

Chapitre 6

Attitudes par rapport au sida, accès au dépistage et connaissances des traitements du VIH à Abidjan dans le contexte de l'Initiative

Annabel DESGRÉES DU LOÛ, Nicola DE BÉCHON

Introduction

L'inquiétude suscitée par cette maladie peut modifier les attitudes face à l'épidémie de sida en dehors du cercle restreint des soignants et des patients directement impliqués dans le processus de mise à disposition des ARV. Elle peut infléchir les comportements face à la prévention et au dépistage du VIH, le fait de se découvrir séropositif étant moins perçu comme une « annonce de mort » inéluctable.

Pour tenter de répondre à ces questions, nous avons réalisé plusieurs types d'enquêtes : en 1999, un état des lieux de l'accès au dépistage du VIH a été mené dans tout le secteur sanitaire public d'Abidjan. En 1999 et en 2000, des enquêtes ont été menées dans quatre structures de santé dites « périphériques », implantées dans divers quartiers d'Abidjan. Dans ces structures, une enquête a été conduite auprès du personnel soignant (142 personnes interrogées) pour appréhender les connaissances et les pratiques des professionnels de santé face à la prévention, au dépistage et à la prise en charge de l'infection par le VIH/sida, dans des structures non spécifiquement impliquées dans la lutte contre le VIH/sida. Parallèlement, une enquête a été menée auprès de consultant(e)s de ces dispensaires (510 personnes interrogées entre 1999 et 2000, 307 consultants de médecine générale et 203 femmes enceintes venues en consultation prénatale) sur leurs connaissances et attitudes par rapport à l'épidémie de sida, les modes de prévention adoptés, les pratiques de

dépistage et leurs connaissances des médicaments disponibles¹. Bien que ces consultants ne constituent pas un échantillon représentatif de la population abidjanaise puisqu'ils ont été recrutés par l'intermédiaire de leur venue dans des structures sanitaires, il s'agit d'un groupe d'hommes et de femmes de profils socio-démographiques divers, issus de trois des quartiers les plus populaires et les plus peuplés d'Abidjan. Les réponses qu'ils/elles ont apportées aux différentes questions posées donnent des renseignements utiles sur la nature des attitudes face au risque d'infection, aux personnes séropositives, au dépistage et aux traitements du sida dans un groupe de la population générale abidjanaise, qui n'est ni plus ni moins confronté à l'épidémie que le reste de la population. Nous présentons ici une synthèse des principaux résultats, de façon à brosser le tableau du contexte abidjanais dans lequel s'est implantée l'Initiative d'accès aux traitements du sida.

Une population consciente du risque de sida

Dans une population où la prévalence du VIH est estimée à 14 % (prévalence observée chez les femmes enceintes²), on peut s'interroger sur le niveau de perception du risque d'être infecté par ce virus. Il semble que la population dans son ensemble se sente concernée par la maladie car la perception du risque est forte et ce, quels que soient les caractéristiques socio-démographiques des personnes. A titre indicatif, dans l'enquête française sur les attitudes par rapport à l'épidémie de sida menée en 1998, 20 % des enquêtés déclaraient avoir déjà craint d'être contaminés par le virus du sida³, alors que dans notre enquête, 63 % des consultants de médecine générale et 49 % des femmes enceintes ont

¹ En 2000, l'enquête a été plus approfondie (questionnaires plus détaillés). Les tableaux présentés dans cet article ont donc été établis essentiellement à partir des résultats de l'enquête menée en 2000. Pour les résultats complets des deux enquêtes, on se rapportera à Vidal I. et Msellati P (Coord.). *Les thérapies anti-rétrovirales en Côte d'Ivoire : attentes suscitées et transformations sociales du rapport à la maladie*. Rapport final. ANRS, juin 2000.

² Sylla-Koko F, Anglaret X, Traore-Anaky MF, et al. Séroprévalence de l'infection par le VIH dans les consultations prénatales d'Abidjan, Côte d'Ivoire, 1995. *Médecine et Maladies Infectieuses* 1997 ; 27 : 1-2.

