

# **REVUE AFRICAINE DES SCIENCES SOCIALES ET POLITIQUES**



## **INDEXATION**



**zenodo**

**ESJI** Eurasian  
Scientific  
Journal  
Index  
[www.ESJIndex.org](http://www.ESJIndex.org)

**ASCI** Asian Science Citation Index

**REVUE SEMESTRIELLE - N° 004 / DECEMBRE 2023**

**ISSN : 1987-1520**

**Tel. : 00223 7073 99 99**

**E-mail : [revueafricaine@yahoo.com](mailto:revueafricaine@yahoo.com)**

**Site Web : [www.centreacaris.net](http://www.centreacaris.net)**

## **Présentation de la Collection**

La Revue des Sciences Sociales et Politiques est une collection périodique spécialisée du Centre Africain de Recherche et d'Innovations Scientifiques (CARIS) et de ses partenaires dans le but de dynamiser et diffuser la recherche en sociologie du travail, sociologie des médias, histoire de la sociologie, sociologie de l'environnement, sociologie de la culture, sociologie de la connaissance, sociologie de l'économie, sociologie de la santé, sociologie de la religion, politique comparée, science administrative, administration publique, relations internationales, diplomatie, stratégies, management, philosophie politique, droit de la guerre, et en droit des territoires terrestres, maritimes et aériens.

Les objectifs généraux de la revue portent sur la valorisation et les échanges des données de la recherche en Afrique à travers le partage des résultats d'avancées et découvertes en sciences sociales et politiques, le croisement des informations, le compte rendu d'expériences et la synthèse des données d'observations.

Son objectif spécifique est d'impliquer la recherche sociologique dans la gestion politique de la société civile afin d'établir une synergie entre réalités sociales et institutions publiques.

## **EQUIPE EDITORIALE**

### **Directeur de Publication**

Dr Baye DIAKITE (Maitre de conférences)

### **Directeur Adjoint**

Dr Alhassane GAOUKOYE (Maitre de conférences)

### **Comité scientifique et de lecture**

**Pr Mahamadé SAVADOGO** (Professeur des Universités, Philosophie politique, Joseph Ki Zerbo, Burkina-Faso)

**Pr Issa N'DIAYE** (Professeur des universités, Philosophie politique, Bamako, Mali)

**Pr Jean Maurice MONNOYER** (Professeur des Universités, Philosophie-métaphysique Aix-Marseille I, France)

**Pr Isabelle BUTERLIN** (Professeur des Universités, Philosophie, Aix-Marseille I, France)

**Pr Akissi GBOCHO** (Professeur des Universités, Philosophie, Félix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire)

**Pr Abdoulaye Mamadou TOURE** (Professeur des Universités, Philosophie-Société, UGLC SONFONIA, Conakry, Guinée)

**Pr Jacques NANEMA** (Professeur des Universités, Philosophie, Joseph Ki Zerbo, Ouagadougou, Burkina-Faso)

**Dr Mamoutou Karamoko TOUNKARA** (Maitre de Conférences, Sociologie, FASSO, Ségou, Mali)

**Dr Nacouma Augustin BAMBA** (Maitre de Conférences, Philosophie politique, FSHE, Mali)

**Dr Souleymane KEÏTA** (Maitre de Conférences, Philosophie politique et morale, FSHE, Mali)

**Dr Tamba DOUMBIA** (Maitre de Conférences, Sciences de l'éducation-Société, FSHSE, Mali)

**Dr Ibrahim CAMARA** (Maitre de Conférences, Sciences de l'éducation-Société, ENSup, Mali)

**Dr Sigame Boubacar MAIGA** (Maitre de Conférences, Philosophie politique et sociale, ENSup, Mali)

**Dr Iba Bilina BALLONG** (Maitre de Conférences, Philosophie, Lomé, Togo)

**Dr Fousseyni TOURE** (Maitre-assistant, Anthropologie, I.P.U, Bamako, Mali)

**Dr Mody SISSOKO** (Maitre-assistant, Sociologie-Education, ENSup, Mali)

**Dr Diala DIAKITE** (Maitre-assistant, Sociologie, ENSup, Mali)

**Dr Moussa COULIBALY** (Maitre-assistant, Sociologie, FSHSE, Mali)

**Dr Yacouba COULIBAY** (Maitre-assistant, Philosophie, FSHSE, Mali)

### **Rédacteur en chef**

Dr Sigame Boubacar MAIGA

### **Comité de rédaction**

Dr Yacouba COULIBALY(Mali) Dr Françoise DIARRA (Mali)

Mr Mahmoud ABDOU(Mali) Dr Drissa FOFANA (Mali)

Dr Adama MARICO (Mali) M. Souleymane COULIBALY (Mali)

### **Secrétariat de la revue**

M. Souleymane COULIBALY

### **Équipe technique**

M. Fousseyni BAGAYOKO (Mali), M.Dindy TRAORE (Mali)

## **SOMMAIRE**

---

<b><i>MOTO NDONG François</i></b>	
Rapport entre le culte religieux chrétien et le concept de Jésus.....	<b>1</b>
<b><i>GOUROUBERA CHABI Baké Gani Nicole, SAMBIENI N'koué Emmanuel, AMADOU SANI Mouftaou</i></b>	
Cadre institutionnel de protection contre les violences conjugales faites aux femmes à Parakou.....	<b>17</b>
<b><i>Fiston GAMBIA, Joseph ZIDI</i></b>	
Le Ndjobi : les « territoires du sacré » chez les Mbéré (République du Congo).....	<b>28</b>
<b><i>Sotima Espérance DEMATE, Mouftaou AMADOU SANI</i></b>	
Facteurs individuels et contextuels du recours au dépistage de l'infection par le VIH chez les camionneurs des sites de Bohicon et de Natitingou au Bénin.....	<b>52</b>
<b><i>Dr Bassy KANOUTE</i></b>	
Analyse statistique des performances fiscales des communes au mali : disparités régionales, déterminants et impacts sur le développement local (2020– 2024).....	<b>82</b>

# **FACTEURS INDIVIDUELS ET CONTEXTUELS DU RECOURS AU DEPISTAGE DE L'INFECTION PAR LE VIH CHEZ LES CAMIONNEURS DES SITES DE BOHICON ET DE NATITINGOU AU BENIN**

**Sotima Espérance DEMATE**  
**[dematesperance@gmail.com](mailto:dematesperance@gmail.com)**

Laboratoire de Recherche en Sciences de la Population et Développement  
(LaReSPD)  
Ecole Doctorale des Sciences Agronomiques et de l'eau (ED/SAE)  
Université de Parakou, République du Bénin

&

**Mouftaou AMADOU SANNI**  
**[mouftaouamadousanni@yahoo.fr](mailto:mouftaouamadousanni@yahoo.fr)**

Laboratoire de Recherche en Sciences de la Population et Développement  
(LaReSPD)  
Ecole Doctorale des Sciences Agronomiques et de l'eau (ED/SAE)  
Université de Parakou, République du Bénin

## **Résumé**

Le dépistage est un geste simple mais très important en matière d'accès au service préventif. Son application dépend de plusieurs facteurs tant au niveau individuel que contextuel. Cette étude vise à mesurer les facteurs qui influencent le recours au dépistage de l'infection par le VIH chez les camionneurs. Les données analysées sont celles recueillies auprès de 861 personnes âgées de 15ans ou plus des sites de Bohicon et de Natitingou au Bénin. Au regard de la nature dichotomique de la variable dépendante et de la structure hiérarchique des données, l'analyse s'est basée sur un modèle logistique multivarié. Les résultats indiquent prioritairement aussi bien sur les sites de Bohicon que sur ceux de Natitingou, une forte influence du niveau de connaissance communautaire du VIH et de la stigmatisation sur le recours au dépistage de l'infection par le VIH. Cependant des particularités existent entre les deux communes en termes de probabilité de recourir au dépistage chez les camionneurs. Pendant que le facteur lié à la connaissance de lieu de dépistage influence le recours sur les sites de Bohicon, celui en lien avec l'accueil que pourrait réservier un agent de dépistage à un

effet sur le phénomène à Natitingou. Il est donc important que des actions de politique publique spécifiques incombent à chaque localité pour aider à concrétiser les défis liés recours au dépistage.

