Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 7 (2)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 9 June 2025
Accepted, 19 November 2025
Published, 24 November 2025
https://www.revue-rasp.org
To cite: Cisse, K., et al. (2025). Déterminants du dépistage volontaire anténatal du VIH chez les femmes enceintes et leurs conjoints au Burkina Faso : Une analyse à partir des données de l'EDS 2021. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique,7(2), 269-289.* https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.19

**Research**

# Déterminants du dépistage volontaire anténatal du VIH chez les femmes enceintes et leurs conjoints au Burkina Faso : Une analyse à partir des données de l'EDS 2021

***Determinants of voluntary antenatal HIV testing among pregnant women and their spouses in Burkina Faso: An analysis using 2021 DHS data***

**Kadari Cissé[1*], Abdoulaye Nombré[1], Danielle Yugbaré/Belemsaga[1], Adama Baguiya[1], Smaïla Ouédraogo[2]**

[1]Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS), Centre National de la Recherche Scientifique de Technologique (CNRST), Ouagadougou, Burkina Faso;

[2]Unité de formation et de recherche sciences de la santé (UFR/SDS), Université Joseph Ki-Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso;

**Correspondance : email : cisskad4@gmail.com ; Tel : +226 76 42 54 86**

## Résumé

Le Burkina Faso connaît une épidémie de VIH de type mixte. La majorité des nouvelles infections surviennent au sein des couples hétérosexuels en union stable. Les soins prénataux constituent une occasion de dépister le VIH chez les femmes enceintes et leurs conjoints en vue de l'élimination du VIH à l'horizon 2030. L'objectif de notre étude est d'analyser les déterminants du dépistage du VIH chez les femmes enceintes et leurs conjoints au Burkina Faso. Il s'est agi d'une analyse secondaire des données de la cinquième Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso (EDSBF-V) réalisée en 2021. L'EDSBF-V a utilisé une technique d'échantillonnage stratifié à deux degrés. Nous avons utilisé les données de 577 couples de femmes enceintes et leurs maris. Les facteurs associés ont été recherchés en utilisant une régression de Poisson modifiée. La prévalence du dépistage était de 59,4% chez les femmes enceintes et de 26,0% chez leurs conjoints. Le milieu de résidence, le statut marital, l'indice de richesse, les attitudes stigmatisantes envers les PVVIH, la durée de cohabitation, l'âge lors du premier rapport sexuel, l'utilisation des préservatifs lors du dernier rapport sexuel et l'utilisation d'internet étaient significativement associés au dépistage du VIH. Notre étude montre un faible niveau du dépistage chez les femmes enceintes et leurs conjoints. Il est important de renforcer et améliorer le conseil dépistage au sein du couple et encourager les deux partenaires à se faire dépister lors des soins prénataux et des bilans prénuptiaux.

**Mots clés** : Dépistage, Soins prénatals, VIH, Promotion de la santé, Déterminants, Burkina Faso

**Abstract**

Burkina Faso is experiencing a mixed HIV epidemic. The majority of new infections occur in heterosexual couples in stable unions. Antenatal care is an opportunity for early HIV testing of pregnant women and their partners with a view to eliminating HIV by 2030. The objective of our study is to analyze the determinants of HIV testing among pregnant women and their spouses in Burkina Faso. This was a secondary analysis of data from the fifth Demographic and Health Survey of Burkina Faso (EDSBF-V) conducted in 2021. The EDSBF-V used a two-stage stratified sampling technique. We used data from 577 pregnant women and their husbands. Associated factors were searched using a modified Poisson regression. The prevalence of screening was 59.4% among pregnant women and 26.0% among their spouses. Residential background, marital status, wealth index, stigmatizing attitudes toward PHAs, length of time living together, age at first sexual intercourse, condom use at last sexual intercourse, and Internet use were significantly associated with HIV testing. Our study shows a low level of screening among pregnant women and their partners. It is essential to strengthen and improve screening and counselling within the couple, and to encourage both partners to undergo screening during antenatal care and premarital check-ups.

**Keywords**: Testing, Antenatal care, HIV, Health promotion, Determinants, Burkina Faso

## 1. Introduction

Malgré les efforts déployés depuis des décennies pour lutter contre cette pandémie, le VIH demeure un problème majeur de santé publique. Entre 2010 et 2022, le nombre de nouvelles infections au VIH a baissé de 38% (ONUSIDA, 2023). Néanmoins, en 2022 on dénombrait encore 1,3 millions de nouvelles infections dans le monde dont 160 000 en Afrique de l'Ouest et du Centre (ONUSIDA, 2023). Les enfants de 0 à 14 ans nouvellement infectés en Afrique subsaharienne représentaient 85% des nouvelles infections chez les enfants dans le monde en 2021 (ONUSIDA, 2022).