³ Grémy I, Beltzer N, Echevin D. *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au sida en France. Évolutions 1992-1994-1998*. ORS ANRS, avril 1999.

connu cette crainte. Les personnes âgées de 20 à 24 ans ont tendance à être plus inquiètes que les personnes les plus instruites (tableau 29).

Tableau 29
Proportion de personnes ayant déjà craint d'avoir été contaminées, février 2000

	Consultants (n = 254) % (effectif total)	Femmes enceintes (n = 153) % (effectif total)
Sexe	$p^* = 0,8$	
Homme	64 % (121)	
Femme	63 % (133)	
Âge	$p = 0,2$	
15-19 ans	49 % (37)	$p = 0,3$ 35 % (28)
20-24 ans	70 % (70)	61 % (59)
25-29 ans	62 % (69)	49 % (33)
30-34 ans	60 % (37)	41 % (32)**
35 ans et plus	68 % (40)	
Niveau d'instruction	$p = 0,2$	
Non scolarisé	58 % (33)	$p = 0,3$ 16 % (33)
Primaire	55 % (71)	48 % (50)
Secondaire et plus	68 % (150)	58 % (50)
Statut matrimonial	$p = 1$	
En union	62 % (96)	$p = 0,6$ 46 % (121)
Non en union	64 % (152)	57 % (30)
Connait une personne VIH*	$p = 0,2$	
Oui	68 % (57)	$p = 0,2$ 40 % (20)
Non	61 % (197)	50 % (133)
Ensemble	63 %	49 %

* Test du Chi-2.

** Concerne les 30 ans et plus.

Chez le personnel soignant, le risque de contamination par le VIH lors d'un acte médical est très fortement perçu, et même largement sur-évalué. Des questions sur les accidents d'exposition au sang ont révélé que seuls 15 % des médecins et 2 % du personnel soignant non médecin évaluent correctement le risque de contamination par le VIH en cas de piquûre avec une aiguille ayant été utilisée pour un patient séropositif (risque < 0,1 %). Un médecin sur dix et un infirmier ou une sage-femme sur deux pensent que ce risque est de 100 %. Or les accidents d'exposition

au sang sont fréquents : les professionnels de santé à Abidjan sont donc extrêmement inquiets face à ce risque d'infection par le VIH, auxquels ils sont inévitablement exposés, et sur lequel ils demeurent mal informés (voir chapitre 5.4). Hormis ce cadre des accidents d'exposition au sang chez les professionnels de santé, la connaissance générale des modes de transmission et des moyens de prévention est relativement bonne dans la population, avec toutefois la persistance de croyances erronées (un cinquième des enquêtés continuent à penser que le virus peut éventuellement se transmettre en mangeant dans le même plat, ou en buvant dans le même verre qu'une personne infectée), et de fortes disparités selon les caractéristiques socio-démographiques. La qualité des connaissances en matière de risque de transmission du VIH et de prévention est fortement liée au niveau d'instruction des enquêtés. On observe, par ailleurs, que les jeunes âgés de 20 à 30 ans ont tendance à être mieux informés que les autres (tableau 30).

Tableau 30
Score de connaissance sur les modes de transmission du VIH,
février 2000 (sur une échelle de 0 à 9)
 (voir p. 266 pour la définition du score)

	Consultants (n = 254)	Femmes enceintes (n = 153)
Sexe	$p^* < 0,01$	
Homme	7,6	-
Femme	6,5	
Âge	$p = 0,05$	$p = 0,3$
15-19 ans	6,7	5,6
20-24 ans	7,4	6,5
25-29 ans	7,3	6,0
30-34 ans	7,1	5,7**
35 ans et plus	6,2	
Niveau d'instruction	$p < 0,01$	$p < 0,01$
Non scolarisé	4,9	5,0
Primaire	6,6	6,0
Secondaire et plus	7,7	7,2
Ensemble	7,0	6,0
Écart-type	(2,0)	(2,2)

* Test de comparaison de moyenne.

** Concerne les 30 ans et plus.

Le score de tolérance vis-à-vis des personnes infectées par le VIH mesuré selon les mêmes modalités que dans l'enquête française, est similaire à celui observé en France. Les individus les plus instruits et les 20-24 ans présentent les meilleurs scores de tolérance. En revanche, ce score est plus faible chez les femmes que chez les hommes (tableau 31).