**Mots clés :** Dépistage, Camionneurs, Bohicon, Natitingou, Bénin

### **Abstract**

HIV testing is a simple but very important gesture in terms of access to preventive services. Its appliance depends on several factors at individual and contextual level. This study aims to measure the factors influencing the use of HIV testing among truck drivers. The data analyzed are collected from 861 people aged 15 and over on the sites of Bohicon and Natitingou of Benin. Given the dichotomous nature of the dependent variable and the hierarchical structure of the data, the analysis was based on a multilevel logistic model. The results of both sites data analysis primarily indicate a strong influence of the community HIV knowledge level and the stigmatization on running the HIV test. However, there are particularities between the two municipalities in terms of the probability of using the test among truck drivers. While the factor related to the knowledge of site location influences the test running in Bohicon, the one linked to patients welcoming has an effect on the phenomenon in Natitingou. It is therefore important that specific public policy actions are the responsibility of each locality to help meet the challenges related to the use of HIV testing.

**Keywords:** HIV testing, Truck drivers, Bohicon, Natitingou, Benin

## **Introduction**

Le Virus de l’Immunodéficience Humaine (VIH) reste encore aujourd’hui l’un des grands problèmes de santé publique en Afrique malgré les multiples efforts de lutte réalisés. Le continent compte plus des deux tiers des personnes infectées en 2021(UNAIDS, 2022). Au Bénin, cette pandémie fait partie de l’une des premières causes de morbidité. En effet, selon les données de l’ONUSIDA, 69 000 [57 000–81 000] de personnes vivaient au Bénin avec le VIH en 2021 et seulement 58 000 de personnes avaient accès à la thérapie antirétrovirale la même année (UNAIDS, 2021). En ce qui concerne les personnes nouvellement infectées par le VIH, c'est 12 000 qui a été dénombré et 1600 [1100–2300] personnes décédées de maladies liées au Sida en 2021 (UNAIDS, 2021) .Ces indicateurs sont encore plus préoccupants lorsqu'il s'agit des populations clés et vulnérables. Selon les indicateurs de l’enquête de seconde génération réalisé au Bénin en 2021-2022 (ESDG 2021-2022)<sup>1</sup>, les chiffres sur la population vulnérable des camionneurs sont parmi les plus inquiétants. En effet, le niveau de connaissance de l’infection reste faible et en nette régression à environ 2,5% contre 4,6% en 2008. Pendant que les cas d’épisodes d’infection sexuellement transmissible restent élevés à 20,4%, le niveau d’utilisation de préservatif au dernier rapport sexuel est faible et égal à 26,1%. Ce taux varie considérablement de 10,7% dans le Zou (sites de Bohicon) à 47,6% dans l’Atacora (sites de Natitingou). Cette disparité illustrative du niveau d’utilisation de préservatif est la preuve d’une inégalité de prévention au sein d’une même cible de camionneurs. C’est généralement le cas de dépistage aussi où malgré l’initiative de le généraliser dans le but d’améliorer la santé des populations malheureusement des inégalités sont créées du fait du non-respect de l’équité et que certaines couches sont défavorisées et marginalisées lors de la mise en œuvre des interventions. Il est donc évident que malgré les efforts considérables en matière d’intensification du dépistage, plusieurs facteurs existent et expliquent les inégalités constatées. Les facteurs qui influencent le recours aux services de dépistage peuvent être classés en différentes catégories.

Nous avons le groupe les facteurs de prédisposition qui attestent une association entre les variables socio-démographiques, structurelles et celles liées aux croyances, attitudes et connaissances associées au recours aux services de dépistage (Azfredrick, 2016). L’une des variables sociodémographiques discriminantes du recours aux services de dépistage est le sexe. En effet, les femmes ont selon certaines études généralement plus accès au dépistage du VIH

---

<sup>1</sup> Rapport de l’enquête de surveillance de 2<sup>ème</sup> génération sur les IST, le VIH et le sida auprès de adolescents et jeunes, les camionneurs, les personnes privées de liberté, les travailleuses de sexe et clients, les serveuses de bars et restaurants réalisée en 2021 au Bénin

que les hommes (Peltzer et al., 2009). Staveteig et ces collègues dans une analyse réalisée avec les données enquêtes démographiques et de santé (EDS) en 2013 sur un échantillon de 29 pays de l'Afrique Subsaharienne ont obtenu aussi des résultats similaires avec un recours au dépistage plus élevé chez les femmes que chez les hommes (Staveteig S et al., 2013). Les programmes de Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME) pourraient être l'une des raisons qui expliquent cette tendance de féminisation du dépistage. Dans le cas de cette étude où les camionneurs sont majoritairement des hommes, il serait difficile de vérifier cette relation. De même, des résultats d'études montrent que les adultes de 25 ans et plus sont plus susceptibles de connaître leur statut VIH que les plus jeunes (Peltzer et al., 2009) (Staveteig S et al., 2013), ont vérifié le lien avec le statut matrimonial et obtenu que les personnes séparées ou veuves utilisaient souvent plus de dépistage au VIH que celles qui vivaient en couple et les célibataires (Staveteig S et al., 2013).

En dehors des facteurs sociodémographiques, la littérature souligne d'autres facteurs de prédisposition qui pourraient agir sur le recours aux services de dépistage au VIH. Le niveau de connaissance de l'épidémie au VIH représente un facteur socio-culturels primordial pour améliorer le dépistage au VIH. En effet, la bonne connaissance du VIH notamment des voies de transmission et des moyens de prévention importants (Fylkesnes & Sizya, 2004) (Barden-O'Fallon et al., 2004) de même que la connaissance d'au moins un endroit proche pour la réalisation du test sont des facteurs qui facilitent le recours aux services de dépistage (Peltzer et al., 2009). Toujours dans ce registre des facteurs prédisposant on note les variables socio-psychologiques que sont la peur de la stigmatisation et de la discrimination soulignées dans plusieurs études comme étant un obstacle majeur de l'utilisation des services de dépistage(Laver SM, 2001) (Maman, S & J. K. Mbwambo, 2002). Cette crainte est plus constatée chez la femme que chez l'homme(Laver SM, 2001) et traduit un certain sentiment de se voir rejeter par des proches et donc d'être victime d'exclusion sociale. Ce qui est un obstacle pour le partage des résultats avec les partenaires (Maman, S & J. K. Mbwambo, 2002)(Medley, A & C. Garcia-Moreno, 2004).Pour Castle, les perceptions erronées notées sur le VIH au Mali restent de potentiels obstacles des services de dépistage(Castle, S, 2003).

En Afrique subsaharienne, les données sur le recours au dépistage au VIH montrent de grands écarts en population générale (Cartoux, M & P. Msellati, 1998)(Baiden, F., & R. Baiden, 2005). Plusieurs facteurs pourraient expliquer une telle situation (Conserve et al., 2013) ont montré dans une étude réalisée en 2013 que les rapports sexuels récents et la non utilisation de préservatifs peuvent susciter chez les individus un sentiment de risque élevé de contamination et donc le désir de recourir au dépistage. Pour (Kirakoya-Samadoulougou et al., 2017), le

nombre de partenaires sexuels est un facteur important de recours aux services de dépistage. L'ignorance de l'existence de la maladie constitue un obstacle primordial au dépistage (Castle, S, 2003). Une connaissance limitée de l'infection, une faible perception du risque de VIH et la crainte de la discrimination sont identifiées comme des barrières potentielles au fait d'entreprendre le dépistage(Wang, Y & B. Li, 2009). La connaissance de la maladie contribue à définir la perception de risque et donc influence le recours du dépistage(de Paoli et al., 2004). Le risque perçu est donc un facteur important de motivation de se faire dépister et ce facteur différait selon le genre. L'adoption d'un comportement de refus de dépistage est parfois conditionnée par la perception de risque d'infection (Fylkesnes, K & A. Haworth, 1999). Cependant, l'effet de la perception de ce risque peut aussi être susceptible de modification selon l'âge. En effet, pendant que le désir de dépistage se fait plus ressentir aux âges inférieurs, la santé perçue semblait orienter le choix de recourir ou non au dépistage chez les personnes plus âgées (Fylkesnes & Sizya, 2004). Des études attestent que le refus de dépistage est fréquemment justifié par la peur de réactions négatives, voire punitives, de l'entourage(Coulibaly, D & P. Msellati, 1998) (Grinstead, O. A & S. E. Gregorich, 2001) (Pool, R & S. Nyanzi, 2001) (Luong, T. N & S. Rashed, 2003).