La vie de couple reste une source importante de transmission du VIH. En effet, près des deux tiers des nouvelles infections du VIH en Afrique subsaharienne se produisent au sein de couples stables (Chemaitelly, Awad, Shelton, & Abu-Raddad, 2014a; Dunkle et al., 2008). La moitié de cette incidence est attribuée à la transmission du VIH du partenaire infecté au partenaire non infecté dans le couple et l'autre moitié serait due aux relations sexuelles extra-conjugales (Chemaitelly et al., 2014a). Le mariage est donc considéré comme un cadre à haut risque de transmission hétérosexuelle de l'infection à VIH. Près de 80% des nouvelles infections du VIH chez les femmes surviennent dans le mariage ou les relations hétérosexuelles à long terme (Dunkle et al., 2008). Afin de lutter contre la transmission au sein du couple, en 2012, l'OMS avait recommandé l'offre systématique du dépistage volontaire ou dans le cadre des soins prénataux (SPN) avec une assistance pour le partage du statut sérologique au sein du couple (World Health Organization, 2012). Malgré les bénéfices de ces recommandations en matière de prévention et de traitement du VIH, leur application reste limitée en Afrique subsaharienne (Hampanda et al., 2023). Le dépistage des partenaires au sein du couple reste faible. En effet, une étude conduite au Nigéria en 2015, a montré que seulement 6% des couples connaissaient

leurs statuts sérologiques (Lépine, Terris-Prestholt, & Vickerman, 2015). En Afrique subsaharienne les couples en union stable contribuent pour 30,4% à la survenue des nouvelles infections (Chemaitelly et al., 2014a) d'où l'intérêt d'une meilleure compréhension des possibilité d'interruption de la transmission du VIH dans le couple.

Au Burkina Faso, des résultats tangibles en matière de prévention et de prise en charge du VIH ont été enregistré ces dernières décennies (SP/CNLS-IST, 2021). Cependant, les résultats restent en deçà des attentes surtout dans la dynamique nouvelle de l'élimination de la transmission mère-enfant (eTME) du VIH. En effet, en 2023, on estimait à 1 900 le nombre de nouvelles infections (Organisation mondiale de la santé; Région Africaine, 2024). Seul 78% des personnes vivants avec le VIH connaissaient leur statut sérologique ce qui est loin du premier objectif de la cascade (95-95-95) des soins de l'ONUSIDA (SP/CNLS-IST, 2021; SP/CNLS-IST, PSSLS-IST., 2021). La prévalence du VIH chez les femmes enceintes vues lors des consultations prénatales demeure importante dans le pays avec une transmission verticale encore élevé (Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 2021). L'objectif à l'horizon 2025 est de réduire la TME au Burkina Faso de 5,4% à 2% (Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 2021). Le dépistage anténatal étant considéré comme l'un des moyens les plus efficaces pour réduire la propagation du virus (Kirakoya-Samadoulougou, Jean, & Maheu-Giroux, 2017; Somé et al., 2014), les autorités sanitaires burkinabè ont mis en œuvre des programmes telles que les campagnes nationales de dépistage, visant à rendre accessibles les tests de dépistage. Surtout que les couples hétérosexuels en union stables contribuent à 39,5% dans la survenue des nouvelles infections dans le pays contre 30,4% en Afrique subsaharienne (Chemaitelly, Awad, Shelton, & Abu-Raddad, 2014b; SP/CNLS-IST, 2021). Une étude qualitative a trouvé un nombre important de couples où des partenaires n'avaient pas partagé leurs statuts avec leurs conjoints ou conjointes (Millogo et al., 2022). La prévention du VIH au sein du couple rencontre beaucoup de difficultés à cause de la faible connaissance et partage du statut sérologique entre les partenaires (Millogo et al., 2022). Alors que la connaissance et le partage du statut sérologique dans le couple permettrait de réduire d'environ 40% le risque de transmission du VIH (Pinkerton & Galletly, 2007). L'objectif de notre étude est d'analyser la prévalence et les déterminants socio-démographiques et comportementaux du dépistage anténatal du VIH au niveau du couple au Burkina Faso, dans l'optique de contribuer à l'atteinte des objectifs du plan eTME.

## 2. Matériels et méthodes

### *2.1. Cadre d'étude*

Le Burkina Faso est un pays sahélien situé en Afrique de l'Ouest. Pays enclavé, sans littoral, il partage ses frontières avec six autres pays (Mali, Niger, Bénin, Togo, Ghana et Côte-d'Ivoire). Le Burkina Faso est subdivisé en 13 régions, 45 provinces et 351 communes (SP/CNLS-IST, 2021). Selon le dernier recensement général de la population et de l'habitation, la fécondité est en baisse dans le pays. En effet, le taux global de fécondité générale est passé de 213‰ en 1996 à 161,7‰ en 2019 (INSD, 2023). L'indice synthétique de fécondité (ISF) est passé de 6,8 enfants par femme en 1996 à 5,4 enfants par femmes en 2019 (INSD, 2023). Le système de soins du Burkina Faso se présente sous forme d'une pyramide organisée en trois niveaux qui assurent les soins de santé primaires, secondaires et tertiaires. Le premier niveau est constitué

de deux échelons. Le premier échelon comprend les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) et les centres médicaux (CM) ; le deuxième échelon est constitué des centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) ou hôpitaux de district (HD). Le deuxième niveau est constitué des centres hospitaliers régionaux (CHR) qui servent de référence pour les CMA. Le troisième niveau est le niveau de référence pour les CHR que sont les centres hospitaliers universitaires (CHU) (SP/CNLS-IST, 2021).

### *2.2. Type et période d'étude*

Il s'est agi d'une analyse secondaire des données de la cinquième Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso (EDSBF-V) qui est une étude transversale conduite dans les treize régions du pays en 2021.

