bienvenues dans certains corps de métiers et sont les premières à être licenciées pendant les temps de crises, ce qui rend la majorité d'entre elles dépendantes ; elles ont moins de possibilité / capacité à refuser des rapports non-sains, dangereux, violents ; cas de prostitution pour vivre. Par ailleurs, en Afrique subsaharienne où la pauvreté a tendance à se féminiser, la plupart des femmes dépendent économiquement de leurs maris. En effet, à l'issue de son enquête, CALVES (1998) révèle que 47% des femmes affirment avoir plusieurs partenaires afin de satisfaire leurs besoins financiers en dépit des dangers qu'elles courent, car, comme le souligne FERRY (1996): «Si le nombre de partenaires est élevé et si la proportion des individus ayant des relations sexuelles occasionnelles et/ou commerciales est grande le risque d'être exposé au VIH est plus important et peut aboutir à un niveau de prévalence élevé». RWENGE a relevé par ailleurs en 1995 que la précarité peut aussi expliquer les rapports sexuels occasionnels des hommes, ceux-ci n'ayant pas de moyens pour entretenir une partenaire régulière. La dépendance économique des femmes et leur condition de vie influencent largement leurs comportements sexuels.

Les jeunes filles qui se prostituent en se vendant aux tarifs bas, ont des histoires et des conditions d'exercice très variées. Une pratique qui les expose de plus aux maladies de tous genres. Ce phénomène existe de nos jours presque partout. Dans chaque pays, un nom spécifique leur est attribué. Ainsi en Côte d'Ivoire, on les appelle « les wolosso », au Tchad «les Azaba», en Guinée les «Bandits Guinè», au Cameroun «les Wolowos», au Bénin «les Chandelles» pour ne

citer que ceux-ci. Leur trait commun est de proposer des relations marchandes sans ambiguïté et sans jeu de séduction. Pour la plupart d'entre elles, la prostitution est strictement vécue comme un moyen de gagner rapidement de l'argent.

Ce qu'il faut retenir, c'est que la situation économique précaire des ménages oriente de plus en plus les rapports sexuels en dehors du cadre de l'enfantement. Cela constitue un facteur limitant à la connaissance relative à la prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant.

2.1.2.4- L'Approche politique et institutionnelle

Les acteurs politiques de la lutte contre le VIH/SIDA sont les Etats et gouvernements, les organisations de la société civile et les organismes internationaux. Ils jouent un rôle essentiel. En effet, l'une des fonctions régaliennes de l'Etat est d'assurer le bien-être des populations à travers la mise en place des politiques sanitaires qui leur sont favorables. Cette action est appuyée par la société civile (ONG et associations) qui œuvre pour le rapprochement entre les populations et les gouvernants. Les organismes internationaux (ONUSIDA, PNUD, UNICEF, UNESCO, Banque Mondiale), quant à eux orientent les politiques et agissent également sur le terrain. On remarque que l'action sensibilisatrice et reportrice des événements sur le VIH/SIDA relève donc du domaine institutionnel. Ce sont également ces institutions et les États en particulier qui doivent assurer aux malades une prise en charge psychologique et sanitaire adaptée à leurs besoins.

Malgré ces dispositions institutionnelles, force est de constater que la plupart des programmes de promotion des condoms ont été élaborés sans prendre en compte les normes et valeurs socioculturelles en matière de sexualité qui prédominent dans cette région d'Afrique subsaharienne (RWENGE, 1999). Il est donc nécessaire de mesurer l'impact que peuvent avoir les politiques de population, de santé publique et plus généralement des politiques sur les mœurs en matière de sexualité notamment celle dite comportement à risque.

Aujourd'hui, à l'observation empirique, on remarque que l'inquiétude face au phénomène VIH/SIDA est désormais presque universelle. Cependant la nature et le degré des craintes diffèrent d'un pays à l'autre. Dans les pays d'Afrique, qui sont les plus gravement touchés, on considère aujourd'hui la lutte contre l'épidémie comme une priorité absolue, surtout en Côte d'Ivoire.

Cependant l'expérience montre que l'efficacité des programmes est optimale lorsqu'un ensemble de mesures adéquates est adapté à la situation et aux facteurs de risque particuliers d'un pays. Ce qui n'est pas souvent le cas puisque le partenaire de mise en œuvre est tenu par une obligation du résultat voulu par le bailleur et non nécessairement par les bénéficiaires.

En Côte d'Ivoire, les infrastructures socio-économiques (médias, journaux, centre de santé) sont concentrées dans les villes où malgré les efforts consentis on rencontre encore une frange importante des personnes n'ayant pas une connaissance complète sur le Sida et principalement ses moyens de transmission mère-enfant et sa prévention. Ainsi, l'absence de services de santé de reproduction dans certaines zones, notamment en milieu rural, peut être en partie, à la base du faible niveau de connaissance sur la transmission mère-enfant. Par ailleurs, là où des programmes d'éducation et de sensibilisation existent, ils ne s'adressent pas à toute la population. Ces programmes ne bénéficient pas (toujours) de l'adhésion et de la participation totale des jeunes qui constituent la part importante de la population sexuellement active. Selon l'UNICEF (2004), les types d'informations qui parviennent aux jeunes enfants en matière de sexualité et la disponibilité des centres de santé reproductive affectent fortement leurs comportements sexuels.

2.1.2.5- L'approche psychosociale

➤ *Le modèle des croyances relatives à la santé ou "Health Belief Model"*

Le modèle des croyances relatives à la santé ("Health Belief Model") est le seul à avoir été élaboré dans et pour le domaine de la santé. C'est l'une des théories les plus anciennes explicatives du comportement sain. Elle a été mise au point par Rosenstock en 1974. Selon cette théorie chaque individu est capable de choisir des actions susceptibles de prévenir une maladie du fait qu'il possède des connaissances minimales en ce qui concerne sa santé, et ceci dans la mesure où il considère la santé comme une dimension essentielle de sa vie. Le modèle prédit que l'individu va se protéger et promouvoir sa santé s'il croit :

- qu'il est susceptible d'avoir un problème de santé ;
- que les conséquences du problème sont graves ;
- les démarches suggérées sont bénéfiques à la solution du problème ;
- les bénéfices des démarches suggérées sont plus importants que les obstacles ou les coûts y relatifs.

Dans le domaine particulier de la prévention du VIH/SIDA de la mère à l'enfant, l'individu s'informerait davantage sur la maladie et l'existence d'une possibilité d'épargner les enfants de ce fléau, s'il estime :

- qu'il peut contribuer directement ou indirectement à la protection de la mère et/ou son enfant contre ce fléau ;
- que la santé de la mère et de l'enfant requiert la mobilisation de chacun à quelque niveau qu'il soit;
- que l'information est le premier pas vers la lutte contre la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant ;
- que la meilleure stratégie pour combattre le VIH/SIDA est de vaincre la transmission mère-enfant.