Le recours du dépistage peut être aisée dans les lieux facilement accessibles (Matovu, J. K & R. H. Gray, 2005) (Wolff, B & B. Nyanzi, 2005) (Corbett, E. L & E. Dauya, 2006) où aucune peur de réactions négatives, de stigmatisation et de discrimination n'est souvent notée (Chesney, M, 1999). La confidentialité des résultats apparait donc comme un déterminant clé de l'acceptation du dépistage(de Paoli et al., 2004) (Fylkesnes & Sizya, 2004) (Angotti, N & A. Bula, 2009). La peur de recevoir un résultat positif et ses conséquences en termes de santé constituent en outre une barrière au dépistage (Spielberg, F & A. Kurth, 2001) (Matovu, J. K. & R. H. Gray, 2005).

La seconde catégorie regroupe les facteurs favorisants qui facilitent le recours aux services de dépistage. Ces facteurs influencent les comportements en matière de santé dans la mesure où ils reflètent les conditions dans lesquelles les individus vivent et les ressources auxquelles ils ont accès (Lang T & Lombrai P, 2014). Ces ressources peuvent être catégorisées en deux groupes : les ressources individuelles et celles liées à la communauté. Des facteurs socio-économiques comme l'éducation et le revenu sont d'importants déterminants individuels de l'utilisation des services de dépistage (Crouse, 2015). En effet, des études ont prouvé qu'un niveau d'éducation ou un statut socioéconomique élevé est associé à un recours élevé de services de dépistage (Peltzer et al., 2009). Dans une étude réalisée au Malawi, il a été prouvé que l'appartenance à un quintile de très basse classe est associée à un faible recours aux services

de dépistage (Helleringer et al., 2009). Mais cette probabilité a été amoindrie chez les hommes après contrôle des effets spatiaux (Kim et al., 2020). L'influence de ce facteur socio-économique sur le recours aux services de dépistage passe par la littératie en matière de santé (Von Wagner C et al., 2009) et la capacité à se rendre dans les services de santé (Green PM & Kelly BA, 2004). D'autres facteurs socio-économiques tels que la possibilité de disposer de temps libre pour s'absenter de son travail pour aller utiliser les services de dépistage (Doubeni CA et al., 2012) et la possibilité de supporter les coûts liés au transport (Vernon SW, 1997) ont été aussi abordé dans la littérature.

En résumé, les facteurs liés au recours du dépistage sont multiples, mais on connaît peu leur importance chez les camionneurs malgré le caractère universel de cette intervention. Cet article vise donc à déterminer les facteurs associés au recours au dépistage chez cette cible en s'inscrivant dans la perspective de l'effet du contexte.

## 1. Données et méthodes

### 1.1 Source de données

Les analyses qui sont réalisées dans cet article reposent sur les données directement collectées du terrain et obtenues grâce à un questionnaire quantitatif. En effet, la complexité du phénomène étudié nécessite qu'il faille aller sur le terrain pour mieux appréhender les comportements des camionneurs. Les données sont recueillies auprès des camionneurs, c'est-à-dire des conducteurs et leurs accompagnants de véhicules gros porteurs qui stationnent au niveau des parcs de regroupements des camions ou des sites de stationnement. Ils sont exposés du fait, qu'ils y passent souvent plusieurs jours voire des mois hors de leur cadre habituel attendant parfois aussi la conclusion des formalités de douanes et de police ou la réparation des camions tombés en panne. Sont assimilés aux camionneurs, les patrons conducteurs mais aussi les accompagnants apprentis ou mécaniciens exposés aux mêmes risques que leurs patrons. Les camionneurs âgés de 18 ans au moins, appartenant à une association des camionneurs de la localité et ayant donné leur consentement à participer à l'étude après une explication claire et précise des objectifs de l'étude, ont été incluses dans l'échantillon. Pour éviter les doubles comptes, les agents enquêteurs ont l'obligation de vérifier si les personnes reçues pour l'interview avaient déjà participé à cet entretien les deux dernières semaines précédentes sur le site ou dans un autre site.

## **1.2 Variables de l'étude**

- Variable à expliquer**

La variable à expliquer est le recours au service de dépistage. Cette variable a été appréhendée par la réalisation autodéclaré du dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois dans certaines études(Ante, 2022). C'est la variable dépendante et elle a été saisie sur simple déclaration des participants. L'intérêt de réaliser le test et même de façon répétée est d'autant plus recommandé surtout pour les populations à risque comme les camionneurs afin de soutenir la détection précoce et l'initiation du TAR (Hensen et al., 2015). L'exercice de faire le test permet de tirer profit des avantages du TAR et donc éviter la propagation du VIH de la transmission sexuelle du VIH et des maladies graves liées au VIH(Cohen et al., 2011) ; (The TEMPRANO ANRS 12136 Study Group, 2015).

- Variables explicatives**

Les données de l'étude utilisées dans le cadre de l'article présentent une structure hiérarchique car les camionneurs sont rattachés à des sites qui eux-mêmes sont logés dans une commune. Pour ce fait, les variables sont regroupées en deux catégories, les variables individuelles et celles communautaires.

Les variables du niveau individuel comportent l'âge, le statut matrimonial, le niveau d'instruction, la connaissance correcte du VIH, le nombre de partenaires sexuels, le problème d'accueil, l'utilisation du condom, l'attitude à l'endroit d'une personne vivant avec le VIH, le statut dans l'emploi, l'état de santé autodéclaré et l'existence de maladies chroniques.

Les variables du niveau communautaire dont certaines ont été globalement construites à partir des données collectées au niveau individuel ont été utilisées dans les analyses. Il s'agit de la connaissance communautaire exacte du VIH, du niveau d'instruction communautaire, le niveau moyen de connaissance de lieu de dépistage. On distingue aussi dans le registre une variable du contexte qui est le milieu de résidence.

## **1.2 Méthodes**

### **1.2.1 Analyse multiniveau**

Afin de mieux affiner les analyses nous utilisons une approche de modélisation multiniveaux du fait que les comportements développés sur un site de stationnement par des camionneurs peuvent avoir certaines caractéristiques en commun. Cette méthode d'analyse est envisagée dans cette recherche du fait que, la variable de résultat est mesurée au niveau individuel, alors que les prédicteurs de certaines variables explicatives (influencent au niveau

de la communauté) sont mesurés au niveau du site de stationnement et de la commune. Les données de cette étude respectent une structure hiérarchique : les individus sont imbriqués dans des sites et les sites dans les communes.

La variable dépendante à savoir le recours aux services de dépistage est qualitative et dichotomique. Tenant compte de cette nature, la régression logistique binaire est la méthode d'analyse multivariée explicative appropriée. Elle prendra la valeur 1 quand le camionneur déclare avoir recouru au dépistage de l'infection à VIH/Sida au cours de ces 12 dernières années, autrement elle prend la valeur 0.

En raison de la nature dichotomique de la variable dépendante et de la structure hiérarchique des données, la méthode statistique retenue est la régression logistique multi-niveaux. La démarche méthodologique consiste à modéliser le logit de la probabilité qu'un individu  $i$  dans un contexte  $j$ , utilise un service de dépistage ( $Y_{ij}$ ) comme une fonction linéaire de variables indépendantes et d'un ou plusieurs termes aléatoires au niveau contextuel. C'est une régression logistique à deux niveaux qui considère que seule l'ordonnée à l'origine varie entre contexte. Il est noté suivant la formule :

#### Les équations du modèle :

$$\text{Niveau 1 : } Y_{ij} = \beta_{0j} + \beta_{1j} X_{1j} + s_{ij}$$

#### Prédire la variabilité des pentes :

$$\text{Au Niveau 1: } Y_{ij} = \beta_{0j} + \beta_{1j} X_{1j} + s_{ij}$$

Avec

- $\beta_{0j}$  : Ordonnée à l'origine ;
- $\beta_{1j}$ : Pente

L'équation de la pente s'écrit :  $\beta_{1j} = \gamma_{10} + \gamma_{1j} W_{1j} + u_{1j}$

**Au niveau 2**, il s'agira d'étudier les différentes relations existantes entre les variables communautaires au niveau du site ( $W_{1j}$ ) et son impact sur la variable de résultat recours au service de dépistage.