### *2.3. Présentation de la source de données*

L'enquête démographique et de santé est une enquête périodique conduite dans plusieurs pays à travers le monde. Elle est conçue pour fournir des informations représentatives à l'échelle régionale sur plusieurs cibles que sont : (i) les femmes âgées de 15–49 ans ; (ii) les hommes âgés de 15–59 ans, (iii) les enfants de moins de 5 ans. Ont été exclus de l'étude, les personnes résidant dans des ménages collectifs (hôpitaux, prisons, camp de réfugiés et de déplacés internes, etc.)

L'échantillon de l'EDSBF-V est obtenu par un sondage aréolaire stratifié et à deux degrés. L'unité primaire de sondage, appelée aussi grappe, est la zone de dénombrement (ZD). La base de sondage a été stratifiée par milieu de résidence (urbain ; rural) et ceux dans chacune des 13 régions de l'enquête. Au total, 25379 individus dont 17659 femmes, 7720 hommes issus de 13251 ménages (Institut National de la Statistique et de la Démographie, 2023) ont été inclus.

Un tirage systématique à probabilité proportionnelle à la taille en termes de nombre de ménages a été appliqué pour sélectionner les unités primaires (les grappes). Dans chaque grappe sélectionnée, un nombre fixe de ménages a été sélectionné (26 ménages) sauf dans la région du Sahel où 36 ménages ont été sélectionné par grappe. Dans chacun des ménages sélectionnés toutes les femmes âgées de 15–49 ans ont été invité à participer à l'étude. Par contre dans la moitié des ménages sélectionnés (un sur deux) tous les hommes âgés de 15-59 ans ont été invité à participer à l'étude. Pour être éligible, les participant(e)s devraient avoir passé la nuit précédant l'enquête dans le ménage sélectionné.

La collecte s'est déroulée du 30 juillet au 30 novembre 2021. Quatre questionnaires ont été utilisés : un questionnaire ménage, un questionnaire femme, un questionnaire homme et un questionnaire biomarqueur. Il s'agit de questionnaires standard des EDS adaptés au contexte et à la spécificité de la population burkinabè (Institut National de la Statistique et de la Démographie, 2023).

Notre analyse a été conduite à partir de la base de données contenant les informations sur le couple. Cette base est issue de la fusion des données individuelles des femmes et celle de leurs conjoints (marié ou vivant ensemble). En cas de polygamie, les données d'un homme sont liées à celles de plusieurs femmes. À partir de la question « êtes-vous enceinte actuellement ? » nous avons identifié les couples dans lesquels la femme était enceinte. Nous avons inclus dans cette

étude, les femmes enceintes d'âge compris entre 15 et 49 ans et leurs conjoints. Finalement, 577 couples dont 577 femmes enceintes et 577 conjoints de ces femmes ont été retenus pour l'analyse. Les femmes enceintes pour lesquelles il n'existe pas de données sur le dépistage de leurs conjoints et les conjoints des femmes enceintes pour lesquelles il n'existe pas de données sur le dépistage de leurs conjointes ont été exclus de l'analyse.

### *2.4. Cadre conceptuel*

Plusieurs cadres conceptuels sont utilisés pour l'analyse des déterminants du dépistage du VIH dont le modèle de croyance en matière de santé (Health Belief Model (HBM)). Ce modèle a été utilisé dans plusieurs études antérieures pour analyse des déterminants en matière d'infection (Seif, Oguma, & Joho, 2025) ou de dépistage du VIH (Appau, Aboagye, Nyahe, Khuzwayo, & Tarkang, 2024; Nyeseh Ofori, 2019; Oo et al., 2024). Pour notre analyse, nous avon identifiées les déterminants potentiels après une revue de la littérature et en s'inspirant du cadre utilisé par Lakhe et al (Lakhe, Mbaye, Sylla, & Ndour, 2019) pour étudier le dépistage du VIH. Selon ce cadre les déterminants du dépistage du VIH sont : les facteurs sociodémographiques, les connaissances sur le VIH, les comportements sexuels, l'exposition aux médias, l'accessibilité des soins de santé et la stigmatisation à l'égard des personnes vivant avec le VIH (Lakhe et al., 2019).

### *2.5. Variables d'étude*

#### 2.5.1. Variable dépendante

La variable dépendante est la réalisation du test de dépistage VIH mesuré par la question suivante : Avez-vous déjà fait un test du VIH ? Cette variable est codée **1** pour le participant(e)s ayant déjà réalisé le test de dépistage VIH et **0** si non.

#### 2.5.2. Variables indépendantes

Les variables indépendantes étaient les suivantes :

- Caractéristiques socio-démographiques : âge, sexe (homme, femme), profession (sans emploi, fonctionnaire, secteur informel), résidence (urbain, rural), niveau d'instruction (sans instruction, primaire, secondaire, supérieur), statut marital (marié, union libre), durée de cohabitation ;
- Facteurs socio-économiques : Niveau socioéconomique (tel que construit par l'EDS en cinq classes : très pauvre, pauvre, moyen, riche, très riche). Le processus de calcul des indice de bien-être économique est expliqué ailleurs (Institut National de la Statistique et de la Démographie, 2023). Les indices sont calculés par analyse en composantes principales en se basant sur les biens que le ménage possède. Le score calculé par ménage est attribué à chaque membre du ménage. Le score est ensuite divisé en cinq catégories également avec chaque catégorie correspondant à 20% de la population ;
- Facteurs comportementaux : nombre de partenaires sexuels, l'âge lors du premier rapport sexuel, l'utilisation des préservatifs lors du dernier rapport sexuel ;
- Facteurs de discrimination : autoriser un enfant atteint du VIH à fréquenter les mêmes écoles que des enfants non malades, acheter des légumes chez un vendeur atteint du VIH. Ces deux variables sont utilisées pour définir les attitudes discriminatoires à

l'égard des personnes vivant avec le VIH dans le cadre de l'EDS et le suivi mondial de la lutte contre le sida (ONUSIDA, 2024; Teshale & Tesema, 2022).