➤ **La théorie sociocognitive**

La théorie sociocognitive a été élaborée par Alfred BANDURA au cours des années 1970-80. Cette théorie fait appel à un aspect moins rationnel du comportement humain : la confiance en soi basée sur le sentiment d'auto-efficacité. BANDURA définit le sentiment d'auto-efficacité comme la conviction qu'a un individu d'être capable d'organiser et de réaliser les actions nécessaires à l'accomplissement d'une tâche.

Pour Bandura (1980, 1986), il est indispensable de croire en l'efficacité du comportement pour obtenir le résultat souhaité et en la capacité personnelle à adopter ce comportement. En effet, pour l'auteur, les croyances d'un individu à l'égard de ses capacités à accomplir avec succès une tâche ou un ensemble de tâches sont à compter parmi les principaux mécanismes régulateurs des comportements. La croyance en l'efficacité personnelle (self-efficacy) renvoie « aux jugements que les personnes font à propos de leur capacité à organiser et réaliser des ensembles d'actions requises pour atteindre des types de performances attendues », mais aussi « aux croyances à propos de leurs capacités à mobiliser la motivation, les ressources cognitives et les comportements nécessaires pour exercer un contrôle sur les événements de la vie » (Wood et Bandura, 1989 ; Bandura, 1986). Ces croyances constituent le mécanisme le plus central et le plus général de la gestion de soi (personal agency). Elle a un rôle direct en permettant aux personnes de mobiliser et organiser leurs compétences. Elle a un rôle indirect en influençant le choix des objectifs et des actions.

En fin de compte, plus la croyance en l'efficacité personnelle est positive envers un comportement demandé, plus l'individu est capable d'accomplir et de maintenir le comportement en question ; ce qui va influencer son niveau de connaissance sur un phénomène donné.

➤ La théorie de la décision

Cette théorie nous permet d'exposer de façon théorique, la disposition psychologique de l'individu due à la pression sociale, sans exclure l'influence éventuelle du comportement de son conjoint ou assimilé. Il s'agit d'un paradigme de type interactionniste : l'individualisme méthodologique ; principalement la théorie de la décision (N'DA Paul, 2006).

L'individu est analysé en tant que produit social de causalités multiples (causalités historiques et structurales) et en tant qu'acteurs en situation disposant de « marges de manœuvre » et de « possibilités stratégiques ou tactiques » plurielles. La théorie de la décision fait une part belle à l'acteur par rapport à la structure sociale. La décision est présentée comme le résultat de la juxtaposition ou de la composition d'un ensemble d'actions, c'est-à-dire de comportements quotidiens orientés vers la recherche d'une fin. Ainsi la théorie de la décision postule que toute décision résulte de choix, de classement de conséquences anticipées de diverses actions possibles. Elle postule que les acteurs tiennent compte de l'« environnement » « certain » (prévisible), plus ou moins « risqué » ou totalement « incertain » (imprévisible). En d'autres termes, le lieu est pour l'auteur un point de référence à partir duquel il s'efforce de mesurer les avantages, les désavantages ou les risques de sa décision. La décision présente de l'intérêt surtout par rapport à ses conséquences (Paul N'DA, 2006).

Ce paradigme de type interactionniste nous permet d'expliquer un aspect des connaissances de la population relativement à la prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant. En effet, apprivoiser les femmes enceintes est problématique. « Le problème majeur, c'est l'annonce de la séroprévalence au conjoint¹ ». La non implication du conjoint à la consultation constitue un facteur limitant au processus de mise en œuvre de la PTME. Les femmes font l'objet de beaucoup de rejet et ce sont surtout les femmes infectées qui ont peur d'être abandonnées si elles le révèlent à leur mari. Dans l'esprit de beaucoup de conjoints, le VIH ne concerne que la femme puisqu'il s'agit de sa séropositivité. Heureusement, il existe des couples séro-discordants au sein desquels l'harmonie règne et, concernant le dépistage des conjoints, on a

¹ Propos d'une sage-femme du centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) de Yopougon, à Abidjan, dossier : l'Unicef contre le sida en Côte d'Ivoire

réussi à passer de 2 à 7% (UNICEF, 2005)». En réalité, avec les femmes, le problème n'est pas le dépistage mais la gestion de l'après dépistage. Il y a une stigmatisation au sein de la famille et au niveau de la communauté qui pousse certaines femmes à abandonner le suivi. Le regard des autres joue un grand rôle. Cette réalité pousse la femme à se réappropriier les facteurs de stigmatisation dont elle fait l'objet. Bien plus, le souci de préserver son ménage et aussi d'échapper à la pression de l'opinion publique l'amène dans un choix décisionnel intéressé que traduit la théorie de la décision. Un tel couple a moins de chance de savoir qu'il existe des médicaments spéciaux pour réduire le risque de transmission du VIH/SIDA à l'enfant. Il va sans dire qu'un enfant qui naît dans de telles circonstances court plus de risques à être séropositif.

2.2- Cadre conceptuel

2.2.1- Hypothèse générale

Nous postulons que les connaissances relatives à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA dépendent essentiellement de l'exposition aux médias, des connaissances relatives au VIH/SIDA, de la confrontation au VIH/SIDA dont les variations sont dues aux rapports de genre, aux caractéristiques individuelles et aux caractéristiques des ménages. Tout ceci est influencé par le contexte de résidence.

2.2.2- Définition des concepts

➤ Contexte de résidence

En général, ce concept désigne l'ensemble des éléments et des réalités de l'environnement immédiat d'un individu. Le milieu de résidence oppose le milieu urbain au milieu rural par les modes de vie, les types d'activités et la disponibilité des produits de consommation. Le contexte de résidence est donc opérationnalisé par le milieu de résidence.

➤ Caractéristiques des ménages

Il s'agit, ici, des caractéristiques économiques des ménages. Ces facteurs traduisent la capacité pour chaque individu, à faire face aux engagements financiers que requièrent les dépenses qu'impliquent l'accès aux informations, susceptibles de contribuer à ses connaissances relatives à la prévention de la transmission du VIH/Sida de la mère à enfant.

➤ **Caractéristiques individuelles**

Ce concept renvoie aux caractéristiques propres aux personnes, susceptibles d'affecter leurs connaissances relatives à la prévention de la transmission du VIH/Sida de la mère à enfant. Il est appréhendé à partir des variables suivantes : l'âge, le sexe, le niveau d'instruction et l'activité économique de l'individu.

➤ **Rapports de genre**

Les rapports de genre peuvent être définis comme étant « l'ensemble des statuts conférés, selon certaines prescriptions sociales et/ou culturelles, aux hommes et aux femmes. Il déterminent leur rôle dans la société ou dans la famille »².

Le mot genre sert à décrire des caractéristiques sociales; le mot sexe des caractéristiques biologiques. L'individu vient au monde avec son sexe, alors que le genre lui est inculqué à travers un processus de socialisation. Le sexe ne change pas, il est constant, tandis que le genre et les rôles masculins et féminins qui en découlent changent et varient à l'intérieur des cultures et entre elles (ONUSIDA/UNIFEM, 1999).