Pour estimer les paramètres, les coefficients ( $\beta_0, \dots, \beta_k$ ) du modèle logit considérés sont estimés par la méthode du maximum de vraisemblance. C'est une procédure générale d'estimation qui fournit des estimateurs qui maximisent la probabilité d'observer les données qui sont réellement observées, étant donné le modèle.

## **2. Résultats**

### **2.1 Le modèle nul ou la décomposition de la variance (M0)**

Selon le résultat du test du rapport de vraisemblance, les variables communautaires apportent une explication significative au recours aux services de dépistage chez les camionneurs tant sur les sites de Bohicon que sur ceux de Natitingou (Voir Tableau 1). Cet effet significatif qu'affichent les variables communautaires témoigne de la pertinence d'appliquer une analyse multiniveau à l'étude (Bressoux, 2010), (Kodjo et al., 2022). Le modèle M0 de la décomposition de la variance montre que le poids de la variation non observée attribuable à l'effet des sites de stationnement est respectivement de 44,5% à Bohicon et 37,3% à Natitingou. Il ressort donc que l'homogénéité ou la ressemblance dans le recours aux services de dépistage par deux camionneurs qui fréquentent les mêmes sites est respectivement de 44,5% à Bohicon et 37,3% à Natitingou. Il est donc évident qu'il existe des effets propres à chaque site de stationnement et donc à chaque commune dont l'impact sur le recours aux services de dépistage sont avérés. Ces effets qu'on pourrait qualifier « d'effet sites de stationnement » sont plus élevés dans la commune de Bohicon comparativement à celle de Natitingou.

### **2.2 Modèle communautaire (M1): Effets des caractéristiques propres aux sites de stationnement sur le recours au dépistage**

Le modèle M1 se traduit par l'introduction des variables communautaires dans le modèle nul. Le résultat donne une contribution importante de ces facteurs dans l'explication du recours au dépistage dans les deux communes parcourues (Tableau 1). En effet, comparativement au modèle M0, la variance intercommunautaire a connu une baisse importante dans les deux communes visitées. Cette baisse est de 50,7%, passant de 2,633 à 1,297 à Bohicon et 46,7% (de 3,009 en M0 à 1,605 en M1). Ce qui traduit que, la moitié (à Bohicon) et un peu moins de la moitié (à Natitingou) de la variabilité du recours aux services de dépistage est liée aux caractéristiques des sites de stationnement que fréquentent les camionneurs. On note aussi une baisse du coefficient de corrélation intracommunautaire du modèle nul M0 au modèle M1. Cette diminution traduit une baisse d'homogénéité de comportement entre deux camionneurs par rapport au recours aux services de dépistage. En effet, le coefficient de corrélation intracommunautaire est passé de 34,5% (M0) à 16,8% (M1).

De ce modèle partiel M1, il ressort clairement dans les deux communes que, les caractéristiques communautaires que sont la connaissance communautaire correcte du VIH, le niveau d'instruction communautaire et le milieu de résidence, toutes choses étant égales par ailleurs

ont une influence directe sur le recours au dépistage par les camionneurs. De façon particulière, le problème d'accueil influence le recours au dépistage à Natitingou (M1). En effet, le faible niveau de la connaissance communautaire exacte du VIH et de l'instruction globale des sites, offre moins de chance de recourir aux services de dépistage de l'infection à VIH. Les camionneurs qui viennent du milieu rural ont aussi moins de chance d'utiliser les services de dépistage que leurs homologues urbains. Les sites sur lesquels les camionneurs évoquent globalement moins de problèmes d'accueil par les agents de dépistage (significatif à Natitingou seulement) offrent plus de chance de recours aux services de dépistage.

### **2.3 Modèle communautaire (M2) : Effets des caractéristiques propres aux individus sur le recours aux services de dépistage**

Le modèle M2 montre l'influence des caractéristiques individuelles prises isolément sur le recours aux services de dépistage. L'introduction de ces variables dans le modèle nul M0 a réduit la variance intercommunautaire respectivement de 41,7% passant de 2,633 à 1,535 sur les sites de Bohicon et de 39,5% sur les sites de Natitingou passant de 3,009 à 1,821. Ce qui traduit un important effet de diminution sensiblement dans les mêmes proportions de la variabilité du recours aux services de dépistage liée aux caractéristiques propres des camionneurs qui fréquentent ces sites. Il en est de même du degré de ressemblance de comportement entre deux camionneurs fréquentant les mêmes sites. En effet, le coefficient de corrélation intracommunautaire a considérablement chuté de 44,5% à 22,1% pour la commune de Bohicon et de 37,3% à 23,5% pour celle de Natitingou.

Notons que les communes de Bohicon et de Natitingou ne sont pas influencées par les mêmes facteurs individuels. Réciproquement, elles sont influencées par l'âge, la connaissance individuelle correcte du VIH/Sida, le niveau d'instruction individuel, l'utilisation du condom et le revenu. Mais en dehors de ces facteurs communs aux deux communes, on observe des particularités par commune. Ainsi, dans la commune de Natitingou les facteurs propres qui influencent le recours aux services de dépistage sont le nombre de partenaires sexuels et l'attitude à l'endroit d'une personne vivant avec le VIH (PVVIH). Quant à la commune de Bohicon, il existe un seul facteur qui lui est propre à savoir l'état de santé autodéclaré.

### **2.4 Modèle complet (M3) : Effets simultané des facteurs individuels et communautaires sur le recours aux services de dépistage**

Le modèle complet M3 est celui qui affiche la présence de toutes les variables relatives au profil du camionneur et aux caractéristiques du contexte. Il montre une hétérogénéité significative dans l'explication du recours au dépistage de l'infection par le VIH. En effet, le modèle 3

montre aussi une diminution de la variance intercommunautaire de M0 mais dans une proportion plus importante. Cette diminution est de l'ordre de 61% pour la commune de Bohicon et de 63,2% pour celle de Natitingou. Par ailleurs, comparativement au modèle nul, le degré d'homogénéité entre deux camionneurs d'un même site de stationnement vis à vis du dépistage a chuté considérablement. Il est passé de 44,5% en M0 à 20,3% en M3 pour la commune de Bohicon et de 37,3% en M0 à 18,9% en M3 pour la commune de Natitingou.

En ce qui concerne l'identification des facteurs explicatifs du recours au dépistage, force est de constater qu'après l'introduction de toutes les variables, il y a eu par endroit de changement de degré de significativité. Certaines variables des modèles M1 et M2 qui étaient initialement significatives, ont vu leur degré de significativité diminuer et même disparaître complètement dans le modèle M3. C'est le cas des variables âge, utilisation du condom et état de santé autodéclaré dans la commune de Bohicon initialement significatives au M2 qui sont devenues non significatives au M3. Sur les sites de Natitingou, ce sont les variables utilisation de condom et nombre de partenaires sexuels qui ont perdu leur significativité de M2 à M3. Par contre dans la commune Bohicon, le facteur l'attitude à l'endroit des PVVIH non significatifs dans le M2 est devenu significatif dans le modèle M3.

A partir du modèle final M3, il ressort que les facteurs communs aux deux communes dans le recours au dépistage sont la connaissance communautaire correcte du VIH, le niveau d'instruction communautaire, le milieu de résidence, la connaissance individuelle correcte du VIH, le niveau d'instruction individuel, l'attitude à l'endroit de PVVIH, et les problèmes d'accueil. En plus de ces facteurs communs, la connaissance de lieu de dépistage s'est révélé être un facteur propre à la commune de Bohicon alors que l'âge est un facteur spécifique à la commune de Natitingou.

