

Les connaissances, les attitudes et les pratiques sur le VIH : le cas des femmes en Inde

Par Catherine-Maude Arseneau (7770762)
Sous la direction du Professeur Sanni Yaya

Mémoire soumis dans le cadre des exigences du programme de maîtrise en mondialisation et
développement international

École de développement international et mondialisation
Faculté des sciences sociales
Université d'Ottawa



uOttawa

© Catherine-Maude Arseneau, Ottawa, Canada, 2018

Résumé

Contexte : L'épidémie du VIH est un des plus gros problèmes de santé publique des temps modernes. Loin d'être éradiquée, la problématique se métamorphose pour affecter de nouveaux groupes de la population, notamment les femmes. L'Inde, pays qui arrive en troisième position en ce qui concerne le nombre d'infections, ne fait pas exception à la règle; on y remarque une féminisation de l'épidémie, qui affecte davantage les jeunes femmes. Davantage d'efforts doivent être faits pour tenter de mieux saisir les raisons qui sous-tendent ce changement et pour essayer de renverser la tendance. Ce mémoire étudiera donc les connaissances, les attitudes et les pratiques des femmes en Inde en matière de VIH. Méthodologie : Les données utilisées dans le cadre de cette recherche proviennent du NFHS-4 de l'Inde, sondage qui a été réalisé en 2015-2016 auprès de 699 686 femmes de 15 à 49 ans et de 112 122 hommes de 15 à 54 ans. Pour le but de la recherche, 13 questions sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des femmes en matière de VIH ont été sélectionnées. Une approche méthodologique transversale a été retenue. L'analyse des données a consisté en une tabulation croisée avec un test du khi-deux et une régression logistique binaire, faites à partir de la version 24.0 de *IBM SPSS Statistics*. Résultats : Environ trois quarts des répondantes présentent des réponses correctes sur les connaissances en matière de VIH. Les réponses sont semblables, quoique légèrement moins favorables, pour ce qui est des attitudes. Les pratiques présentent une toute autre réalité : les résultats sont optimaux en ce qui concerne le nombre de partenaires dans les douze derniers mois et à vie ainsi qu'en ce qui a trait à la relation avec le dernier partenaire, mais sont très inquiétants pour ce qui est de l'usage d'un préservatif lors de la dernière relation sexuelle. L'âge, le lieu de résidence, le niveau d'éducation de la répondante et de son conjoint, l'indice de richesse et l'accès aux médias influencent fortement et positivement la probabilité de répondre correctement ou favorablement. Conclusions : Les connaissances des femmes en Inde en matière de VIH sont plutôt satisfaisantes, ainsi que les attitudes à un moindre égard, mais il reste de la place à l'amélioration. Pour ce qui est des pratiques, il faut miser sur l'importance de l'usage d'un condom lors de chaque relation sexuelle. Afin de favoriser l'éradication de l'épidémie chez les femmes en Inde, il faut continuer les efforts visant l'information et l'éducation, en visant particulièrement les jeunes femmes.

Mots clés : connaissances, attitudes, pratiques, VIH, Inde, femmes

Table des matières

Liste des acronymes et sigles	6
1. Introduction.....	7
1.1. Le VIH/sida, un aperçu	7
1.2. Contexte	10
1.3. Objectifs de l'étude	12
1.4. Pertinence et justification	12
2. Revue de littérature	14
2.1. La situation épidémiologique du VIH en Inde	14
2.2. La réponse des parties prenantes : États et organisations internationales	17
2.3. Le VIH et les femmes.....	19
2.4. Le VIH et les femmes en Inde.....	20
2.5. Connaissances, attitudes et pratiques en matière de VIH.....	22
3. Méthodologie	23
3.1. Contexte de la recherche	23
3.2. Approche méthodologique retenue	24
3.3. Collecte des données	25
3.3.1. Variables indépendantes.....	25
3.3.2. Variables dépendantes.....	29
3.4. Analyse des données	32
3.5. Considérations éthiques.....	33
4. Résultats	33
4.1. Résultats reliés aux connaissances	37
4.1.1. Réponses correctes aux questions	37
4.1.2. Distribution des réponses et rapports de cotes	39
4.2. Résultats reliés aux attitudes	43
4.2.1. Réponses favorables aux questions	44
4.2.2. Distribution des réponses et rapports de cotes	45

4.3.	Résultats reliés aux pratiques	49
4.3.1.	Réponses favorables aux questions	49
4.3.2.	Distribution des réponses	50
5.	Discussion des résultats	54
5.1.	Discussion des résultats sur les connaissances.....	55
5.2.	Discussion des résultats sur les attitudes.....	58
5.3.	Discussion des résultats sur les pratiques.....	61
5.4.	Liens entre les CAP.....	65
5.4.1.	Questions.....	65
5.4.2.	Distribution des réponses et rapports de cotes	66
5.5.	Pistes futures de recherche	72
5.6.	Forces et limites du projet	77
6.	Conclusion	78
7.	Références bibliographiques	81

Liste des figure et tableaux

Figure 1 : Personnes vivant avec le VIH par pays en 2013	15
Tableau 1 : La situation épidémiologique du VIH en Inde en 2017	17
Tableau 2 : Portrait des caractéristiques démographiques et socioéconomiques des répondantes	28
Tableau 3 : Réponses correctes ou scores élevés par question sur les CAP des femmes en matière de VIH	34
Tableau 4 : Tabulation croisée avec p-valeur de la distribution des réponses correctes/incorrectes et favorables/non favorables aux questions sur les CAP des femmes en matière de VIH.....	34
Tableau 5 : Analyse multivariée des taux de probabilité d'obtention d'une réponse correcte ou favorable aux questions sur les CAP des femmes en matière de VIH	36

Liste des acronymes et sigles

AIDS	<i>acquired immunodeficiency syndrome</i> (sida en anglais)
ART	thérapie antirétrovirale
CAP	connaissances, attitudes et pratiques (expression utilisée au pluriel seulement)
HIV	<i>human immunodeficiency virus</i> (VIH en anglais)
IIPS	<i>International Institute for Population Sciences</i>
NFHS	<i>National Family Health Survey</i>
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PEPFAR	<i>The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief</i>
sida	syndrome de l'immunodéficience acquise
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

1. Introduction

Ce mémoire de maîtrise a pour objet les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP) des femmes en Inde sur le VIH¹. Le sujet a été choisi pour maintes raisons. Il s'agit tout d'abord d'un intérêt théorique pour la problématique du VIH, qui comprend autant de composantes biologiques que sociales et culturelles. Depuis son essor, il y a de cela près de quatre décennies, on a pu apercevoir la naissance d'un traitement qui permet à la personne atteinte de vivre quasi normalement, mais qui ne parvient pas à guérir la maladie, et aucun vaccin n'existe encore pour en prévenir la transmission. Sa gravité, son évolution et sa dispersion à l'échelle planétaire en font de plus un sujet fort intéressant à étudier, rajoutant d'autant plus à son caractère complexe et multidimensionnel. La suggestion d'étudier les CAP des femmes en Inde à l'égard du VIH, éléments capables de déterminer à certains égards le cours de l'épidémie, a ainsi été accueillie avec beaucoup d'enthousiasme.

La première section a pour but de présenter le sujet à l'étude et la recherche dont traite ce mémoire. La deuxième section contient la revue de la littérature, la troisième décrit la méthodologie utilisée pour le traitement des données et la quatrième fait état des résultats obtenus suite aux analyses. La cinquième section discute des résultats et une conclusion vient par la suite clore la recherche.

1.1. Le VIH/sida, un aperçu

Un bref aperçu du VIH, des modes de transmission, des signes et des symptômes, et du traitement est ci-dessous présenté pour assurer une compréhension adéquate du sujet et pour donner un ancrage à la problématique qui sera ensuite discutée. Le travail se concentre sur des aspects plus démographiques et socioéconomiques qui affectent le VIH et la problématique qui en découle, mais il faut garder à l'esprit qu'il s'agit à la base d'une maladie, donc que sa nature demeure à prime abord biologique.

¹ Pour alléger la lecture, l'acronyme « VIH » sera utilisé pour désigner « VIH/sida » tout au long du texte, sauf si le contraire est précisé.

Qu'est-ce que le VIH? : Le VIH, ou virus de l'immunodéficience humaine, est le virus qui cause le sida (Bhatti et al., 2016). Il attaque principalement le système immunitaire de la personne infectée, plus précisément les cellules CD4, en détruisant peu à peu leurs mécanismes de défense (Bhatti et al., 2016). La présence du virus peut être confirmée chez une personne à partir de quatre semaines suivant l'infection à l'aide d'un test sanguin, ou après six à douze semaines lors de l'emploi d'un test rapide, qui prélève une très petite quantité de sang ou de la salive et donne un résultat dans les quelques minutes qui suivent le test; ces tests mesurent le plus souvent la présence d'anticorps au VIH dans le sang de la personne, ou la présence d'autres éléments reflétant l'introduction du virus dans le corps de l'individu séropositif (Rayment et al., 2014).

Qu'est-ce que le sida? : Le sida, ou syndrome de l'immunodéficience acquise, est une condition médicale causée par le virus du VIH (Bhatti et al., 2016). Le virus du VIH détruit peu à peu les cellules CD4 de la personne infectée, jusqu'à l'apparition ultime du sida, qui est la dernière phase de la maladie, se présentant n'importe quand de deux à 15 années suivant l'infection (Bhatti et al., 2016). Sans traitement, s'ensuivra la mort (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida [ONUSIDA], 2014).

Modes de transmission du VIH : La transmission du VIH est catégorisée en deux types, soit la transmission verticale et la transmission horizontale. La première est la transmission de la mère à son enfant, pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement (De Rosis, 2016). La grande majorité des infections au VIH chez les enfants se fait de cette façon (Ugwu et Eneh, 2014 ; Black et al., 2016). La seconde représente toutes les autres formes de transmission, soit de personne en personne, le plus souvent par le biais de relations sexuelles non protégées, par la transfusion de sang infecté ou en partageant ou en réutilisant des instruments tranchants contaminés (Ugwu et Eneh, 2014), qui servent par exemple à la prise de drogues intraveineuses (Odaga, 2012). La capacité d'infecter autrui est par ailleurs accrue durant la période suivant l'infection, période durant laquelle plusieurs ignorent leur statut séropositif (Bhatti et al., 2016).

Signes et symptômes : Un des aspects les plus trompeurs du VIH est l'absence pour plusieurs de signes clairs et spécifiques au virus à court terme; au cours des deux à quatre semaines suivant l'infection, jusqu'à 80 % des individus séropositifs pourront notamment présenter une fièvre, une éruption cutanée ou une pharyngite, symptômes pouvant par exemple s'apparenter à ceux d'autres infections, comme la mononucléose infectieuse (Rayment et al., 2014). Suite à ce que le virus ait attaqué le système immunitaire de la personne infectée apparaissent des infections opportunistes, telles que la tuberculose (Rayment et al., 2014), ainsi que certains cancers très rares au sein de la population générale (Bhatti et al., 2016). Il est très important de diagnostiquer le VIH aussitôt que possible, non seulement pour en freiner la transmission à autrui, mais également pour favoriser le résultat du traitement; cet élément temporel y est pour beaucoup dans le pronostic de la maladie, allant même jusqu'à pouvoir prédire la mort à court ou à long terme (Rayment et al., 2014).

Traitement de la maladie : Le VIH est jusqu'à maintenant encore incurable (Bhatti et al., 2016; Adelekan, 2017), même si d'innombrables études et des tests ont été faits pour tenter de trouver une cure ou un vaccin (Meena et al., 2013). Tel que mentionné précédemment, il est maintenant possible de maîtriser le VIH à l'aide de la thérapie antirétrovirale (ART), qui est le plus souvent une combinaison d'au moins trois médicaments; le traitement est administré selon la particularité du virus, qui présente des variations substantielles chez les patients (Bhatti et al., 2016). Le traitement, si suivi adéquatement, permet de contrôler la charge virale de la personne infectée pour que celle-ci soit indétectable, ce qui réduit considérablement la capacité de transmission du virus à autrui (Rayment et al., 2014), en plus de permettre la multiplication des cellules CD4 et ainsi le ralentissement de la progression de la maladie (Bhatti et al., 2016). L'ART permet ainsi de retarder considérablement l'apparition du sida chez l'individu séropositif, et ainsi de lui donner une espérance de vie quasi normale (Rayment et al., 2014), malgré que le traitement ne soit pas sans effets secondaires, qui vont de diarrhées et de vomissements à de l'anxiété, de l'insomnie et des symptômes dépressifs (Bhatti et al., 2016).

1.2. Contexte

La pandémie du VIH, dont les premiers cas ont été diagnostiqués au début des années 1980 aux États-Unis, a depuis fait des ravages sans pareils dans certaines régions du monde (Oyefara, 2005). Les avancées scientifiques qui ont suivi l'essor de l'épidémie ont permis de découvrir un traitement, soit la thérapie antirétrovirale, permettant à des millions de personnes de survivre et de vivre une vie plutôt normale (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2018). Or, la pandémie perdure dans plusieurs endroits, en plus de subir des métamorphoses dans d'autres; par conséquent, bien que de nombreux progrès aient été constatés, elle est loin d'être éradiquée (ONUSIDA, 2018).

Le versant biologique du VIH peut certes affecter le système immunitaire de la personne qui le contracte, mais la problématique est bien plus vaste, comportant notamment des aspects sociaux, culturels, économiques et politiques. Ainsi, certaines catégories de la population, à cause de caractéristiques culturelles ou socioéconomiques, sont plus à risque de contracter le virus, notamment les femmes (*Commission on AIDS in Asia*, 2008). L'impuissance et le manque d'agentivité² de certaines femmes les subordonnent aux hommes dans maintes sociétés traditionnelles, où elles sont perçues comme des citoyennes de seconde classe (Sahu, 2015). La prévalence du VIH était auparavant beaucoup plus élevée chez les hommes que chez les femmes, mais les dernières années ont vu une augmentation de la proportion de femmes séropositives, surtout en ce qui concerne les jeunes femmes (ONUSIDA, 2014). Cette évolution de la maladie peut ainsi supposer des changements dans ses déterminants.

L'Inde, en plus d'être un des pays les plus affectés par le VIH, connaît nombre de problèmes qui en favorisent et en accélèrent la propagation, ainsi qu'en rendent difficiles le dépistage et le traitement (Shukla et Sharma, 2016). Les réalités démographiques, culturelles et socioéconomiques du pays sont autant d'éléments qui contribuent à la progression de la pandémie et qui freinent son éradication (*Commission on AIDS in Asia*, 2008). Le manque de connaissances et les préjugés envers le VIH, qui sont fortement ancrés dans la réalité socioculturelle de la société

² La définition d'agentivité utilisée dans le cadre de ce travail sera celle de Guilhaumou, J. (2012), qui la décrit comme étant « une puissance d'agir qui n'est pas une volonté inhérente au sujet, plus ou moins attestée, mais le fait d'une individu qui se désigne comme sujet sur une scène d'interpellation marquant la forte présence d'un pouvoir dominant » (p. 27).

indienne, causent souvent la stigmatisation et la marginalisation des personnes séropositives dans leurs communautés, voire dans leurs familles (Mothi et al., 2016).

Comme c'est le cas dans plusieurs régions du monde où l'épidémie du VIH fait rage, la proportion des femmes indiennes atteintes du virus augmente (ONUSIDA, 2014). L'Inde est un pays dont l'histoire révèle un manque d'autonomie et de liberté chez les femmes (Dyson et Moore, 1983) et bien que des progrès considérables aient été remarqués à cet effet dans les dernières décennies, la condition des femmes y demeure à bien des égards problématique (Sahu, 2015). La société traditionnelle qu'est l'Inde voit plusieurs femmes être soumises aux hommes et appelées à obéir à leur mari, pour subvenir à ses besoins et à ses désirs, notamment en ce qui concerne les sphères domestique et sexuelle (Arborio, 2008). La volonté des femmes de se conformer à ces normes sociales tend toutefois à les exposer à des situations pouvant compromettre leur santé (Favier, 2014). À cause de connaissances insuffisantes sur leurs droits reproductifs et sexuels ou sur le VIH, plusieurs femmes indiennes sont les victimes silencieuses de comportements perpétrés à leur insu ou sans leur consentement (Sahu, 2015). Ces situations peuvent ultimement résulter en un statut séropositif et mener ces femmes vers un avenir où elles seront stigmatisées, discriminées et ostracisées.

De façon générale, les CAP des gens sont fortement associées à leur état de santé (Wingood et DiClemente, 2000). Ainsi, étudier celles des femmes en Inde en ce qui concerne le VIH est essentiel pour contribuer à l'avancement de la recherche sur le sujet et pour renverser la tendance de l'épidémie, donc en contrer la féminisation. Par ailleurs, il est essentiel de mieux connaître la position des femmes dans la problématique si on reconnaît le rôle clé qu'elles peuvent jouer dans son éradication.

1.3. Objectifs de l'étude

Cette recherche aura pour objectifs de comprendre et d'analyser les CAP des femmes en Inde en ce qui concerne le VIH, de façon individuelle et en interaction. Il sera donc question d'en explorer les déterminants et d'identifier les rôles qu'y jouent les éléments démographiques, culturels et socioéconomiques, afin de déterminer la façon dont ils influencent la problématique du VIH chez les femmes en Inde.

Question de recherche :

- Quelles sont les connaissances, les attitudes et les pratiques des femmes en Inde en ce qui a trait au VIH et comment influencent-elles sa prévalence chez ce groupe de la population?

L'analyse des données provenant du *National Family Health Survey – 4* (NFHS-4), un sondage recueillant des données sur des aspects reliés à la santé de la population indienne, permettra d'approfondir les CAP des femmes en Inde en ce qui concerne le VIH et d'identifier des caractéristiques associées à différents résultats. La recherche tentera de surcroît d'expliquer les liens entre ces éléments et leur influence sur l'état de l'épidémie du VIH chez les femmes en Inde. Il sera ensuite question de cerner certains facteurs clés et pistes de solutions qui pourraient favoriser son éradication.

1.4. Pertinence et justification

Depuis les premiers cas répertoriés au début des années 1980, on estime que plus de 36,9 millions de personnes sont présentement atteintes du VIH dans le monde et qu'environ 39 millions de personnes sont décédées des suites du sida (ONUSIDA, 2018). Ceci en fait donc un des pires problèmes de santé publique contemporaine (Mothi et al., 2016) ainsi qu'un des plus grands défis reliés au développement, puisqu'il fait non seulement des ravages au niveau individuel, mais également communautaire et aura éventuellement des répercussions sur la productivité et la

croissance économique des sociétés (Adelekan, 2017). Quoiqu'étant à la baisse, le nombre de nouvelles infections est toujours beaucoup trop élevé si on se réfère aux objectifs retenus par les organisations internationales; la recherche sur le sujet est d'autant plus importante puisque ONUSIDA désire éradiquer la pandémie d'ici 2030 (ONUSIDA, 2014). En constatant le cours actuel de l'épidémie, l'atteinte de cet objectif ambitieux dépendra de nombreux changements. De plus, un bref survol des éléments que comprend le troisième objectif des Objectifs de Développement Durable (ODD) de l'Organisation des Nations Unies (ONU), qui vise à « *Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge* », permet de constater que le VIH y est omniprésent; il figure dans un grand nombre des données exposant les défis à surmonter et des cibles marquant l'atteinte de l'objectif (ONU, 2018).

L'épidémie a fait des ravages chez certains groupes de la population pour ensuite s'essouffler, tandis qu'elle a fait peu à peu son apparition chez d'autres groupes, pour y devenir une menace et un problème réels, tels que chez les femmes (ONUSIDA, 2014). Comme l'évoque Favier (2014), le VIH chez les femmes mérite selon plusieurs d'être davantage étudié; l'épidémie se propage de plus en plus chez ces dernières, notamment à cause d'éléments reliés à leur position sociale souvent inférieure à celle des hommes, mais « *l'analyse genrée de l'épidémie peine à s'imposer* » (Favier, 2014, p. 30). Cette féminisation de l'épidémie est effectivement notée en Inde, touchant davantage les jeunes femmes, cette tranche productive de la population et en âge de procréer (ONUSIDA, 2014), la majorité des infections affectant les personnes au début de l'âge adulte (Adelekan, 2017). Cette évolution dans la problématique suggère des changements dans ses déterminants. Par ailleurs, trop peu de conscientisation chez la population et des connaissances insuffisantes auraient grandement contribué à la propagation du virus en Inde (Solomon et al., 2016). Puisque le VIH est incurable et qu'aucun vaccin n'existe encore pour le prévenir, c'est sur la prévention des comportements et des pratiques à risque qu'il faut miser (Meena et al., 2013), en passant par la compréhension des connaissances et des attitudes qui contribuent à les déterminer, éléments qui gagneraient à être davantage explorés et inclus dans les initiatives de prévention destinées aux femmes en Inde.

2. Revue de littérature

Cette section élaborera tout d'abord sur la situation épidémiologique du VIH en Inde et sur la réponse des parties prenantes, soit les États et les organisations internationales. Sera ensuite exploré le VIH tout d'abord chez les femmes en général, ensuite plus précisément chez les femmes en Inde. La section se terminera par une discussion sur les CAP dans le domaine de la santé et plus particulièrement en matière de VIH.

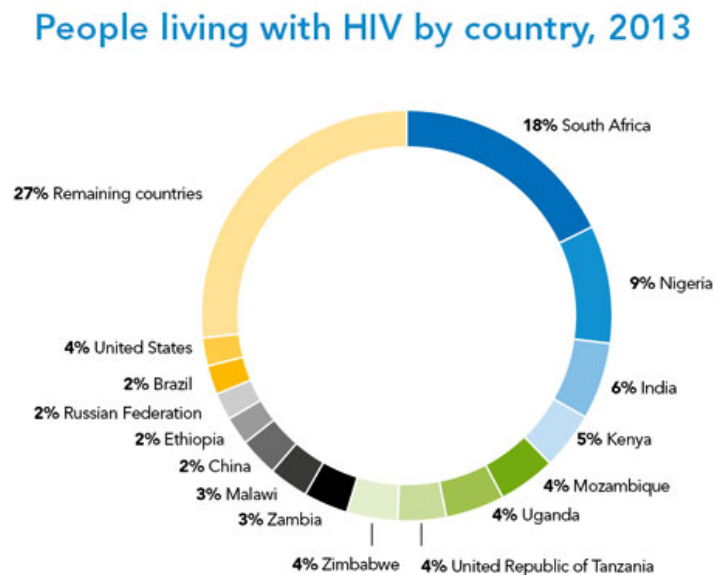
2.1. La situation épidémiologique du VIH en Inde

C'est en 1986 que les premiers cas de VIH en Inde ont été répertoriés chez des travailleuses du sexe à Chennai, au Tamil Nadu (Paranjape et Challacombe, 2016). L'Inde est un pays où le VIH s'est répandu de façon particulièrement rapide, tentaculaire (Pandey et al., 2008) et hétérogène (Bachani et Sogarwal, 2010). La problématique y est très complexe; son amplitude et sa diversité sont difficiles à saisir (Hazarika, 2010). Il était évident selon plusieurs dès le début des années 1990 que le VIH constituait un problème en Inde, mais le gouvernement indien en a longtemps nié l'existence, estimant notamment que les mœurs traditionnelles de la société indienne offraient à ses citoyennes et citoyens une protection contre le virus (Hancart Petitet, 2009). Ainsi, c'est également dans les années 1990, quelques années après que le VIH s'est immiscé en Inde, que la santé publique a tenté d'en contrôler la propagation (Abrol et al., 2016). Ce délai a non seulement permis à l'épidémie de s'installer au pays, mais a de plus retardé la sollicitation de l'aide internationale (Hancart Petitet, 2009). Or, une réelle augmentation du leadership politique a pu être remarquée en Inde depuis maintenant plusieurs années à l'égard de l'épidémie du VIH (*Commission on AIDS in Asia*, 2008).