Tableau 31
Score de tolérance à l'égard des personnes séropositives pour le VIH, février 2000 (sur une échelle de 0 à 12)
 (voir p. 266 pour la définition du score)

	Consultants (n = 254)	Femmes enceintes (n = 153)
Sexe	$p^* < 0,01$	
Homme	8,4	-
Femme	7,2	
Âge	$p = 0,07$	$p = 0,02$
15-19 ans	8,0	2,7
20-24 ans	8,7	5,6
25-29 ans	7,8	4,9
30-34 ans	7,4	5,5**
35 ans et plus	6,6	
Niveau d'instruction	$p < 0,01$	$p < 0,01$
Non scolarisé	5,7	2,9
Primaire	6,6	4,2
Secondaire et plus	8,8	7,5
Ensemble	7,8	4,9
Écart-type	(3,8)	(4,5)

* Test de comparaison de moyenne.

** Concerne les 30 ans et plus.

Ainsi, en 1999, quinze ans après le début de l'épidémie dans la ville d'Abidjan, l'Initiative Onusida d'accès aux traitements du sida prend place dans une ville dont la population est lourdement touchée (une femme enceinte sur sept est infectée par le VIH) et consciente du risque élevé d'infection par le VIH. Les personnes interrogées se sentent donc directement concernées par cette épidémie, et sont plutôt bien informées sur les modes de transmission et de protection.

Une prévention insuffisante, un dépistage rare

Si le niveau de connaissances et de perception du risque vis-à-vis de l'épidémie de VIH est relativement bon dans cette population, nous allons voir que cela ne se traduit pas par des pratiques de prévention appropriées.

Pratiques de prévention

Lorsqu'on interroge les consultants sur les modes de prévention qu'ils utilisent face au risque d'infection par le VIH, deux types de prévention sont cités : la fidélité en premier lieu (60 % des enquêtés), puis l'utilisation de préservatifs (51 % des enquêtés). Le fait de demander un test de dépistage à son partenaire n'est cité que par 1 % des répondants. L'utilisation de préservatifs est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (65 % contre 38 %), tandis que la fidélité est plus souvent citée comme moyen de prévention par les femmes que par les hommes (71 % contre 48 %). L'utilisation de préservatifs est plus fréquente chez les jeunes et chez les personnes les plus instruites. Cependant, ces chiffres ne concernent qu'une utilisation épisodique du préservatif. Toutes les enquêtes spécifiques sur ce sujet menées à Abidjan dans d'autres échantillons de population montrent que l'utilisation systématique du préservatif est rare, même chez les personnes qui ne sont pas en couple : en 1997, au cours d'une enquête menée à Yopougon, quartier d'Abidjan, seulement 4 % des femmes et 9 % des hommes ont déclaré utiliser régulièrement le préservatif⁴. Dans une enquête sur les comportements sexuels menée auprès de jeunes de 15 à 19 ans dans toute la Côte d'Ivoire en 1998, seulement 35 % des garçons et 32 % des filles ont déclaré avoir utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel⁵.

A Abidjan, si la crainte de l'infection par le VIH est forte, cela

⁴ Toure L, Kamagate Z, Guillaume A, Desgrées du Lou A. *Planification familiale et santé de la reproduction à Yopougon. Rapport d'enquête, Études et Recherches ENSEA n° 22, 66 p. + annexes, 1997.*

⁵ Zanou B, Nyankawindemera A, Toto JP, et al. *Enquête de surveillance de comportements relatifs aux MST/sida en Côte d'Ivoire (BSS Octobre 1998). Rapports (4 tomes) ENSEA, Impact, USAID, SFPS, octobre 1999.*

n'engendre pas pour autant un recours important au préservatif, la fidélité étant considérée par les deux tiers de la population comme une prévention suffisante (sans doute par défaut, parce que l'utilisation du préservatif est problématique en particulier chez les couples stables). Pourtant, dans une population où environ une personne sur sept est infectée par le VIH, la fidélité, même lorsqu'elle est effective, n'est pas suffisante pour protéger contre le risque d'infection, d'autant que, comme nous allons le voir, la plupart des personnes infectées ne savent pas séropositives.