#### **- Effets des facteurs communautaires**

Comme on pouvait si attendre, les camionneurs qui proviennent des sites où plus de personnes ont un faible niveau global de connaissance correcte du VIH ont respectivement 46% et 17% fois moins de chance d'utiliser les services de dépistage que les autres camionneurs dans les communes de Bohicon et de Natitingou. Nous constatons aussi que par rapport aux sites ayant une proportion plus élevée de personnes instruites, les camionneurs provenant de sites ayant une proportion plus faible de personnes instruites ont respectivement 47% et 29% moins de chance de recourir services de dépistage. Toujours selon le modèle M3, nous remarquons que les camionneurs qui résident en milieu rural ont respectivement 44% et 32% moins de chance d'utiliser les services de dépistage que les autres camionneurs résidant en milieu urbain. Parlant

de l'accueil dans les centres de dépistage, l'inexistence de ce problème lié à l'offre de dépistage donne plus de prédisposition à faire le dépistage que les autres qui évoquent ce problème. Pour preuve, la chance de dépistage est plus de 3,5 fois sur les sites de Bohicon et plus de 3,7 fois sur ceux de Natitingou. Il en est de même de la distance à parcourir dans la commune de Bohicon où l'inexistence de ce problème permet aux camionneurs d'être 2,8 fois plus enclins à recourir aux services de dépistage que sur les sites où les camionneurs pensent que ce problème est réel.

#### **- Effets des facteurs individuels**

Les camionneurs qui n'ont personnellement pas une connaissance correcte du VIH ont respectivement 35% ( $OR=0,65$ ) et 17% ( $OR=0,83$ ) moins de chance de recourir au dépistage à VIH dans les communes de Bohicon et de Natitingou que leur confrère qui ont une connaissance correcte du VIH. Considérant le niveau d'instruction, les camionneurs qui ont un niveau d'instruction secondaire et plus ont respectivement 4,6 fois et 3,8 fois plus de chance d'utiliser des services de dépistage que les moins instruits. Nous constatons également que les camionneurs qui ont une mauvaise attitude à l'endroit des PVVIH sont moins enclins à recourir aux services de dépistage que ceux qui ont une bonne attitude. Ceci est d'autant vrai sur les sites de Bohicon et de Natitingou où les camionneurs ayant une mauvaise attitude à l'endroit des PVVIH ont respectivement moins de 43% ( $OR=0,57$ ) et 31% ( $OR=0,69$ ) de chance de se faire dépister que leurs confrères ayant une bonne attitude. En ce qui concerne l'âge, contrairement à la commune de Bohicon où l'âge n'est pas un facteur déterminant, les camionneurs les plus âgés des sites de Natitingou ont 1,67 fois plus de chance d'utiliser les services de dépistage que les plus jeunes.

**Tableau 1 : Effets nets (Odd Ratio) des facteurs individuels et contextuels sur le recours au dépistage du VIH**

Variables	Bohicon				Natitingou			
	Modèle 0		Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3	
	Odds Ratios							
<b>PARTIE FIXE</b>								
Constantes	2,42**	0,76**	0,51**	0,57**	3,95**	1,87**	0,43**	0,49**
<b>Variables communautaires</b>								
<b>Connaissance communautaire exacte du VIH</b>								
Oui	Ref.		Ref.		Réf.		Réf.	
Non	0,49**		0,54***		0,80***		0,83***	
<b>Niveau d'instruction communautaire</b>								
Faible	Ref.		Ref.		Réf.		Réf.	
Elevé	0,61**		0,53**		0,75***		0,71***	
<b>Milieu de résidence</b>								
Urbain	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Rural	0,53**		0,56**		0,79**		0,68***	
<b>Connaissance moyenne de lieu de dépistage</b>								
Elevée	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Faible	2,13*		2,57**		1,08*		1,07*	
<b>Variables individuelles</b>								
<b>Facteurs de prédisposition</b>								
<b>Age (en année révolu)</b>								
Moins de 25ans		Ref.	Ref.			Ref.	Ref.	
25 ans et plus		1,20**	1,09*			2,04**	1,67**	
<b>Connaissance exacte du VIH</b>								
Oui		Réf.	Ref.			Réf.	Réf.	
Non		0,57***	0,65***			0,81***	0,83***	
<b>Statut matrimonial</b>								
Célibataire/divorcé		Ref.	Ref.			Ref.	Ref.	

Variables	Bohicon				Natitingou			
	Modèle 0		Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3	
	Odds Ratios							
Marié monogame			1,34	1,37			2,76*	2,76*
Marié polygame			1,06	1,15/			3,06	3,03*
<b>Niveau d'instruction</b>								
Non scolarisé			Ref.	Ref.			Ref.	Ref.
Primaire			2,79*	2,78*			1,70*	1,51*
Secondaire et plus			4,61**	4,61**			3,07***	3,85***
<b>Problème d'accueil</b>								
Oui			Ref.	Ref.	.		Ref	Ref.
Non			3,58*	3,52***			3,40**	3,71**
<b>Nombre de partenaires sexuels</b>								
1			Ref.	Ref.			Ref.	Ref.
2 ou plus			1,88*	1,88*			2,04**	1,33*
<b>Connaissance de lieu de dépistage</b>								
Ne connais pas			Ref.	Ref.			Ref.	Ref.
Connait mais ne peut pas se rendre			1,04**	1,13**			1,22*	1,28*
Connait et peut se rendre			1,58**	1,60**			1,73*	1,71*
<b>Utilisation du condom</b>								
Oui			Ref.	Ref.			Ref.	Ref.
Non			0,65***	0,42*			0,91**	0,66*
<b>Problème d'argent</b>								
Oui			Ref.	Ref.			Ref.	Ref.
Non			2,03	2,03			1,82	1,82
<b>Attitude à l'endroit d'un PVVIH</b>								
Bonne			Ref.	Ref.			Ref.	Ref.
Mauvaise			0,74*	0,57***			0,54**	0,69**
<b>Facteurs facilitant</b>								
<b>Statut dans l'activité</b>								

Variables	Bohicon				Natitingou			
	Modèle 0		Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3	
	Odds Ratios							
Apprenti			Ref.	Ref.			Ref.	Ref.
Patron			1,12*	1,12*			2,49*	2,49*
Mécanicien			1,35*	1,35*			2,01*	2,01*
<b>Facteurs liés au besoin</b>								
<b>Etat de santé auto-déclaré</b>								
Bon			Ref.	Ref.			Ref.	Ref.
Moyen			1,89**	1,53*			1,18*	1,03
Mauvais			2,04**	1,76*			1,77*	1,38
<b>Existence de maladies chroniques</b>								
Oui			Ref.	Ref.			Ref.	Ref.
Non			0,71*	0,74*			0,55*	0,56*
<b>PARTIE ALEATOIRE</b>								
Variance individuelle	2,891	2,891	2,891	2,891	3,052	3,052	3,052	3,052
Variance intercommunautaire	2,633	1,297	1,535	1,005	3,009	1,605	1,821	1,106
Coefficient de corrélation intracommunautaire	0,445	0,268	0,221	0,203	0,373	0,258	0,235	0,189
Khi2 Wald de seuil de significativité	189,41***	68,35***	99,05***	106,4***	201,55***	87,880***	100,03***	119,22***
<b>Taille de l'échantillon</b>	<b>429</b>	<b>429</b>	<b>429</b>	<b>429</b>	<b>432</b>	<b>432</b>	<b>432</b>	<b>432</b>

Source : Enquête terrain, Octobre-Novembre 2022

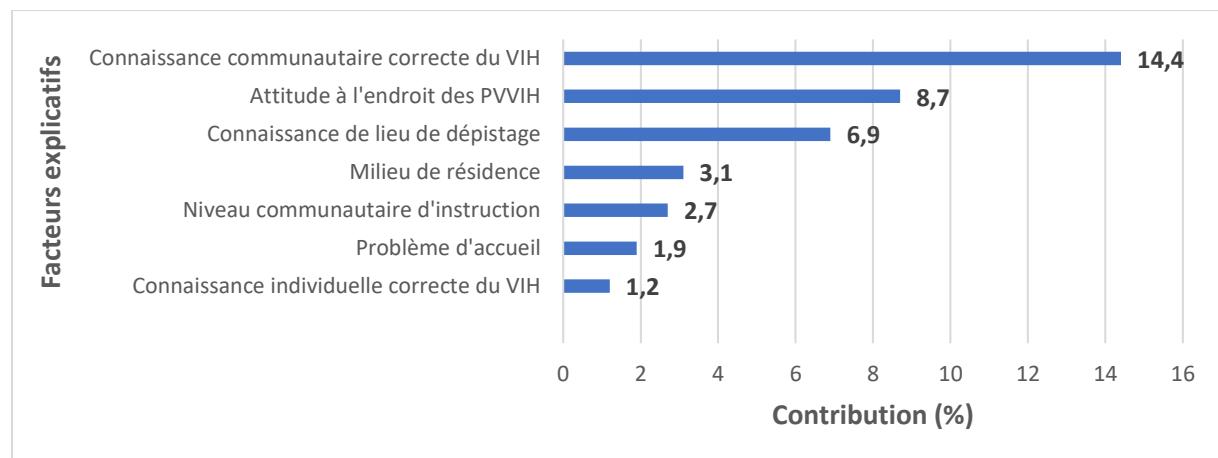
Niveau de significativité : \*10% \*\*5% \*\*\*1%

## 2.5 Importance des facteurs explicatifs du recours au dépistage de l'infection par le VIH

L'importance de chaque facteur explicatif a été déterminée à partir d'un indicateur de différence relative entre le khi-deux Wald de seuil de significativité du modèle final et celui du modèle sans le facteur en question (Kochou, S.H.A & Rwenge, M.J.R, 2014) et (Kodjo et al., 2022). La contribution relative de chaque facteur ainsi déterminé permettra d'hierarchiser les facteurs par ordre de priorité.