Ces rapports influencent les décisions à prendre surtout dans le cadre de la protection de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant, comme par exemple la visite des CDV.

Les rapports de genre sont opérationnalisés par la discussion sur la santé de la reproduction (SR), pour cette étude.

➤ **Exposition aux médias**

C'est le processus d'acquisition de l'information, par les individus, sur le SIDA en général et sur la prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant, en particulier. A travers ce concept, il s'agit de traduire le niveau d'information et de communication que possèdent les individus sur le VIH/SIDA.

➤ **Connaissances relatives au VIH/SIDA**

Il s'agit d'une variable composite. Les connaissances relatives à VIH/SIDA s'acquièrent entre autres, par l'intermédiaire des médias, rencontres éducatives ou encore par la lecture des journaux et magazines. Elles sont multiples et on peut les aborder différemment selon que l'on s'intéresse au traitement, aux modes de transmission ou à la prévention.

² Note de cours sur l'analyse des disparités selon le genre, H. KAMDEM, 2006, IFORD (Année académique 2011-2012, Master 2),

➤ **Confrontation au VIH/Sida**

Par définition, la confrontation est la situation dans laquelle deux individus, deux évènements ou bien un individu et un évènement sont mise en présence (Encarta, 2009). Ici, on fait allusion à la situation où un individu est porteur du VIH (confrontation directe) et/ou connaît une ou plusieurs personnes atteintes (confrontation indirecte). La confrontation directe est appréhendée par le statut sérologique et la confrontation indirecte est traduite par la connaissance d'une ou plusieurs personnes atteintes du VIH/SIDA.

Si le lien entre la confrontation à une maladie et la connaissance de l'existence d'une thérapie contre celle-ci paraît relativement évident, il est encore moins d'en établir une mesure. Par contre, l'effet de la confrontation sur la connaissance des paramètres du VIH/SIDA et sur sa perception apparaît déterminant.

➤ **Connaissances relatives à la prévention de la transmission du VIH/Sida de la mère à l'enfant**

L'indicateur de connaissances relatives à SIDA est le fait d'avoir entendu parler de ce fléau. De la même manière, avoir des connaissances relatives à la prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant consiste à connaître les méthodes de prévention utilisées. Dans cette étude, il s'agit de savoir qu'il existe des médicaments spéciaux permettant de réduire le risque de transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant.

2.2.4- Hypothèses spécifiques et schéma d'analyse

Afin de rendre opérationnelle l'hypothèse générale, les hypothèses secondaires ci-dessous sont énoncées :

H1 : Le milieu urbain regorge des infrastructures sanitaires mieux équipées que le milieu rural. De ce fait, on estime que les individus qui résident en milieu urbain sont mieux susceptibles par rapport à ceux vivant en milieu rural de savoir qu'il existe des médicaments spéciaux permettant de réduire le risque de transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant.

H2 : Le niveau de vie des ménages peut influencer le recours aux soins de ses membres. Ainsi les personnes résidant au sein des ménages riches ont tendance à fréquenter facilement les structures sanitaires ; elles ont donc plus de chance de savoir qu'il existe des médicaments

spéciaux permettant de réduire le risque de transmission du VIH/Sida de la mère à l'enfant au fur et à mesure que le niveau de vie du ménage augmente.

H3 : Les personnes âgées sont supposées avoir plus d'expériences et donc de connaissances relatives aux pathologies que les jeunes. Ainsi nous postulons que plus les individus appartiennent à un groupe d'âges élevé, mieux ils savent qu'il existe des médicaments spéciaux permettant de réduire le risque de transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant.

H4 : L'instauration des enseignements sur la compétence à la vie courante (CVC) donne la chance aux individus de niveau d'instruction élevé d'avoir beaucoup de d'informations sur le VIH/SIDA. Cela permet de comprendre que plus le niveau d'instruction augmente, plus ces derniers savent qu'il existe des médicaments spéciaux qui permettent de réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH/SIDA.

H5 : Etant donné la diffusion de certaines émissions et informations sur le VIH/SIDA à travers les média, les personnes qui ont accès à ces moyens de communication sont exposées aux informations sur le SIDA. Il est donc logique de penser que plus le niveau d'information augmente, plus les individus savent qu'il existe des médicaments spéciaux qui permettent de réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH/SIDA que leurs homologues de faible niveau d'information et de communication.

H6 : L'adhésion des individus à un programme donné est due au niveau de connaissances qu'ils ont sur le programme en question. Par analogie, on peut postuler qu'au fur et à mesure que le niveau de connaissance sur le VIH/SIDA augmente, les individus adhèrent plus aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA ; par conséquent, ils savent mieux qu'il existe des médicaments spéciaux pour réduire le risque de transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant.

H7 : Les femmes qui échangent avec leurs conjoints en matière de sexualité ont l'occasion de débattre en couple sur les pathologies liées à la procréation. De ce fait on peut s'attendre à ce qu'elles sachent mieux qu'il existe des médicaments spéciaux pour réduire le risque de transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant.

CHAPITRE III : DONNEES ET METHODE DE RECHERCHE

3.1- Présentation des données

Les données utilisées pour cette étude proviennent de l'Enquête Démographique de la Santé couplée par l'Enquête à Indicateurs Multiple : EDS-MICS 2011-2012

3.2- Méthodes d'analyse

3.2.1- Techniques d'analyse descriptive

a) Analyse bi variée

Nous avons procédé en premier lieu à une analyse bi variée au cours de laquelle nous avons fait ressortir les liens entre la variable dépendante et les variables explicatives retenues pour cette étude. Il s'est agi alors de produire des tableaux entre variable indépendante et la variable dépendante. Pour ce faire, nous avons utilisé le test statistique de Khi-deux. Le test de Khi-deux permet de rejeter ou non l'hypothèse selon laquelle deux variables sont associées. Ainsi, dans le cadre de cette étude nous avons fixé le seuil de significativité à 5%.

b) Analyse des données multidimensionnelles

En second lieu l'analyse factorielle des correspondances multiples (AFCM) avec le logiciel SPAD a permis de décrire la typologie des enquêtés selon leur connaissance de l'existence de la thérapie contre la transmission du VIH/Sida de la mère à l'enfant. En effet l'AFCM est une méthode d'analyse descriptive qui permet de mettre en évidence les liaisons, les affinités et les différences entre les modalités qui entrent dans la constitution des axes décrivant le phénomène étudié. Elle apparaît comme la technique exploratoire la mieux indiquée pour donner une vue d'ensemble des données sous forme d'un continuum géométrique ; au vue d'un grand tableau disjonctif complet qu'on a eu, où chaque individu-ligne prend la valeur 1 ou 0 pour chaque modalité-colonne selon qu'il a ou non la caractéristique associée. L'interprétation de l'AFCM est basée sur les axes qui ont une plus grande part d'inertie expliquée.