Accès au dépistage du VIH à Abidjan

Une offre limitée

Malgré les efforts du Programme national de lutte contre le sida pour fixer un prix standard et accessible à la population pour le test de dépistage du VIH (1 000 FCFA) et rendre celui-ci disponible dans l'ensemble des structures sanitaires, l'enquête menée en 1999 révèle une offre très limitée à Abidjan en matière de test de dépistage, hormis dans les structures spécifiques de prise en charge du VIH et dans les programmes ciblant des populations particulières (centres anti-tuberculeux par exemple).

En effet, en 1999, les réactifs de test de dépistage du VIH ne sont généralement pas disponibles dans les structures sanitaires publiques périphériques (sauf cas particulier), essentiellement pour des raisons budgétaires : le prix fixé pour les réactifs étant en dessous du coût réel de ces réactifs, ceux-ci ne peuvent être acquis par les formations sanitaires sans subvention de l'État ou d'un bailleur de fonds. Certains bailleurs (la Coopération française en particulier) fournissent des subventions de départ pour « amorcer la pompe », comptant sur le principe de « recouvrement des coûts » auprès des consultants pour que les structures se réapprovisionnent par la suite. Cette opération s'est soldée par un échec, imputable en partie à des problèmes de gestion, mais aussi au manque d'implication des structures sanitaires pour l'activité de dépistage du VIH. Peu de médecins proposent à leurs patients de réaliser un test de dépistage, par crainte d'annoncer une éventuelle séropositivité, ou parce qu'ils estiment que le sida est l'affaire des structures spéciali-

sées : eux mêmes n'ont ni le temps ni la formation pour prendre en charge ce problème de santé. Bien souvent, des médecins nous ont répondu que face à une suspicion d'infection par le VIH, ils adressent le patient à une structure spécialisée dans le dépistage et la prise en charge du VIH. En particulier, le dépistage systématiquement proposé dans certaines situations (dépistage prénuptial, dépistage chez les jeunes commençant une activité sexuelle) est quasiment inexistant.

Ainsi, dans le secteur public à Abidjan, le test de dépistage n'est disponible à un coût modéré que dans les structures spécialisées dans la prise en charge du VIH, dans le cadre de projets de recherche (essais cliniques ou cohortes), ou dans un nombre restreint de structures spécifiques. Dans la majorité des autres structures sanitaires urbaines, le test n'est plus disponible en 1999, et dans les quelques structures où il l'est, les prix sont généralement plus élevés que le prix fixé par le PNLS, et donc peu accessible aux populations desservies par ces structures. Ainsi, alors que les moyens techniques se simplifient actuellement dans le domaine du dépistage du VIH, l'accessibilité du test se dégrade d'année en année à Abidjan hors des structures spécialisées. Ce phénomène ne peut qu'amplifier la tendance déjà très forte des personnels de santé à exclure la proposition de test dans leur activité quotidienne.

Une pratique rare

Seule une personne sur dix parmi les consultants enquêtés a fait le test de dépistage du VIH (*tableau 32*). Cette proportion est encore plus faible chez les femmes enceintes venues en consultation prénatale : une sur vingt. Les hommes, les célibataires, les individus les plus instruits sont plus nombreux à faire ce test (*tableau 33*).

Tableau 32

Proportion d'enquêtés ayant fait le test de dépistage du VIH selon l'année d'enquête et le groupe enquêté

	Consultants (effectif)	Femmes enceintes (effectif)
Février 1999	13 % (103)	6 % (50)
Février 2000	9 % (254)	3 % (153)

Tableau 33
Proportion de personnes ayant effectué le test de dépistage du VIH selon le sexe, l'âge, le niveau d'instruction et l'état matrimonial. Consultants - février 2000 (n = 254)

	% ayant fait le test
Sexe	p* = 0,08
Homme	13 %
Femme	6 %
Âge	p = 0,03
15-19 ans	0 %
20-24 ans	9 %
25-29 ans	12 %
30-34 ans	8 %
35 ans et plus	18 %
Niveau d'instruction	p = 0,04
Non scolarisé	3 %
Primaire	4 %
Secondaire et plus	13 %
Statut matrimonial	p < 0,001
En union	5 %
Non en union	11 %
Ensemble	9 %

* Test du Chi-2.