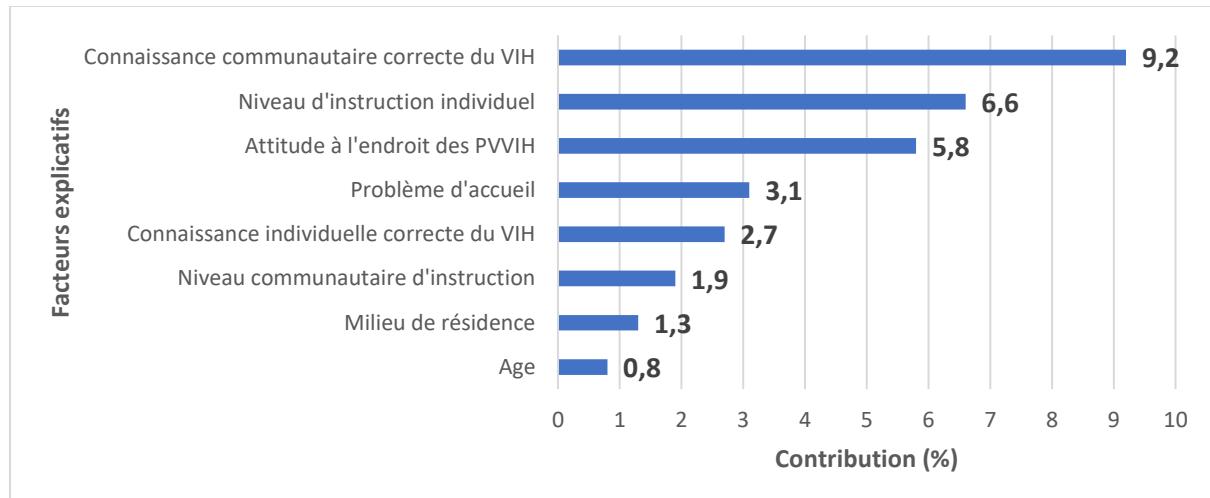
Le graphique 1 relatif à la commune de Bohicon montre dans l'ordre décroissant que la connaissance communautaire correcte du VIH, l'attitude à l'endroit des PVVIH, la connaissance de lieu de dépistage, le milieu de résidence, le niveau communautaire d'instruction constituent les cinq principaux facteurs du recours au dépistage. Il ressort donc aisément que le niveau d'éducation sanitaire (surtout lié à la connaissance de l'infection), la stigmatisation, le milieu de socialisation, et l'offre de dépistage sont prioritairement associés au recours aux services de dépistage.

**Graphique 1 :** Hiérarchisation des facteurs selon leurs effets nets sur le recours au dépistage sur les sites de la commune de Bohicon



Le graphique 2 relatif à la commune de Natitingou montre par ordre de priorité que la connaissance communautaire correcte du VIH, le niveau communautaire d'instruction, la connaissance individuelle correcte du VIH, le problème d'accueil, le niveau d'instruction individuel. Ces résultats témoignent que le niveau d'instruction et d'éducation à l'infection à VIH tant individuel que collectif et l'offre de dépistage en occurrence l'accueil dans les services de dépistage favorisent le recours au dépistage des camionneurs des sites de Natitingou.

**Graphique 2 :** Hiérarchisation des facteurs selon leurs effets nets sur le recours aux services de dépistage sur les sites de la commune de Natitingou



En définitive, la connaissance communautaire correcte du VIH, la stigmatisation et l'offre de service de dépistage constituent des défis majeurs pour le recours au dépistage du VIH par les camionneurs. Pendant que la connaissance du VIH, du lieu de dépistage et la stigmatisation influencent particulièrement les choix de dépistage sur les sites de la commune de Bohicon, le niveau de connaissance en termes d'instruction personnelle et l'éducation collective sur l'infection et la stigmatisation influencent le recours au dépistage à Natitingou.

### 3. Discussion des résultats

Cette recherche analyse les données collectées sur les sites de stationnement des camionneurs pour déterminer les facteurs individuels et collectifs du recours au dépistage. La littérature offre une panoplie de caractéristiques qui pourraient influencer leur recours au dépistage. Les résultats de l'étude montrent autant de facteurs identiques mais qui n'influencent pas les localités au même degré que de facteurs particuliers aux sites. La connaissance de l'infection à VIH apparaît comme un déterminant important et capital dans le recours au dépistage de l'infection à VIH. Autant la connaissance correcte mesurée au niveau collectif a un effet sur le dépistage, autant celle proche à chaque individu la prédispose à recourir au dépistage du VIH. Au niveau contextuel, elle se présente comme le facteur prioritaire, le premier d'ailleurs et son effet a été amplifié par l'introduction des variables individuelles. Il est donc évident que les sites de stationnement où plus de personnes ont une meilleure connaissance du mal prédisposent les camionneurs à plus recourir au dépistage. Cette situation pourrait s'illustrer par le fait que

les campagnes de sensibilisation et de counseling engagés par le programme de santé au lendemain de la déclaration de la stratégie « 90-90-90 » de l'ONUSIDA a porté des fruits dans certaines localités.

Comme on pouvait s'attendre au regard des résultats des études, l'attitude positif à l'endroit des PVVIH a un effet sur le recours aux services de dépistage. Les résultats montrent qu'un faible niveau de stigmatisation à l'endroit des PVVIH est associé à un plus important niveau de dépistage du VIH (Kalichman SC, et al., 2020). La stigmatisation des PVVIH est un facteur important qui influence le dépistage et son effet est encore plus important sur les sites de Bohicon comparativement aux sites de Natitingou. Le regard négatif et la peur de se voir étiqueter entraînent le refus de participer aux services de dépistage (Yang H, et al., 2006).

Le milieu de résidence est un déterminant fort du recours aux services de dépistage du VIH. En raison des avantages en termes de présence de service de soins qu'offrent les villes par rapport aux villages, les participants résidant en milieu urbain ont plus de chance de se rendre aux points de dépistage que ceux du milieu rural. Ce résultat, obtenu par d'autres auteurs donne la preuve de chance d'accessibilité aux services de prévention en milieu urbain. Les personnes vulnérables des zones rurales ont moins de chance d'accéder aux services VIH (Gourlay et al., 2015) (Lubogo et al., 2015) (Nsom Mbo, D.S, 2007) que celles provenant des zones urbaines. L'étude montre des relations évidentes entre le niveau d'instruction ou le revenu et le recours aux services de dépistage. En effet des recherches ont prouvé qu'un niveau d'éducation ou un statut socioéconomique élevé est associé à une plus forte utilisation de services de dépistage (Peltzer et al., 2009). Cette tendance est confirmée dans la recherche Ante sur un échantillon de pays en Afrique subsaharienne (Ante, 2022). Comme il a été trouvé dans certaines études, les résultats montrent le rôle important que joue la perception de la distance comme un frein à la réalisation de dépistage par les camionneurs(Palk L, et al., 2020) et (Kohler PK, et al., 2019). Il serait donc intéressant que les populations de camionneurs soient atteintes par le renforcement des stratégies fixes et mobiles des unités de dépistage mobiles (Wade AS et al., 2019).

Certains facteurs comme l'âge est spécifique à la commune de Natitingou. Ce qui montre l'influence du contexte de résidence dans l'effet de la variable sur le dépistage à l'infection au VIH/Sida.