La proportion de la population indienne adulte (15 à 49 ans) atteinte du VIH est de 0,3 % (ONUSIDA, 2018). Cette donnée peut paraître négligeable à prime abord, mais avec l'immense population du pays, le calcul résulte en un très grand nombre de personnes séropositives en Inde (Kumar et al., 2017). Ainsi, bien qu'on dénote une diminution de la prévalence chez la population

adulte depuis 1998 (Paranjape et Challacombe, 2016), en 2016, environ 2,1 millions de personnes étaient atteintes du VIH en Inde (ONUSIDA, 2018). À l'échelle mondiale, ce nombre place l'Inde en troisième position des pays avec le plus de personnes vivant avec le VIH, derrière l'Afrique du Sud et le Nigéria (ONUSIDA, 2018), comme on peut de plus le constater à la figure 1. En 2013, l'Inde arrivait par ailleurs en 4^e position en ce qui a trait à la quantité de nouvelles infections, derrière encore l'Afrique du Sud et le Nigéria, en plus de l'Ouganda (ONUSIDA, 2014). Le VIH est ainsi un des pires problèmes de santé qu'a vus l'Inde dans les deux dernières décennies (Meena et al., 2013).

Figure 1 : Personnes vivant avec le VIH par pays en 2013



Source de l'image : ONUSIDA, 2014

La prévalence du VIH est beaucoup plus élevée dans certains États indiens que dans d'autres, notamment à Maharashtra, Andhra Pradesh, Tamil Nadu et Karnataka (Saggurti et al., 2011; Banque mondiale, 2012), États qui présentent entre autres une industrialisation et une urbanisation rapides (Kumar et al., 2017). La prévalence du VIH est plus grande dans les régions urbaines que rurales (Mothi et al., 2016), malgré le fait que l'épidémie se soit avec le temps propagée dans ces dernières (Bachani et Sogarwal, 2010). En ce qui concerne le statut socioéconomique associé au

VIH, on souligne qu'en Inde : « *AIDS is a disease of poverty* » (Kumar et al., 2017, p. 206). L'Inde est caractérisée par une faible prévalence du VIH au sein de la population générale et une prévalence beaucoup plus grande chez les groupes à risque (Paranjape et Challacombe, 2016), soit notamment les travailleuses du sexe et leurs clients, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ainsi que les usagers de drogues intraveineuses (Bachani et Sogarwal, 2010). Or, l'épidémie est maintenant généralisée, notamment chez les populations urbaines et ayant un faible taux de scolarisation (Ackerson et al., 2012). La grande majorité de la transmission du virus se fait en Inde par le biais de relations hétérosexuelles (Saggurti et al., 2011), soit dans près de 90 % des cas (Bachani et Sogarwal, 2010). De façon générale, on remarque une propagation de l'épidémie chez les jeunes en Inde, donc une augmentation de sa prévalence chez les jeunes du groupe de 15 à 24 ans, en plus de sa féminisation, affectant particulièrement les jeunes femmes, comme dans la plupart des pays à forte prévalence (ONUSIDA, 2014).

Depuis plusieurs années, l'Inde est dotée d'un des plus grands systèmes garantissant l'accès gratuit à l'ART, notamment parce qu'une grande part des médicaments est fabriquée en Inde et distribuée à l'international, ce qui garantit à la population séropositive, en théorie, l'accès à ce traitement (*International Health Care System Profiles*, 2018). Toutefois, en réalité, le traitement n'est pas nécessairement accessible ou offert à tous (Mahapatra, 2014). En 2016, seulement 49 % des personnes séropositives en Inde avaient accès à l'ART (ONUSIDA, 2018). À l'échelle du pays, les infrastructures sont faibles et insuffisantes, les hôpitaux sont trop peu nombreux et les services de santé ne sont pas toujours de bonne qualité (Shukla et Sharma, 2016), éléments qui peuvent rendre difficiles ou entraver l'accès aux soins, leur continuité ou leur qualité pour les personnes atteintes du VIH. De plus, puisque le sujet est tabou et mal connu de plusieurs en Inde, certains soutiennent que les médecins ne dévoilent pas toujours leur statut séropositif aux patients, ne leur fournissant également parfois pas le traitement (Nar et al., 2016). Les personnes vivant avec le VIH sont fréquemment discriminées et marginalisées, non seulement par le personnel soignant, mais également par leur communauté et par leur famille (Mothi et al., 2016). Une loi a cependant été adoptée en Inde en 2017 prohibant la discrimination des personnes vivant avec le VIH, mais il demeure que les personnes séropositives en Inde doivent souvent composer avec ces attitudes de la part d'autrui (Bagcchi, 2017).

Tableau 1 : La situation épidémiologique du VIH en Inde en 2017

Catégories	Données
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH	2 100 000
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH	880 000
Prévalence du VIH chez les adultes de 15 à 49 ans	0,2
Prévalence du VIH chez les femmes de 15 à 49 ans	0,2
Prévalence du VIH chez les jeunes femmes	< 0,1
Adultes de 15 ans et plus nouvellement infectés au VIH	84 000
Femmes de 15 ans et plus nouvellement infectées au VIH	34 000
Personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut	1 700 000
Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut	79

Source des données : ONUSIDA, 2017

2.2. La réponse des parties prenantes : États et organisations internationales

La propagation particulièrement rapide du VIH en Inde a été fortement alimentée non seulement par des normes socioculturelles traditionnelles, mais d'autant plus par l'immobilité du gouvernement, qui a nié son existence et refusé d'agir à cet égard pendant des années, tel que mentionné plus haut (Hancart Petitet, 2009). Or, la mobilisation des dernières années de l'État indien a donné lieu à d'importants changements, affectant divers aspects de la problématique. Notamment, d'importantes campagnes d'information et d'éducation ont été organisées afin de favoriser de meilleures connaissances chez la population, dans le but de minimiser le stigma associé au VIH et de promouvoir des comportements sexuels sécuritaires (Adelekan, 2017). De plus, a été mise sur pied en 1986 l'organisation NACO (*National AIDS Control Organization*), responsable au niveau national de la réponse à l'épidémie, se basant sur des données rigoureuses pour formuler cette dernière et ciblant des zones géographiques précises pour assurer la pertinence des interventions (Sgaier et al., 2012). Les dépenses intérieures de l'Inde pour le VIH s'élevaient à 371 000 000 \$US en 2017 (ONUSIDA, 2018).

Tel qu'énoncé plus haut, la réaction tardive du gouvernement indien face à l'épidémie émergente du VIH a non seulement contribué à la propagation rapide et tentaculaire du virus à l'échelle du pays (Pandey et al., 2008), mais a également retardé l'entrée en jeu de l'aide internationale, qui joue un rôle clé dans la lutte contre le VIH (Hancart Petitet, 2009). Or, malgré son retard, la mise en œuvre de nombreux programmes locaux et internationaux a pu soulager plusieurs aspects de la problématique en Inde, notamment sa gestion (Mothi et al., 2016). L'état du VIH en Inde est de plus évalué par l'initiative 90-90-90 de l'ONU, qui mesure depuis 2016 ces trois indicateurs : que 90 % des personnes infectées au VIH connaissent leur statut, que 90 % de ces dernières aient accès à un traitement et que la charge virale de 90 % de celles-ci soit indétectable (ONUSIDA, 2017). La connaissance du statut séropositif permet d'avoir accès à un traitement, de réduire, voire d'éliminer, les comportements sexuels à haut risque, en plus d'encourager les partenaires de la personne à faire un test de dépistage; le fait d'avoir accès à un traitement améliore grandement le pronostic de la personne séropositive, donc sa qualité de vie, et lui donne une espérance de vie presque normale; le fait de rendre indétectable la charge virale de la personne symbolise le succès du traitement, réduisant de beaucoup les risques de transmission du virus et ralentissant l'apparition du sida (Rayment et al., 2014).

Par ailleurs, nombre d'investissements ont été faits par diverses entités afin d'aider à la gestion de la crise du VIH et aux initiatives, projets et programmes visant à l'éradiquer, les investissements internationaux s'élevant par exemple à 22 858 009 \$US en 2015 (ONUSIDA, 2017). Ces fonds proviennent notamment de la Fondation Bill & Melinda Gates, qui a investi jusqu'à maintenant plusieurs centaines de millions de dollars pour éliminer le VIH en Inde (*Commission on AIDS in Asia*, 2008), du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme qui, à ce jour, a déboursé plus de 1,1 milliard de dollars pour lutter contre le VIH en Inde (Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, 2018) et du plan d'aide d'urgence *The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief* (PEPFAR), ayant investi 321 925 000 \$US depuis 2004 pour aider l'Inde à lutter contre le VIH (PEPFAR, 2018).

2.3. Le VIH et les femmes

Certains groupes de la population sont plus vulnérables au VIH puisqu'ils sont contraints d'adopter des comportements qui favorisent sa transmission ou ils sont plus aptes à être infectés par le virus s'ils y sont exposés, notamment les femmes. Comme mentionné précédemment, on dénote dans les dernières années une féminisation de l'épidémie à l'échelle mondiale (Favier, 2014). Celle dont la prévalence était au début beaucoup plus importante chez les hommes se voit migrer vers les femmes, surtout les plus jeunes, et ce, à une vitesse alarmante; c'est ainsi chez les femmes qu'on retrouve la progression de l'épidémie la plus rapide (ONUSIDA, 2014). Il est également important de souligner que « *le VIH est la principale cause de décès chez les femmes en âge de procréer dans le monde* » (ONU, 2018). Le risque d'infection au VIH est par ailleurs beaucoup trop élevé chez les jeunes femmes dans les pays où l'on retrouve une forte prévalence (ONUSIDA, 2017). Or, ce n'est que depuis peu qu'on s'attarde à la santé des femmes dans le cadre d'éléments de santé publique comme le VIH, sauf en ce qui concerne la transmission verticale, soit de mère à enfant (Favier, 2014).

Les femmes représentent une population vulnérable au VIH, entre autres à cause des inégalités basées sur le genre avec lesquelles elles doivent composer (Wingood et DiClemente, 2000). Elles font face à certains facteurs de risque distincts de ceux des hommes, notamment reliés à des facteurs socioéconomiques (*Commission on AIDS in Asia*, 2008). Par ailleurs, les dynamiques relationnelles, plus précisément les relations de pouvoir entre les hommes et les femmes, influencent la santé de ces dernières, et donc leur propension à contracter le VIH (Sahu, 2015). C'est ainsi qu'il faut tenir compte du « *rôle des rapports sociaux de sexe dans l'état de santé des femmes* » (Favier, 2014, p. 26).

Les femmes de maintes sociétés traditionnelles sont plus susceptibles de contracter le virus puisqu'elles vivent sous l'emprise d'un système patriarcal, qui les confine souvent au rang de citoyennes de seconde classe; plusieurs sont ainsi soumises et impuissantes envers leur réalité, et absentes de la prise de décisions qui les concernent (Sahu, 2015). Les normes de genre sur lesquelles se basent le patriarcat relèguent les femmes à la sphère domestique et les obligent à satisfaire les besoins et les désirs de leur mari et de leur famille (Arborio, 2008). Dans ces

contextes, la santé sexuelle et reproductive des femmes est d'autant plus contrôlée par les hommes; elles n'ont souvent pas le droit de refuser les avances sexuelles de leur mari, ou même d'exiger des relations sexuelles protégées (*Commission on AIDS in Asia*, 2008). La position sociale des femmes inférieure à celle des hommes les contraint ainsi souvent à adopter des comportements les mettant à risque d'infection au VIH, et donc très dangereux pour leur santé (Bloom et Griffiths, 2006). Les femmes sont par ailleurs les victimes principales de la violence, qui prend plusieurs formes, allant de la violence familiale et conjugale au viol et à la transmission volontaire du VIH (De Visscher, 2016).

2.4. Le VIH et les femmes en Inde

L'épidémie du VIH en Inde se féminise; les femmes représentent environ 40 % de la population séropositive adulte en Inde (ONUSIDA, 2018). Cette proportion augmente constamment depuis les dernières années (ONUSIDA, 2014), tendance qui entraîne d'importantes répercussions sociales (Solomon et al., 2016). Les travailleuses du sexe ne comptent que pour 10 % de ce nombre, le reste étant des femmes monogames (Kumar et al., 2017). Des relations sexuelles avec un mari infecté représentent le plus grand risque de contraction du VIH chez les femmes en Inde (Saggurti et al., 2011). Pour plusieurs, le mariage serait en effet le seul facteur les ayant mises à risque d'une infection au VIH (*Commission on AIDS in Asia*, 2008). Malgré le portrait que dressent ces données sur le VIH chez les femmes en Inde, les interventions préventives incluent rarement ces dernières (Kumar et al., 2017).

L'Inde est un pays aux mœurs traditionnelles et aux divisions sociales ancrées (Scheuer, 2013). D'après les normes sociales qui prévalent ces types de milieux, les femmes doivent obéissance à leur mari et aux autres membres de leur famille (Arborio, 2008). En plus des divisions sociales caractéristiques que sont les castes, juridiquement abolies mais faisant toujours partie intégrante des coutumes (Scheuer, 2013), les femmes en Inde doivent composer avec une société qui leur accorde un statut nettement inférieur à celui des hommes, notamment en ce qui concerne l'éducation, le travail rémunéré et l'autonomie individuelle, ce qui augmente leur risque

d'infection (Bloom et Griffiths, 2006). Les inégalités liées au genre ainsi que la violence conjugale peuvent avoir une incidence sur les risques d'infection des femmes, les rendant donc davantage vulnérables au VIH (Solomon et al., 2016).

La vulnérabilité est d'autant plus accentuée par certains aspects plus officiels, notamment légaux. L'Inde est le pays où le plus grand nombre de lois existent pour protéger les femmes; or, bien qu'en théorie l'État garantisse aux femmes de nombreux droits, la réalité est toute autre (Arborio, 2008). Même, l'Inde est « *le premier pays du monde pour le nombre de femmes soumises à un statut très inégalitaire par rapport aux hommes* » (Arborio, 2008, p. 61). Les droits sexuels et reproductifs des femmes y sont conséquemment très limités; par exemple, selon les mœurs sociales indiennes, une femme n'a pas le droit de refuser les avances sexuelles de son mari et n'a pas mot à dire en ce qui concerne la procréation (Sahu, 2015). Les femmes indiennes n'ont par ailleurs pas toujours le choix ou les moyens d'éviter l'exposition au VIH ou de se protéger contre le virus lors de relations sexuelles (ONUSIDA, 2014).

Les connaissances de certaines femmes en Inde sur le VIH sont aussi très limitées, surtout en zone rurale (Hancart Petitet, 2009). En particulier, les jeunes femmes indiennes ignorent beaucoup de choses quant à leur sexualité, ce qui augmente leur vulnérabilité au VIH (*Commission on AIDS in Asia*, 2008). Le manque d'éducation et le mode de vie indien traditionnel limitent les sujets des discussions des femmes entre elles ou avec des hommes, leurs fréquentations ainsi que l'information à laquelle elles ont accès; les femmes indiennes sont de surcroît tenues au silence en ce qui concerne leur vie sexuelle (Sahu, 2015). Cet aspect peut être un frein important aux connaissances des femmes en ce qui concerne leur santé sexuelle et reproductive, pouvant ainsi leur faire douter de leur propre réalité sexuelle, en plus d'empêcher leur conscientisation et leur éducation à cet égard et l'évitement de comportements dangereux pour leur santé.

À l'instar des autres pays accusant une forte prévalence du virus, les femmes indiennes doivent être incluses dans les solutions au problème de santé publique qu'est le VIH (ONUSIDA, 2014). En tenant compte de la proportion croissante de femmes séropositives en Inde et donc du rôle instrumental qu'elles peuvent jouer quant à l'avenir de la problématique, il est essentiel d'adopter une approche basée sur le genre pour mettre en œuvre les programmes de prévention du VIH

(Bloom et Griffiths, 2006). Par ailleurs, dans de nombreux contextes, elles occupent une place très importante dans la famille et sont à la source de comportements décisifs, notamment en ce qui concerne l'éducation, donc peuvent transmettre des connaissances à leurs enfants sur la santé en général ainsi que sur la santé sexuelle et reproductive (Arborio, 2008). Ainsi, afin de minimiser les infections futures en Inde, dans plusieurs groupes de la population, il faut assurer l'inclusion des femmes dans les initiatives de prévention (Kumar et al., 2017).

2.5. Connaissances, attitudes et pratiques en matière de VIH

Le versant biologique du VIH est certes dévastateur, mais le virus est à la source d'une problématique beaucoup plus complexe. Les CAP des individus en matière de santé peuvent déterminer à bien des égards leur état de santé. Wingood et DiClemente (2000) expliquent comme suit le lien entre les CAP et les risques de maladie :

The psychosocial domain identifies risk factors (i.e., knowledge, attitudes, beliefs, and skills) that are associated with engaging in behaviors (risk-taking behaviors) that can increase the risk of disease. Risk factors can be socioeconomic, behavioral, or personal in nature and operate at the interpersonal and individual levels. (Wingood et DiClemente, 2000, p. 541)

Ces facteurs de risque sont très importants dans la problématique du VIH; ils peuvent contribuer à expliquer l'exposition de plusieurs personnes au virus ainsi que sa transmission, et permettent également de comprendre comment elles peuvent être évitées. En ce qui concerne les pratiques sexuelles qu'adoptent les individus, des choix beaucoup mieux informés et éclairés peuvent être faits s'ils possèdent les connaissances et les informations nécessaires en ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive (*Commission on AIDS in Asia, 2008*).

Des connaissances insuffisantes ainsi que des informations et des croyances erronées sur le VIH sont dans plusieurs contextes synonymes de stigmatisation et de discrimination (Meena et al., 2013), ce qui peut nuire aux efforts de prévention (Catalani et al., 2013). De plus, dans des pays pauvres en ressources, sensibiliser la population et dissiper les mythes entourant le virus peuvent contribuer à réduire les comportements sexuels dangereux (Mahapatra, 2014), ayant le potentiel de diminuer par le fait même sa transmission et sa prévalence à long terme au sein de la population. Les campagnes d'information et d'éducation sont des interventions comportementales rentables et communes qui peuvent contribuer à modifier les attitudes portées vers la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes séropositives (Mahapatra, 2014).

3. Méthodologie

La présente section présente d'abord le contexte de la recherche et l'approche méthodologique retenue dans le cadre de cette étude. Suivront la collecte des données, qui inclut la description des variables indépendantes et des variables dépendantes, soit reliées aux connaissances, aux attitudes et aux pratiques. L'analyse qui a été faite des données sera finalement présentée et la section sera close par un bref exposé des considérations éthiques.

3.1. Contexte de la recherche

La recherche s'effectuera dans un contexte où la santé des femmes en général, puisqu'elles accusent des retards importants par rapport aux hommes à plusieurs égards, ainsi que la santé maternelle et reproductive, sont devenues des priorités pour plusieurs entités gouvernementales dans leur pays ainsi qu'à l'étranger, surtout en ce qui concerne les pays à faible revenu (ONU, 2018). Comme il a été possible de le constater plus tôt, la problématique entourant le VIH représente maintenant un problème réel chez les femmes, groupe au sein duquel sa prévalence

augmente. Sa féminisation est inquiétante puisqu'elle peut suggérer à certains égards le renversement de son éradication.

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) de l'ONU avaient fait du VIH une priorité, par le biais du sixième objectif, qui visait à « *Combattre le VIH, le paludisme et d'autres maladies* », et des progrès importants ont été notés en 2015, lors de leur tombée (ONU, 2018). Or, la pandémie persiste; les ODD ont donc conservé le VIH parmi leurs priorités, l'incluant dans l'objectif trois qui, tel qu'évoqué plus haut, vise la bonne santé et le bien-être de tous (ONU, 2018). Davantage de recherches et de nombreux changements sont donc nécessaires pour arriver à atteindre les objectifs fixés pour 2030. Cette recherche s'inscrit ainsi dans les priorités des OMD en ayant pour but d'approfondir la compréhension des déterminants du VIH ainsi que des mesures requises pour contribuer à l'atteinte des objectifs de l'ONU.

3.2. Approche méthodologique retenue

Des données quantitatives seront utilisées pour évaluer les CAP des femmes en Inde sur le VIH. Une approche méthodologique transversale a été retenue pour cette recherche. Ce type de design de recherche est idéal pour évaluer ou décrire une problématique, très souvent dans le domaine de la santé publique, à un moment donné et pour une population spécifique, ainsi que pour déterminer les caractéristiques et les facteurs de risque y étant associés, en plus des résultats escomptés (Levin, 2006). Ce design de recherche est ainsi tout indiqué pour cette étude, qui analyse les CAP des femmes en Inde sur le VIH et qui vise à mieux cerner les caractéristiques associées aux divergences dans les résultats.

3.3. Collecte des données

Les données étudiées dans le cadre de ce travail proviennent du *National Family Health Survey – 4* (NFHS-4) de l'Inde, un sondage d'envergure nationale qui vise à recueillir de l'information sur la population, la santé et la nutrition en Inde. L'*International Institute for Population Sciences* (IIPS), situé à Mumbai, a été chargé, avec l'appui de nombreuses autres organisations, de mener le sondage. Les données du NFHS-4 ont été recueillies en 2015-2016, soit pour la quatrième fois. Leur fiabilité, puisqu'elles proviennent d'une base de données nationales en Inde, est ainsi assurée.

Dans le cadre de l'étude, 699 686 femmes de 15 à 49 ans et 112 122 hommes de 15 à 54 ans ont été interviewés. Les réponses qui nous intéressent dans la présente recherche sont celles des femmes; ainsi, sauf pour quelques variables indépendantes dont les données proviennent du questionnaire rempli par les ménages, les données utilisées proviennent du questionnaire individuel des femmes. Les variables sélectionnées pour cette étude seront ici présentées en deux catégories, soit les variables indépendantes, qui portent sur les caractéristiques socioéconomiques, et les variables dépendantes, qui présentent les CAP des femmes quant au VIH. L'usage de ces données secondaires permettra donc de mesurer les CAP des femmes en Inde sur le VIH et d'expliquer certaines variations qui peuvent se produire selon les caractéristiques démographiques et socioéconomiques choisies. Bien que ces données ne soient pas utilisées dans le cadre de ce mémoire, il est important de noter qu'un test de dépistage du VIH pour la population indienne adulte a pour la deuxième fois été inclus dans le NFHS afin de déterminer la prévalence du virus dans le pays. Le sous-échantillon aléatoire qui a fait ces tests était composé d'une sélection des ménages y ayant au préalable consenti.