- Exposition aux interventions (média) : téléphone, internet
- Facteurs contextuels : milieu de résidence, région de résidence

La connaissance sur le VIH qui ressort dans le cadre de Lakhe et al (Lakhe, Mbaye, Sylla, & Ndour, 2019) n'a pas été évaluée chez les adultes de plus de 24 ans lors de l'EDS de 2021 et donc n'a pas été utilisée comme co-variable pour notre analyse..

### *2.6. Traitement et analyse des données*

Après réception de la base de données, les données ont été traitées en recherchant les valeurs aberrantes. Dans la première partie de l'analyse des données, l'échantillon final de notre analyse a été décrit en présentant les variables qualitatives sous forme de proportion et les variables quantitatives sous forme de moyenne avec l'écart type. Ensuite, la proportion des participants ayant déjà fait un test de dépistage du VIH a été calculée. Cette proportion a été présentée en fonction des caractéristiques des participants. Enfin, nous avons recherché les facteurs associés au dépistage du VIH en utilisant une régression de Poisson modifié. Cette approche de régression permet de calculer les rapports de prévalence qui sont mieux adapté à la mesure des associations dans les études transversales (LEE, 1994). Cette démarche a permis de calculer les rapports de prévalence pour chacune des variables explicatives de l'étude. Du fait des disparités entre les hommes et les femmes en matière de dépistage du VIH en Afrique sub-Saharienne (Gebregziabher, Dai, Vrana-Diaz, Teklehaimanot, & Sweat, 2018), toutes les analyses ont été stratifiées par sexe et pondérées en utilisant le coefficient de pondération calculé dans l'enquête. Nous n'avons pas fait d'imputation pour les valeurs manquantes. Toutes les variables indépendantes ont été utilisées pour l'analyse multivariée après vérification de la multicolinéarité. Les analyses ont été faites sur le logiciel STATA 16. Les associations étaient considérées significatives au seuil de 5%.

### *2.7. Considérations éthiques*

Le protocole de l'enquête démographique et de santé a été examiné et approuvé par le Comité National d'Éthique du Burkina Faso et le Comité d'Éthique d'ICF. Au cours de l'enquête, le consentement éclairé de tous les participants a été obtenu avant l'interview (Institut National de la Statistique et de la Démographie, 2023). Nous avons adressé une demande de données au site du programme DHS dans laquelle, nous avons expliqué l'utilisation qui en sera faite. Les principes éthiques, notamment l'anonymat, la confidentialité et le respect de la vie privée des participants, ont été respectés au cours de l'analyse.

## 3. Résultats

### *3.1. Caractéristiques sociodémographiques et économiques des participants*

L'âge moyen des femmes enceintes était de 27,6 ans (± 6,42 ans) et celui des hommes était de 36,5 ans (±8,80 ans). Les adolescentes et jeunes (15-24 ans) représentaient 36,9%. Chez les hommes, les participants de moins de 25 ans (15-24 ans) représentaient 7,3% (Tableau 1). Plus de 60% des femmes enceintes (65,7%) et des hommes (66,6%) n'étaient pas instruits. La majorité des participant(e)s résidait en milieu rural (Tableau 1).

**Tableau 1 : Répartition des participants selon les caractéristiques sociodémographiques**

| Caractéristiques | Femmes enceintes (n=577) | | Conjoints (n=577) | |
|---|---|---|---|---|
| **Groupe d'âge** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| 15-24 | 213 | 36,9 | 42 | 7,3 |
| 25-29 | 133 | 23,1 | 95 | 16,5 |
| 30-34 | 139 | 24,1 | 113 | 19,6 |
| 35-39 | 69 | 12,0 | 127 | 22,0 |
| 40-49 | 23 | 4,0 | 152 | 26,4 |
| 50-54 | - | - | 27 | 4,7 |
| 55-59 | - | - | 21 | 3,6 |
| **Catégories socio-professionnelles** | | | | |
| Sans emploi | 231 | 40,2 | 10 | 1,7 |
| Vendeur/commerçant | 112 | 19,5 | 105 | 18,2 |
| Agriculteur | 186 | 32,4 | 352 | 61,0 |
| Ouvrier qualifié | 15 | 2,6 | 110 | 19,1 |
| **Statut marital** | | | | |
| Marié | 402 | 69,7 | 541 | 93,8 |
| Union libre | 175 | 30,3 | 36 | 6,2 |
| **Durée de cohabitation** | | | | |
| 0-4 | 165 | 28,6 | 137 | 23,7 |
| 5-9 | 134 | 23,2 | 121 | 21,0 |
| 10-14 | 145 | 25,1 | 123 | 21,3 |
| 15-19 | 92 | 15,9 | 99 | 17,2 |
| ≥20 ans | 41 | 7,1 | 97 | 16,8 |
| **Niveau d'éducation** | | | | |
| Aucun | 379 | 65,7 | 384 | 66,6 |
| Primaire | 72 | 12,5 | 100 | 17,3 |
| Secondaire | 116 | 20,1 | 69 | 12,0 |
| Supérieur | 10 | 1,7 | 24 | 4,2 |
| **Milieu de résidence** | | | | |
| Rural | 399 | 69,2 | 399 | 69,2 |
| Urbain | 178 | 30,9 | 178 | 30,9 |
| **Quintile de richesse** | | | | |
| Très pauvre | 106 | 18,4 | 106 | 18,4 |
| Pauvre | 93 | 16,1 | 93 | 16,1 |
| Moyen | 121 | 21,0 | 121 | 21,0 |
| Riche | 143 | 24,8 | 143 | 24,8 |
| Très riche | 114 | 19,8 | 114 | 19,8 |