3.2.2- Méthode d'analyse explicative

3.2.2.1- Modèle logistique binaire

La variable dépendante est dichotomique binaire ; la méthode d'analyse multi variée explicative appropriée est la régression logistique binaire.

On applique donc, aux données, le modèle de régression logistique pour dégager les effets brut et net prédictifs de chaque variable indépendante sur la variable dépendante. C'est une méthode de statistique d'analyse explicative qui permet de distinguer parmi les variables explicatives introduites dans le modèle, celles qui contribuent le plus à la variation du phénomène.

3.2.2.2- Test d'adéquation du modèle aux données

Il s'agit d'évaluer la capacité du modèle utilisé à discriminer les vrais positifs ($z_{ij} = 1$) des vrais négatifs ($z_{ij} = 0$) de la variable dépendante (z_{ij} étant ici, une variable dichotomique prenant la valeur 1 si $y_i = j$ et 0 sinon) par le biais des mesures de la sensibilité et de la spécificité (Courbe ROC³).

3.2.3- Les logiciels utilisés

Le traitement et l'analyse des données requièrent l'usage de certains logiciels. Entre autre, Stata/SE 13.0 pour le recodage des indicateurs composites et la construction de la courbe ROC, de SPSS statistics 20 (sous Windows) pour l'analyse bi variée et multi variée, et enfin, le logiciel SPAD pour la construction des indicateurs composites et la construction du premier plan factoriel. Le progiciel Excel 2013 a servi à la mise en forme des tableaux et des graphiques statistiques.

CHAPITRE IV : RESULTATS OBTENUS

4.1- Analyses différentielles de la connaissance de l'existence d'une thérapie contre la transmission mère-enfant du VIH/SIDA chez les femmes

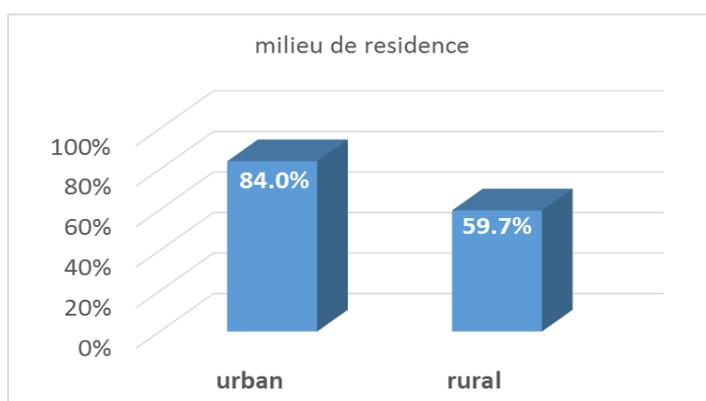
4.1.1- Variation selon le milieu de résidence.

Les analyses montrent que 84.0% des femmes vivant en milieu urbain, 59.7% des femmes vivant en milieu rural savent qu'il existe une thérapie contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Autrement dit, plus le milieu de résidence est urbanisé, plus est le niveau de connaissance de l'existence de la thérapie contre la transmission mère-enfant du VIH/Sida.

Graphique 4.1a : Niveau de connaissance de l'existence de médicaments spéciaux permettant de réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH/SIDA selon le milieu de résidence

³ Receiving Operating Characteristics



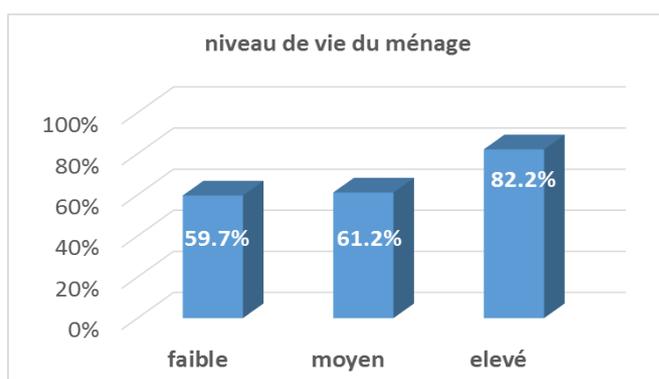
Source: Exploitation des données de l'EDS-MICS, 2011-2012, Côte d'Ivoire

4.1.2- Variation selon le niveau de vie du ménage

Les analyses montrent que 59,7% des femmes vivant dans des ménages pauvres, 61,2% des femmes vivant dans des ménages de niveau moyen et 82,2% des femmes vivant dans des ménages riches savent qu'il existe une thérapie contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Autrement dit, plus les ménages sont riches, plus est le niveau de connaissance de l'existence de la thérapie contre la transmission mère-enfant du VIH/Sida.

Graphique 4.2a : Niveau de connaissance de l'existence de médicaments spéciaux permettant de réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH/SIDA selon le niveau de vie du ménage



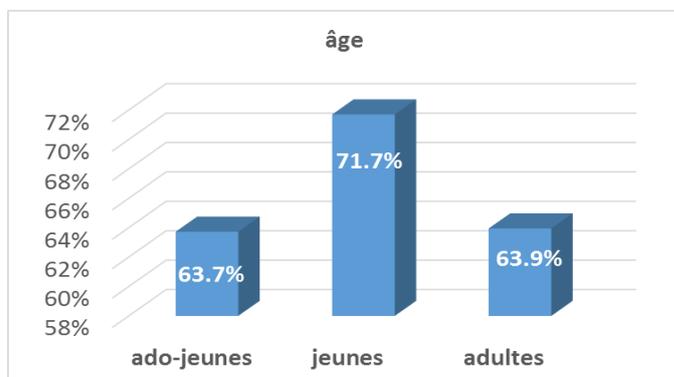
Source: Exploitation des données de l'EDS-MICS, 2011-2012, Côte d'Ivoire

4.1.3- Variation selon l'âge.

Les analyses montrent que 63,7% des adolescent-jeunes, 71,7% des jeune-adultes et 63,9% des adultes savent qu'il existe une thérapie contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Autrement dit, plus les personnes vieillissent, moins est le niveau de connaissance de l'existence de la thérapie contre la transmission mère-enfant du VIH/Sida.

Graphique 4.3a : Niveau de connaissance de l'existence de médicaments spéciaux permettant de réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH/SIDA selon les groupes d'âges.