Parmi les personnes qui n'ont pas fait le test, plus des deux tiers déclarent souhaiter le faire. La principale raison pour laquelle ces personnes ne l'ont pas fait est « la peur de se découvrir infecté », avec toutes ses conséquences : crainte de mourir sans possibilité d'être soigné, mais aussi crainte de se voir rejeté(e) par l'entourage. Ceci est en contradiction avec le bon score de tolérance observé par ailleurs vis-à-vis des personnes séropositives. Il semble que les enquêtés s'affirment tolérants face aux personnes séropositives, mais ne comptent guère sur la tolérance de leur entourage au cas où eux-mêmes seraient séropositifs. Dans une moindre mesure, des raisons matérielles sont invoquées pour expliquer l'absence de dépistage (méconnaissance des lieux où le dépistage est proposé et de son coût).

La moitié des répondants qui déclarent avoir fait un test du VIH ont entrepris cette démarche sur les conseils d'un tiers (médecin, mais

aussi membre de la famille ou ami). Les raisons les plus fréquemment évoquées sont une maladie (21 %), le désir d'être fixé sur son statut par « simple précaution » (54 %), ou encore une grossesse ou un désir de grossesse (17 %).

Ces résultats confirment, dans le contexte particulier d'Abidjan, une des difficultés majeures de la prévention de la transmission du VIH et de la prise en charge des personnes infectées sur le continent africain : seule une petite minorité des personnes infectées par le VIH se savent séropositives. Notre étude montre que cette situation tient certes à la réticence des consultants à effectuer la démarche de dépistage, mais aussi à la difficulté d'accès à ce test. Cette difficulté matérielle est renforcée par des facteurs propres à l'offre de soins, en particulier le manque d'habitude des médecins des formations sanitaires urbaines à prescrire ce test.

Connaissance des traitements du sida dans la population

Seulement un tiers (35 %) des consultants enquêtés ont entendu parler de l'existence de nouveaux médicaments pour la prise en charge de l'infection par le VIH. Le niveau de connaissance est fortement lié au niveau d'instruction (45 % des individus d'instruction secondaire sont informés contre 25 % des individus non scolarisés ou scolarisés jusqu'au primaire). Dans cette minorité éduquée, l'information est relativement bonne sur le type d'action des antirétroviraux (on obtient un score de connaissance⁶ de 8,6 sur 10). Cependant une proportion non négligeable de ces personnes informées (un cinquième) pense que, grâce à ces nouveaux traitements, les personnes infectées ne peuvent plus transmettre le virus.

En ce qui concerne les modalités pratiques d'accès aux traitements, les connaissances sont encore plus pauvres : les 89 personnes enquêtées en 2000 qui ont entendu parler de traitements du sida, soit ne savent pas où l'on peut se procurer ces traitements, soit citent des lieux (pharmacies, CHU, associations) sans pouvoir faire référence aux centres accrédités, soit pensent que ces traitements ne sont accessibles

⁶ Pour la définition du score de connaissance, voir p. 266.

qu'à l'étranger. Parmi elles, seule une personne sur quatre donne une approximation correcte du prix de ces traitements. On rencontre là une insuffisance de l'Initiative : l'information sur l'existence et la fonction des centres accrédités, cœur de son dispositif, n'a pas été diffusée largement ; elle concerne certains milieux spécifiques (associations, milieu médical engagé dans la lutte contre le sida...).

Enfin, parmi les individus informés de l'existence de nouveaux traitements du sida, la majorité (64 %) pensent que l'existence de ces traitements ne réduit pas l'inquiétude suscitée par cette maladie car ils les considèrent comme inaccessibles. A la question « pensez vous que vous pourriez vous procurer ces traitements pour vous même ? », 62 % en 1999 et seulement 19 % en 2000 des consultants interrogés répondent par l'affirmative. Il semble que d'une année sur l'autre, la population ait pris conscience du coût élevé de ces traitements (relativement à son niveau de vie) et de leur accès difficile. On retrouve là un paradoxe souligné par les enquêtes qualitatives (voir chapitre 4.2) : malgré la vocation affichée de l'Initiative de « rendre accessibles les traitements du sida », ces traitements sont perçus par la majorité de la population comme de plus en plus inaccessibles : à l'obstacle de la distance (ces traitements n'existent que dans les pays du Nord) s'est substitué l'obstacle financier (ces traitements ne sont que pour les riches).