### *3.2. Comportement sexuel*

Concernant le comportement sexuel, l'âge moyen au premier rapport sexuel était de 16,8 ans chez les femmes avec un minimum de 11 ans et un maximum de 24 ans. Chez l'homme, l'âge moyen au premier rapport sexuel était de 21 ans avec un minimum de 12 ans et un maximum

de 45 ans. Plus de 8 femmes enquêtées sur 10 ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 18 ans soit 81,6% contre 23,1% chez les hommes. On note également que moins de 1% des femmes enquêtés ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel et 10,1% des hommes ont fait usage du préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. Aussi au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, 34,0% des hommes enquêtés ont eu au moins 2 partenaires sexuels et 0,5% chez les femmes (Tableau 2).

**Tableau 2 : Répartition des participants selon le comportement sexuel**

| Comportement sexuel | Femmes enceintes (n=577) | | Conjoints (n=577) | |
|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % |
| **Nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois** | | | | |
| 1 | 574 | 99,5 | 381 | 66,0 |
| 2+ | 3 | 0,5 | 196 | 34,0 |
| **Utilisation du préservatif avec le partenaire sexuel le plus récent** | | | | |
| Non | 575 | 99,7 | 519 | 90,0 |
| Oui | 2 | 0,4 | 58 | 10,1 |
| **Age au premier rapport sexuel** | | | | |
| < 18 ans | 471 | 81,6 | 133 | 23,1 |
| 18 ans et plus | 106 | 18,4 | 356 | 61,7 |

### *3.3. Attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivantes avec le VIH*

Les participants qui refuseraient d'acheter des légumes chez des vendeurs vivant avec le VIH représentaient 61,7% chez les femmes et 53,7% chez les hommes soit plus de la moitié des participants chez les hommes comme chez les femmes. Une femme enceinte sur deux (50,8%) ne voudrait pas que son enfant fréquente les mêmes écoles que les enfants vivant avec le VIH. Quant à leurs conjoints, 45,1% n'était également pas favorable que leur enfant fréquente la même école que les enfants vivant avec le VIH.

### *3.4. Prévalence du dépistage du VIH*

La prévalence du dépistage chez les personnes enquêtées était de 59,4% chez les femmes et de 26,0% chez les hommes. Dans 19,9% des couples, les deux partenaires connaissaient leur statut. Dans 39,5% des couples, seule la conjointe était dépistée et dans 6,1% des couples, seul l'homme était dépisté.

En ce qui concerne le milieu de résidence, la prévalence était plus élevée au niveau des zones urbaines (83,2%) comparativement aux zones rurales (48,9%) chez les femmes. La même tendance entre milieu de résidence a été observée chez les hommes avec 41,6% en milieu urbain et 19,1% en milieu rural. Les participants les plus pauvres se faisaient moins dépister avec des prévalences de 28,3% chez les femmes et 8,5% chez les hommes. En revanche, les participants appartenant aux ménages les plus riches se faisaient le plus dépister avec 53,5%

pour les hommes et 88,6% pour les femmes. Les femmes qui ont eu leurs premiers rapports sexuels avant 18 ans avaient une prévalence de dépistage de 56,9% et celles qui ont eu leurs premiers rapports après l'âge de 18 ans avaient une prévalence de 70,8%. Les hommes qui ont eu leurs premiers rapports avant 18 ans avaient une prévalence de 28,6% contre 25,2% pour ceux qui avaient 18 ans et plus. Ceux qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels étaient les plus dépistés avec une prévalence chez les femmes à 100% et 48,3% chez les hommes. Les femmes qui avaient des attitudes discriminatoires (achat de légume chez les vendeurs vivant avec le VIH) à l'égard des PVVIH avaient une prévalence de dépistage de 40,2% contre 64,2% pour celle qui n'en avaient pas. Aussi, les femmes qui n'acceptaient pas qu'un enfant vivant avec le VIH prenne des cours avec les autres enfants dans les mêmes écoles avaient une prévalence de 53,9% et les hommes qui étaient favorable à la même idée avaient une prévalence de dépistage de 15,0% (Tableau 3).