3.3.1. Variables indépendantes

Les variables indépendantes qui seront examinées dans le cadre de ce mémoire, dont une portion est présentée au tableau 2, sont des variables démographiques et socioéconomiques. Ont été retenus l'âge, le lieu de résidence, le statut matrimonial, le sexe du-de la chef-fe de famille, le

niveau d'éducation de la répondante, le niveau d'éducation du conjoint, l'indice de richesse, la religion, l'accès aux médias et le statut d'emploi. Le questionnaire de l'Inde est disponible dans certaines langues locales et en anglais; ainsi, les questions ont ici été traduites en français à l'aide des questionnaires du Togo et du Bénin, dont les sondages sont tous deux effectués en français, pour assurer le libellé approprié.

Âge : En ce qui concerne les caractéristiques socioéconomiques, sera tout d'abord retenu l'âge des répondantes au moment du sondage, obtenu en leur demandant « *En quel mois et en quelle année êtes-vous née?* », ainsi que « *Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire?* ». Les réponses à ces deux questions étaient comparées et corrigées si différentes. Pour effectuer l'analyse, l'âge des répondantes a ensuite été regroupé en catégories de cinq ans, soit de 15 à 19, de 20 à 24, de 25 à 29, de 30 à 34, de 35 à 39, de 40 à 44 et de 45 à 49 ans, codées de 1 à 7, dans cet ordre.

Lieu de résidence : Le type d'endroit de résidence devait être identifié dès le début du questionnaire parmi les informations d'identification. Les données relatives à cet élément ayant ensuite été rangées dans les catégories « *urbain* » ou « *rural* », codées comme 0 et 1 respectivement.

Statut matrimonial : Le statut matrimonial des répondantes au moment du sondage a été obtenu en leur posant la question suivante : « *Quel est votre statut matrimonial actuel?* » Pour le but de l'analyse, les différentes réponses ont été classées dans les catégories suivantes, soit « *non mariée* » et « *mariée* », catégorisées comme 0 et 1, dans l'ordre. Les questions du questionnaire individuel des femmes du NFHS-4 laissent présager qu'on tient pour acquis que les répondantes sont hétérosexuelles.

Sexe du-de la chef-fe de famille : On a demandé aux répondantes d'identifier qui est la cheffe ou le chef de leur famille, soit un homme ou une femme, choix codés comme 0 et 1, respectivement.

Niveau d'éducation de la répondante : Les données sur le niveau d'éducation des femmes ont été obtenues en demandant aux répondantes « *Quel est le plus haut standard que vous ayez atteint?* » On demandait une réponse chiffrée, mais le NFHS-4 calcule d'une à cinq années d'éducation comme le niveau primaire, de six à 12 années d'études comme le secondaire et le niveau supérieur

comme comprenant plus de 12 années d'éducation. Ainsi, pour les besoins de l'analyse, les catégories suivantes ont été retenues, codées comme 0, 1, 2 et 3, dans l'ordre : aucune éducation, éducation primaire, éducation secondaire, éducation supérieure.

Niveau d'éducation du conjoint : Les données sur le niveau d'éducation du conjoint de la répondante ont été obtenues en demandant aux répondantes « *Quel est le plus haut standard qu'il a atteint?* » Le même processus que pour les réponses relatives à l'éducation des femmes a transformé la réponse chiffrée en « *aucune éducation* » et « *ne sais pas* », catégorie codée comme 0, « *éducation primaire* », codée comme 1, « *éducation secondaire* », codée comme 2 et « *éducation supérieure* », codée comme 3.

Indice de richesse : L'indice de richesse a été obtenu en cumulant les réponses venant du questionnaire pour les ménages à de multiples questions, notamment pour déterminer si le ménage a une source d'eau potable, de quel matériau est fait le plancher et qui est propriétaire de la maison. Du quintile le plus bas au plus élevé, les codes de 1 à 5 ont été octroyés.

Religion : La religion à laquelle appartenaient les répondantes était identifiée en leur demandant « *Quelle est votre religion?* » Elles pouvaient sélectionner la leur parmi plusieurs choix, mais pour les objectifs de ce mémoire seuls les choix « *indoue* », « *musulmane* » et « *autres* » ont été retenus. Ces choix de réponses ont été codés de 1 à 3, respectivement.

Accès aux médias : En ce qui concerne l'accès à l'information et aux médias, les questions suivantes, dont les choix réponses étaient inclus dans le libellé, ont été posées aux femmes : « *Lisez-vous un journal ou un magazine pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?* »; « *Écoutez-vous la radio pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?* » et « *Regardez-vous la télévision pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?* » Le fait de répondre « *pas du tout* » était codé comme 0, « *moins d'une fois par semaine* » comme 1, « *au moins une fois par semaine* » comme 2 et « *pratiquement chaque jour* » comme 3. Pour évaluer l'accès général aux médias, les trois questions ont été combinées. Le score accumulé des répondantes pouvait ainsi s'étendre de 0 à 9, avec une moyenne de 3,46.

Afin de déterminer si les répondantes avaient accès ou non aux médias de façon régulière, les réponses ont été divisées en deux catégories, les scores cumulés de 0 à 3 catégorisés comme « non », codés comme 0, tandis que ceux de 4 à 9 comme « oui », codés comme 1.

Statut d'emploi : Enfin, le statut d'emploi a été obtenu en posant la question : « *En dehors de votre travail domestique, avez-vous travaillé au cours des sept derniers jours?* » Les réponses ont été réparties dans les catégories « non employée » et « employée » pour le but de l'analyse, qui ont été codées respectivement comme 0 ou 1.

Tableau 2 : Portrait des caractéristiques démographiques et socioéconomiques des répondantes

Variables	Fréquence	Pourcentage
Âge		
15-19	1762	3,1 %
20-24	8794	15,5 %
25-29	12276	21,7 %
30-34	11051	19,5 %
35-39	9605	17,0 %
40-44	7275	12,9 %
45-49	5848	10,3 %
Lieu de résidence		
Urbain	19458	34,4 %
Rural	37153	65,6 %
Niveau d'éducation de la répondante		
Aucune	12746	22,5 %
Primaire	7575	13,4 %
Secondaire	28922	51,1 %
Supérieure	7368	13,0 %
Indice de richesse		
Quintile inférieur	6491	11,5 %
Deuxième quintile	10156	17,9 %
Quintile moyen	12300	21,7 %
Quatrième quintile	13273	23,4 %
Quintile supérieur	14391	25,4 %

3.3.2. Variables dépendantes

Les variables dépendantes qui seront étudiées dans le cadre de ce mémoire sont regroupées sous les catégories des variables reliées aux connaissances, comprenant cinq questions, celles relatives aux attitudes, qui regroupent quatre questions, et celles qui ont trait aux pratiques, également représentées par quatre questions.

Variables reliées aux connaissances : La définition de la connaissance compréhensive qui sera utilisée dans le cadre de ce mémoire et qui prévaut dans le NFHS-4, comprenant essentiellement la connaissance des méthodes préventives et des modes de transmission, est la suivante : « 1) *knowing that both condom use and limiting sex partners to one uninfected faithful partner are HIV/AIDS prevention methods; 2) being aware that a healthy-looking person can have HIV/AIDS; and 3) rejecting the two most common misconceptions in India—that HIV/AIDS can be transmitted through mosquito bites and by sharing food* » (IIPS, 2017). Ainsi, les cinq questions qui ont été posées aux femmes reflétant les trois parties de cette définition et dont les réponses seront retenues sont les suivantes, avec pour choix de réponses « oui », « non » ou « ne sais pas » pour chacune : 1) « *Est-ce qu'on peut réduire ses risques d'avoir le virus du sida en utilisant un condom chaque fois qu'on a des rapports sexuels?* » et « *Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel?* »; 2) « *Est-il possible qu'une personne apparemment en bonne santé ait en fait le virus du sida?* »; et 3) « *Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par les piqûres de moustiques?* » et « *Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant de la nourriture avec une personne qui a le sida?* »

Pour le but de l'analyse de ce mémoire, les catégories de réponses à ces cinq questions ont été regroupées en réponses correctes ou incorrectes puisqu'il s'agit de faits, et binaires. Les réponses incorrectes à ces questions comprennent également la catégorie « ne sais pas ». Cette décision méthodologique a été faite puisque ce choix de réponse révèle que les répondantes ne connaissaient pas la réponse correcte à la question. Donc, en ce qui concerne les trois premières questions, la réponse correcte est « oui » (codée comme 1) et la catégorie « ne sais pas » a été regroupée avec

la catégorie « *non* » (codée comme 0), tandis que la bonne réponse aux deux dernières questions est « *non* » (codée comme 1) et les réponses de la catégorie « *ne sais pas* » ont été regroupées avec celle de la catégorie « *oui* » (codée comme 0). Les codes ont été octroyés ainsi afin de permettre un regroupement des réponses correctes et incorrectes pour les étapes subséquentes de l'analyse.

Variables reliées aux attitudes : Plusieurs questions ont été posées aux femmes dans le cadre du NFHS-4 afin de cerner leurs attitudes en lien au VIH, dont les quatre suivantes ont été retenues. On leur a demandé : « *Si quelqu'un de votre famille contractait le virus qui cause le sida, seriez-vous prête à prendre soin de lui ou d'elle dans votre propre ménage?* », avec « *oui* », « *non* » ou « *ne sais pas/pas certaine/cela dépend* » comme choix de réponses. De plus, on leur a posé la question suivante : « *Si une personne de votre famille tombait malade du VIH/sida, voudriez-vous que son état soit gardé secret ou non?* », avec comme choix de réponses « *oui, état gardé secret* », « *non* » ou « *ne sais pas/pas certaine/cela dépend* ». On leur a aussi demandé « *Si une enseignante a le virus du sida mais qu'elle n'est pas malade, est-ce que, à votre avis, elle devrait être autorisée à continuer à enseigner à l'école?* », avec comme choix de réponses « *devrait être autorisée* », « *ne devrait pas être autorisée* », ou « *ne sais pas/pas certaine/cela dépend* ». Enfin, leur était également posée cette question : « *Est-ce que vous achèteriez des légumes frais d'un marchand ou d'un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida?* », avec « *oui* », « *non* » ou « *ne sais pas/pas certaine/cela dépend* » comme choix de réponses.

Le même choix méthodologique a été fait en ce qui concerne la catégorisation des réponses à ces quatre questions, rendant ainsi les réponses favorables ou non favorables puisqu'il s'agit d'attitudes, et binaires pour le but de l'analyse. Ainsi, en ce qui a trait à la première et aux deux dernières questions de cette section, la réponse favorable est « *oui* » (codée comme 1) et la catégorie « *ne sais pas/pas certaine/cela dépend* » a été regroupée avec la catégorie « *non* » (codée comme 0), tandis que la réponse favorable à la deuxième question est « *non* » (codée comme 1) et les réponses de la catégorie « *ne sais pas/pas certaine/cela dépend* » ont été regroupées avec celle de la catégorie « *oui* » (codée comme 0). Ici aussi, les codes ont été attribués de façon à permettre un regroupement des réponses favorables et non favorables pour les étapes subséquentes de l'analyse.

Variables reliées aux pratiques : Les quatre questions ci-dessous ont été retenues afin d'analyser les pratiques des femmes en matière de VIH. Tout d'abord, la question suivante était posée aux femmes ayant au préalable indiqué avoir eu des relations sexuelles dans les 12 derniers mois : « *En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois?* », requérant une réponse chiffrée, ou « *ne sais pas* ». On leur a de plus demandé, en ce qui concerne leur dernier partenaire, « *Quelle était votre relation avec cette personne?* », avec comme choix de réponses « *mari* », « *partenaire cohabitant* », « *petit ami ne cohabitant pas avec la répondante* », « *autre ami* », « *parent* », « *rencontre occasionnelle* », « *client (prostitution)* » ou « *autre – préciser* ». La question suivante a été posée en lien à leur dernier partenaire sexuel : « *La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, un condom a-t-il été utilisé?* », avec comme choix de réponses « *oui* » ou « *non* ». Enfin, la dernière question de cette catégorie tentait d'établir un portrait à plus long terme des pratiques sexuelles des répondantes : « *En tout, durant votre vie, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels?* », la réponse devant être chiffrée, ou sinon « *ne sais pas* ».

Encore une fois, le même choix méthodologique a été fait en ce qui concerne la catégorisation des réponses à ces quatre dernières questions, rendant ainsi les réponses favorables ou non favorables puisqu'il s'agit de pratiques, et binaires pour le but de l'analyse. En ce qui a trait à la première question, qui visait à recueillir le nombre de personnes avec qui les répondantes ont eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois, la distinction des réponses en tant que favorables ou non favorables a été faite en s'appuyant sur la moyenne, qui était légèrement supérieure à 1. Ainsi, les réponses inférieures (puisque'il s'agit de valeurs discrètes, aucune n'y sera équivalente) à la moyenne ont été codées comme 1, tandis que toutes les réponses supérieures ont été codées comme 0. La deuxième question, qui demandait aux répondantes de définir la relation qu'elles ont avec leur dernier partenaire, avait pour but de déterminer si les répondantes ont eu dans les 12 derniers mois des relations sexuelles à haut risque, ce que le rapport du NFHS-4 définit comme étant : « *sexual intercourse with a partner who was neither a spouse nor who lived with the respondent* » (IIPS, 2017, p. 415). Donc, les réponses « *mari* » et « *partenaire cohabitant* » ont été codées comme 1 et les autres réponses possibles comme 0. En ce qui concerne la troisième question, qui tentait de déterminer si un préservatif a été utilisé lors de la dernière relation sexuelle, la réponse « *oui* » a été codée comme 1 et « *non* » comme 0. À la dernière question, qui demandait aux

répondantes le nombre de personnes avec qui elles ont eu des relations sexuelles au cours de leur vie, les données ont été catégorisées comme pour la première question relative aux pratiques. C'est ainsi qu'elles ont été regroupées par rapport à la moyenne, qui était de 2,48 partenaires; les réponses inférieures (puisque'il s'agit encore de valeurs discrètes, aucune n'y sera équivalente) à la moyenne ont été codées comme 1 et celles qui lui sont supérieures comme 0. Ici encore, les codes ont été accordés ainsi afin de permettre un regroupement des réponses favorables et non favorables pour les étapes subséquentes de l'analyse.

3.4. Analyse des données

Les données ont été analysées avec la version 24.0 de IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) *Statistics*. Des statistiques descriptives peignent tout d'abord un portrait des caractéristiques démographiques et socioéconomiques des répondantes, ici les variables indépendantes, comme il est possible de le constater au tableau 2.

En ce qui concerne les variables dépendantes, tel qu'expliqué plus haut, les données ont été recodées de façon à ce qu'elles forment des catégories binaires, les données correctes et favorables codées comme 1 et celles incorrectes ou non favorables codées comme 0. Les taux de réponses correctes ou de scores élevés à chacune des questions, obtenus en sélectionnant les fréquences dans le logiciel SPSS, sont présentés au tableau 3.

Pour effectuer le reste de l'analyse, les 13 questions ont été regroupées selon la catégorie à laquelle elles appartiennent, c'est-à-dire à celle des connaissances, des attitudes ou des pratiques, pour ainsi former trois variables binaires. Le fait de créer trois variables distinctes permet de constater si des décalages existent entre ces trois registres et s'ils s'influencent entre eux. La distribution des réponses correctes ou des scores élevés et des réponses incorrectes ou des scores faibles, selon les caractéristiques démographiques et socioéconomiques, en plus de la p-value, sont présentées au tableau 4. L'analyse commandée dans SPSS pour ce faire est une tabulation croisée en sélectionnant le khi-deux, pour obtenir la distribution des réponses et la p-value. Enfin, une analyse

multivariée des taux d'obtention d'une réponse correcte ou d'un score élevé sont dévoilés au tableau 5. Ces rapports de cotes ont été obtenus en commandant une régression logistique binaire multivariée dans SPSS, en incluant un intervalle de confiance de 95 %.

3.5. Considérations éthiques

Puisque les données utilisées dans le cadre de cette recherche sont secondaires et qu'elles ne permettent pas d'identifier les personnes concernées, aucun consentement n'a dû être obtenu. La recherche assurera tout de même le respect des données et des individus qu'elles concernent. Le consentement des participantes et des participants a été obtenu au moment de la collecte initiale des données lors des sondages menés dans le cadre du NFHS-4. Il a dû l'être avant l'administration du questionnaire ainsi qu'à une autre reprise si les participantes et les participants prenaient part à des tests médicaux subséquents.

4. Résultats

Cette section consiste en une présentation des résultats obtenus suite à l'analyse des données. Les résultats reliés aux CAP seront exposés dans cet ordre, soit en commençant par les connaissances, en poursuivant avec les attitudes et en terminant avec les pratiques. Chaque section présentera d'abord les taux de réponses correctes ou favorables aux questions sélectionnées, pour ensuite poursuivre avec la distribution des réponses selon les différentes catégories des variables indépendantes, en terminant avec le rapport de cotes.

Tableau 3 : Réponses correctes ou scores élevés par question sur les CAP des femmes en matière de VIH

Questions		Pourcentage de réponses correctes/ favorables ou de scores élevés
Connaissances	1. L'usage d'un condom lors de chaque relation sexuelle peut réduire les risques d'infection	75,0 %
	2. Un partenaire exclusif non infecté peut réduire les risques d'infection	77,7 %
	3. Une personne apparemment en santé peut être infectée	74,2 %
	4. La transmission possible par piqûres de moustiques	64,3 %
	5. La transmission possible en partageant de la nourriture avec une personne infectée	60,7 %
Attitudes	6. Prendre soin d'un proche infecté	75,3 %
	7. L'état séropositif d'un membre de la famille gardé secret	59,9 %
	8. Une enseignante infectée devrait continuer à enseigner	75,8 %
	9. L'achat de légumes d'un marchand infecté	68,4 %
Pratiques	10. Le nombre de partenaires dans les 12 derniers mois	99,5 %
	11. La relation avec le dernier partenaire	99,4 %
	12. Un condom utilisé lors des derniers rapports sexuels	11,3 %
	13. Le nombre de partenaires sexuels à vie	98,6 %

Tableau 4 : Tabulation croisée avec p-valeur de la distribution des réponses correctes/incorrectes et favorables/non favorables aux questions sur les CAP des femmes en matière de VIH

	Connaissances			Attitudes			Pratiques		
	Réponses correctes/ scores élevés	Réponses incorrectes/ scores faibles	P-valeur	Réponses favorables/ scores élevés	Réponses non favorables/ scores faibles	P-valeur	Réponses favorables/ scores élevés	Réponses non favorables/ scores faibles	P-valeur
Âge									
15-19	1,6 %	1,5 %	< 0,0001	2,0 %	1,1 %	< 0,0001	0,3 %	2,8 %	< 0,0001
20-24	8,8 %	6,8 %		10,6 %	5,0 %		1,8 %	13,7 %	
25-29	12,7 %	9,0 %		15,1 %	6,6 %		3,0 %	18,7 %	
30-34	11,3 %	8,3 %		13,4 %	6,1 %		2,5 %	17,0 %	
35-39	9,4 %	7,5 %		11,5 %	5,5 %		1,7 %	15,3 %	

40-44	6,9 %	6,0 %		8,5 %	4,3 %		1,0 %	11,8 %	
45-49	5,3 %	5,0 %		6,6 %	3,7 %		0,4 %	9,9 %	
Lieu de résidence									
Urbain	21,9 %	12,4 %	< 0,0001	25,0 %	9,4 %	< 0,0001	4,8 %	29,6 %	< 0,0001
Rural	34,0 %	31,7 %		42,7 %	22,9 %		6,0 %	59,7 %	
Statut matrimonial									
Non mariée	0,7 %	0,5 %	0,039	0,8 %	0,4 %	0,361	0,1 %	1,1 %	< 0,0001
Mariée	55,2 %	43,6 %		66,8 %	32,0 %		10,7 %	88,1 %	
Sexe du-de la chef-fe de famille									
Homme	49,4 %	39,2 %	0,069	59,9 %	28,7 %	0,737	1,2 %	10,2 %	0,280
Femme	6,5 %	4,9 %		7,7 %	3,7 %		9,6 %	79,0 %	
Niveau d'éducation de la répondante									
Aucune	8,9 %	13,6 %	< 0,0001	12,6 %	9,9 %	< 0,0001	1,4 %	21,1 %	< 0,0001
Primaire	6,2 %	7,1 %		8,3 %	5,1 %		1,0 %	12,4 %	
Secondaire	30,6 %	20,5 %		35,9 %	15,1 %		5,7 %	45,4 %	
Supérieure	10,1 %	2,9 %		10,8 %	2,2 %		2,6 %	10,4 %	
Niveau d'éducation du conjoint									
Aucune/ne sais pas	5,0 %	7,8 %	< 0,0001	7,2 %	5,7 %	< 0,0001	0,8 %	12,0 %	< 0,0001
Primaire	6,1 %	7,0 %		8,1 %	5,0 %		0,9 %	12,2 %	
Secondaire	32,3 %	24,6 %		38,9 %	18,0 %		6,2 %	50,7 %	
Supérieure	12,5 %	4,7 %		13,5 %	3,7 %		2,9 %	14,2 %	
Indice de richesse									
Quintile inférieur	4,5 %	7,0 %	< 0,0001	6,8 %	4,7 %	< 0,0001	0,6 %	10,9 %	< 0,0001
Deuxième quintile	8,0 %	9,9 %		10,8 %	7,2 %		1,2 %	16,8 %	
Quintile moyen	11,2 %	10,5 %		13,9 %	7,8 %		1,9 %	19,8 %	
Quatrième quintile	14,1 %	9,4 %		16,3 %	7,1 %		2,5 %	20,9 %	
Quintile supérieur	18,2 %	7,3 %		19,9 %	5,5 %		4,5 %	20,9 %	
Religion									
Indoue	41,5 %	32,3 %	< 0,0001	51,1 %	22,8 %	< 0,0001	7,9 %	66,0 %	< 0,0001
Musulmane	6,8 %	7,4 %		8,2 %	5,9 %		1,8 %	12,4 %	
Autres	7,6 %	4,4 %		8,4 %	3,6 %		1,1 %	10,9 %	
Accès aux médias									
Non	26,7 %	29,8 %	< 0,0001	34,9 %	21,6 %	< 0,0001	4,7 %	51,8 %	< 0,0001
Oui	29,2 %	14,3 %		32,8 %	10,7 %		6,1 %	37,4 %	
Statut d'emploi									
Non-employée	43,4 %	33,8 %	0,008	52,5 %	24,7 %	0,001	8,8 %	68,4 %	< 0,0001
Employée	12,5 %	10,3 %		15,2 %	7,6 %		2,0 %	20,8 %	

Tableau 5 : Analyse multivariée des taux de probabilité d'obtention d'une réponse correcte ou favorable aux questions sur les CAP des femmes en matière de VIH