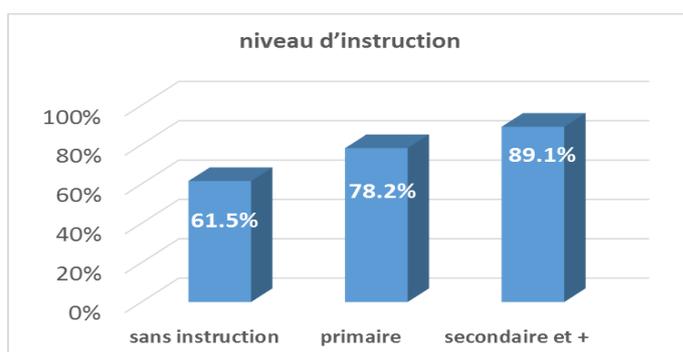
Source: Exploitation des données de l'EDS-MICS, 2011-2012, Côte d'Ivoire

4.1.4- Variation selon le niveau d'instruction

Les analyses montrent que 61.5% des femmes sans niveau d'instruction, 78.2% des femmes de niveau primaire et 89.1% des femmes de niveau secondaire et plus savent qu'il existe une thérapie contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Autrement dit, plus le niveau d'instruction augmente, plus est le niveau de connaissance de l'existence de la thérapie contre la transmission mère-enfant du VIH/SIDA.

Graphique 4.4a : Niveau de connaissance de l'existence de médicaments spéciaux permettant de réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH/SIDA selon le niveau d'instruction



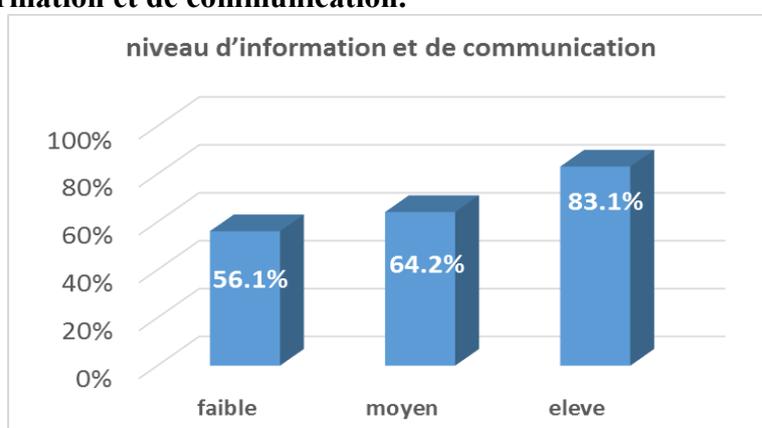
Source: Exploitation des données de l'EDS-MICS, 2011-2012, Côte d'Ivoire

4.1.5- Variation selon le niveau d'information et de communication.

Les analyses montrent que 56.1% des femmes de faible niveau, 64.2% des femmes de niveau moyen et 83.1% des femmes de niveau élevé savent qu'il existe une thérapie contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Autrement dit, plus le niveau d'information et de communication est élevé, plus est le niveau de connaissance de l'existence de la thérapie contre la transmission mère-enfant du VIH/Sida.

Graphique 4.5a : Niveau de connaissance de l'existence de médicaments spéciaux permettant de réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH/SIDA selon le niveau d'information et de communication.



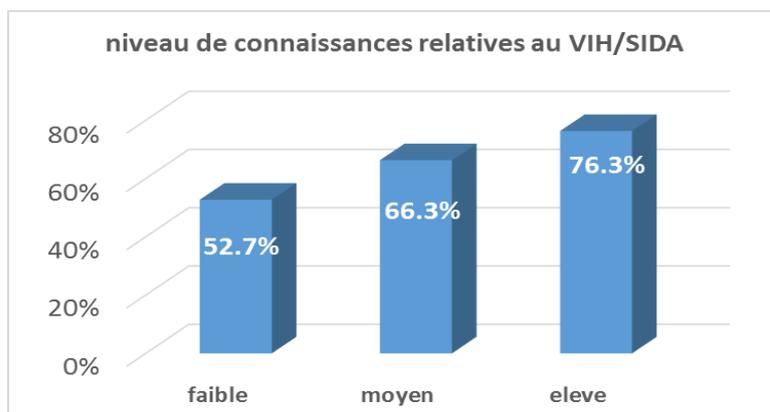
Source: Exploitation des données de l'EDS-MICS, 2011-2012, Côte d'Ivoire

4.1.6- Variation selon le niveau de connaissances relatives au VIH/SIDA.

Les analyses montrent que 52.7% des femmes ayant un faible niveau de connaissances relatives au VIH/SIDA, 66.3% des femmes de niveau de connaissances moyen sur le VIH/SIDA et 76.3% des personnes de niveau de connaissances élevé sur le VIH/SIDA savent qu'il existe de médicaments spéciaux pour réduire le risque de transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant.

Autrement dit, plus le niveau de connaissances s'élève, plus est la connaissance de l'existence de médicaments spéciaux permettant de réduire la transmission mère-enfant du VIH/SIDA.

Graphique 4.6a : Niveau de connaissance de l'existence de médicaments spéciaux permettant de réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH/SIDA selon le niveau de connaissances relatives au VIH/SIDA.



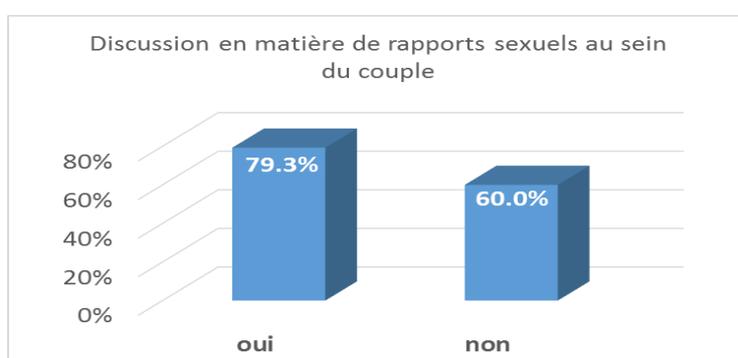
Source: Exploitation des données de l'EDS-MICS, 2011-2012, Côte d'Ivoire

4.1.7- Variation selon la discussion en matière de rapports sexuels au sein du couple.

Les analyses montrent que 79.3% des femmes ayant des échanges en matière de rapports sexuels, 60.0% des femmes n'ayant pas d'échanges en matière de rapports sexuels savent qu'il existe une thérapie contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Autrement dit, plus les femmes échangent avec leurs conjoints en matière de rapports sexuels, plus est le niveau de connaissance de l'existence de la thérapie contre la transmission mère-enfant du VIH/Sida.

Graphique 4.7 : Niveau de connaissance de l'existence de médicaments spéciaux permettant de réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH/SIDA selon la discussion en matière de rapports sexuels au sein du couple.