**Tableau 3: Répartition des participants selon la couverture du dépistage**

| Variables | Femmes enceintes (n=577) | | Conjoints (n=577) | |
|---|---|---|---|---|
| | n | % dépistage | n | % dépistage |
| **Age** | | | | |
| 15-24 | 213 | 50,2 | 4 | 9,5 |
| 25-29 | 133 | 62,4 | 42 | 33,7 |
| 30-34 | 139 | 65,5 | 95 | 34,5 |
| 35-39 | 69 | 65,2 | 113 | 29,1 |
| 40-49 | 23 | 73,9 | 127 | 19,7 |
| 50-54 | - | - | 152 | 14,8 |
| 55-59 | - | - | 27 | 19,1 |
| **Résidence** | | | | |
| Rural | 399 | 48,9 | 399 | 19,1 |
| Urbain | 178 | 83,2 | 178 | 41,6 |
| **Niveau d'éducation** | | | | |
| Aucun | 379 | 55,2 | 384 | 15,1 |
| Primaire | 72 | 58,3 | 100 | 32,0 |
| Secondaire | 116 | 70,7 | 69 | 53,6 |
| Supérieur | 10 | 100,0 | 24 | 95,8 |
| **Statut marital** | | | | |
| Marié | 402 | 57,2 | 541 | 24,8 |
| Union libre | 175 | 64,6 | 36 | 44,4 |
| **Durée de cohabitation** | | | | |
| 0-4 | 165 | 54,6 | 137 | 37,2 |
| 5-9 | 134 | 64,9 | 121 | 24,0 |
| 10-14 | 145 | 60,0 | 123 | 28,5 |
| 15-19 | 92 | 58,7 | 99 | 21,2 |
| 20 et plus | 41 | 61,0 | 97 | 14,4 |
| **Quintile de richesse** | | | | |
| Très pauvre | 106 | 28,3 | 106 | 8,5 |

| Variables | Femmes enceintes (n=577) | | Conjoints (n=577) | |
|---|---|---|---|---|
| | n | % dépistage | n | % dépistage |
| Pauvre | 93 | 48,4 | 93 | 15,1 |
| Moyen | 121 | 63,6 | 121 | 22,3 |
| Riche | 143 | 62,9 | 143 | 27,3 |
| Très riche | 114 | 88,6 | 114 | 53,5 |
| **Profession** | | | | |
| Sans emploi | 231 | 49,6 | 10 | 10,0 |
| Vendeur/commerçant | 112 | 78,0 | 105 | 35,2 |
| Agriculteur | 186 | 55,5 | 352 | 16,2 |
| Ouvrier qualifié | 15 | 84,9 | 110 | 50,0 |
| **Perception sur l'état de santé** | | | | |
| Très bonne | 88 | 54,6 | 118 | 31,4 |
| Bonne | 353 | 62,6 | 308 | 24,4 |
| Moyenne | 121 | 52.89 | 128 | 24,2 |
| Mauvaise | 15 | 66,7 | 23 | 27,3 |
| **Visiter un centre de santé les 12 derniers mois** | | | | |
| Non | 106 | 39,6 | 106 | 17,0 |
| Oui | 471 | 63,9 | 471 | 28,0 |
| **Age au 1er rapport sexuel** | | | | |
| Moins de 18 ans | 471 | 56,9 | 133 | 28,6 |
| 18 ans et plus | 106 | 70,8 | 444 | 25,2 |
| **Partenaires sexuels multiples** | | | | |
| 1-2 | 507 | 56,4 | 259 | 22,0 |
| 3-4 | 57 | 82,5 | 187 | 22,5 |
| 5+ | 13 | 76,9 | 131 | 38,9 |
| **Utilisation de préservatif lors du dernier rapport sexuel** | | | | |
| Oui | 2 | 100,0 | 58 | 48,3 |
| Non | 575 | 59,3 | 519 | 23,5 |
| **Posséder un téléphone** | | | | |
| Non | 121 | 35,5 | 16 | 6,3 |
| Oui | 456 | 65,8 | 561 | 26,6 |
| **Utilisation d'internet** | | | | |
| Jamais | 503 | 55,5 | 369 | 15,2 |
| les 12 derniers mois | 71 | 85,9 | 202 | 45,5 |
| Avant les 12 derniers mois | 3 | 100,0 | 6 | 33,3 |
| **Acheter des légumes chez un vendeur séropositif** | | | | |
| Non | 356 | 57,0 | 310 | 14,5 |
| Oui | 207 | 64,3 | 254 | 40,2 |
| Ne sait pas | 14 | 50,0 | 13 | 23,1 |

| Variables | Femmes enceintes (n=577) | | Conjoints (n=577) | |
|---|---|---|---|---|
| | n | % dépistage | n | % dépistage |
| **Autoriser un enfant séropositif à fréquenter les mêmes écoles que les enfants non malades** | | | | |
| Non | 293 | 53,9 | 260 | 15,0 |
| Oui | 255 | 65,9 | 287 | 37,6 |
| Ne sait pas | 29 | 58,6 | 30 | 10,0 |