Variables	Connaissances	Attitudes	Pratiques
Âge			
15-19	1,099 (0,990 – 1,219)	0,989 (0,889 – 1,100)	2,744 (2,210 – 3,406)
20-24	1,152 (1,081 – 1,229)	1,085 (1,016 – 1,159)	3,140 (2,709 – 3,639)
25-29	1,201 (1,132 – 1,274)	1,147 (1,080 – 1,219)	3,517 (3,056 – 4,047)
30-34	1,203 (1,134 – 1,276)	1,136 (1,070 – 1,207)	3,282 (2,851 – 3,779)
35-39	1,150 (1,084 – 1,220)	1,127 (1,061 – 1,197)	2,500 (2,162 – 2,889)
40-44	1,027 (0,965 – 1,092)	1,068 (1,003 – 1,137)	1,895 (1,625 – 2,211)
45-49	0	0	0
Lieu de résidence			
Urbain	1,097 (1,057 – 1,140)	1,073 (1,031 – 1,116)	1,070 (1,005 – 1,138)
Rural	0	0	0
Statut matrimonial			
Non mariée	1,061 (0,985 – 1,143)	1,098 (1,018 – 1,186)	0,958 (0,649 – 1,1416)
Mariée	0	0	0
Sexe du-de la chef-fe de famille			
Homme	1,007 (0,961 – 1,057)	1,002 (0,953 – 1,052)	1,106 (1,013 – 1,206)
Femme	0	0	0
Niveau d'éducation de la répondante			
Aucune	0,442 (0,409 – 0,477)	0,485 (0,446 – 0,527)	0,656 (0,579 – 0,742)
Primaire	0,486 (0,450 – 0,525)	0,538 (0,495 – 0,584)	0,657 (0,582 – 0,743)
Secondaire	0,647 (0,608 – 0,689)	0,652 (0,609 – 0,698)	0,713 (0,658 – 0,774)
Supérieure	0	0	0
Niveau d'éducation du conjoint			
Aucune/ne sais pas	0,689 (0,641 – 0,741)	0,791 (0,734 – 0,853)	0,838 (0,732 – 0,960)
Primaire	0,773 (0,721 – 0,828)	0,884 (0,823 – 0,950)	0,764 (0,676 – 0,864)
Secondaire	0,839 (0,796 – 0,884)	0,918 (0,867 – 0,971)	0,942 (0,873 – 1,016)
Supérieure	0	0	0
Indice de richesse			
Quintile inférieur	0,517 (0,481 – 0,554)	0,718 (0,668 – 0,772)	0,355 (0,309 – 0,408)
Deuxième quintile	0,545 (0,514 – 0,578)	0,651 (0,612 – 0,693)	0,416 (0,374 – 0,463)
Quintile moyen	0,618 (0,586 – 0,652)	0,701 (0,663 – 0,742)	0,527 (0,483 – 0,575)
Quatrième quintile	0,765 (0,729 – 0,804)	0,791 (0,751 – 0,833)	0,626 (0,581 – 0,674)
Quintile supérieur	0	0	0

Religion			
Indoue	0,813 (0,775 – 0,853)	1,099 (1,046 – 1,155)	1,137 (1,039 – 1,245)
Musulmane	0,641 (0,603 – 0,682)	0,732 (0,688 – 0,780)	1,453 (1,303 – 1,621)
Autres	0	0	0
Accès aux médias			
Non	0,758 (0,730 – 0,787)	0,788 (0,757 – 0,820)	0,922 (0,864 – 0,985)
Oui	0	0	0
Statut d'emploi			
Non-employée	0,948 (0,912 – 0,985)	1,005 (0,966 – 1,045)	1,119 (1,043 – 1,202)
Employée	0	0	0

4.1. Résultats reliés aux connaissances

La présente sous-section examine les résultats reliés aux connaissances sur le VIH. Présentées au tableau 3, les réponses correctes aux cinq questions sélectionnées seront d'abord évaluées. Ensuite, il sera question de la distribution des réponses correctes et incorrectes selon les caractéristiques démographiques et socioéconomiques des répondantes, que le tableau 4 contient. Les données seront analysées de façon plus approfondie, en mettant surtout l'accent sur la différence qui sépare les taux de réponses correctes et incorrectes des mêmes catégories, démontrant ainsi l'écart qui existe sur le plan des connaissances. Il sera de plus question de la p-valeur, pour laquelle nous retiendrons comme association significative toutes les valeurs inférieures à 5 %, ainsi que des rapports de cotes de la probabilité de répondre correctement à la question, résultats qui figurent au tableau 5.

4.1.1. Réponses correctes aux questions

Question 1 : Au total, 75 % des femmes ont répondu correctement, donc « oui », à la première question, soit « *Est-ce qu'on peut réduire ses risques d'avoir le virus du sida en utilisant un condom chaque fois qu'on a des rapports sexuels?* ». Ce résultat est en quelque sorte satisfaisant, mais démontre que cet aspect des connaissances pourrait quand même être amélioré, puisqu'un

peu plus du quart des répondantes ne sont pas au fait de cette information très importante. Cette connaissance est d'importance capitale puisqu'elle est potentiellement directement reliée aux comportements à cet effet, qui réduisent grandement les risques d'exposition au virus. L'usage d'un préservatif fait notamment partie de la stratégie indienne ABC pour enrayer le VIH, qui vise à promouvoir l'abstinence, à être fidèle à un unique partenaire et à utiliser un condom lors de chaque relation sexuelle (IIPS, 2017).

Question 2 : À la deuxième question, « *Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant juste un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel?* ». En tout, 77,7 % des femmes ont répondu correctement, soit « oui ». Parmi les questions qui évaluent les connaissances des femmes sur le VIH, le taux de réponses correctes à cette dernière s'avère le plus élevé. Comme pour ce qui est de la question précédente, ce taux est bon, mais pourrait être amélioré vu son lien étroit avec des comportements cruciaux pour freiner la propagation de l'épidémie.

Question 3 : Le taux de réponses correctes des femmes, soit « oui », est légèrement inférieur en ce qui concerne la troisième question, « *Est-il possible qu'une personne apparemment en bonne santé ait en fait le virus du sida?* », soit de 74,2 %. Encore une fois, ce résultat est bon, mais puisque plus d'un quart des répondantes ignorent cette information, elles sont susceptibles de faire des choix dangereux, basés sur ces fausses croyances. Une des idées préconçues sur le VIH tient au fait que les personnes en étant atteintes sont immédiatement malades, tandis qu'il en est tout autre en réalité, comme il en a été discuté plus tôt. Il faut ainsi assurer que les gens ne choisissent pas d'adopter certains comportements en se basant sur les signes visibles de la maladie, par exemple en n'utilisant pas de préservatif parce que la ou les personnes avec lesquelles ils ont des relations sexuelles ne démontrent pas de signes d'infection au VIH. Ainsi, si les femmes savent qu'une personne infectée par le VIH peut en effet avoir l'air en santé, elles peuvent prendre des décisions éclairées et éviter les comportements sexuels qui les mettent à risque d'exposition et donc d'infection au VIH.

Question 4 : À la quatrième question, « *Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par les piqûres de moustiques?* ». Au total, 64,3 % des femmes ont répondu correctement, soit « non ». Ce taux

est non seulement considérablement inférieur aux précédents, mais est également trop faible puisqu'il indique qu'environ un tiers des répondantes ne sait pas dissiper ce mythe. Il est important que les femmes puissent avoir des connaissances exactes et adéquates sur le VIH pour être en mesure de s'en protéger adéquatement, notamment savoir comment il peut et ne peut pas être transmis.

Question 5 : En ce qui concerne la dernière question qui évalue les connaissances des femmes sur le VIH, soit « *Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant de la nourriture avec une personne qui a le sida?* », 60,7 % des répondantes ont répondu correctement. Le plus faible de cette catégorie, ce taux est largement insuffisant puisqu'il signifie que près de 40 % des répondantes ne savent pas que le fait de partager de la nourriture avec une personne infectée ne les expose pas au virus. Des connaissances erronées en ce qui concerne le contact que suppose cette question peuvent engendrer des attitudes négatives à l'égard des personnes infectées par le VIH et des interactions avec elles. Ainsi, les taux de réponses à cette question et à la précédente, donc les deux questions qui évaluent la capacité des répondantes à rejeter certains des mythes les plus populaires en Inde sur le VIH, permettent de voir que plusieurs fausses croyances en ce qui le concerne persistent chez les femmes indiennes.

4.1.2. Distribution des réponses et rapports de cotes

Âge : En ce qui concerne les connaissances, une plus grande proportion de femmes a répondu correctement dans chaque catégorie d'âge. C'est chez les répondantes de 25 à 29 ans et de 30 à 34 ans que l'on retrouve la plus grande différence entre les réponses correctes et incorrectes, soit d'environ 3 %. L'écart diminue graduellement en allant vers les deux extrémités des catégories d'âge, pour devenir presque négligeable dans les catégories des femmes de 45 à 49 ans (0,3 %) et de 15 à 19 ans (0,1 %). La p-valeur ($< 0,0001$) démontre une association significative entre l'âge et les résultats reliés aux connaissances en ce qui concerne le VIH. Pour ce qui est du rapport de cotes, avec comme catégorie de référence celle des répondantes de 45 à 49 ans, toutes les catégories présentent un résultat supérieur à 1, ce qui indique que les femmes appartenant aux autres catégories d'âge sont plus susceptibles de répondre correctement aux questions sur les

connaissances. Ce sont les catégories d'âge de 25 à 29 ans (1,201) et de 30 à 34 ans (1,203) qui présentent les plus grandes probabilités de répondre correctement.

Lieu de résidence : Peu importe si elles sont originaires de milieux urbains ou ruraux, davantage de femmes ont répondu correctement. L'écart est relativement petit chez les répondantes de régions rurales, alors qu'il est considérable chez celles provenant de régions urbaines, où il s'élève à un peu plus de 9 %. La p-valeur ($< 0,0001$) a ici aussi démontré un lien significatif entre le lieu de résidence et les connaissances ici mesurées. En ce qui concerne le rapport de cotes, les répondantes issues de milieux urbains semblent être plus susceptibles de répondre correctement (1,095), que celles de milieux ruraux, qui était ici la catégorie de référence.

Statut matrimonial : On dénote encore une fois davantage de réponses correctes qu'incorrectes dans les deux catégories. Chez les femmes non mariées, l'écart qui sépare le total de réponses correctes des réponses incorrectes est très petit, soit de 0,2 % de plus de réponses incorrectes, quoique cela représente une part non négligeable de la catégorie, puisque le total des réponses correctes est équivalent à 0,7 % et celui des réponses incorrectes à 0,5 %. En ce qui concerne les femmes mariées, un écart considérable sépare les catégories de réponses; il y a ainsi près de 12 % de réponses correctes de plus, quoique cette catégorie représente en tout près de 99 % des répondantes. La p-valeur (0,039) permet de conclure à une association significative des connaissances au statut matrimonial des répondantes. Le statut matrimonial semble affecter légèrement la probabilité de répondre correctement. Ainsi, les résultats du rapport de cotes indiquent que les femmes non mariées ont une plus grande probabilité de répondre correctement (1,061) que celles qui le sont, ici la catégorie de référence.

Sexe du ou de la chef-fe de famille : Plus de répondantes ont répondu correctement qu'incorrectement, qu'elles appartiennent à une famille où un homme ou une femme est chef-fe de famille. L'écart est cependant beaucoup plus important en ce qui concerne les ménages où il s'agit d'un homme, qui s'élève à un peu plus de 10 % de réponses correctes de plus, quoique cette catégorie réunisse près de 89 % des répondantes. La p-valeur (0,069) ne laisse pas présager de lien significatif entre les résultats liés aux connaissances et le sexe du ou de la chef-fe de famille des répondantes. Du même élan, selon le rapport de cotes, le sexe du ou de la chef-fe de famille ne

semble pas vraiment avoir d'incidence sur la probabilité de répondre correctement aux questions. Cette dernière est pratiquement pareille pour les répondantes chez qui le chef de famille est un homme (1,007) que pour celles dont la cheffe est une femme, ici la catégorie de référence.

Niveau d'éducation de la répondante : En ce qui concerne la distribution des réponses, près de 5 % de plus de répondantes n'ayant pas d'éducation ont répondu incorrectement en ce qui concerne les connaissances. Pour ce qui est des répondantes qui ont une éducation primaire, environ 1 % de plus l'ont fait. La tendance se renverse à partir de celles qui possèdent une éducation secondaire puisqu'elles ont répondu correctement dans environ 10 % de plus des cas, en précisant toutefois que cette catégorie comporte légèrement plus de 51 % du total des répondantes. Un écart d'un peu plus de 7 % est aperçu en ce qui a trait aux réponses des femmes ayant une éducation supérieure. La p-valeur ($< 0,0001$) démontre une association significative entre cette variable indépendante et les connaissances sur le VIH ici évaluées. En ce qui a trait au rapport de cotes, la catégorie de référence est celle des répondantes qui possèdent une éducation supérieure. Ainsi, toutes les catégories démontrent des probabilités plutôt faibles de répondre correctement comparativement à cette dernière catégorie, mais celles-ci augmentent pourtant avec le niveau d'éducation. Les répondantes ne possédant aucune éducation (0,442) proposent la probabilité la plus faible de répondre correctement, tandis que celles ayant une éducation primaire (0,486) ont légèrement plus de chance de le faire et que celles qui ont une éducation secondaire (0,647) présentent la plus haute probabilité.

Niveau d'éducation du conjoint : La même tendance que pour l'éducation des répondantes est constatée pour ce qui est de la distribution des réponses selon l'éducation de leur conjoint. Donc, près de 3 % des répondantes de plus dont le conjoint n'a pas d'éducation ou dont elles ne connaissent pas le niveau d'éducation ont répondu incorrectement, même si l'écart est moins marqué que chez les femmes, et presque 1 % de plus des répondantes dont le conjoint a une éducation primaire ont répondu incorrectement. De la même façon, à l'inverse, beaucoup plus de répondantes dont le conjoint possède une éducation secondaire ou supérieure ont répondu correctement qu'incorrectement, les écarts étant de près de 8 % pour les deux catégories. La p-valeur ($< 0,0001$) indique également qu'une association significative existe entre le niveau d'éducation du conjoint des répondantes et les connaissances qu'elles possèdent quant au VIH. Le

rapport de cotes révèle qu'aucune catégorie n'a plus de probabilité de répondre correctement que celle où le conjoint des répondantes possède une éducation supérieure. Comme on peut s'y attendre, les probabilités augmentent avec le niveau d'éducation; ainsi, les répondantes dont le conjoint ne possède pas d'éducation (0,689) démontrent la probabilité la plus faible, tandis que celles dont le conjoint a une éducation primaire (0,773) ou secondaire (0,839) présentent des scores quelques plus élevés.

Indice de richesse : À l'instar des tendances observées avec les niveaux d'éducation des répondantes et de leur conjoint, plus de répondantes appartenant au quintile de richesse inférieur ont répondu incorrectement que correctement, l'écart étant d'environ 2,5 %. Ce dernier se rétrécit au deuxième quintile, pour équivaloir à presque 2 %, pour enfin se renverser au troisième quintile, où les femmes ont répondu correctement en plus grand nombre. L'écart s'agrandit au quatrième quintile, pour atteindre son point culminant au quintile supérieur, où il est de près de 11 % en faveur des réponses correctes. La p-valeur ($< 0,0001$) traduit à nouveau une association significative entre l'indice de richesse et les connaissances des répondantes. Le rapport de cotes révèle qu'aucune catégorie n'a de plus grande probabilité de répondre correctement que celle des répondantes appartenant au quintile de richesse supérieur, ici la catégorie de référence. Les scores augmentent avec l'indice de richesse; c'est ainsi que les répondantes appartenant au quintile inférieur (0,517) présentent la probabilité la plus faible, tandis que celles appartenant au quatrième quintile (0,765) démontrent la plus élevée, comparativement au quintile supérieur.

Religion : La distribution des réponses en ce qui concerne la religion favorise les réponses correctes dans la catégorie des femmes appartenant à la religion indoue, avec un écart d'un peu plus de 9 %, et de façon moindre dans les autres religions, où l'écart est d'un peu plus de 3 %. La tendance est contraire pour ce qui est de la religion musulmane; 0,6 % de plus de répondantes ont répondu incorrectement. La p-valeur ($< 0,0001$) démontre encore une association significative entre les connaissances et la religion des répondantes. En ce qui concerne le rapport de cotes, les femmes appartenant aux religions indoue (0,813), curieusement, et musulmane (0,641), en accord avec les résultats précédents, sont beaucoup moins susceptibles de répondre correctement que celles appartenant à d'autres religions, ici la catégorie de référence.

Accès aux médias : Les répondantes ayant régulièrement accès aux médias présentent plus du double de réponses correctes qu'incorrectes, avec un écart de presque 15 % entre les deux proportions. Pour ce qui est de celles n'y ayant pas accès, on perçoit un plus haut taux de réponses incorrectes, avec un écart d'un peu plus de 3 %. La p-valeur ($< 0,0001$) indique encore une fois qu'une association existe entre l'accès régulier aux médias et les connaissances que possèdent les répondantes sur le VIH. Le rapport de cotes évoque pour sa part que les répondantes qui n'ont pas régulièrement accès aux médias (0,758) sont beaucoup moins susceptibles de répondre correctement que celles qui y ont accès, ici la catégorie de référence.

Statut d'emploi : Les femmes employées et non employées ont toutes répondu dans une plus grande proportion correctement qu'incorrectement. Les premières présentent un écart d'un peu plus de 3 %, tandis que près de 10 % séparent les taux de réponses des secondes, quoiqu'il faille mentionner que cette dernière catégorie comprend plus de 77 % du total des répondantes. La p-valeur (0,008) démontre encore un lien significatif entre le statut d'emploi et les connaissances des répondantes. Selon le rapport de cotes, les répondantes qui ne sont pas employées (0,948) sont légèrement moins susceptibles de répondre correctement que celles qui le sont, ici la catégorie de référence.

4.2. Résultats reliés aux attitudes

La présente sous-section examine les résultats reliés aux attitudes sur le VIH. Présentées au tableau 3, les réponses favorables aux quatre questions sélectionnées seront d'abord évaluées. Ensuite, il sera question de la distribution des réponses favorables et non favorables selon les caractéristiques démographiques et socioéconomiques, ainsi que de la p-valeur, éléments que contient le tableau 4. Enfin, les rapports de cotes de la probabilité de répondre favorablement aux questions seront analysés, résultats qu'on peut consulter au tableau 5.

4.2.1. Réponses favorables aux questions

Question 6 : On a demandé aux répondantes : « *Si quelqu'un de votre famille contractait le virus qui cause le sida, seriez-vous prête à prendre soin de lui ou d'elle dans votre propre ménage?* ». En tout, 75,3 % de femmes se disent prêtes à prendre soin d'un proche atteint du VIH dans leur propre ménage. Ce résultat est plutôt favorable, mais démontre qu'il y a tout de même du travail à faire pour rendre encore plus favorables les attitudes des femmes envers le VIH et les personnes qui en sont atteintes.

Question 7 : On a de plus posé la question suivante aux répondantes : « *Si une personne de votre famille tombait malade du VIH/sida, voudriez-vous que son état soit gardé secret ou non?* » Seuls 59,9 % des femmes ont répondu qu'elles ne voudraient pas que la séropositivité d'un membre de leur famille soit gardée secrète. Ce résultat est beaucoup plus faible que ceux des autres questions relatives aux attitudes, ce qui peut permettre d'avancer qu'un aspect de la question soit plus difficile à accepter ou suscite de l'inconfort chez les répondantes.

Question 8 : On leur a aussi demandé « *Si une enseignante a le virus du sida mais qu'elle n'est pas malade, est-ce que, à votre avis, elle devrait être autorisée à continuer à enseigner à l'école?* » Au total, 75,8 % des femmes ont répondu favorablement à cette question. Ce résultat est quand même bon, mais comme pour les autres résultats similaires, laisse place à l'amélioration.

Question 9 : Enfin, leur était également posée cette question : « *Est-ce que vous achèteriez des légumes frais d'un marchand ou d'un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida?* » Seulement 68,4 % des répondantes ont répondu qu'elles accepteraient d'acheter des légumes d'un marchand atteint du VIH. Ce résultat démontre également qu'il y a place à de l'amélioration en ce qui concerne les attitudes des femmes envers le VIH et les personnes qui en sont atteintes.

4.2.2. Distribution des réponses et rapports de cotes

Âge : Toutes les catégories de réponses en ce qui concerne l'âge ont présenté davantage de réponses favorables que non favorables. Les femmes de 25 à 29 ans et celles de 30 à 34 ans présentent les plus grands écarts, avec 8,5 % et un peu plus de 7 %, respectivement. L'écart s'amenuise graduellement en allant vers les deux extrêmes de la catégorie, pour finir à près de 3 % pour les femmes de 45 à 49 ans, et à presque 1 % seulement pour celles de 15 à 19 ans. La p-valeur ($< 0,0001$) indique pour sa part une association significative entre l'âge et les attitudes envers le VIH. Par ailleurs, les résultats du rapport de cotes sont supérieurs à 1 dans toutes les catégories, comparativement à la catégorie de référence, ici celles des femmes de 45 à 49 ans, sauf en ce qui concerne les femmes de 15 à 19 ans (0,989). Ainsi, les répondantes de toutes les autres catégories ont une plus grande probabilité de répondre favorablement aux questions relatives aux attitudes en matière de VIH. Les femmes de 25 à 29 ans (1,147) et de 30 à 34 ans (1,136) présentent les résultats les plus importants.

Lieu de résidence : Les deux catégories ont répondu plus souvent favorablement que non favorablement. Les répondantes originaires de milieux urbains présentent un écart de près de 16 % entre les deux types de réponses, tandis que celles provenant de régions rurales en présentent un de près de 20 %, quoique cette catégorie contienne près de 66 % des répondantes. Ici encore, la p-valeur ($< 0,0001$) traduit un lien significatif entre le lieu de résidence des répondantes et les attitudes qu'elles entretiennent vis-à-vis le VIH. En ce qui concerne le rapport de cotes, les répondantes issues de milieux urbains ont une plus grande probabilité de répondre favorablement (1,073) que celles provenant de régions rurales, ici la catégorie de référence.

Statut matrimonial : Quoique les pourcentages soient totalement différents dans les deux catégories de réponses, les proportions des réponses favorables et non favorables selon le statut matrimonial sont presque équivalentes; il y a ainsi environ le double de réponses favorables dans les deux cas. Donc, près de 35 % séparent les taux de réponses en ce qui concerne les répondantes mariées, la catégorie au complet représentant néanmoins près de 99 % des répondantes, tandis que seulement 0,4 % sépare les proportions de réponses des répondantes non mariées. La p-valeur (0,361) indique pourtant qu'il n'y a pas d'association significative entre le statut matrimonial et

les attitudes des répondantes en ce qui concerne le VIH. Le rapport de cotes indique pour sa part que les femmes qui ne sont pas mariées (1,098) ont davantage tendance à répondre favorablement que celles qui le sont, ici la catégorie de référence.