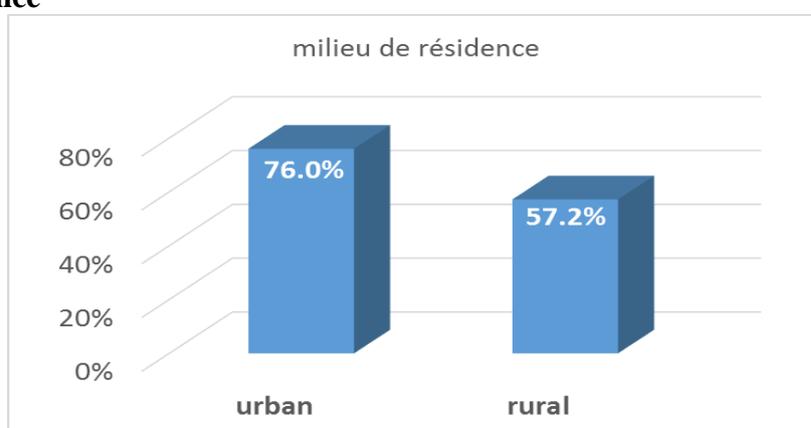
Source: Exploitation des données de l'EDS-MICS, 2011-2012, Côte d'Ivoire

4.2- Analyses différentielles de la connaissance de l'existence d'une thérapie contre la transmission mère-enfant du VIH/SIDA chez les hommes

4.2.1- Variation selon le milieu de résidence.

Par analogie avec l'analyse chez les femmes, nous pouvons dire que plus le milieu de résidence est urbanisé, plus est le niveau de connaissance de l'existence de la thérapie contre la transmission mère-enfant du VIH/Sida.

Graphique 4.1b : Niveau de connaissance de l'existence de médicaments spéciaux permettant de réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH/SIDA selon le milieu de résidence

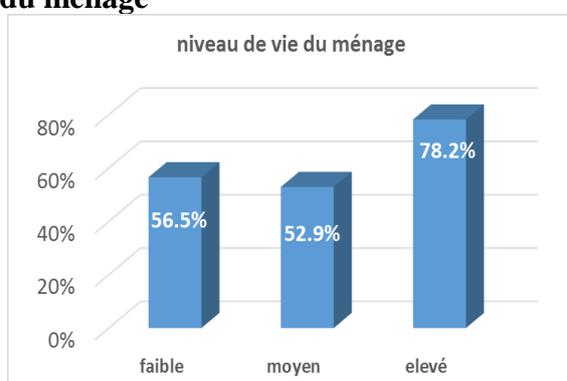


Source: Exploitation des données de l'EDS-MICS, 2011-2012, Côte d'Ivoire

4.2.2- Variation selon le niveau de vie du ménage

Plus les ménages sont riches, plus est le niveau de connaissance de l'existence de la thérapie contre la transmission mère-enfant du VIH/Sida.

Graphique 4.2b : Niveau de connaissance de l'existence de médicaments spéciaux permettant de réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH/SIDA selon le niveau de vie du ménage

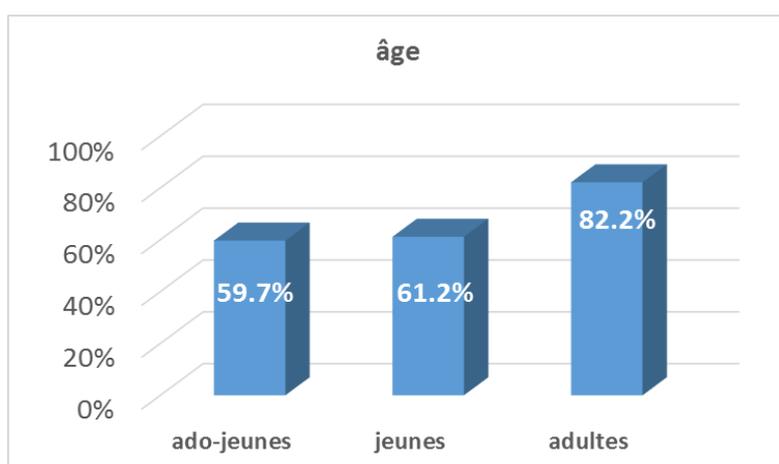


Source: Exploitation des données de l'EDS-MICS, 2011-2012, Côte d'Ivoire

4.2.3- Variation selon l'âge.

Plus les hommes vieillissent, plus est le niveau de connaissance de l'existence de la thérapie contre la transmission mère-enfant du VIH/Sida.

Graphique 4.3b : Niveau de connaissance de l'existence de médicaments spéciaux permettant de réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH/SIDA selon les groupes d'âges

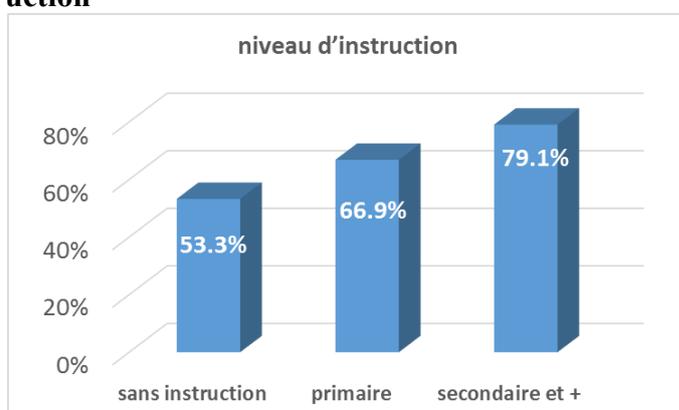


Source: Exploitation des données de l'EDS-MICS, 2011-2012, Côte d'Ivoire

4.2.4- Variation selon le niveau d'instruction

Plus le niveau d'instruction augmente, plus est le niveau de connaissance de l'existence de la thérapie contre la transmission mère-enfant du VIH/SIDA.

Graphique 4.4b : Niveau de connaissance de l'existence de médicaments spéciaux permettant de réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH/SIDA selon le niveau d'instruction

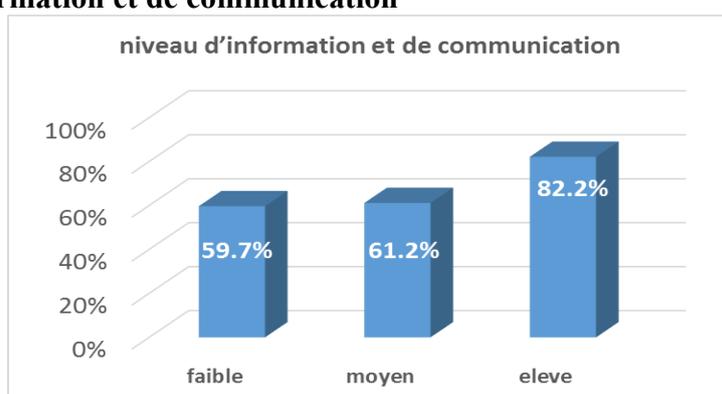


Source: Exploitation des données de l'EDS-MICS, 2011-2012, Côte d'Ivoire

4.2.5- Variation selon le niveau d'information et de communication.

Plus le niveau d'information et de communication est élevé, plus est le niveau de connaissance de l'existence de la thérapie contre la transmission mère-enfant du VIH/Sida.