Les professionnels de santé des structures sanitaires urbaines périphériques, pour leur part, ont quasiment tous entendu parler de l'arrivée des traitements du sida en Côte d'Ivoire, généralement par le biais des médias, et dans une moindre mesure au cours de formations spécifiques sur le VIH. Il n'y a pas eu d'information officielle émanant de l'administration sanitaire sur l'annonce, la mise à disposition, les lieux et les conditions de délivrance de l'ensemble des traitements anti-rétroviraux. Si l'information d'une « arrivée des traitements du sida en Côte d'Ivoire » a été globalement diffusée, en revanche, en ce qui concerne les aspects plus pratiques (accessibilité et conditions de ces traitements), les professionnels de santé de ces structures périphériques se sentent mal informés et donc peu concernés. Seuls les soignants engagés personnellement dans ce domaine sont bien informés, car ils recherchent activement une information qui ne leur est pas donnée *de facto*.

Dans les discours recueillis auprès de ces professionnels de santé, l'existence de ces nouveaux traitements est présentée comme un espoir d'amélioration, qui « devrait faciliter », dans les années à venir, la proposition du test de dépistage en consultation. Mais en l'an 2000, le manque d'information autour de ces nouveaux traitements et la réputation d'inaccessibilité qui les entoure (inaccessibilité financière en particulier) ne permet pas aux personnels soignants de s'y référer pour proposer plus facilement le test de dépistage aux patients vus en consultation. Ainsi, entre 1999 et 2000, nous n'avons décelé aucun changement dans la prescription du test de dépistage dans les formations sanitaires urbaines enquêtées. Par conséquent, notre hypothèse de départ sur la possible influence de l'Initiative, qui en facilitant la démarche de dépistage, serait suivie d'une augmentation de la proposition du dépistage par les médecins, ne se vérifie pas.

Sur la prophylaxie par cotrimoxazole des infections opportunistes, les enquêtes montrent que, malgré le consensus établi en 1999 à Abidjan, l'information à ce sujet a été peu diffusée dans les formations sanitaires urbaines et, en pratique, la prise en charge des patients infectés par le VIH par cette prophylaxie n'existe que de façon exceptionnelle dans les formations sanitaires enquêtées (voir chapitre 5.3).

Conclusion

Le seconde enquête, réalisée en 2000, dix-huit mois après le démarrage de l'Initiative, ne révèle aucune modification majeure dans les attitudes par rapport au sida ou dans les pratiques de prévention et de dépistage. L'Initiative prend place dans une ville où la population est consciente du risque d'infection par le VIH, globalement bien informée sur les modes de protection et de prévention, et tient un discours relativement tolérant sur les personnes séropositives. Sur tous ces aspects, les indicateurs sont similaires à ceux observés en France⁷. Cependant on ne constate pas l'adoption de comportements de prévention adéquat : l'utilisation du préservatif au cours des relations sexuelles reste rare, et

⁷ Grémy I. *Op. cit.*, note 3.

la fidélité reste considérée comme le meilleur moyen d'être protégé du risque de sida. On retrouve là une situation déjà décrite dans les autres études menées dans la ville d'Abidjan^{8,9}, situation courante dans les villes africaines, même fortement touchées par l'épidémie de sida⁹.

Par ailleurs, très peu de personnes font la démarche de dépistage du VIH, et le dépistage « préventif », en particulier au début d'une relation sexuelle, est quasiment inexistant. Cette faible activité de dépistage dans la ville d'Abidjan, dont nous avons montré qu'elle tient autant à la réticence de la population face au risque de se découvrir séropositif, qu'aux lacunes de l'offre fournie en matière de dépistage, doit être prise en compte au moment où l'on parle d'accès aux traitements du sida, puisque le dépistage est la première étape obligée de la prise en charge des personnes séropositives. La prophylaxie des infections opportunistes par le cotrimoxazole, qui fait partie des objectifs de l'Initiative d'accès aux traitements du sida, ne pose pas de problème technique particulier et peut être réalisée dans les structures sanitaires urbaines non spécialisées dans la prise en charge du VIH, mais à la condition expresse que le dépistage puisse être effectué dans ces mêmes structures, à un coût et dans des conditions accessibles aux patients.