### *3.5. Facteurs associés au dépistage anténatal du VIH*

À l'issue de l'analyse multivariée, les variables suivantes ont été retenues comme étant associées au dépistage ($p < 0,05$) : Les femmes vivant en milieu rural avaient 35% moins de chances d'être dépistées pour le VIH par rapport à celles en milieu urbain. ($p = 0,006$). Les femmes en union libre avaient 1,7 fois plus de chances de se faire dépister que celles mariées ($p < 0,001$). Les hommes qui avaient au niveau du couple une durée de cohabitation entre 5 et 9 ans ($p=0,027$) et 10-14 ans ($p=0,016$) avaient 84% moins de chances de se faire dépister pour le VIH. Les femmes qui étaient dans les ménages à revenu moyen, riche et très riche avaient respectivement 2,69 fois ($p < 0,001$) ; 1,8 fois (p-value = 0,037) et 2,87 fois ($p < 0,001$) plus de chances de se faire dépister que les femmes des ménages très pauvres. Les hommes qui ont eu leur premier rapport sexuel à plus de 18 ans étaient plus susceptibles de se faire dépister ($p = 0,021$). Les hommes qui acceptaient payer des légumes chez un vendeur séropositif ont 3 fois ($p = 0,037$) plus de chances de se faire dépister pour le VIH que ceux qui n'achètent pas chez un vendeur séropositif. Chez les femmes, celles qui étaient favorables à cette idée avaient 32% moins ($p = 0,026$) de chances de se faire dépister. Par contre, les femmes acceptant l'idée d'autoriser un enfant atteint du VIH à fréquenter les mêmes écoles que les enfants non malades, étaient plus susceptibles de faire le dépistage du VIH. Ainsi, elles avaient 1,7 fois ($p = 0,039$) plus de chances de se faire dépister que les femmes qui n'étaient pas favorables à cette idée. Les hommes qui ont fait usage d'internet ces 12 derniers avaient 61% moins de chances de se faire dépister pour le VIH ($p = 0,015$). Les hommes ayant utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels avaient 3 fois plus de chances de se faire dépister pour le VIH ($p = 0,041$)

**Tableau 4 : Déterminants du dépistage anténatal du VIH chez les femmes enceintes et leurs conjoints**

| Dépistage VIH | Femmes enceintes (n=577) | | | | Conjoints (n=577) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | RPa | p-value | IC à 95% | | RPa | p-value | IC à 95% | |
| **Age** | | | | | | | | |
| 15-24 | 1 | | | | 1 | | | |
| 25-29 | 0,91 | 0,714 | [0,57 | 1,45] | 1,90 | 0,470 | [0,33 | 10,93] |
| 30-34 | 1,16 | 0,573 | [0,67 | 2,01] | 1,41 | 0,668 | [0,29 | 6,90] |
| 35-39 | 0,88 | 0,715 | [0,45 | 1,70] | 2,38 | 0,28 | [0,49 | 11,56] |

| **Dépistage VIH** | **Femmes enceintes (n=577)** | | | | **Conjoints (n=577)** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | RPa | p-value | IC à 95% | | RPa | p-value | IC à 95% | |
| 40-49 | 0,59 | 0,374 | [0,19 | 1,86] | 1,32 | 0,761 | [0,21 | 8,05] |
| 50-54 | | | | | 2,76 | 0,351 | [0,32 | 23,3] |
| 55-59 | | | | | 5,98 | 0,289 | [0,21 | 163,0] |
| **Résidence** | | | | | | | | |
| Urbain | 1 | | | | 1 | | | |
| Rural | **0,65** | **0,006** | **[0,48** | **0,88]** | 0,77 | 0,61 | [0,29 | 2,06] |
| **Niveau d'éducation** | | | | | | | | |
| Aucun | 1 | | | | 1 | | | |
| Primaire | 0,99 | 0,977 | [0,62 | 1,57] | 2,25 | 0,066 | [0,94 | 5,38] |
| Secondaire | 0,93 | 0,73 | [0,64 | 1,35] | 1,75 | 0,328 | [0,56 | 5,42] |
| Supérieur | 1,26 | 0,629 | [0,49 | 3,25] | 6,40 | 0,086 | [0,77 | 53,16] |
| **Statut marital** | | | | | | | | |
| Marié | 1 | | | | 1 | | | |
| Vivant avec un partenaire | **1,74** | **<0,001** | **[1,28** | **2,38]** | 2,66 | 0,063 | [0,94 | 7,49] |
| **Durée de cohabitation** | | | | | | | | |
| 0-4 | 1 | | | | 1 | | | |
| 05-09 | 1,27 | 0,255 | [0,84 | 1,93] | **0,16** | **0,027** | **[0,03** | **0,80]** |
| 10-14 | 1,08 | 0,781 | [0,62 | 1,85] | **0,16** | **0,016** | **[0,03** | **0,71]** |
| 15-19 | 1,06 | 0,87 | [0,52 | 2,14] | 0,39 | 0,089 | [0,13 | 1,15] |
| ≤20 | 1,91 | 0,095 | [0,89 | 4,12] | 0,14 | 0,096 | [0,01 | 1,41] |
| **Indice de richesse** | | | | | | | | |
| Très pauvre | 1 | | | | 1 | | | |
| Pauvre | 1,62 | 0,092 | [0,92 | 2,85] | 1,25 | 0,687 | [0,41 | 3,79] |
| Moyen | **2,69** | **<0,001** | **[1,67** | **4,33]** | 0,54 | 0,351 | [0,15 | 1,94] |
| Richesse | **1,80** | **0,037** | **[1,03** | **3,14]** | 2,31 | 0,132 | [0,77 | 6,92] |
| Très riche | 2,87 | <0,001 | **[1,65** | **4,99]** | 2,50 | 0,239 | [0,54 | 11,58] |
| **Perception sur l'état de santé** | | | | | | | | |
| Très bon | 1 | | | | 1 | | | |
| Bon | 1,14 | 0,45 | [0,80 | 1,64] | 0,56 | 0,264 | [0,21 | 1,53] |
| Moyenne | 0,83 | 0,462 | [0,50 | 1,36] | 0,66 | 0,511 | [0,20 | 2,21] |
| Mauvaise | 0,99 | 0,98 | [0,53 | 1,84] | 1,69 | 0,522 | [0,33 | 8,46] |
| **Age du premier rapport sexuel** | | | | | | | | |
| Moins de 18 ans | 1 | | | | 1 | | | |
| Plus de 18 ans | 0,80 | 0,209 | [0,58 | 1,12] | **2,39** | **0,021** | **[1,13** | **5,03]** |