Graphique 4.5b : Niveau de connaissance de l'existence de médicaments spéciaux permettant de réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH/SIDA selon le niveau d'information et de communication

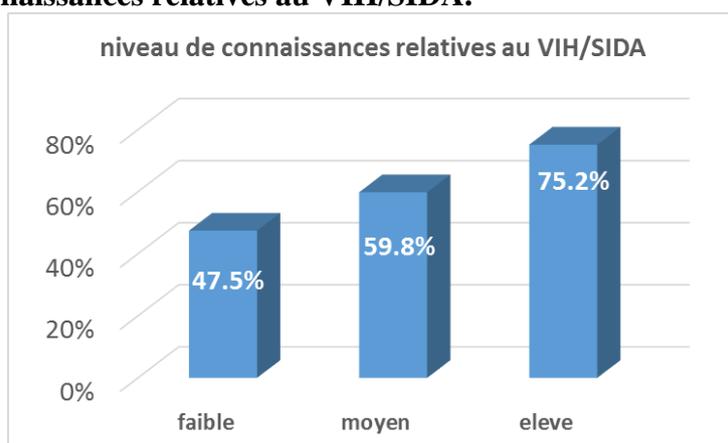


Source: Exploitation des données de l'EDS-MICS, 2011-2012, Côte d'Ivoire

4.2.6- Variation selon le niveau de connaissances relatives au VIH/SIDA.

Plus le niveau de connaissances s'élève, plus est la connaissance de l'existence de médicaments spéciaux permettant de réduire la transmission mère-enfant du VIH/SIDA.

Graphique 4.6b : Niveau de connaissance de l'existence de médicaments spéciaux permettant de réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH/SIDA selon le niveau de connaissances relatives au VIH/SIDA.



Source: Exploitation des données de l'EDS-MICS, 2011-2012, Côte d'Ivoire

4.2- Analyse explicative de la connaissance de l'existence d'une thérapie contre la transmission mère-enfant du VIH/SIDA

4.2.1- Tests d'adéquation des modèles

Le khi-deux du modèle obtenu par la différence entre les log-vraisemblances des modèles contraint et non contraint est significatif au seuil de 5 %, ce qui veut dire qu'au moins une variable indépendante exerce une influence sur la variable dépendante aussi bien chez les femmes que chez les hommes.

Chez les hommes

Modèle	-2 log vraisemblance	Khi-deux	Degrés de liberté	Prob.
Constante	1,742.207			
Final	1,641.688	151.121	11	0,000

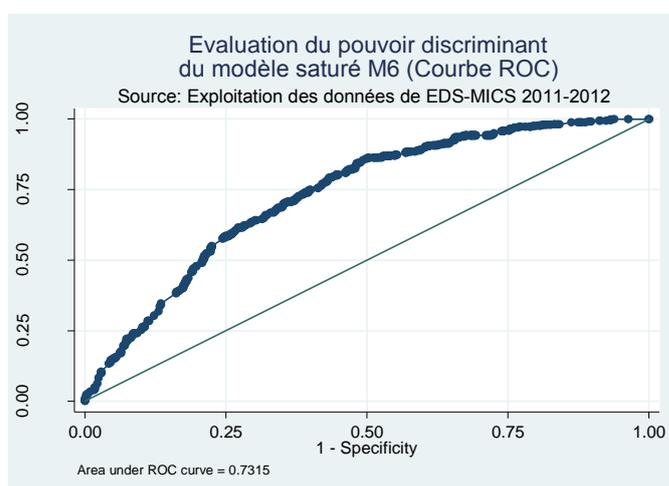
Source : Exploitation des données de l'enquête EDS-MICS 2011-2012

Chez les femmes

Modèle	-2 log vraisemblance	Khi-deux	Degrés de liberté	Prob.
Constant	1,615.511			
Final	1,499.547	208.999	12	0,000

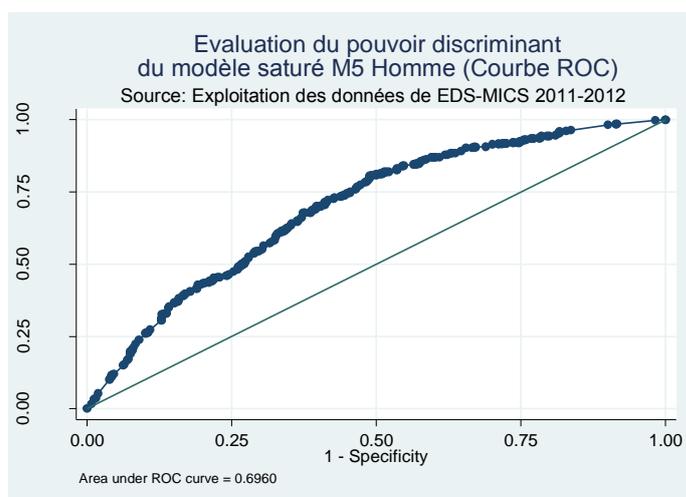
Source : Exploitation des données de l'enquête EDS-MICS 2011-2012

Graphique 4.8a : Evaluation du pouvoir discriminant du modèle saturé M5 (Courbe ROC) chez les femmes



Source: Exploitation des données de l'EDS-MICS, 2011-2012, Côte d'Ivoire

Graphique 4.8b : Evaluation du pouvoir discriminant du modèle saturé M5 (Courbe ROC) chez les hommes



Source: Exploitation des données de l'EDS-MICS, 2011-2012, Côte d'Ivoire

On peut dire que le modèle appliqué ici chez les femmes a un pouvoir discriminant acceptable, étant donné que cette valeur est comprise entre 0,7 et 0,8 (c'est-à-dire 0,7315). Chez les hommes la valeur est légèrement en dessous (0.6960).

En définitive, l'analyse des tableaux ci-dessous indique que les hypothèses **H1**, **H3**, **H4**, **H5**, **H6** et **H7** sont confirmées et l'hypothèse **H2** est infirmée chez les femmes.

Chez les hommes, les hypothèses **H2**, **H4**, **H6** sont confirmées et les hypothèses **H1**, **H3** et **H5** sont infirmées.