Sexe du-de la chef-fe de famille : La même tendance qu'en ce qui a trait au statut matrimonial est ici repérée, c'est-à-dire que bien que les chiffres soient très différents, les proportions des réponses favorables sont plus ou moins le double que pour les réponses non favorables. Pour les répondantes chez qui un homme est le chef de famille, plus de 31 % séparent les deux nombres, la catégorie représentant près de 89 % des répondantes, tandis que 4 % séparent celles pour qui il s'agit d'une femme. La p-valeur (0,737) révèle ici aussi qu'il n'y a pas d'association significative entre le sexe du ou de la chef-fe de famille et les attitudes ici mesurées. Pour sa part, le rapport de cotes indique qu'il n'y a pratiquement pas de différence entre la probabilité de répondre favorablement pour les femmes appartenant à un ménage dans lequel un homme est le chef (1,002) que pour celles dans lequel il s'agit d'une femme, ici la catégorie de référence.

Niveau d'éducation de la répondante : Toutes les catégories de réponses présentent une plus grande proportion de réponses favorables que non favorables, quoique les écarts varient considérablement. C'est ainsi qu'en ce qui concerne les répondantes n'ayant aucune éducation ou une éducation primaire, l'écart est de près de 3 %, un peu moins et légèrement plus, respectivement. Il saute à près de 21 % pour les femmes possédant une éducation secondaire, ce qui constitue plus du double des réponses non favorables, mais il faut préciser que cette catégorie compte ici pour 51 % du total des répondantes, et à près de 9 % pour celles qui ont une éducation supérieure. La p-valeur ($< 0,0001$) indique une association significative entre le niveau d'éducation des répondantes et les attitudes qu'elles ont envers le VIH. En ce qui concerne le rapport de cotes, les résultats démontrent que par rapport à la catégorie de référence, ici celle des répondantes possédant une éducation supérieure, les autres catégories ont beaucoup moins de chance de répondre favorablement. Cette probabilité augmente tout de même avec le niveau d'éducation, donc est plus faible chez celles qui n'ont pas d'éducation (0,485), pour croître chez celles possédant une éducation primaire (0,538) et pour prédire une plus grande probabilité de répondre favorablement pour celles ayant une éducation secondaire (0,652).

Niveau d'éducation du conjoint : La même tendance est ici remarquée en ce qui concerne l'éducation du conjoint des répondantes, soit que chacune des catégories présente davantage de réponses favorables que défavorables. L'écart qui sépare les réponses favorables et non favorables des femmes dont le conjoint n'a pas d'éducation est de 1,5 %, tandis qu'il s'étend à un peu plus de 3 % pour celles dont le conjoint a une éducation primaire. Il monte à près de 21 % pour celles dont le conjoint possède une éducation secondaire, quoique cette catégorie compte pour près de 57 % des répondantes, alors qu'il est de près de 10 % pour celles dont le conjoint a une éducation supérieure. La p-valeur ($< 0,0001$) traduit un lien significatif entre les attitudes que les répondantes ont envers le VIH et le niveau d'éducation que possède leur conjoint. Le rapport de cotes révèle qu'aucune catégorie n'a de plus grande probabilité de répondre favorablement que celle où le conjoint des répondantes possède une éducation supérieure, quoique la probabilité augmente avec le niveau d'éducation du conjoint. C'est ainsi que les répondantes dont le conjoint n'a aucune éducation (0,791) ont la probabilité la plus faible de répondre favorablement, alors que celles dont le conjoint a une éducation primaire (0,884) ou secondaire (0,918) présentent les probabilités les plus élevées.

Indice de richesse : L'écart entre les réponses favorables et non favorables croit ici avec l'indice de richesse, chaque catégorie présentant encore davantage de réponses favorables que non favorables. Ainsi, il est de 2,1 % au quintile inférieur, en augmentant graduellement jusqu'à équivaloir à un peu plus de 14 % au quintile supérieur. La p-valeur ($< 0,0001$) démontre qu'une association significative existe entre l'indice de richesse et les attitudes des répondantes à l'égard du VIH. En ce qui a trait au rapport de cotes, aucune catégorie ne démontre de plus grande probabilité de répondre favorablement que celle des répondantes appartenant au quintile supérieur, ici la catégorie de référence. La probabilité la plus faible peut être observée dans la catégorie des femmes appartenant au deuxième quintile (0,651), tandis que le score le plus élevé est constaté au quatrième quintile (0,791).

Religion : Il y a davantage de réponses favorables que défavorables dans toutes les catégories. La différence s'élève à un peu plus de 28 % pour la religion indoue, les réponses favorables étant équivalentes à plus du double des réponses non favorables, quoique cette catégorie comprenne près de 74 % des répondantes. L'écart est de presque 5 % pour les répondantes appartenant à

d'autres religions, tandis qu'il est d'un peu plus de 2 % chez les répondantes musulmanes. La p-valeur ($< 0,0001$) démontre un lien significatif entre la religion et les attitudes entretenues par les répondantes. Pour sa part, et reflétant les résultats ci-dessus, le rapport de cotes indique que les femmes appartenant à la religion indoue (1,099) ont davantage tendance à répondre favorablement que celles appartenant à d'autres religions, ici la catégorie de référence, tandis qu'il s'agit du contraire pour celles qui appartiennent à la religion musulmane (0,732).

Accès aux médias : L'écart est beaucoup plus prononcé entre les réponses favorables et non favorables des répondantes ayant accès aux médias, qui s'élève à un peu plus de 22 %, qu'entre celles des répondantes n'y ayant pas accès régulièrement, qui est d'un peu plus de 13 %, pour environ le même taux de réponses favorables. La p-valeur ($< 0,0001$) traduit ici aussi une association significative entre l'accès aux médias et les attitudes des femmes à l'égard du VIH. Pour sa part, le rapport de cotes indique que les répondantes n'y ayant pas accès régulièrement sont moins susceptibles de répondre favorablement (0,788) que celles y ayant accès, ici la catégorie de référence.

Statut d'emploi : En ce qui a trait au statut d'emploi, les femmes employées et non employées ont répondu plus souvent favorablement que non favorablement. Les écarts sont très différents, soit de presque 28 % pour les femmes non employées et de presque 8 % pour les femmes employées, mais les réponses favorables équivalent à peu près au double de celles non favorables dans les deux cas. Il faut par ailleurs mentionner que la première catégorie compte pour un peu plus de 77 % des répondantes. La p-valeur (0,001) indique un lien significatif entre les attitudes des répondantes vis-à-vis le VIH et leur statut d'emploi. Enfin, le rapport de cotes révèle que les répondantes qui ne sont pas employées (1,005) ont pratiquement la même probabilité de répondre favorablement que celles qui le sont, ici la catégorie de référence.

4.3. Résultats reliés aux pratiques

La présente sous-section examine les résultats reliés aux pratiques sur le VIH. Les réponses favorables aux quatre questions sélectionnées, illustrées au tableau 3, seront d'abord évaluées. Ensuite, il sera question de la distribution des réponses favorables et non favorables selon les caractéristiques démographiques et socioéconomiques des répondantes, ainsi que de la p-valeur, tel qu'on peut le voir au tableau 4. Enfin, les rapports de cotes de la probabilité de répondre favorablement aux questions seront analysés, résultats présentés au tableau 5.

4.3.1. Réponses favorables aux questions

Question 10 : Tout d'abord, la question suivante était posée aux femmes ayant déjà eu des relations sexuelles : « *En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois?* ». Au total, 99,5 % des répondantes ont répondu favorablement, soit en disant qu'elles n'ont pas eu de relation sexuelle, ou qu'elles en ont eu avec une seule personne seulement.

Question 11 : On leur a de plus demandé en ce qui concerne le dernier partenaire « *Quelle était votre relation avec cette personne?* ». En tout, 99,4 % des répondantes ont répondu favorablement à cette question, soit que la personne avec laquelle elles ont eu leur dernière relation sexuelle était leur mari ou un partenaire cohabitant. Ce résultat est très encourageant puisqu'il suggère que la dernière relation sexuelle des répondantes n'était pas à haut risque.

Question 12 : On leur a ensuite posé cette question : « *La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, un condom a-t-il été utilisé?* ». Le résultat à cette question est nettement inférieur aux autres et soulève nombre d'inquiétudes. Seuls 11,3 % des femmes ont répondu avoir effectivement utilisé un préservatif lors de leur dernière relation sexuelle. L'importance de cette pratique pour l'éradication de l'épidémie du VIH a été soulevée par nombre d'acteurs importants; elle a la capacité de décider de l'avenir de la problématique au pays (*Commission on AIDS in Asia*, 2008).

Question 13 : Enfin, la question suivante leur a été posée : « *En tout, durant votre vie, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels?* ». Au total, 98,6 % des femmes ont répondu favorablement, ce qui indique qu'elles ont eu deux partenaires ou moins au cours de leur vie. Ce résultat est très encourageant puisqu'il suggère que presque toutes les répondantes limitent leur exposition au VIH.

4.3.2. Distribution des réponses

En ce qui concerne l'ensemble des variables, il y a selon l'analyse faite en tout plus de réponses non favorables que favorables qui ont été présentées par les répondantes appartenant à chaque catégorie. Ce qui explique ces résultats pour le moins surprenants à la suite de l'analyse des questions auxquelles les réponses favorables ont été trois fois sur quatre nettement supérieures aux réponses défavorables est la suite de l'analyse qui a été faite des données. Cette dernière a requis un amalgame des questions dans SPSS, tel qu'expliqué plus tôt, en réponses favorables et défavorables en fonction de la moyenne du score de chaque répondante aux questions sur les pratiques, qui était ici de 3,09, sur une possibilité de 4. Ainsi, les scores inférieurs ou équivalents à 3, incluant le score moyen puisqu'il s'agit ici de catégories discrètes, ont été catégorisés comme des réponses défavorables et ceux équivalents à 4 comme favorables. Puisque la moyenne était à ce point élevée et que la grande majorité des répondantes a obtenu un score de 3, la distribution des réponses semble présenter des proportions de réponses défavorables beaucoup importantes qu'elles ne le sont en réalité. L'analyse ci-dessous présentera donc les résultats comme étant davantage ou moins défavorables, selon le cas, mais on pourra se fier également sur les rapports de cotes pour avoir un portrait plus représentatif de la réalité des pratiques des répondantes en matière de VIH.

Âge : Dans toutes les catégories, il y a davantage de réponses non favorables que favorables. C'est chez les femmes de 25 à 29 ans et de 30 à 34 ans que l'on aperçoit les plus grands écarts entre les réponses, qui s'élèvent ainsi à près de 16 % et à un peu plus de 14 %, respectivement. Les écarts diminuent en allant vers les deux extrêmes de la catégorie. La p-valeur (< 0,0001) indique une association entre l'âge et les pratiques ici évaluées en ce qui a trait au VIH. Le rapport de cotes

indique pour sa part des probabilités très élevées par rapport à la catégorie de référence, ici celles des femmes de 45 à 49 ans; le résultat le plus faible (1,895) appartient à la catégorie des femmes de 40 à 45 ans, tandis que les femmes de 25 à 29 ans (3,517) et de 30 à 34 ans (3,282) présentent les résultats les plus importants.

Lieu de résidence : Il y a encore beaucoup plus de réponses non favorables que favorables dans cette catégorie. On note un écart considérable entre les réponses des femmes issues de milieux urbains, soit presque 25 %, mais celui-ci est encore plus grand chez les femmes provenant de régions rurales, qui s'élève à presque 54 %. La p-valeur ($< 0,0001$) démontre une association entre les réponses relatives aux pratiques reliées au VIH et le lieu de résidence. En ce qui a trait au rapport de cotes, les femmes issues de milieux urbains (1,070) ont plus tendance à répondre favorablement que celles provenant de régions rurales, ici la catégorie de référence.

Statut matrimonial : Les femmes mariées et non mariées présentent toutes davantage de réponses non favorables que favorables. Or, les femmes mariées présentent un écart énorme entre les deux, soit d'un peu plus de 77 %, tandis que celles qui ne le sont pas en présentent un d'à peine 1 %. La p-valeur ($< 0,0001$) démontre à nouveau qu'un lien existe entre le statut matrimonial et les réponses des femmes en ce qui concerne les pratiques en lien au VIH. En ce qui a trait au rapport de cotes, les femmes non mariées (0,958) sont un peu moins susceptibles de répondre favorablement que celles qui le sont, ici la catégorie de référence.

Sexe du ou de la chef-fe de famille : Encore une fois, les deux catégories présentent beaucoup plus de réponses non favorables que favorables. En effet, 9 % séparent les réponses des répondantes dont un homme est le chef de famille tandis qu'un peu plus de 69 % divisent celles des répondantes pour qui une femme l'est. La p-valeur (0,280) indique qu'il n'y a pas d'association significative entre le sexe du ou de la chef-fe de famille et les pratiques ici mesurées. Le rapport de cotes démontre pour sa part que les répondantes qui proviennent de familles où un homme est le chef (1,106) ont une plus grande probabilité de répondre favorablement que celles pour qui il s'agit d'une femme, ici la catégorie de référence.

Niveau d'éducation de la répondante : Il y a encore une fois dans toutes les catégories beaucoup plus de réponses non favorables que favorables. C'est chez les répondantes possédant une éducation secondaire que le plus grand écart est repéré; ce dernier s'élève à près de 40 %, soit beaucoup plus élevé que dans les autres catégories. L'écart le plus restreint, qui est équivalent à presque 8 %, se trouve dans la catégorie des répondantes qui ont une éducation supérieure. La p-valeur ($< 0,0001$) révèle un lien entre le niveau d'éducation des répondantes et les pratiques ici évaluées en ce qui concerne le VIH. Le rapport de cotes indique que les répondantes n'ayant pas d'éducation (0,656), une éducation primaire (0,657) ou secondaire (0,713), ont beaucoup moins tendance à répondre favorablement que celles possédant une éducation supérieure, ici la catégorie de référence.

Niveau d'éducation du conjoint : Les réponses non favorables apparaissent encore dans chacune des catégories beaucoup plus souvent que les réponses favorables. Les répondantes dont le conjoint n'a pas d'éducation, une éducation primaire ou une éducation supérieure présentent presque toutes les mêmes écarts entre les réponses, qui sont tous équivalents à un peu plus de 11 %. L'écart de loin le plus élevé est ainsi aperçu dans la catégorie des répondantes dont le conjoint possède une éducation secondaire, s'élevant à un peu plus de 44 %. La p-valeur ($< 0,0001$) révèle encore une fois une association significative entre l'éducation du conjoint des répondantes et les pratiques qu'elles rapportent en lien au VIH. En ce qui concerne le rapport de cotes, aucune catégorie ne présente de résultat laissant présager une plus forte probabilité de répondre favorablement que la catégorie des femmes dont le conjoint possède une éducation supérieure, ici la catégorie de référence. Ainsi, la probabilité la plus faible est notée dans la catégorie des répondantes dont le conjoint possède une éducation primaire (0,764), tandis que le résultat le plus élevé est présenté par les répondantes dont le conjoint possède une éducation secondaire (0,942).

Indice de richesse : Les réponses non favorables sont encore une fois beaucoup plus nombreuses dans toutes les catégories. L'écart le plus faible, qui est d'un peu plus de 10 %, est aperçu dans la catégorie des répondantes appartenant au quintile inférieur. Il croît avec les quintiles, jusqu'à atteindre son paroxysme dans la catégorie des répondantes appartenant au quatrième quintile, avec un écart qui s'élève alors à un peu plus de 18 %. Celui du dernier quintile dépasse pour sa part légèrement 16 %. La p-valeur ($< 0,0001$) indique à nouveau un lien entre les pratiques en ce qui a

trait au VIH et l'indice de richesse. Le rapport de cotes indique qu'aucune catégorie ne possède de plus grande probabilité de répondre favorablement, et de loin, que celle des répondantes appartenant au quintile de richesse supérieur, ici la catégorie de référence; il faut tout de même mentionner que les probabilités augmentent avec l'indice de richesse. Ainsi, le quintile inférieur présente le résultat le plus faible (0,355), tandis que c'est au quatrième quintile qu'on aperçoit le score le plus élevé (0,626).

Religion : Toutes les catégories présentent encore beaucoup plus de réponses non favorables que favorables. L'écart le plus faible est de presque 11 % et est aperçu dans la catégorie des répondantes appartenant à d'autres religions. Le plus élevé se trouve dans la catégorie des répondantes appartenant à la religion indoue et s'élève à un peu plus de 58 %. La p-valeur ($< 0,0001$) est ici aussi synonyme d'association entre la religion et les pratiques relatives au VIH. En ce qui a trait au rapport de cotes, et de façon plutôt curieuse, les femmes appartenant à la religion indoue (1,137) ont une plus grande probabilité de répondre favorablement que celles qui appartiennent à d'autres religions, ici la catégorie de référence, alors que celles qui sont de religion musulmane (1,453) présentent un score encore plus élevé.

Accès aux médias : On retrouve encore une fois dans chacune des catégories plus de réponses non favorables que favorables. Chez les femmes ayant régulièrement accès aux médias, l'écart entre les réponses est légèrement supérieur à 31 %, tandis que celui qui sépare les deux types de réponses des répondantes n'y ayant pas accès est d'un peu plus de 47 %. Une association entre l'accès aux médias et les pratiques reliées au VIH est encore une fois indiquée par la p-valeur ($< 0,0001$). Selon le rapport de cotes, les répondantes n'ayant pas régulièrement accès aux médias (0,922) ont légèrement moins tendance à répondre favorablement que celles qui y ont accès, ici la catégorie de référence.

Statut d'emploi : Comme la tendance le veut, on retrouve encore une fois beaucoup plus de réponses non favorables que favorables dans les deux catégories que proposent cette variable. Presque 19 % séparent les réponses des répondantes employées, tandis que celles qui ne le sont pas présentent un écart substantiel de près de 60 % entre leurs réponses non favorables et favorables. La p-valeur ($< 0,0001$) démontre encore une fois un lien entre le statut d'emploi et les

pratiques ici évaluées en ce qui concerne le VIH. Enfin, le rapport de cotes indique que les femmes non employées (1,119) ont une plus grande probabilité de répondre favorablement que celles qui le sont, ici la catégorie de référence.

5. Discussion des résultats

La présente section discute en détail des résultats de l'analyse des données présentées ci-dessus. Le même ordre que pour les sections précédentes sera conservé; seront ainsi présentées les CAP, dans l'ordre. Suivra une section faisant le lien entre les trois éléments, afin d'expliquer leurs rôles individuel et combiné dans l'avenir de la problématique. La dernière partie de cette section ciblera certains éléments clés qui ressortent de l'analyse et qui ont le potentiel de jouer un rôle particulièrement important dans l'éradication de l'épidémie.

Avant d'analyser davantage les résultats, il est important de mentionner la covariance des variables indépendantes. Il est difficile de cibler précisément l'effet d'une variable indépendante en l'isolant totalement des autres variables étudiées. Par exemple, les femmes plus jeunes ont plus de chances d'appartenir à la catégorie des femmes non mariées, et celles habitant des milieux urbains d'être exposées aux médias, et donc à la technologie, ce qui peut avoir une incidence importante sur l'interprétation des données. On peut donc concevoir que beaucoup de femmes appartenant à ces groupes considérés séparément répondent correctement ou favorablement, mais certaines répondantes appartiennent à plusieurs de ces catégories cibles à la fois. Ainsi, dans l'analyse qui prévaut ici, il faut tenir compte du recoupement de ces variables.

5.1. Discussion des résultats sur les connaissances

En ce qui concerne les réponses correctes aux questions, celles qui ont trait aux connaissances sont relativement satisfaisantes, sauf en ce qui concerne le rejet des faux mythes entourant les sources d'infection au VIH. Ainsi, les femmes ont répondu correctement plus souvent aux questions relatives aux comportements sexuels à prescrire et à proscrire pour éviter l'infection et à celle qui demande si une personne qui a l'air d'être en santé peut en effet être infectée au VIH. Selon les résultats obtenus, les répondantes sont moins au fait que la transmission du virus ne peut se faire par le biais de piqûres de moustiques ou en partageant de la nourriture avec une personne infectée. En analysant les résultats de façon plus générale, on peut déceler que les répondantes semblent penser qu'il existe plus de façons de transmettre le virus qu'il en existe en réalité. Ces réponses peuvent traduire une peur, voire une paranoïa, en ce qui concerne la transmission possible du VIH. Bien que les résultats aux questions analysées ne soient que partiellement satisfaisants, ils démontrent quand même qu'une partie des répondantes possède une connaissance suffisante du VIH pour en éviter la contraction, quoique les résultats démontrent le besoin d'améliorer ces connaissances.

En ce qui concerne les caractéristiques démographiques et socioéconomiques, les variables présentées ci-dessous seront celles pour lesquelles la p-valeur a démontré un lien significatif, soit toutes les variables indépendantes sauf le sexe du ou de la chef-fe de famille. Tout d'abord, les répondantes âgées de 25 à 29 ans et de 30 à 34 ans démontrent les meilleurs résultats pour ce qui est des connaissances sur le VIH, tandis que celles de 15 à 19 ans et de 45 à 49 ans présentent des réponses beaucoup plus inquiétantes. Comme il en a été question à plusieurs reprises dans ce travail, c'est en effet chez les femmes plus jeunes que la proportion des nouvelles infections a le plus augmenté, rendant les résultats ici obtenus d'autant plus problématiques. Les connaissances rapportées sont ainsi largement insuffisantes pour garantir l'éradication de l'épidémie chez ce groupe de la population. Les femmes provenant de régions urbaines semblent pour leur part avoir de meilleures connaissances que celles issues de régions rurales. Par ailleurs, c'est chez les femmes mariées que les connaissances semblent être quelque peu supérieures à celles des femmes non mariées. Elles semblent de plus s'améliorer grandement avec le niveau d'éducation des répondantes ainsi qu'avec celui de leur conjoint, les réponses démontrant des changements

marqués selon les niveaux d'éducation. La même tendance est perçue en ce qui concerne l'indice de richesse, puisque les connaissances augmentent proportionnellement aux quintiles de richesse. Aussi, ce sont les répondantes appartenant à la religion indoue qui présentent les meilleures connaissances, tandis que celles appartenant à d'autres religions démontrent les plus faibles. Enfin, les répondantes ayant régulièrement accès aux médias présentent de meilleures connaissances que celles n'y ayant pas accès, tandis que ce sont les femmes qui ne sont pas employées qui en présentent davantage que les répondantes employées. Ce sont en effet les caractéristiques démographiques et socioéconomiques décrites ci-dessus comme étant reliées à de meilleures connaissances sur le VIH qui y sont le plus souvent associées (Ackerson et al., 2012).