Cette étude présente quelques limites qu'on pourrait retrouver dans l'absence de quelques variables clés de la demande et de l'offre. En effet, la perception du risque d'infection(Lin Y., et al., 2021) tout autant que l'organisation du système de santé, l'empathie et l'accueil (Bruce, J., 1990). L'amélioration du niveau de dépistage de l'infection à VIH/Sida reste un défi pour les programmes santé.

## **Conclusion**

Cet article en mettant en exergue les facteurs d'inégalités de recours au dépistage de l'infection par le VIH, révèle un important effet évident du niveau moyen de connaissance correcte du VIH par la communauté qui pourrait être attribuable aux efforts des sensibilisations à grande échelle. Peu importe la localité de résidence, les sites qui affichent un nombre important de camionneurs qui ont une bonne connaissance du VIH offrent une propension plus grande aux camionneurs de recourir au dépistage. Ce résultat nettement mis en exergue invite à renforcer les initiatives de sensibilisation, de counseling et de séances éducatives de masse. L'avantage qui pourrait être tiré de l'intérêt d'éduquer les populations sur le VIH est énorme car il est prouvé que des niveaux élevés de connaissances sur le VIH influence positivement sur la stigmatisation (Ncitakalo N, et al., 2021) (Sen LT, et al., 2021). C'est une action de politique publique dont la concrétisation peut aider à briser les barrières de l'ignorance de la maladie qui entravent le recours aux services de dépistage.

## BIBLIOGRAPHIE

- Angotti, N & A. Bula. (2009). *Increasing the acceptability of HIV counseling and testing with three C's : Convenience, confidentiality and credibility.* 68(12), 2263-2270.
- Ante, P. A. (2022). *Inégalités socio-économiques dans le recours au dépistage du VIH en Afrique subsaharienne : Une analyse multi-pays des enquêtes de population* [PhD Thesis]. HESAM Université.
- Azfredrick, E. C. (2016). Using Anderson's model of health service utilization to examine use of services by adolescent girls in south-eastern Nigeria. *International Journal of adolescence and Youth*, 21(4), 523-529.
- Baiden, F., & R. Baiden. (2005). *Review of Antenatal-Linked Voluntary Counseling and HIV Testing in Sub-Saharan Africa : Lessons and Options for Ghana.* 39(1), 8-13.
- Barden-O'Fallon, J. L., deGraft-Johnson, J., Bisika, T., Sulzbach, S., Benson, A., & Tsui, A. O. (2004). Factors Associated with HIV/AIDS Knowledge and Risk Perception in Rural Malawi. *AIDS and Behavior*, 8(2), 131-140. <https://doi.org/10.1023/B:AIBE.0000030244.92791.63>
- Bressoux, P. (2010). *Modélisation statistique appliquée aux sciences sociales.* De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.bress.2010.01>
- Bruce, J. (1990). *Fundamental elements of the quality of care : A simple framework. Studies in family planning.* 21(2), 61-91.
- Bwambale, F. M., Ssali, S. N., Byaruhanga, S., Kalyango, J. N., & Karamagi, C. A. (2008). Voluntary HIV counselling and testing among men in rural western Uganda : Implications for HIV prevention. *BMC Public Health*, 8(1), 263. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-263>
- Cartoux, M & P. Msellati. (1998). *Attitude of pregnant women towards HIV testing in Abidjan, Côte d'Ivoire and Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. DITRAME Study Group (ANRS 049 Clinical Trial). Diminution de la Transmission Mère Enfant du VIH. Agence Nationale de Recherches sur le SIDA.* 12(17), 2337-2344.
- Castle, S. (2003). *Doubting the existence of AIDS: a barrier to voluntary HIV testing and counselling in urban Mali.* "Health Policy and Planning". 18(2), 146-155.
- Chesney, M. (1999). *The challenge of adherence.* 12(1), 10-13.
- Cohen, M. S., Chen, Y. Q., McCauley, M., Gamble, T., Hosseinipour, M. C., Kumarasamy, N., Hakim, J. G., Kumwenda, J., Grinsztejn, B., Pilotto, J. H. S., Godbole, S. V., Mehendale, S., Chariyalertsak, S., Santos, B. R., Mayer, K. H., Hoffman, I. F., Eshleman, S. H., Piwowar-Manning, E., Wang, L., ... Fleming, T. R. (2011). Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. *New England Journal of Medicine*, 365(6), 493-505. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1105243>
- Conserve, D., Sevilla, L., Mbwambo, J., & King, G. (2013). Determinants of Previous HIV Testing and Knowledge of Partner's HIV Status Among Men Attending a Voluntary Counseling and

Testing Clinic in Dar es Salaam, Tanzania. *American Journal of Men's Health*, 7(6), 450-460. <https://doi.org/10.1177/1557988312468146>

Corbett, E. L & E. Dauya. (2006). Uptake of workplace HIV counselling and testing : A cluster-randomised trial in Zimbabwe. *PLoS Med*, 3(7), e238.

Coulibaly, D & P. Msellati. (1998). Attitudes et comportements des femmes enceintes face au dépistage du VIH à Abidjan (Côte d'Ivoire), en 1995 et 1996. Raisons du refus du test et indifférence face aux résultats. *Sante*, 8(3), 234-238.

Crouse, A. (2015). *Community Fecal Immunotesting for Colorectal Cancer Screening*. <https://doi.org/10.11575/PRISM/25362>

De Allegri, M., Agier, I., Tiendrebeogo, J., Louis, V. R., Yé, M., Mueller, O., & Sarker, M. (2015). Factors Affecting the Uptake of HIV Testing among Men : A Mixed-Methods Study in Rural Burkina Faso. *PLOS ONE*, 10(7), e0130216. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130216>

de Paoli, M. M, & R. Manongi. (2004). *Factors influencing acceptability of voluntary counselling and HIV-testing among pregnant women in Northern Tanzania*. "AIDS Care. 16(4), 411-425.

Doubeni CA, Jambaulikar GD, & Fouayzi H. (2012). *Neighborhood socioeconomic status and use of colonoscopy in an insured population—A retrospective cohort study*. *PloS one*. 7(5), 363-392.

Fylkesnes, K & A. Haworth. (1999). HIV counselling and testing : Overemphasizing high acceptance rates a threat to confidentiality and the right not to know. *AIDS*, 13(17), 2469-2474.

Fylkesnes, K & S. Siziya. (2004). A randomized trial on acceptability of voluntary HIV counselling and testing. *Tropical Medicine and International Health*, 9(5), 566-572.

Gourlay, A., Wringe, A., Todd, J., Cawley, C., Michael, D., Machemba, R., Reniers, G., Urassa, M., & Zaba, B. (2015a). Factors associated with uptake of services to prevent mother-to-child transmission of HIV in a community cohort in rural Tanzania. *Sexually Transmitted Infections*, 91(7), 520-527. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2014-051907>

Gourlay, A., Wringe, A., Todd, J., Cawley, C., Michael, D., Machemba, R., Reniers, G., Urassa, M., & Zaba, B. (2015b). Factors associated with uptake of services to prevent mother-to-child transmission of HIV in a community cohort in rural Tanzania. *Sexually Transmitted Infections*, 91(7), 520-527. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2014-051907>

Green PM & Kelly BA. (2004). *Colorectal cancer knowledge, perceptions, and behaviors in African Americans*. *Cancer nursing*. 27(3), 206-215.

Grinstead, O. A & S. E. Gregorich. (2001). Positive and negative life events after counselling and testing : The Voluntary HIV-1 Counselling and Testing Efficacy Study. *AIDS*, 15(8), 1045-1052.

Helleringer, S., Kohler, H.-P., Frimpong, J. A., & Mkandawire, J. (2009). Increasing Uptake of HIV Testing and Counseling Among the Poorest in Sub-Saharan Countries Through Home-Based

Service Provision. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 51(2), 185-193. <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e31819c1726>

Hensen, B., Lewis, J., Schaap, A., Tembo, M., Vera-Hernández, M., Mutale, W., Weiss, H., Hargreaves, J., Stringer, J., & Ayles, H. (2015). Frequency of HIV-testing and factors associated with multiple lifetime HIV-testing among a rural population of Zambian men. *BMC Public Health*, 15(1), 960. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2259-3>

Jürgensen, M., Tuba, M., Fylkesnes, K., & Blystad, A. (2012). The burden of knowing : Balancing benefits and barriers in HIV testing decisions. a qualitative study from Zambia. *BMC Health Services Research*, 12(1), 2. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-2>

Kagee A,L, Swartz A, & Swartz. (2014). *Theorising beyond the individual: Adherence to antiretroviral therapy in resource-constrained societies*. *J Health Psychol.* 103-109. <https://doi.org/10.1177/13591053135002>

Kalichman SC, Shkembi B, Wanyenze RK, Naigino R, Bateganya MH, & Menzies NA, et al. (2020). *Perceived HIV stigma and HIV testing among men and women in rural Uganda: A population-based study*. *Lancet HIV*.