4.2.2- Facteurs explicatifs de la connaissance de l'existence de médicaments spéciaux permettant de réduire la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant

Tableau 4.4.a : Effets bruts et nets des variables indépendantes (modèle pas-à-pas) de la régression logistique (chez les femmes)

Variables et modalités		Effets bruts	Risques relatifs par rapport aux modalités de référence						
			M0	M1	M2	M3	M4	M5	M6
Milieu de résidence		***	***	***	***	***	***	***	***
rural		ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
urbain		3.545***	3.545***	2.632***	2.648***	2.404***	2.260***	2.314***	2.316***
Niveau de vie du ménage		***		***	***	**	ns	ns	ns
faible		3.112***		1.555**	1.525**	1.436*	1.270ns	1.172ns	1.147ns
moyen		2.926***		1.890***	1.919***	1.611**	1.407*	1.316ns	1.284ns
riche		ref.		ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Age		***			**	**	**	**	**
ado-jeune		ref.			ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
jeune-adulte		0.693***			0.722**	0.704**	0.740**	0.740**	0.726**
adulte		0.990ns			1.047ns	1.010ns	1.031ns	1.061ns	1.025ns
Niveau d'instruction		***			***	***	***	***	***
sans instruction		ref.			ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
primaire		0.445***			0.478***	0.536***	0.531***	0.578***	0.578***
secondaire et +		0.195***			0.308***	0.402***	0.419***	0.486**	0.486**
Niveau d'information et de communication		***					***	***	***
faible		3.850***					1.909***	1.781***	1.663***
moyen		2.754***					1.839***	1.783***	1.749***
élevé		ref.					ref.	ref.	ref.
Niveau de connaissances relatives au VIH/SIDA		***					***	***	***
faible		ref.					ref.	ref.	ref.
moyen		0.567***					0.597***	0.624***	0.624***
élevé		0.346***					0.427***	0.464***	0.464***
Discussion rapport sexuel		***							***
oui		ref.							ref.
non		2.551***							1.656***
Khi2			93.034***	104.412***	112.330***	151.306***	168.597***	195.234***	208.999***
Pseudo R2 (en%)			9.20%	10.29%	11.03%	14.70%	16.23%	18.62%	19.83%

(***)Signification à 1%; (**)Signification à 5%; (*)Signification à 10%; ref: modèle de référence; ns: non significatif

Source: Exploitation des données de l'enquête EDS-MICS 2011-2012

Tableau 4.4.b : Effets bruts et nets des variables indépendantes (modèle pas-à-pas) de la régression logistique (chez les hommes)

Variables et modalités	Effets bruts	Risques relatifs par rapport aux modalités de référence					
		M0	M1	M2	M3	M4	M5
Milieu de résidence	***	***	***	***	***	ns	ns
rural	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
urbain	2.373***	2.373***	1.447***	0.449***	1.394*	1.337ns	1.323ns
Niveau de vie du ménage	***		***	***	***	***	***
faible	2.757***		2.088***	2.136***	1.829***	1.740**	1.597**
moyen	3.193***		2.691***	2.718***	2.253***	2.130***	1.986***
riche	ref.		ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Age	ns			ns	ns	ns	ns
ado-jeune	ref.			ref.	ref.	ref.	ref.
jeune-adulte	1.091ns			1.296ns	1.362ns	1.372ns	1.502ns
adulte	1.246ns			1.561ns	1.563ns	1.569ns	1.653ns
Niveau d'instruction	***				***	***	***
sans instruction	ref.				ref.	ref.	ref.
primaire	0.565***				0.570***	0.586***	0.633***
secondaire et +	0.302***				0.412***	0.425***	0.532***
Niveau d'information et de communication	***					ns	ns
faible	2.407***					1.281ns	1.221ns
moyen	1.424**					0.989ns	0.996ns
élevé	ref.					ref.	ref.
Niveau de connaissances relatives au VIH/SIDA	***						***
faible	ref.						ref.
moyen	0.607***						0.741*
élevé	0.298***						0.473***
Khi2		50.602***	82.036***	85.697***	124.414***	128.089***	151.121***
Pseudo R2 (en%)		4.96%	7.96%	8.30%	11.88%	12.20%	14.30%

(***)Signification à 1%; (**Signification à 5%; (*Signification à 10%; ref: modèle de référence; ns: non significatif

Source: Exploitation des données de l'enquête EDS-MICS 2011-2012

4.2.3- Hiérarchisation des facteurs explicatifs selon leur pouvoir prédictif

Les tableaux 4.4a et 4.4b permettent de classer les facteurs explicatifs selon leur implication au phénomène étudié. Ainsi on obtient ce qui suit :

Chez les femmes

Variables	Khi-deux du modèle final	Khi-deux sans la variable dans le modèle	Contribution absolue	Contribution relative	Rang
Niveau de connaissances relatives au VIH/SIDA	208.999	187.935	21.064	23.96	1
Niveau d'instruction	208.999	193.616	15.383	17.49	2
Niveau d'information et de communication	208.999	196.782	12.217	13.89	3
Milieu de résidence	208.999	190.218	18.781	21.36	4
Discussion rapport sexuel	208.999	195.234	13.765	15.65	5
Age	208.999	202.278	6.721	7.64	6
Ensemble			87.931	100	

Source: Exploitation des données de l'enquête EDS-MICS 2011-2012

Chez les hommes

Variables	Khi-deux du modèle final	Khi-deux sans la variable dans le modèle	Contribution absolue	Contribution relative	Rang
Niveau de connaissances relatives au VIH/SIDA	151.121	128.089	23.032	42.19	1
Niveau d'instruction	151.121	132.609	18.512	33.91	2
Niveau de vie du ménage	151.121	138.075	13.046	23.90	3
Ensemble			54.59	100	

Source: Exploitation des données de l'enquête EDS-MICS 2011-2012

CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS

L'objectif principal de l'étude était d'identifier et de comprendre les contextes individuel, social et sociologique dans lesquels se construit le processus de connaissance de l'existence des médicaments spéciaux pour réduire le risque de transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant en Côte d'Ivoire. La hiérarchisation des facteurs permet de comprendre que cette connaissance dépend principalement du niveau de connaissances relatives au VIH/SIDA en général. Cela se vérifie au tant chez les femmes que chez les hommes. Le niveau d'instruction contribue à un second niveau.

Au vue de ces résultats, les recommandations ci-dessous sont formulées à l'endroit des acteurs politiques :

- L'intensification des politiques visant à vulgariser les informations sur le VIH/SIDA ;
- Le renforcement des capacités humaines, matérielles et financières des ONG de lutte contre le VIH/SIDA en milieu scolaire et universitaire, en leur apportant l'expertise nécessaire, des locaux convenables situés au sein des établissements scolaires ou universitaires et des subventions financières conséquentes, leur permettant d'organiser des activités et des séminaires de formation pour leurs membres ;
- La promotion de ces ONG auprès des bailleurs de fonds afin de faciliter leur financement pour des campagnes de sensibilisation tournantes couvrant aussi les zones rurales du pays ;
- L'intensification de l'exploitation des media à travers des spots publicitaires et des téléfilms sur le VIH/SIDA et mettant un accent particulier sur la transmission mère-enfant ;
- L'instauration de l'éducation sexuelle à l'école dès l'entrée en sixième, pour faciliter l'accès aux informations et aux connaissances fiables relatives au VIH/SIDA dans l'environnement scolaire et la discussion sur la santé sexuelle des jeunes avec leurs parents.

Perspective de recherche

Envisager des études approfondies dans chaque région de la Côte d'Ivoire, afin d'effectuer des analyses différentielles par régions et mieux orienter les décideurs sur une politique sectorielle ciblée dans le cadre de la lutte contre la transmission mère-enfant du VIH/SIDA.