L'information sur les nouveaux traitements a globalement atteint les professionnels de santé, mais elle reste une information très générale, délivrée essentiellement au travers des médias. Peu de professionnels de santé, dans les structures non directement concernées par l'Initiative d'accès aux traitements du sida, savent effectivement où adresser leurs patients infectés par le VIH pour qu'ils bénéficient de tels traitements, et connaissent encore moins les conditions pratiques de mise sous traitement (stade de l'infection, coût du traitement). Parallèlement, cette information reste peu diffusée dans l'ensemble de la population. Les mieux informées sont les personnes les plus instruites, mais même parmi celles-ci, l'information n'atteint qu'un individu sur deux. Par ailleurs, chez ceux qui en ont entendu parler, l'attitude face à ces nouveaux traitements est ambivalente : ces traitements constituent un espoir mais sem-

⁸ Zanou B. *Op. cit.*, note 5.

⁹ Dozon JP et Vidal L. eds. *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*. Paris : Orstom éditions, 1995, 299 p.

blement de plus en plus inaccessibles (entre 1999 et 2000). La faible diffusion de l'information dans la population générale, couplée au sentiment d'inaccessibilité des traitements chez les personnes qui en ont entendu parler, réduit l'impact de l'Initiative dans la population générale. Ainsi, on n'observe pas pour l'instant à Abidjan, dix-huit mois après le démarrage de l'Initiative, de modifications des comportements face à l'épidémie de sida, en particulier en matière de démarche de dépistage.

Annexe : définition des scores utilisés

Score de connaissance sur les modes de transmission du VIH

Score établi à partir de la question suivante :

*Le virus du sida peut-il être transmis dans chacune des circonstances suivantes ?
(répondre oui ou non pour chaque item)*

- *Lors de rapports sexuels non protégés*
- *En recevant du sang*
- *En se coupant avec un objet tranchant déjà utilisé*
- *En partageant le plat d'une personne contaminée*
- *En buvant dans le verre d'une personne contaminée*
- *Par une piqûre de moustique*
- *De la mère contaminée à l'enfant*
- *En donnant du sang*
- *En étant hospitalisée dans le même service qu'une personne contaminée*

Le score a été calculé en attribuant 1 point à chaque bonne réponse et 0 à chaque mauvaise réponse. Il varie donc de 0 à 9.

Score de tolérance vis-à-vis des personnes VIH*

Score établi à partir de la question suivante :

Si vous saviez qu'une personne est séropositive, accepteriez vous de ?

- *Continuer à la fréquenter*
- *Travailler avec elle*
- *Aller manger avec elle*
- *Dormir dans la même pièce*
- *Laisser vos enfants ou petits-enfants avec elle*
- *Avoir des relations sexuelles avec elle en utilisant des préservatifs*

Il y avait trois réponses possibles pour chaque item : oui, non, peut-être. Le score a été calculé en attribuant deux points pour un « oui », un point pour un « peut-être », et 0 point pour un « non ». Il varie donc de 0 à 12.

Score de connaissance des traitements du sida

Score établi à partir de la question suivante :

Grâce à ces nouveaux traitements,

- *Les personnes VIH⁺ sous traitement ne peuvent plus transmettre le virus*
- *Le virus du sida disparaît du sang*
- *Le virus est toujours présent mais le malade est soulagé*
- *Les malades du sida vivent plus longtemps*
- *On guérit définitivement du sida*

Pour chaque item, l'enquête avait le choix entre *d'accord, pas d'accord, ni d'accord ni pas d'accord*. Le score a été calculé en affectant 2 points aux bonnes réponses, 0 aux mauvaises réponses, et un point aux réponses « ni d'accord ni pas d'accord ». Il varie donc de 0 à 10.