En ce qui concerne les rapports de cotes pour les questions relatives aux connaissances sur le VIH, il faut noter qu'ils ont pour la plupart appuyé l'analyse ci-dessus, en justifiant de plus bel les données obtenues avec les analyses antérieures. Ainsi, les répondantes de 25 à 29 ans et de 30 à 34 sont les plus susceptibles de répondre correctement, ce qui peut notamment être attribué au fait que les plus jeunes aient pu être éduquées sur le sujet par le biais des écoles qu'elles ont fréquentées et des programmes y étant présentés, surtout dans les années qui ont suivi l'essor de l'épidémie en Inde, pendant lesquelles ont été instaurées des initiatives d'éducation (Adelekan, 2017). Au contraire, celles qui ont de 45 à 49 ans présentent la plus faible probabilité de répondre correctement. Pour leur part, les femmes provenant de milieux urbains ont plus tendance à répondre correctement que celles issues de régions rurales, les premières ayant souvent davantage accès à de l'information et à des ressources que leurs consœurs de régions parfois éloignées de plusieurs de ces éléments (Hazarika, 2010). Ce sont les répondantes non mariées qui présentent la plus grande probabilité de répondre correctement aux questions, contrairement à celles qui le sont. Par ailleurs, le niveau d'éducation des répondantes, celui de leur conjoint ainsi que l'indice de richesse influencent fortement la probabilité de répondre correctement. Ces trois variables sont ainsi associées positivement à la probabilité de répondre correctement; selon les résultats ici obtenus, plus une répondante est éduquée, plus son conjoint l'est et plus elle appartient à un quintile de richesse élevé, plus elle tend à répondre correctement aux questions sur les connaissances sur le VIH. Les femmes appartenant à d'autres religions sont celles qui ont la plus grande probabilité de répondre correctement; celles qui démontrent la probabilité la plus faible sont les répondantes de religion musulmane. Ce sont pour leur part les répondantes ayant régulièrement accès aux

médias qui présentent la plus grande probabilité de répondre correctement aux questions sur les connaissances. Les médias étant un véhicule important pour les messages relatifs à la santé, portant notamment sur le VIH, on peut s'attendre à ce que les répondantes y ayant accès aient eu davantage d'exposition à des informations correctes mises de l'avant par des organismes ou par le gouvernement dans les efforts pour enrayer l'épidémie au pays (Catalani et al., 2013). Au final, les répondantes qui sont employées sont davantage susceptibles de répondre correctement à ces questions.

Le savoir oriente de façon générale les attitudes des gens et la façon dont ils agissent à l'égard de certaines personnes ou situations. Les connaissances en ce qui concerne la santé sont d'autant plus essentielles pour permettre aux individus de se protéger contre des maladies contagieuses, souvent évitables, et de conserver un bon état de santé. Identifier les connaissances des femmes indiennes en ce qui concerne le VIH est ainsi primordial pour déterminer les attitudes et les comportements qu'elles adopteront envers la problématique, et donc ultimement leur incidence sur la prévalence du virus chez ce groupe en Inde. Il s'avère crucial que la population possède des connaissances suffisantes en ce qui concerne le VIH pour qu'elle puisse agir de façon à éviter l'exposition au virus et ainsi sa transmission, donc pour enrayer l'épidémie. Ces connaissances sont de plus essentielles pour éliminer la discrimination et la stigmatisation qui accompagnent le plus souvent le diagnostic (Solomon, et al., 2016). Le fait de savoir notamment comment le virus est réellement contracté, et comment il ne peut pas l'être, ainsi que les risques que certains comportements peuvent entraîner, peut avoir une incidence importante sur l'avenir de la problématique. Il est ainsi important pour les gens d'avoir des connaissances adéquates en ce qui concerne le VIH afin qu'ils soient assez vigilants pour éviter les comportements qui peuvent comporter un risque de transmission du virus, mais également pour qu'ils n'en évitent pas d'autres à défaut de savoir qu'ils ne constituent aucun risque, comme de côtoyer des personnes atteintes du virus pour éviter d'être infecté. Il faut ainsi continuer de miser sur l'éducation et sur les campagnes d'information pour favoriser une connaissance compréhensive de la problématique. Ainsi, il est absolument crucial pour éradiquer l'épidémie de favoriser une meilleure connaissance du VIH, surtout des facteurs de risque, des modes de transmission et des moyens de s'en protéger. Puisque les femmes représentent une population particulièrement vulnérable au virus, il est encore plus important qu'elles soient équipées de ces informations pour être en mesure de protéger adéquatement leur santé.

5.2. Discussion des résultats sur les attitudes

Des attitudes favorables envers le VIH et les personnes qui en sont atteintes sont absolument nécessaires à l'éradication de l'épidémie; elles favorisent une ouverture d'esprit à l'égard des personnes séropositives et de leurs besoins, ainsi qu'en ce qui concerne leur inclusion dans la communauté et dans les initiatives les concernant (Catalani et al., 2013). Au contraire, les attitudes qui relèvent de la stigmatisation sont une des barrières principales aux réponses à l'épidémie, réduisant notamment l'usage par la population des services de prévention, de ceux qui proposent des tests de dépistage et au counseling qui entoure cette démarche (Catalani et al., 2013). Encore, l'adhésion à l'ART est influencée négativement par le stigma relié au VIH (Bhatti et al., 2016; Yathiraj et al., 2018), ce qui met non seulement en péril la santé des personnes atteintes du VIH, mais qui fait aussi en sorte qu'elles puissent continuer à transmettre le virus à autrui.

Les réponses favorables en ce qui concerne les attitudes vis-à-vis le VIH sont encore une fois plutôt satisfaisantes, surtout quand il s'agit de prendre soin d'un proche infecté ou d'être d'accord avec le fait qu'une enseignante infectée puisse continuer à enseigner, légèrement moins en ce qui a trait à l'achat de légumes frais d'un marchand séropositif. Ces derniers résultats peuvent possiblement être expliqués par la nature de la relation décrite par la question. Il s'agit ainsi de nourriture que le marchand aura probablement touchée, ainsi que d'un échange qui rend possible un contact physique avec la personne atteinte du VIH. Les réponses à cette question peuvent aussi traduire des attitudes qui émanent d'un manque de connaissance, par exemple si la répondante croit qu'un simple contact physique ou que le fait de partager de la nourriture avec une personne infectée présente un risque de contraction du virus. Par ailleurs, le résultat le plus faible est associé à la question qui concerne le fait de garder secret ou non l'état de santé d'un proche atteint du VIH; près de 40 % des répondantes ont eu une réponse défavorable à la question. Les raisons qui peuvent expliquer une attitude beaucoup moins favorable au fait de rendre public le statut séropositif d'un proche sont maintes. Or, il est possible d'avancer une explication reliée à l'image de soi projetée aux autres ou perçue par les autres; deux types de stigmas pourraient être associés à ce genre de conception, soit le stigma relié au fait de divulguer son statut ou que celui d'une autre personne soit connu, soit celui associé à l'attitude du public envers les gens qui sont atteints du VIH (Yathiraj et al., 2018). Ce résultat révèle ainsi une acceptation partielle ou une honte reliées à la

problématique; c'est-à-dire que les attitudes des répondantes sont quand même favorables envers le VIH et les personnes qui en sont atteintes, sauf quand il s'agit de ce que les autres pourraient penser d'elles-mêmes si une personne de leur entourage en était atteinte. Ainsi, il se pourrait qu'en ce qui concerne une personne atteinte du VIH connue des répondantes, mais n'étant pas comprise parmi leurs proches, elles soient plus indulgentes. Au contraire, une personne atteinte du VIH faisant partie de leur entourage pourrait être susceptible de venir teinter leur réputation, par association.

De façon analogue à ce qui a été présenté pour les connaissances, il y a dans dans presque toutes les catégories des variables indépendantes davantage de réponses favorables que défavorables. Les variables présentées ci-dessous seront encore celles pour lesquelles la p-valeur a démontré un lien significatif, soit toutes les variables indépendantes sauf le statut matrimonial et le sexe du ou de la chef-fe de famille. Ainsi, ce sont encore les femmes de 25 à 29 ans et de 30 à 34 ans qui ont présenté les attitudes les plus favorables, tandis que c'est chez celles de 15 à 19 ans et de 45 à 49 que l'on aperçoit les taux de réponses les plus faibles. Les femmes de milieux ruraux ont pour leur part présenté les attitudes les plus favorables au VIH, quoique celles des répondantes de milieux urbains ne soient pas beaucoup moins favorables. Les attitudes sont les plus favorables chez les femmes qui possèdent une éducation secondaire et dans une moindre mesure chez celles possédant une éducation supérieure, tandis qu'elles le sont beaucoup moins chez celles qui ne possèdent aucune éducation ou une éducation primaire; la même tendance est dégagée chez les répondantes dont le conjoint possède ces mêmes niveaux d'éducation. L'indice de richesse est pour sa part directement proportionnel aux attitudes favorables. En ce qui concerne la religion, ce sont les répondantes appartenant à la religion indoue qui présentent les attitudes les plus favorables, tandis que celles appartenant à la religion musulmane présentent les taux les plus faibles. Les répondantes ayant accès régulièrement aux médias présentent les taux de réponses les plus favorables par rapport à celles n'y ayant pas accès, tandis que ce sont celles qui ne sont pas employées qui démontrent pour leur part les taux les plus élevés, comparativement à ceux des femmes employées. Ces caractéristiques sont le plus souvent associées avec davantage de connaissances sur le VIH et d'exposition aux faits et aux réalités entourant le virus et la maladie qui peut l'accompagner, ce qui aide à dissiper les mythes et les fausses conceptions (Ackerson et al., 2012).

Les rapports de cotes viennent au même titre que pour les connaissances rajouter à l'analyse faite ci-dessus des réponses concernant les attitudes sur le VIH. Les répondantes appartenant à la catégorie de 25 à 29 ans et de 30 à 34 ans sont celles qui présentent la plus grande probabilité de répondre correctement aux questions, tandis que celles de 15 à 19 ans présentent la plus faible. Les répondantes de milieux urbains ont pour leur part une plus grande probabilité de répondre correctement que celles qui proviennent de milieux ruraux. Comme pour les connaissances, les femmes de milieux urbains ont davantage tendance à avoir accès à de l'information, ce qui a pour effet de diminuer les préjugés et les fausses perceptions, laissant place à des attitudes beaucoup moins négatives envers le VIH, puisque les modes de transmission sont davantage connus (Hazarika, 2010). Le niveau d'éducation de la répondante a une grande incidence sur sa probabilité à répondre favorablement, et le niveau d'éducation de son conjoint également, mais à un moindre degré. C'est ainsi qu'une association positive marquée peut être notée entre le niveau d'éducation et la propension des répondantes à avoir des attitudes favorables envers le VIH. En ce qui concerne l'indice de richesse, on peut remarquer la même tendance, soit que les attitudes sont davantage favorables plus l'indice de richesse augmente puisqu'aucun résultat ne dépasse celui du quintile supérieur, sauf pour ce qui est du deuxième quintile, qui arrive en matière de résultats derrière le quatrième quintile. Tel que mentionné dans l'analyse des rapports de cotes des connaissances, très souvent, le fait d'appartenir à un quintile de richesse plus élevé est synonyme d'exposition à davantage d'information et de ressources, en plus de davantage d'éducation (Ackerson et al., 2012). Par ailleurs, les répondantes ayant le plus tendance à répondre favorablement sont celles appartenant à la religion indoue, tandis que celles qui le sont le moins sont celles de religion musulmane. Ce sont également les répondantes ayant régulièrement accès aux médias qui présentent la plus grande probabilité de répondre favorablement, ce qui, tel qu'expliqué plus haut, a tendance à accompagner un accès à l'information correcte et dissipant les préjugés (Catalani et al., 2013). Enfin, le statut d'emploi ne semble pas selon le rapport de cotes affecter la probabilité de répondre favorablement aux questions relatives aux attitudes sur le VIH.

Certaines attitudes fréquemment constatées en ce qui concerne le VIH sont reliées à de l'incompréhension, de la peur et du dégoût (Solomon, et al., 2016). La maladie étant associée à des comportements tabous et proscrits dans plusieurs sociétés, surtout traditionnelles, les personnes en étant atteintes doivent souvent composer avec des attitudes très négatives à leur égard

(Yathiraj et al., 2018). Les gens qui les entourent, qui connaissent leur statut et qui ont des connaissances erronées par rapport à la maladie sont non seulement susceptibles d'entretenir des attitudes discriminatoires à leur égard, mais peuvent également souvent être portés à éviter le contact physique avec ces personnes, donc à s'éloigner physiquement d'elles, à les marginaliser et à les ostraciser (Yathiraj et al., 2018). Il est absolument crucial d'encourager des attitudes favorables chez les femmes indiennes et chez la population du pays dans son ensemble pour assurer une inclusion des personnes vivant avec le VIH ou le sida, sans qu'elles doivent cacher leur statut et dans la dignité. La discrimination et la stigmatisation ne favorisent en rien l'éradication de l'épidémie (Bhatti et al., 2016). Au contraire, l'éducation et la sensibilisation viennent dissiper les mythes et les fausses croyances, tout en apprenant aux gens les moyens de transmission réels et les façons de s'en protéger. La disparition des attitudes négatives envers le VIH et les personnes qui en sont atteintes est essentielle pour enrayer l'épidémie. Ces attitudes désobligeantes font de la maladie un tabou, pouvant mener à des comportements méchants ou agressifs, ou à d'autres qui tiennent de l'évitement, non seulement des personnes vivant avec le VIH, mais également de pratiques qui pourraient être associées avec le virus (Bhatti et al., 2016). Ainsi, certaines personnes refusent même de faire un test de dépistage de peur d'en connaître le résultat, ou d'avoir des pratiques sexuelles sécuritaires, puisque cela pourrait laisser entendre qu'elles sont séropositives, comme l'usage d'un condom, qui est souvent associé au VIH (Yathiraj et al., 2018). Plusieurs insistent sur les réformes sociales pour réduire le stigma qui entoure la maladie (Bhatti et al., 2016).

5.3. Discussion des résultats sur les pratiques

Loin de vouloir poser un jugement sur les comportements sexuels des femmes en Inde, l'analyse des données relatives à leurs pratiques sexuelles a uniquement pour but de mieux comprendre leur lien avec l'épidémie du VIH en Inde et leur rôle dans son éradication. Comme il en été question plus haut, le virus du VIH est introduit dans le corps de la personne infectée le plus souvent par le biais du sang ou des sécrétions corporelles; sauf si le virus est transmis par le biais d'une seringue ou d'un autre instrument tranchant, il doit y avoir un contact physique du sang ou des sécrétions infectées avec une plaie ouverte, voie par laquelle le VIH peut faire irruption dans l'organisme et

le contaminer (Ugwu et Eneh, 2014). La possibilité pour les adultes d'être infectés dépend ainsi entièrement de leur exposition au virus et du contact physique avec celui-ci.

Les résultats des réponses aux questions qui ont trait aux pratiques sont hautement favorables, sauf pour une, pour laquelle les résultats sont très faibles. En ce qui concerne les partenaires sexuels des répondantes, soit le total dans la dernière année et à vie, ainsi que la relation avec le dernier partenaire, les résultats démontrent des comportements très favorables, voire optimaux. Or, en ce qui concerne l'usage d'un condom lors de la dernière relation sexuelle, seulement environ 11 % des répondantes ont répondu favorablement. Ce résultat est très inquiétant puisque même si selon les résultats obtenus aux autres questions l'exposition au VIH risque d'être limitée, elle est loin d'être nulle si aucun préservatif n'est utilisé. L'usage de condoms est le moyen le plus sûr d'éviter l'exposition au VIH (*Commission on AIDS in Asia*, 2008). Comme le prône l'Inde avec son modèle ABC, l'abstinence et la fidélité sont à privilégier, mais toute pratique sexuelle dépassant ce cadre devrait être faite de façon sécuritaire, donc protégée (IIPS, 2017). Plusieurs raisons pourraient être avancées afin d'expliquer pourquoi les répondantes n'ont pas utilisé de condom lors de leur dernière relation sexuelle, mais au-delà du fait qu'elles n'aient possiblement qu'un partenaire sexuel et jugent que de ne pas en utiliser ne pose pas de danger, il se peut également qu'elles n'aient pas mot à dire en ce qui concerne l'usage de préservatifs. Les normes « genrées » de nature patriarcales réduisent considérablement le pouvoir de négociation des femmes en ce qui concerne toute forme de protection (Schensul et al., 2015).

Seront encore analysées seulement les variables pour lesquelles la p-valeur indique un lien significatif, soit toutes les variables indépendantes sauf le sexe du ou de la chef-fe de famille. On doit rappeler que cette partie de l'analyse faite dans SPSS a donné lieu à des résultats quelque peu inattendus, que viendront tempérer les rapports de cotes, présentés tout de suite après. Tout d'abord, selon les écarts entre les deux catégories de réponses, c'est chez les femmes de 25 à 29 ans et de 30 à 34 ans que l'on retrouve les pratiques les plus défavorables, tandis que ce sont les répondantes de 15 à 19 ans qui présentent les moins défavorables. Les femmes issues de milieux ruraux présentent les pratiques les plus défavorables par rapport à celles provenant de régions urbaines. Les femmes mariées présentent de loin les pratiques les plus défavorables, tandis que les femmes non mariées présentent un peu plus de pratiques non favorables que favorables, mais

l'écart est quand même faible. Par ailleurs, les répondantes qui présentent les pratiques les plus défavorables sont celles qui ont une éducation secondaire, tandis que celles qui démontrent les pratiques les moins défavorables sont celles qui possèdent une éducation supérieure. Les répondantes dont le conjoint possède une éducation secondaire ont de loin présenté les pratiques les plus défavorables, tandis que celles dont les conjoints n'ont soit pas d'éducation, une éducation primaire ou supérieure ont présenté environ les mêmes écarts en ce qui a trait aux pratiques favorables et défavorables. Les pratiques les plus défavorables sont remarquées chez les répondantes appartenant au quatrième quintile, tandis que les moins défavorables chez celles faisant partie du quintile inférieur. Les répondantes appartenant à la religion indoue présentent de loin les pratiques les plus défavorables, alors que celles appartenant à d'autres religions présentent les réponses les moins défavorables. Ce sont pour leur part les répondantes qui n'ont pas accès régulièrement aux médias qui démontrent les pratiques les plus défavorables par rapport à celles qui y ont accès, qui ont quand même un taux assez élevé de réponses défavorables. Enfin, les répondantes non employées présentent de loin les pratiques les plus défavorables par rapport à celles qui le sont.

Tel que mentionné plus tôt, les rapports de cotes peignent un portrait quelque peu différent de la situation en ce qui concerne les pratiques. L'âge dans cette section est la variable qui influence le plus fortement les réponses. Ainsi, les femmes de 25 à 29 ans et de 30 à 34 ans présentent encore les résultats les plus élevés, indiquant donc une très forte probabilité de répondre favorablement, comparativement aux répondantes de 45 à 49 ans, qui démontrent la plus faible. Ces résultats peuvent notamment être expliqués par le fait que les femmes plus âgées peuvent avoir eu plus de partenaires sexuels au cours de leur vie et que si elles n'ont pas utilisé de condom lors de leur dernière relation sexuelle, c'était peut-être parce que c'était avec leur mari. Les femmes de milieux urbains présentent encore la plus grande probabilité de répondre favorablement que celles issues de milieux ruraux. On peut encore associer leurs résultats favorables à davantage d'exposition à de l'information correcte et pertinente sur le sujet, ainsi qu'au transfert souhaité de ces connaissances en pratiques sécuritaires pour éviter l'exposition au VIH. Les femmes mariées sont pour leur part davantage susceptibles de répondre favorablement que celles qui ne le sont pas. La variable en elle-même peut expliquer les résultats qui y sont ici associés; c'est ainsi que les femmes non mariées ont tendance à être plus jeunes, donc peuvent avoir des comportements sexuels plus

risqués, en plus du fait que leur dernière relation sexuelle n'était pas, par définition, avec leur mari, ce qui peut avoir pour effet de rendre leurs réponses aux questions sur les pratiques moins favorables. Le niveau d'éducation des répondantes semble être associé positivement à leur propension à répondre favorablement. Ainsi, celles possédant une éducation supérieure présentent la probabilité la plus élevée, tandis que la plus faible est notée dans la catégorie des femmes n'ayant aucune éducation. De façon générale, la même tendance se dessine pour ce qui est de l'éducation du conjoint des répondantes; les conjoints de celles présentant les scores les plus élevés possèdent une éducation supérieure, tandis que le score le plus faible est présenté par celles dont les conjoints ont une éducation primaire. L'indice de richesse est ici fortement associé à la probabilité de répondre favorablement. Les scores, associés positivement à l'indice de richesse, sont tous plutôt faibles lorsqu'ils sont comparés à celui du quintile supérieur. Les répondantes appartenant à la religion musulmane présentent la plus grande probabilité de répondre favorablement, tandis que celles qui sont d'autres religions présentent la probabilité la plus faible. Les femmes ayant accès aux médias ont une plus grande probabilité de répondre favorablement que celles qui n'y ont pas accès. À l'instar de l'analyse faite plus haut, le fait d'avoir accès à l'information véhiculée par les médias peut se traduire en des pratiques favorables et donc sécuritaires en matière de VIH (Hazarika, 2010). Enfin, ce sont curieusement les femmes qui ne sont pas employées qui présentent la plus grande probabilité de répondre favorablement, contrairement à celles qui le sont.

Les pratiques en terme de VIH affectent directement l'avenir de la problématique puisqu'elles y exposent ou non les individus. Puisque les relations sexuelles représente la voie principale de transmission, éviter les pratiques sexuelles qui exposent les personnes au virus est donc synonyme d'éradication de la pandémie. Comme il en a été question à maintes reprises au cours de ce travail, les femmes sont plus vulnérables que les hommes au VIH, notamment à cause de facteurs socioculturels. Ainsi, il est particulièrement important de connaître leurs pratiques pour veiller à ce qu'elles évitent autant que possible d'être exposées au virus. Comme évoqué plus haut, les femmes indiennes, de par leur statut social parfois inférieur à celui des hommes, se retrouvent souvent en position d'infériorité ou dans des situations où elles n'ont pas le droit de refuser des avances sexuelles ou d'exiger l'usage de protection. Or, elles doivent pouvoir être en mesure d'exiger des relations sexuelles protégées et selon les modalités qui leur conviennent. La féminisation de l'épidémie en Inde, suggérant un changement dans ses déterminants, ne fait

qu'accroître l'importance et l'urgence pour les femmes d'adopter des comportements sexuels sécuritaires qui les protègent du VIH.

5.4. Liens entre les CAP

La présente sous-section fait un lien entre les conclusions des parties précédentes, qui ont décortiqué les divers résultats d'analyse relatifs aux CAP séparément. Elle visera à démontrer les liens qui unissent ces trois aspects interdépendants et essentiels à l'éradication du VIH.