Kim, S. W., Haghparast-Bidgoli, H., Skordis-Worrall, J., Batura, N., & Petrou, S. (2020). A method for measuring spatial effects on socioeconomic inequalities using the concentration index. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1080-5>

Kirakoya-Samadoulougou, F., Jean, K., & Maheu-Giroux, M. (2017). Uptake of HIV testing in Burkina Faso : An assessment of individual and community-level determinants. *BMC Public Health*, 17(1), 486. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4417-2>

Kochou, S.H.A & Rwenge, M.J.R. (2014). *Facteurs sociaux de la non-utilisation des services de soins prénatals ou de leur utilisation inadéquate en Côte d'Ivoire*'. 169-173.

Kodjo, Y., Mburano, J.-R. R., & Kone, H. (2022). Utilisation des Services Obstétricaux Modernes au Togo : Approche par les Modèles Mixtes. *European Scientific Journal ESJ*, 12. <https://doi.org/10.19044/esipreprint.12.2022.p223>

Kohler PK, Akullian A, Okanda J, Otieno G, Kinuthia J, & Voss J, et al. (2019). *Distance to HIV and Antenatal Care : A Geospatial Analysis in Siaya County, Kenya*. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 30(5), 548-555.

Lang T & Lombrail P. (2014). The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health : John Wiley & Sons.

Laver SM. (2001). *Voluntary testing and counselling for HIV*. "Are adults in rural communities ready to test?" A descriptive survey *Cent Afr J Med.* 47(4), 92-97.

Li, J., Gilmour, S., Zhang, H., Koyanagi, A., & Shibuya, K. (2012). The epidemiological impact and cost-effectiveness of HIV testing, antiretroviral treatment and harm reduction programs. *AIDS*, 26(16), 2069-2078. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e3283574e54>

Lin Y.,, Li C, Wang L, Jiao K, & Ma W. (2021). *The mediated effect of HIV risk perception in the relationship between peer education and HIV testing uptake among three key populations in China*. AIDS Res Ther. 1(18), 8.

Link, & Phelan, J. (1995). *Social conditions as fundamental causes of disease*. Journal of Health and Social Behavior, Spec No. 80-94.

Lubogo, D., Ddamulira, J. B., Tweheyo, R., & Wamani, H. (2015a). Factors associated with access to HIV care services in eastern Uganda : The Kumi home based HIV counseling and testing program experience. *BMC Family Practice*, 16(1), 162. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0379-6>

Luong, T. N & S. Rashed., (2003). Rapport sur l'évaluation de l'acceptabilité d'un programme de prévention du SIDA par une intervention au niveau de la transmission mère-enfant du VIH en Guinée dans la capitale Conakry et à l'intérieur de la Guinée (Kankan). Montréal, Unité de Santé Internationale, Université de Montréal, 54.

Maman, S & J. K. Mbwambo. (2002). HIV-positive women report more lifetime partner violence : Findings from a voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania. *American Journal of Public Health*, 92(8), 1331-1337.

Matovu, J. K. & R. H. Gray. (2005). *Voluntary HIV counseling and testing acceptance, sexual risk behavior and HIV incidence in Rakai, Uganda*. 19(5), 503-511.

Mitchell, S., Cockcroft, A., Lamothe, G., & Andersson, N. (2010). Equity in HIV testing : Evidence from a cross-sectional study in ten Southern African countries. *BMC International Health and Human Rights*, 10(1), 23. <https://doi.org/10.1186/1472-698X-10-23>

Ncitakalo N, Mabaso M, Joska J, & Simbayi L. (2021). Factors associated with external HIV-related stigma and psychological distress among people living with HIV in South Africa. *SSM - Santé Populaire*.

Nsom Mbo, D.S. (2007). *Les déterminants de- la pratique du test de dépistage du VIH/Sida chez la femme enceinte au Cameroun*. Mémoire DESSD, IFORD Cameroun, 111.

OMS. (2014). *Organisation mondiale de la santé. Approches de la prestation de services pour le dépistage et le conseil en matière de VIH (HTC) : Cadre stratégique du programme de dépistage et de conseil*. Genève.

ONUSIDA. (2014). *ONUSIDA. JUNPo VIH/SIDA : 90-90-90—Un objectif de traitement ambitieux pour aider à mettre fin à l'épidémie de sida*. Genève.

Palk L, Okano JT, Dullie L, & Blower S. (2020). Travel time to health-care facilities, mode of transportation, and HIV elimination in Malawi : A geospatial modelling analysis. *Lancet Glob Health*. : John Wiley & Sons, 8(12), 1555-1564.

Peltzer, K., Matseke, G., Mzolo, T., & Majaja, M. (2009). Determinants of knowledge of HIV status in South Africa : Results from a population-based HIV survey. *BMC Public Health*, 9(1), 174. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-174>

Pool, R & S. Nyanzi. (2001). Attitudes to voluntary counselling and testing for HIV among pregnant women in rural south-west Uganda. *AIDS Care*, 13(5), 605-615.

Sen, A. (1979). *Equality of what ? Tanner lecture on human values. Tanner Lectures.*, 1, 197-220.

Sen LT, Hutaurok PMS, Putra MRA, Maulida SB, Ramadhan A, & Sugiharto A. (2021). *Scrutinizing the knowledge and stigma of HIV/AIDS in the community level in Indonesia and the correlation to risk groups aversion to screening. IOP Conf Ser Earth Environ Sci*. 1(012089), 1-716.

Spielberg, F & A. Kurth. (2001). Moving from apprehension to action : HIV counseling and testing preferences in three at-risk populations. *AIDS Education and Prevention*, 13(6), 524-540.

Staveteig S, Wang S, Head SK, Bradley SEK, && Nybro E. (2013). *Demographic Patterns of HIV Testing Uptake in Sub-Saharan Africa : DHS Comparative Reports 30*. Retrieved from. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/CR30/CR30.pdf>

The TEMPRANO ANRS 12136 Study Group. (2015). A Trial of Early Antiretrovirals and Isoniazid Preventive Therapy in Africa. *New England Journal of Medicine*, 373(9), 808-822. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1507198>

UNAIDS. (2021). *Latest global and regional statistics on the status of the AIDS epidemic*.

UNAIDS. (2022). *Global AIDS Update 2022. Confronting inequalities. Lessons for pandemic responses from 40 years of AIDS*.

Von Wagner C, Semmler C, Good A, & Wardle J. (2009). *Health literacy and self-efficacy for participating in colorectal cancer screening : The role of information processing. Patient Education and Counseling*. 75(3), 352-357.

Wade AS, M. Ousmane Amadou Sy. (2019). *Rapport d'évaluation de l'état de préparation à la transition et à la pérennité du Programme national de lutte contre le VIH au Sénégal [Internet]*. Washington, DC Palladium : Health Policy Plus. [http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/14332-14607\\_RapportdEvaluationSenegal.pdf](http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/14332-14607_RapportdEvaluationSenegal.pdf)

Wolff, B & B. Nyanzi. (2005). Evaluation of a home-based voluntary counselling and testing intervention in rural Uganda. *Health Policy and Planning*, 20(2), 109-116.

Woodring, J. V., Kruszon-Moran, D., Oster, A. M., & McQuillan, G. M. (2014). Did CDC's 2006 Revised HIV Testing Recommendations Make a Difference? Evaluation of HIV Testing in the US Household Population, 2003–2010. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 67(3), 331-340. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000303>

Yang H, Li X, Stanton B, Fang X, Lin D, & Naar-King S. (2006, octobre). HIV-related knowledge, stigma, and willingness to disclose : A mediation analysis. *AIDS Care*. 7, 717-724.