5.4.1. Questions

Les trois catégories de questions analysées dans le cadre de ce travail présentent des résultats quelque peu variés. Ceux qui concernent les connaissances et les attitudes sont plutôt semblables, quoique les deuxièmes soient un peu inférieurs aux premiers. Ainsi, selon les résultats obtenus, on peut proposer un lien entre les connaissances des répondantes et les attitudes qu'elles entretiennent à l'égard du VIH. Puisque les résultats des connaissances sont supérieurs à ceux des attitudes, on peut avancer que les premiers auraient une incidence sur les seconds; le fait de posséder davantage de connaissances pourraient ainsi être associé à des attitudes plus favorables. Au contraire, les résultats relatifs aux questions sur les pratiques sont complètement différents de ceux des deux autres catégories. Tel que mentionné plus tôt, ils sont non loin de 100 % pour ce qui est de trois questions, mais chutent drastiquement à un peu plus de 11 % pour celle qui a trait à l'usage d'un condom lors de la dernière relation sexuelle. Cette donnée atypique reflète un écart entre connaissance et pratique. En effet, les résultats à deux questions analysées illustrent un paradoxe de taille, soit en ce qui concerne la connaissance de l'usage d'un condom lors de chaque relation sexuelle pour se protéger du VIH et l'usage d'un condom lors de la dernière relation sexuelle, mesurant ainsi les pratiques. Le résultat des réponses correctes à la première question est de 75 %, tandis que les réponses favorables à la seconde sont d'un peu plus de 11 %. Une bonne partie des répondantes semble savoir que des risques reliés aux relations sexuelles non protégées existent,

mais cela ne se traduit pas nécessairement en pratique sécuritaire; un écart considérable semble donc exister entre la connaissance des risques associés au fait de ne pas utiliser de condom lors d'une relation sexuelle et la pratique. Ce paradoxe révèle certes un bris entre les CAP, permettant d'avancer que le fait d'avoir des connaissances suffisantes et des attitudes favorables envers le VIH ne garantit en rien l'emploi de pratiques sécuritaires à son endroit. Cet écart de taille soulève un problème important. Les connaissances et les attitudes sont très importantes, mais elles le sont notamment pour être traduites en comportements favorables et donc sécuritaires. On peut par ailleurs proposer que les pratiques sexuelles des répondantes et les décisions qu'elles font à cet égard n'ont peut-être rien à voir avec le souci d'éviter ou non le contact avec le VIH.

5.4.2. Distribution des réponses et rapports de cotes

Âge : En ce qui concerne les connaissances et les attitudes, ce sont les femmes de 25 à 29 ans et de 30 à 34 ans qui présentent les taux de réponses les plus optimaux. Pour ces deux aspects, les répondantes de 15 à 19 ans et de 45 à 49 ans présentent les taux de réponses correctes ou favorables les plus faibles. L'inverse est de mise en ce qui concerne les pratiques, les répondantes de 25 à 29 ans et de 30 à 34 ans présentant les plus hauts taux de réponses non favorables, tandis que ce sont celles de 15 à 19 ans qui présentent les moins défavorables. Ces données démontrent que de grands écarts restent à combler en ce qui concerne notamment les connaissances et les attitudes des femmes plus jeunes, puisque c'est chez ce groupe de la population que l'épidémie progresse le plus rapidement. Il est ainsi absolument vital d'informer, d'éduquer et de conscientiser les femmes de cette catégorie d'âge pour éviter que la tendance persiste, ou qu'elle s'aggrave. Beaucoup d'efforts de sensibilisation et d'éducation ont été faits chez les jeunes femmes en Inde, surtout par le biais des écoles (Adelekan, 2015). Or, ces données démontrent qu'il reste beaucoup de travail à faire pour assurer que bien que les jeunes femmes démontrent les pratiques les moins défavorables, que leurs connaissances et leurs attitudes en ce qui concerne le VIH soient optimales, pour assurer des pratiques encore plus sécuritaires. Pour ce qui est des rapports de cotes, en ce qui concerne les trois éléments, ce sont les femmes de 25 à 29 ans et de 30 à 34 ans qui présentent les plus grandes probabilités de répondre correctement ou favorablement. Les femmes de 45 à 49 ans présentent dans deux des cas la probabilité la plus faible de répondre favorablement. Les résultats les plus

inquiétants proviennent de la catégorie des femmes de 15 à 19 ans; elles arrivent en cinquième position pour ce qui est des connaissances, en septième pour les attitudes et en quatrième pour les pratiques. Ces résultats sont en eux-mêmes assez alarmants, mais ils le sont d'autant plus que, tel que discuté plus haut, la tendance du virus est à sa féminisation et que le groupe dans lequel il progresse le plus rapidement est celui des jeunes femmes.

Lieu de résidence : Selon les données obtenues, les répondantes issues de milieux urbains présentent de meilleures connaissances sur le VIH que celles provenant de milieux ruraux. Les attitudes des répondantes des régions rurales sont pour leur part légèrement plus favorables. En ce qui a trait aux pratiques, ce sont encore les femmes de régions urbaines qui présentent les moins défavorables. En ce qui concerne les rapports de cotes, les répondantes issues de milieux urbains présentent une plus grande probabilité de répondre correctement ou favorablement dans les trois catégories que celles provenant de régions rurales. De façon générale, le fait de résider dans un milieu urbain est souvent relié à une plus grande exposition à de l'information sur des sujets divers et à des ressources, notamment en ce qui concerne le VIH (Hazarika, 2010).

Statut matrimonial : Ce sont les femmes mariées qui présentent les meilleures connaissances et les attitudes les plus favorables en ce qui concerne le VIH, quoiqu'on puisse douter d'une relation entre les attitudes et le statut matrimonial. Ce sont par ailleurs les femmes mariées qui démontrent de loin les pratiques les plus défavorables. Cela pourrait être expliqué par le fait que les femmes mariées ont souvent des relations sexuelles non protégées avec leur mari, puisque cette relation est la plupart du temps exclusive et à long terme. Les femmes non mariées présentent un peu plus de pratiques non favorables que favorables, quoique l'écart soit beaucoup plus faible que chez les femmes mariées. En ce qui a trait aux rapports de cotes, de façon semblable, ce sont les femmes non mariées qui ont la plus grande probabilité de répondre correctement ou favorablement en ce qui concerne les connaissances et les attitudes, mais les femmes mariées qui présentent les scores les plus élevés pour ce qui est des pratiques. Puisque les femmes non mariées risquent souvent d'être plus jeunes ou d'avoir davantage de partenaires sexuels, et bien qu'elles aient une plus grande probabilité de répondre correctement ou favorablement en ce qui concerne les connaissances et les attitudes, le fait qu'elles aient moins de chance de répondre favorablement à propos des pratiques et donc d'en adopter des moins sécuritaires, s'avère problématique. Il serait

ainsi important d'assurer que davantage d'informations soient transmises à ces femmes pour qu'elles adoptent des pratiques plus sécuritaires, notamment pour faire en sorte qu'elles aient un nombre aussi restreint que possible de partenaires sexuels et qu'elles utilisent un condom lors de chaque relation sexuelle.

Sexe du ou de la chef-fe de famille : En ce qui concerne les connaissances et les attitudes, ce sont les répondantes chez qui un homme est le chef de famille qui répondent davantage correctement ou de très loin favorablement, mais on ne peut pas conclure à une association de cette variable avec les connaissances et les attitudes. Pour ce qui est des pratiques, ce sont de loin les ménages dans lesquels une femme est cheffe de famille qui présentent les plus défavorables, quoiqu'on puisse ici aussi douter de l'existence d'un lien entre les pratiques et le sexe du ou de la chef-fe de famille. Les rapports de cotes pour les trois catégories viennent corroborer ces résultats, à savoir que le sexe du ou de la chef-fe de famille n'influence pas la probabilité de répondre correctement ou favorablement.

Niveau d'éducation de la répondante : L'éducation des répondantes semble selon les résultats d'analyse améliorer grandement leurs connaissances et augmenter les attitudes favorables en matière de VIH. Or, en ce qui concerne les pratiques, les femmes possédant une éducation supérieure présentent les résultats les plus favorables, tandis que ce sont celles qui ont une éducation secondaire qui présentent de loin les plus défavorables. Puisque les initiatives de prévention se sont concentrées depuis plusieurs années dans les écoles (Adelekan, 2015), on pourrait croire que les répondantes ayant le plus d'éducation sont celles qui répondraient le mieux aux trois types de questions. C'est vrai pour ce qui est des connaissances et des attitudes, mais pas en ce qui concerne les pratiques, où il semble encore une fois y avoir un bris. En ce qui concerne les rapports de cotes, dans les trois cas on remarque une association positive : le niveau d'éducation des répondantes est fortement associé à la probabilité qu'elles répondent correctement ou favorablement. Ces résultats mettent en lumière les écarts qui doivent être comblés en ce qui concerne les CAP des répondantes les moins éduquées par rapport à celles qui le sont davantage. C'est ainsi chez ce groupe de la population qu'il faudrait mobiliser davantage de ressources pour assurer que des informations adéquates et suffisantes leur parviennent et pour qu'elles puissent les transformer en attitudes et en pratiques favorables.

Niveau d'éducation du conjoint : L'éducation des conjoints des répondantes tend également à favoriser les connaissances de ces dernières sur le VIH et à rendre leurs attitudes à cet égard beaucoup plus favorables. Ainsi, on peut voir que le niveau d'éducation des conjoints a une influence décisive sur les réponses des femmes. En ce qui concerne les pratiques, ce sont les répondantes dont les conjoints possèdent une éducation secondaire qui ont de loin présenté les pratiques les plus défavorables, tandis que celles dont les conjoints ont n'importe quel autre niveau d'éducation présentent environ les mêmes taux de pratiques défavorables. Quoique moins prononcée que pour ce qui est de l'éducation des répondantes, la même tendance est presque partout remarquée en ce qui concerne les rapports de cotes selon l'éducation de leurs conjoints. Elle est ainsi associée positivement à la probabilité de répondre correctement ou favorablement pour ce qui est des connaissances et des attitudes, et jusqu'à un certain niveau en ce qui concerne les pratiques, à une exception près. Au même titre que pour ce qui est de l'éducation des répondantes, il faut vraiment assurer que de l'information favorisant une compréhension suffisante de ce qu'est le VIH parvienne à celles dont le conjoint n'a pas beaucoup d'éducation.

Indice de richesse : Tout comme pour ce qui est de l'éducation, l'indice de richesse influence grandement les réponses des femmes; les connaissances augmentent et les attitudes deviennent plus favorables proportionnellement aux quintiles de richesse. L'inverse semble aussi être vrai en ce qui concerne les pratiques; les plus défavorables sont présentées chez les répondantes appartenant au quatrième quintile, celles du quintile le plus élevé n'étant pas beaucoup plus favorables, tandis que les moins défavorables sont aperçues chez celles faisant partie du quintile inférieur. Les répondantes issues de milieux mieux nantis ont tendance à avoir une meilleure éducation et à avoir accès à davantage d'information, en plus d'avoir été exposées à une diversité d'éléments (Ackerson et al., 2012). En ce qui concerne les rapports de cotes, la même tendance se dégage que pour l'éducation des répondantes et de leur conjoint, soit que la probabilité de répondre correctement ou favorablement est fortement associée à l'indice de richesse, en augmentant avec lui. Cela est surtout vrai en ce qui concerne les connaissances et les pratiques, où l'association est très marquée, et à un moindre égard les attitudes, qui suivent tout de même la tendance, à une exception près.

Religion : Ce sont les répondantes appartenant à la religion indoue qui présentent les meilleures connaissances, tandis que celles appartenant à d'autres religions démontrent les plus faibles. Les femmes appartenant à la religion indoue présentent encore les attitudes les plus favorables, tandis que ce sont celles appartenant à la religion musulmane qui présentent les taux les plus faibles. Encore une fois, on perçoit un véritable revirement de la situation en ce qui concerne les pratiques. Les répondantes appartenant à la religion indoue présentent de loin les pratiques les plus défavorables, alors que celles appartenant à d'autres religions présentent les moins défavorables. En examinant de plus près les rapports de cotes associés aux trois catégories, il est très difficile de remarquer une tendance claire en ce qui concerne la religion des répondantes. Le seul élément qui peut être noté est la probabilité de répondre correctement ou favorablement des femmes musulmanes qui à deux reprises est beaucoup moindre que celles appartenant à d'autres religions, soit en ce qui concerne les connaissances et les attitudes. Or, elles présentent la plus grande probabilité de répondre favorablement en ce qui a trait aux pratiques.

Accès aux médias : Les femmes ayant régulièrement accès aux médias ont de façon générale beaucoup plus de connaissances en ce qui concerne le VIH. Ce sont également les répondantes y ayant accès qui présentent les attitudes les plus favorables par rapport à celles pour qui ce n'est pas le cas. Ce sont pour leur part les répondantes qui n'ont pas accès aux médias qui démontrent les pratiques les plus défavorables par rapport à celles qui y ont accès, qui démontrent quand même un taux assez élevé de réponses défavorables. Pour ce qui est des rapports de cotes, dans les trois catégories, ce sont les femmes qui ont régulièrement accès aux médias qui présentent une plus grande probabilité de répondre correctement ou favorablement, la tendance étant davantage marquée en ce qui a trait aux connaissances et aux attitudes. Les médias contiennent de l'information très pertinente sur le VIH; en favoriser l'accès est crucial pour contribuer à ce que toutes et tous possèdent des connaissances suffisantes, des attitudes favorables et transfèrent le tout en pratiques sécuritaires afin d'en freiner la progression (Ackerson et al., 2012).

Statut d'emploi : Ce sont les femmes possédant un emploi qui démontrent les meilleures connaissances en ce qui concerne le VIH. Le contraire est vrai pour les attitudes, donc les femmes non employées présentent les plus favorables. Enfin, les répondantes non employées présentent de loin les pratiques les plus défavorables comparativement à celles qui sont employées. Les rapports

de cotes viennent corroborer ces résultats; ainsi, les répondantes qui sont employées ont une plus grande probabilité de répondre correctement aux questions sur les connaissances que celles qui ne le sont pas. Il n'y a pas de différence entre les deux groupes en ce qui concerne les attitudes et les répondantes qui ne sont pas employées présentent une plus grande probabilité de répondre favorablement pour ce qui est des pratiques. Ces résultats permettent ainsi d'avancer qu'il n'y a pas de réelle distinction à faire entre les femmes employées ou non en matière de campagnes de prévention du VIH, et que toutes devraient être incluses et visées par les initiatives de prévention.

Les résultats liés aux connaissances sont relativement satisfaisants, démontrant toutefois que des progrès sont nécessaires à certains égards, surtout en lien aux mythes à détruire en ce qui concerne le VIH. Ceux qui concernent les attitudes sont également plutôt satisfaisants, quoique les résultats à certaines questions suggèrent que des aspects particuliers soient reliés à des attitudes négatives entretenues à l'égard de certaines personnes ou de situations particulières comprenant ces dernières. Pour réitérer, les éléments des CAP sont fortement reliés. Certaines attitudes défavorables émanent de connaissances insuffisantes ou erronées; une personne mal informée sur le sujet pourra avoir tendance à avoir une peur démesurée d'un aspect qui ne comporte pas de danger, ce qui peut entraîner des attitudes négatives en lien à des personnes ou des situations, menant à de la stigmatisation et de la discrimination, et parfois à des comportements indésirables (Solomon et al., 2016). Les résultats obtenus dans le cadre de cette recherche ne permettent pas de déterminer précisément les mécanismes qui transforment les connaissances et les attitudes en pratiques. Or, les pratiques sécuritaires et optimales en matière de VIH sont cruciales pour mettre fin à l'épidémie, donc il est primordial d'étudier davantage cet aspect de la problématique pour mieux en saisir les déterminants et assurer que les connaissances et les attitudes adéquates se traduisent en pratiques également favorables.

5.5. Pistes futures de recherche

L'analyse a pu faire ressortir certains éléments centraux à la problématique du VIH sur lesquels il est essentiel de miser davantage. On discutera ainsi plus en détail dans cette sous-section de ces sujets particuliers : certains groupes que l'analyse a permis d'identifier comme étant centraux à la problématique ou devant être spécifiquement inclus dans les réponses à l'épidémie et visés par les messages d'information et d'éducation; l'importance des médias comme véhicule d'informations cruciales à l'éradication de l'épidémie; le contenu des messages véhiculés à la population et finalement certaines normes sociétales « genrées » qui ne sont pas nécessairement ressorties dans le type d'analyse qui a ici été fait, mais qui sont tout de même centrales à la problématique et qui doivent être mentionnées à cause de leur aspect central à la problématique et incluses dans les solutions mises de l'avant.

Groupes cibles

L'analyse a démontré que les répondantes qui présentent de façon générale les meilleures réponses ou qui ont la plus grande probabilité de répondre correctement ou favorablement sont celles qui appartiennent aux catégories d'âge de 25 à 29 ans et de 30 à 34 ans, qui sont issues de milieux urbains, qui possèdent une éducation supérieure, dont le conjoint possède également une éducation supérieure, qui appartiennent au quintile de richesse supérieure et qui ont régulièrement accès aux médias. Au contraire, les répondantes qui ont offert les résultats les moins bons et qui présentent les probabilités les plus faibles de répondre correctement ou favorablement sont celles qui appartiennent aux catégories d'âge de 15 à 19 ans et de 45 à 49 ans, qui proviennent de milieux ruraux, qui n'ont pas d'éducation, dont le conjoint ne possède également pas d'éducation, qui appartiennent au quintile de richesse inférieur et qui n'ont pas régulièrement accès aux médias. Selon les résultats de l'analyse qui a été faite dans le cadre de cette recherche, ces groupes devraient être visés par les initiatives de prévention afin de recevoir davantage d'information et d'éducation concernant le VIH, notamment sur ses modes de transmission ainsi que sur les façons de s'en protéger. Les variables ici omises n'en demeurent pas moins importantes, mais elles n'ont pas donné de résultats concluants pour les buts de cette analyse.

Les interventions préventives en ce qui concerne le VIH incluent rarement les femmes (Kumar et al., 2017). Or, puisque ces dernières sont au cœur de certains des développements récents de la problématique, il est essentiel qu'elles soient incluses dans les initiatives visant à la contrer. Elles doivent non seulement être visées par davantage de programmes dont le but est d'améliorer leurs CAP, mais également être considérées comme des actrices ayant un rôle crucial à jouer dans le renversement de la tendance qui se dessine. Le groupe de répondantes qui retient particulièrement notre attention est celui des jeunes femmes, qu'il faut viser, ou continuer de viser, avec les initiatives de prévention. Comme il a été possible de le constater dans la revue de la littérature, c'est chez les jeunes femmes que la progression la plus rapide de l'épidémie est remarquée dans les contextes à forte prévalence, ce qui caractérise l'Inde (ONUSIDA, 2014). Ces éléments, rajoutés à certains résultats plutôt faibles discutés ci-dessus, peignent un portrait inquiétant de la situation et donc des dangers qui menacent ce groupe de la population. L'Inde voit à plusieurs égards le mode de vie traditionnel de sa population changer graduellement, ce qui pourrait avoir pour conséquence d'entraîner de nouvelles circonstances et des expositions plus nombreuses au VIH. Ainsi, bien qu'il soit important d'éduquer toutes les tranches de la population, c'est surtout les jeunes femmes qu'il faut viser par les campagnes d'information et de sensibilisation. Les médias constituent un des vecteurs les plus prometteurs pour favoriser l'accès à tous d'information sur le VIH, peu importe l'indice de richesse, le niveau d'éducation ou le lieu de résidence.

L'importance des médias

Les médias véhiculent une grande quantité d'informations sur nombre de sujets et représentent de nos jours un moyen efficace de rejoindre une bonne partie de la population, dans la grande majorité des pays. L'étendue de leur portée et leur potentiel en matière d'éducation en font donc un vecteur important pour enrayer l'épidémie. De plus, l'accès aux médias pourrait avoir pour effet d'amenuiser l'effet important du niveau d'éducation et de l'indice de richesse sur les connaissances préventives du VIH, l'information pertinente se rendant aux oreilles de toutes les personnes ayant accès à ces médias (Ackerson et al., 2012).

Bien que cette recherche ne se soit pas attardée aux différentes catégories de médias, il a tout de même été possible de remarquer que beaucoup plus de répondantes avaient un accès régulier à la télévision qu'à la radio ou qu'au journal. Les médias de masse, particulièrement, et de plus en plus les médias électroniques, comme les téléphones cellulaires et les médias sociaux, sont utilisés dans les campagnes d'information, d'éducation, de conscientisation et de prévention en matière de VIH (Catalani et al., 2013). Les progrès technologiques démocratisent et rendent davantage accessibles ces messages, même jusque dans les zones les plus rurales et reculées des pays en développement (Swendeman, 2013). C'est notamment par le biais des médias de masse que le gouvernement de l'Inde diffuse de l'information sur le VIH pour favoriser la conscientisation et la prévention chez sa population; les médias électroniques sont surtout utilisés, moyen par lequel plusieurs interventions ont été menées (IIPS, 2017). Il représente ainsi un vecteur ayant le potentiel de rejoindre tous les groupes de la population ici étudiée et qui pourrait par le fait même être instrumental aux prochaines initiatives d'information et d'éducation.

Or, et bien qu'aucune question n'ait été posée aux répondantes à ce sujet, d'autres options en ce qui concerne les médias existent. Il ne faut notamment pas négliger le rôle que pourrait jouer en ce sens le téléphone cellulaire. L'Inde possède un très grand réseau de télécommunication; en ce qui concerne les services de télécommunications mobiles, les connexions en zones rurales s'améliorent avec l'expansion des services y étant associés (Shukla et Sharma, 2016). La télédensité en Inde était de 70 % en 2013 et le pays était celui avec la plus grande croissance relativement à l'adoption du téléphone intelligent au cours de la même année; ainsi, avec le partage des téléphones cellulaires recensés en Inde, presque 96 % de la population y avait accès (Shukla et Sharma, 2016). Plusieurs organisations de par le monde, notamment NACO en Inde, appuient le développement des systèmes mHealth (*mobile health* – santé mobile), souvent dans des contextes de développement (Swendeman, 2013). Celle-ci consiste à utiliser les téléphones cellulaires, ou d'autres appareils mobiles, notamment pour informer les gens, les éduquer, modeler leurs comportements et leur offrir des services qui ne nécessitent aucun déplacement (Swendeman, 2013). Ainsi, les médias représentent une avenue très intéressante à utiliser pour mener à bien les initiatives visant à rejoindre la majorité de la population, parfois dans des zones étant difficiles d'accès autrement, de façon très démocratique, hormis l'achat de l'appareil avec

aucun égard pour le niveau d'éducation ou l'indice de richesse, pour acheminer de l'information sur le VIH et contribuer à améliorer les CAP des femmes et du reste de la population de l'Inde.

Contenu des messages à véhiculer

L'analyse des résultats et les conclusions qui s'en dégagent ont fait ressortir des éléments pour lesquels des écarts importants persistent entre les CAP présentes des femmes et les taux optimaux. Ces éléments devraient avoir une place de choix dans les messages véhiculés à la population, surtout aux jeunes femmes, qui constituent en Inde un groupe de la population particulièrement vulnérable au virus.

En ce qui concerne les connaissances, c'est surtout à propos des moyens de transmission qu'il faut dissiper les mythes qui existent en Inde, notamment à savoir que le virus ne peut pas être transmis par le biais de moustiques ou en partageant de la nourriture avec une personne infectée. La persistance de ces mythes risque d'entraîner une paranoïa générale chez la population. Non seulement cela ne contribue en rien à l'éradication de l'épidémie, mais de façon générale, ça ne fait qu'alimenter des attitudes négatives à l'égard du VIH et des personnes séropositives. D'ailleurs, il faut continuer à transmettre ces connaissances ainsi que d'autres sur le virus à la population pour assurer des connaissances soutenues et favoriser des attitudes de plus en plus favorables et inclusives à l'égard des personnes infectées.

Pour ce qui est des attitudes, c'est surtout le stigma relié à la séropositivité qu'il faut tenter de dissiper puisque, tel que discuté plus tôt, il met véritablement un frein à la réponse à l'épidémie, or il n'y a que peu d'interventions qui en font leur objectif (Catalani et al., 2013). Les réponses aux questions ici étudiées ont révélé que les répondantes acceptent partiellement de côtoyer une personne atteinte du VIH, mais que lorsqu'elles craignent que le virus puisse leur être transmis, elles sont moins susceptibles d'avoir une attitude favorable à cette interaction, et moins encore lorsqu'elles pourraient être associées publiquement à une personne séropositive de leur entourage.

La situation est toute autre en ce concerne les pratiques. Concernant les messages à transmettre à la population, il faudrait mettre plus d'accent sur l'importance d'utiliser un condom lors de chaque relation sexuelle afin de minimiser ou d'éviter l'exposition au VIH, puisque c'est la seule pratique des répondantes en matière de VIH qui n'est pas sécuritaire, selon l'analyse faite dans le cadre de cette recherche. Ce message fait déjà partie de la stratégie ABC utilisée en Inde, telle qu'exposée plus tôt, soit le troisième élément. Il faudrait de plus insister sur le fait que de n'avoir qu'un seul partenaire ne réduit pas complètement les risques de transmission du virus, notamment dans les cas où les deux partenaires n'ont pas fait de test de dépistage depuis leur dernière relation sexuelle non protégée ou qu'ils ne sont pas tous les deux fidèles. Suivant les résultats des analyses, il faudrait ainsi insister sur ces informations, non seulement pour transmettre ce savoir aux femmes, mais pour assurer qu'elles savent qu'il ne s'agit pas seulement d'un message s'adressant aux groupes à haut risque et qu'elles adoptent cette pratique lors de chaque relation sexuelle, peu importe le partenaire et les circonstances.

Normes sociétales « genrées »

Comme il a été possible de le constater plus tôt, dans plusieurs pays en développement, notamment en Inde, la santé des femmes est affectée par de nombreux facteurs, par exemple culturels et économiques, qui les rendent davantage vulnérables que les hommes à certains problèmes de santé, comme le VIH (Schensul et al., 2015). Les normes « genrées » qui subsistent en Inde et qui influent sur le pouvoir de décision des femmes, en plus du fait qu'elles sont plus susceptibles d'être infectées par le virus en raison de leur constitution physique, les rendent particulièrement vulnérables au VIH (Sahu, 2015). Ainsi, et bien que ce soit un travail de longue haleine et qui soit déjà amorcé en Inde, il faut insister sur l'importance du changement des normes sociétales patriarcales « genrées », qui affectent considérablement la santé des femmes en Inde, notamment en brimant leur pouvoir de décision et en les exposant au VIH, même si elles sont mariées (Schensul et al., 2015). Comme il a été possible de le voir grâce aux résultats à la question sur l'usage d'un condom lors de la dernière relation sexuelle, cette pratique est sous-utilisée ou son importance est sous-estimée en Inde, ou un mélange de ces deux choses. Il est possible de

soupçonner qu'une part des répondantes n'ait pas été en mesure d'exiger de leur conjoint qu'il utilise un préservatif lors de leur dernière relation sexuelle.

Les femmes ne sont pas nécessairement démunies face à cette situation, mais elles occupent une position fâcheuse par rapport à celle des hommes quant à la problématique. Elles ont par contre le pouvoir de contribuer au changement de ces normes sociétales qui les subordonnent dans certains contextes aux hommes et qui briment leurs droits reproductifs. Nous insisterons encore une fois sur l'importance de les inclure dans les solutions au problème, ce qui assurera non seulement que ces dernières leur sont appropriées, mais également que cela résulte en de l'autonomisation.

5.6. Forces et limites du projet

Plusieurs forces sont inhérentes à la recherche. La taille importante de l'échantillon constitue son avantage principal, ce qui implique qu'il soit représentatif. Ainsi, les conclusions dégagées ont le potentiel d'être généralisables à la population indienne en son ensemble, dans ces circonstances précises et au moment de la prise de données. La validité externe de l'étude est donc un de ces atouts principaux. Par ailleurs, les données étant aisément accessibles à quiconque désire les consulter, il est ainsi facile de répliquer l'étude et d'en vérifier les résultats.

Quelques limites s'imposent au projet proposé. Tout d'abord, les données utilisées sont secondaires, ce qui implique qu'aucun contrôle n'est exercée sur leur nature exacte, ni sur la façon dont elles ont été recueillies. De plus, puisque les données analysées proviennent du NFHS-4, sondage dont les résultats sont auto-déclarés, certaines informations ont pu être altérées ou modifiées par les participants, compte tenu du biais de désirabilité sociale. Ce dernier type de biais de réponse est « *cette tendance des sujets à répondre d'une manière approuvée socialement* » (Gagné et Godin, 1999, p. 4). Le sujet à l'étude est tabou dans la société indienne (Nar et al., 2016), ce qui implique que certains participants aient pu vouloir dissimuler ou minimiser la gravité de certaines réalités de manière à atteindre ou respecter certains standards sociaux. Par ailleurs, avec le design de recherche retenu, qui évaluera la problématique à un moment précis et dans des

circonstances spécifiques, il sera ainsi impossible d'inférer une causalité (Levin, 2006), ou de généraliser les conclusions à d'autres moments ou circonstances.

6. Conclusion

Le VIH est un des plus gros problèmes de santé publique des temps modernes; il mérite donc une attention particulière. Sa particularité tient notamment au fait qu'il est évitable, par exemple en mettant l'accent sur des connaissances suffisantes, des attitudes favorables et des pratiques sécuritaires. Or, sa prévalence toujours très élevée dans certains pays, les changements aperçus dans ses déterminants et chez certains groupes de la population en ce qui le concerne, ainsi que les répercussions politiques touchant la problématique, notamment celles reliées au financement, indiquent que bien que d'importantes avancées aient été remarquées, de nombreux progrès restent à faire pour assurer son éradication.

Le virus a fait des ravages dans plusieurs régions du monde, surtout chez certains groupes de la population, souvent vulnérables. On dénote par ailleurs dans les contextes à forte prévalence une féminisation du virus ou une augmentation de la proportion de femmes infectées, surtout les jeunes femmes, cette tranche de la population active et en âge de reproduction. Depuis plusieurs années, cette tendance est notamment remarquée en Inde, un des pays au monde où l'on répertorie le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH. La position des femmes dans cette société traditionnelle, très souvent inférieure à celle des hommes, les rend souvent beaucoup plus vulnérables au VIH, soit par une exposition accrue, soit par une impuissance envers les comportements susceptibles de les protéger, par manque de connaissances ou de pouvoir d'agir. Cette évolution dans le cours de l'épidémie peut signifier un changement dans ses déterminants, ce qui mérite d'être davantage étudié afin de freiner cette lancée.

Les connaissances des femmes en Inde en matière de VIH sont à certains égards satisfaisantes, mais il reste de la place à l'amélioration puisqu'une part considérable des femmes n'en possèdent

pas suffisamment pour pouvoir se protéger adéquatement contre le VIH et ainsi en freiner sa propagation. Pour ce qui est des attitudes, encore une fois la majorité des femmes présente des résultats plutôt favorables, mais il reste encore du travail à faire pour favoriser des attitudes optimales envers le VIH et les personnes qui en sont atteintes, cet élément étant crucial à l'éradication de la problématique. Les pratiques présentent une toute autre réalité : les résultats sont optimaux en ce qui concerne le nombre de partenaires dans les douze derniers mois et à vie ainsi qu'en ce qui a trait à la relation avec le dernier partenaire, mais très inquiétants pour ce qui est de l'usage d'un condom lors de la dernière relation sexuelle, ce qui indique qu'il y a encore beaucoup de progrès à faire, si on tient compte de l'importance de cette pratique. Ainsi, quoique plusieurs résultats soient bons et encourageants, ils demeurent insuffisants pour garantir l'éradication de l'épidémie en Inde puisqu'une bonne part de la population ne possède toujours pas les connaissances nécessaires pour favoriser des attitudes positives envers les personnes atteintes du VIH et des comportements sécuritaires pour éviter l'infection.

Il a été possible de voir dans cette recherche que certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques sont associées à de meilleurs CAP chez les femmes indiennes en ce qui a trait au VIH. Par exemple, les femmes de 25 à 34 ans, issues de milieux urbains, qui ont une éducation supérieure, dont le conjoint a une éducation supérieure, appartenant au quintile de richesse supérieur et ayant accès aux médias sont plus susceptibles d'avoir davantage de connaissances, des attitudes favorables et des pratiques plus sécuritaires en matière de VIH. Au contraire, les femmes de 15 à 19 ans ou de 45 à 49 ans, issues de régions rurales, qui n'ont pas d'éducation et dont le conjoint n'en possède pas non plus, appartenant au quintile de richesse inférieur et n'ayant pas accès aux médias présentent des résultats beaucoup plus inquiétants, donc une vulnérabilité accrue au VIH.

La recherche a su soulever des éléments intéressants qui pourraient faire l'objet de recherches futures. Notamment, certains groupes de la population sont plus vulnérables au VIH, par exemple les jeunes femmes, chez qui l'épidémie progresse très rapidement. Ce groupe étant devenu central à la problématique, il devrait être davantage inclus dans les réponses à l'épidémie et visé par les messages d'information et d'éducation. De plus, les médias constituent des véhicules importants d'information pertinente à la population et devraient être exploités dans le cadre de la réponse à

l'épidémie. Par ailleurs, en ce qui a trait au contenu des messages à véhiculer à la population, il faudrait non seulement l'éduquer en général sur le VIH, mais également insister sur l'importance de l'usage du condom lors de chaque relation sexuelle, peu importe le contexte, puisque l'adoption de cette pratique a le pouvoir de changer le cours de l'épidémie. Finalement, certaines normes sociétales « genrées » qui prévalent en Inde se doivent de changer afin de renverser la féminisation de l'épidémie et de limiter l'impact de l'épidémie sur les femmes indiennes.

Comme dans d'autres domaines de la santé, les CAP en ce qui concerne le VIH prédisent à bien des égards l'avenir de la problématique. Dans un contexte où les connaissances de plusieurs sur le virus sont insuffisantes et erronées, les attitudes souvent très négatives et portées à la stigmatisation et à la discrimination, ainsi que les pratiques dangereuses et mettant plusieurs personnes à risque de contraction, la recherche et les décisions ainsi que les actions sociales et politiques sont nécessaires pour enrayer l'épidémie. Cette recherche visait à mieux connaître ces aspects de la problématique chez les femmes en Inde et de déterminer quelles caractéristiques culturelles, démographiques et socioéconomiques y sont associées. Elle s'inscrit donc dans les priorités de l'ONU et d'autres organisations internationales œuvrant dans le domaine de la santé et avec des questions de genre, qui font de la santé et de la sécurité des femmes une priorité.

Pour que la pandémie soit éradiquée d'ici 2030, comme le veut l'objectif ambitieux fixé par ONUSIDA, tous doivent apporter leur contribution et travailler conjointement. Bien que d'immenses progrès aient été réalisés, il n'en demeure pas moins que la problématique soit loin d'être réglée. Par exemple, seule une partie des personnes qui ont le VIH connaissent leur statut et ont accès à l'ART, et, chaque année, un grand nombre de nouvelles infections est répertorié. Par ailleurs, la progression de l'épidémie chez certains groupes de la population, comme chez les femmes dans certains contextes de développement, représente un problème réel auquel il faut consacrer davantage de ressources. Pour renverser cette tendance, il faut éduquer les femmes pour qu'elles sachent se protéger du VIH, ainsi que favoriser leur autonomisation afin qu'elles puissent décider des pratiques qu'elles veulent adopter, comme elles l'entendent. Pour ce faire et pour assurer qu'elles leur sont appropriées, il est très important d'inclure les femmes dans les initiatives de prévention et donc dans les solutions au problème pour stopper la féminisation du virus.

7. Références bibliographiques

1. Abrol, Dinesh; Sundararaman, T.; Madhavan, Harilal et Joseph, K. J. (2016). Building inclusive health innovation systems: lessons from India. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 32, suppl. 2.
2. Ackerson, L. K.; Ramanadhan, S.; Arya, M. et Viswanath, K. (2012). Social Disparities, Communication Inequalities, and HIV/AIDS-Related Knowledge and Attitudes in India. *Aids and Behavior*, vol. 16, p. 2072-2081.
3. Adelekan, M. (2017). A critical review of the effectiveness of educational interventions applied in HIV/AIDS prevention. *Patient Education and Counseling*, 100S, p. S11–S16.
4. Ananth, P. et Koopman, C. (2003). HIV/AIDS Knowledge, Beliefs, and Behavior Among Women of Childbearing Age in India. *AIDS Education and Prevention*, vol. 15, no. 6, p. 529 à 546.
5. Arborio, S. (2008). Allaitement et VIH en Inde du sud entre idéalisation et « vulnérabilité » de l'identité féminine. *Corps*, vol. 2, no. 5, p. 57-64.
6. Bachani, D. et Sogarwal, R. (2010). National Response to HIV/AIDS in India. *Indian Journal of Community Medicine*, vol. 35, no. 4, p. 469-472.
7. Bagcchi, S. (2017). India passes law prohibiting discrimination against people with HIV/AIDS. *British Medical Journal*, vol. 357, j1973.
8. Bhatti, A. B., Usman, M. et Kandi, V. (2016). Current Scenario of HIV/AIDS, Treatment Options, and Major Challenges with Compliance to Antiretroviral Therapy. *Cureus*, vol. 8, no. 3, e515.

9. Black, V., Davies, N., Williams, B. G., Rees, H. V. et Schwartz, S. R. (2016). Establishing conception intentions and safer conception services for eliminating the vertical, and reducing the horizontal, transmission of HIV. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, vol. 123, p. 1585-1588.
10. Bloom, S. S. et Griffiths, P. L. (2007). Female autonomy as a contributing factor to women's HIV-related knowledge and behaviour in three culturally contrasting States in India. *Journal of Biosocial Science*, vol. 39, no. 4, p. 557-573.
11. Catalani, C.; Castaneda, D. et Spielberg, F. (2013). Development and assessment of traditional and innovative media to reduce individual HIV/AIDS-related stigma attitudes and beliefs in India. *Frontiers in Public Health*, vol. 1.
12. Commission on AIDS in Asia (2008), Redefining AIDS in Asia: Crafting an Effective Response. Rapport de la Commission on AIDS in Asia, 238p.
13. De Rosis, Carolina (2016). Le pouvoir aux marges : les femmes qui vivent avec le VIH, entre marginalité et mobilité sociale. *Recherches Féministes*, vol. 29, no. 2, p. 87-104.
14. De Visscher, H. (2016). Lutte des femmes. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, vol. 2, no. 110, p. 215-245.
15. Desai, S. (2005). Intersections in the Lives of Married Women in India. *Health and Human Rights*, vol. 8, no. 2, p. 140-168.
16. Doshi, S. R. et Gandhi, D. (2008). Women in India: The Context and Impact of HIV/AIDS. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, vol. 17, issue 3-4, p. 413-442.

17. Dyson, T. et Moore, M. (1983). On Kinship Structure, Female Autonomy, and Demographic Behavior in India. *Population and Development Review*, vol. 9, no. 1, p. 35-60.
18. Favier, C. (2014). Les combats féministes dans le champ de la santé. *Les Tribunes de la santé*, vol. 3, no. 44, p. 25-34.
19. Gagné, C. et Godin, G. (1999). Les théories sociales cognitives : Guide pour la mesure des variables et le développement de questionnaire. *Faculté des sciences infirmières, Université Laval*, 73p.
20. Gangakhedkar, R.R. (2017). Ending AIDS: The 90-90-90 strategy. *Medical Journal Armed Forces India*, vol. 73, no. 1, p. 3-4.
21. Guilhaumou, J. (2012). Autour du concept d'agentivité. *Rives méditerranéennes*, (41), 25-34.
22. Hancart Petitet, P. (2009). Traitement social de la naissance dans le contexte du sida. Études de cas en Inde du Sud. *Sciences Sociales et Santé*, vol. 27, no. 2, p. 9-35.
23. Hart, T. A. (2010). Need for improved access to HIV prevention programmes (éditorial). *Indian Journal of Medical Research*, vol. 132, no. 6, p. 653-655.
24. Hazarika, I. (2010). Knowledge, attitude, beliefs and practices in HIV/AIDS in India: identifying the gender and rural-urban differences. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*, p. 821-827.
25. Human Development Reports (2018). India
<<http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/IND>>, page consultée le 20 août 2018.

26. International Health Care System Profiles (2018). India
<<http://international.commonwealthfund.org/countries/india/>>, page consultée le 20 août 2018.
27. International Institute for Population Sciences (2017). National Family Health Survey, 2005-2006: India, Volume 1.
28. Kumar, R.; Suar, D.; Singh, S. K. (2017). Regional differences, socio-demographics, and hidden population of HIV/AIDS in India. *AIDS Care*, vol. 29, no. 2, p. 204-208.
29. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (2018). Inde
<<https://www.theglobalfund.org/fr/overview/>>, page consultée le 20 août 2018.
30. Levin, K. A. (2006). Study Design III: Cross-sectional studies. *Evidence-Based Dentistry*, vol/no 7, p. 24-25.
31. Mahapatra, T. (2014). Role of information, education and communication materials in HIV control: A perspective (commentaire). *Annals of Tropical Medicine and Public Health*, vol. 7, no. 1, p. 3.
32. Meena, L. P.; Pandey, S. K.; Rai, M.; Bharti, A.; Sunder, Shyam (2013). Knowledge, Attitude, and Practices (KAP) Study on HIV/AIDS Among HIV Patients, Care Givers and General Population in North-Eastern Part of India. *International Journal of Medical Science and Public Health*, vol. 2, issue 1, p. 36-42.
33. Mothi, S. N.; Lala, M. M. et Tappuni, A. R. (2016). HIV/AIDS in women and children in India. *Oral Diseases*, vol. 22, suppl. 1, p. 19-24.
34. Nar, A.; Andrioti, D. et Ganatra, P. (2016). Changes in the health care system of India have effects on management of human immunodeficiency virus infection and acquired

immune deficiency syndrome epidemic (lettre à l'éditeur). *Indian Journal of Public Health*, vol. 60, no. 2, p. 167.

35. National AIDS Control Society (2018). India, <<http://naco.gov.in/>>, page consultée le 20 août 2018.
36. Odaga, Adhiambo (2012). Youth and HIV/AIDS in Africa: a call for effective policies and programs. *African journal of reproductive health*, vol. 16, no. 2, p. 17-23.
37. ONU (2018). <<http://www.un.org/fr/index.html>>, page consultée le 20 août 2018.
38. ONUSIDA (2014). The Global Gap Report. 334p.
39. ONUSIDA (2016). Global AIDS Update 2016. 16p.
40. ONUSIDA (2016). Rapport sur le retard pris en matière de prévention : synthèse. 31p.
41. ONUSIDA (2017). UNAIDS Data 2017. 244p.
42. ONUSIDA (2018). Pays, Inde
<<http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/india/>>, page consultée le 20 août 2018.
43. Organisation Mondiale de la Santé (2018). <<http://www.who.int/fr/>>, page consultée le 20 août 2018.
44. Oyefara J. L. (2005). Contexte familial, comportement sexuel et vulnérabilité au VIH/sida des marchandes ambulantes de la métropole de Lagos, au Nigeria. *Revue internationale des sciences sociales*, vol. 186, no. 4, p. 759-772.
45. Pandey, A.; Benara, S. K.; Roy, N.; Sahu, D.; Thomas, M.; Joshi, D. K.; Sengupta, U.; Paranjape, R. S.; Bhalla, A. et Prakash, A. (2008). Risk behaviour, sexually transmitted

infections and HIV among long-distance truck drivers: a cross-sectional survey along national highways in India. *AIDS*, vol. 22, no. 5, p. S81-S90.

46. Paranjape, R. S. et Challacombe, S. J. (2016). HIV/AIDS in India: an overview of the Indian epidemic. *Oral Diseases*, vol. 22, suppl. 1, p. 10-14.
47. Rayment, M.; Asboe, D. et Sullivan, A. K. (2014). HIV testing and management of newly diagnosed HIV. *British Medical Journal*, vol. 349, g4275.
48. Sahu, S. (2015). Gender and Power: Women's Vulnerability to HIV/AIDS in India. *Journal of Health Management*, vol. 17, no. 4, p. 495-509.
49. Saggurti, N.; Nair, S.; Malviya, A.; Decker, M.; Silverman, J. et Raj, A. (2012). Male Migration/Mobility and HIV Among Married Couples: Cross-Sectional Analysis of Nationally Representative Data from India. *AIDS and Behavior*, vol. 16, no. 6, p. 1649-1658.
50. Schensul, S. L.; Singh, R.; Verma, R. K.; Burleson, J. A.; Nastasi, B. K. (2015). Community Gender Norms Change as a Part of a Multilevel Approach to Sexual Health Among Married Women in Mumbai, India. *American Journal of Community Psychology*, vol. 56, p. 57-68.
51. Scheuer, J. (2013). Les jeux de la différence dans l'Inde hindoue. *Recherches de Science Religieuse*, no. 3, tome 101, p. 377-400.
52. Sgaier, S. K.; Claeson, M.; Gilks, C.; Ramesh, B. M.; Ghys, P. D.; Wadhvani, A.; Ramakrishnan, A; Tangri, A. et Chandramouli, K. (2012). Knowing your HIV/AIDS epidemic and tailoring an effective response: how did India do it? *Sexually Transmitted Infections*, vol. 88, no, 4, p. 240-249.
53. Shukla, S. et Sharma, J.K. (2016). Potential of mHealth to Transform Healthcare in India. *Journal of Health Management*, vol. 18, no. 3, p. 447-459.

54. Solomon, S.; Kumarasamy, N et Challacombe, S. J. (2016). The social impact of HIV/AIDS in India. *Oral Diseases*, vol. 22, suppl. 1, p. 15-18.
55. Swendeman, D. (2013). Are mobile phones the key to HIV prevention for mobile populations in India? *Indian Journal of Medical Research*, vol. 137, no. 6, p. 1024-1026.
56. The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief (2018). <<https://www.pepfar.gov/>>, page consultée le 20 août 2018.
57. Ugwu, R. O. et Eneh, A. U. (2014). Nonvertical (Horizontal) Route of HIV Transmission in Children. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 65, no. 3, p. 128-130.
58. Wingood, M. W. et DiClemente, R. J. (2000). Application of the Theory of Gender and Power to Examine HIV-Related Exposures, Risk Factors, and Effective Interventions for Women. *Health Education & Behavior*, vol. 27, no. 5, p. 539-565.
59. Yathiraj, A. B.; Unnikrishnan, B.; Ramapuram, J. T.; Kumar, N.; Mithra, P.; Thapar, R.; Kulkarni, V.; Holla, R.; Darshan, B. B. et Narahari, P. (2018). HIV-related stigma experienced by people living with HIV/AIDS in coastal South India. *HIV & AIDS Review*, vol. 17, no. 1, p. 30-35.