| **Dépistage VIH** | **Femmes enceintes (n=577)** | | | | **Conjoints (n=577)** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | RPa | p-value | IC à 95% | | RPa | p-value | IC à 95% | |
| **Partenaires sexuels multiples** | | | | | | | | |
| 1-2 | 1 | | | | 1 | | | |
| 3-4 | 1,09 | 0,706 | [0,69 | 1,70] | 0,96 | 0,945 | [0,40 | 2,34] |
| 5+ | 1,96 | 0,126 | [0,82 | 4,68] | 2,54 | 0,096 | [0,84 | 7,62] |
| **Acheter des légumes à un vendeur séropositif** | | | | | | | | |
| Non | 1 | | | | 1 | | | |
| Oui | **0,68** | **0,026** | **[0,48** | **0,95]** | **3,09** | **0,037** | **[1,07** | **8,93]** |
| Ne sait pas | 0,33 | 0,294 | [0,04 | 2,57] | **0,20** | **<0,01** | **[0,3** | **0,56]** |
| **Autoriser un enfant atteint du VIH à fréquenter les mêmes écoles que les enfants non malades** | | | | | | | | |
| Non | 1 | | | | 1 | | | |
| Oui | **1,37** | **0,039** | **[1,01** | **1,85]** | 0,85 | 0,776 | [0,28 | 2,55] |
| Ne sait pas | 0,83 | 0,435 | [0,53 | 1,31] | 0,82 | 0,875 | [0,08 | 8,53] |
| **Posséder un téléphone** | | | | | | | | |
| Non | 1 | | | | | | | |
| Oui | 1,18 | 0,368 | [0,81 | 1,72] | | | | |
| **Utilisation d'internet** | | | | | | | | |
| Jamais | 1 | | | | 1 | | | |
| Avant les 12 derniers mois | 0,92 | 0,725 | [0,57 | 1,46] | **0,39** | **0,015** | **[0,18** | **0,83]** |
| Après les 12 derniers mois | 1,67 | 0,063 | [0,97 | 2,89] | 0,534 | 0,461 | [0,10 | 2,82] |
| **Utilisation de condom lors du dernier rapport sexuel** | | | | | | | | |
| Non | 1 | | | | 1 | | | |
| Oui | 2,21 | 0,071 | [0,93 | 5,26] | **3,06** | **0,041** | **[1,04** | **9,00]** |

*RPa : Rapport de prévalence ajusté.*

## 4. Discussion

### *4.1. Principaux résultats*

La présente étude a examiné les déterminants du dépistage anténatal du VIH chez les femmes enceintes et leurs conjoints, mettant en lumière plusieurs facteurs influençant cette pratique cruciale en santé publique. Notre étude a montré une prévalence du dépistage de 59,4% chez les femmes enceintes et de 26% chez les hommes. Les déterminants du dépistage chez les femmes enceintes et leurs conjoints semblent différents. Ainsi, nous avons montré que les principaux déterminants du dépistage chez les femmes étaient : le milieu de résidence, le statut marital, l'indice de richesse et les attitudes discriminatoires envers les PVVIH. Les facteurs qui étaient associés au dépistage chez les hommes étaient : la durée de cohabitation, l'âge lors du premier rapport sexuel, les attitudes discriminatoires envers les PVVIH, l'utilisation des préservatifs lors du dernier rapport sexuel et l'utilisation d'internet.

### *4.2. Dépistage du VIH au sein du couple*

Dans notre étude, nous avons noté que seulement 19,9% des couples connaissaient leur statut et dans 39,5% des cas, seule la femme était dépistée, dans 6,1% des cas, seul l'homme était dépisté. Lépine et *al* au Nigéria (Lepine, Terris-Prestholt, & Vickerman, 2015) trouvaient que dans seulement 6% des couples les deux partenaires étaient dépistés pour le VIH. Les déterminants comme la pauvreté, le manque d'instruction formelle, la stigmatisation des PVVIH et la religion musulmane étaient associés à ce faible taux de dépistage (Lepine et al., 2015). Selon Muhindo et al (Muhindo, Nakalega, & Nankumbi, 2015), en Uganda, parmi les participants ayant déjà réalisé un test de dépistage seulement 34,4% l'ont fait dans le cadre d'un counseling de couple. Les principaux déterminants du dépistage du VIH dans le cadre d'un counseling de couple étaient la discussion du dépistage du VIH avec le partenaire, la connaissance des avantages du dépistage du couple, et le fait que le couple dispose de temps pour la réalisation du counseling de dépistage du VIH. En Éthiopie en 2020 dans une étude réalisée par Gizaw et al, la prévalence du dépistage chez les partenaires de femmes enceintes était de 63,7 %(Gizaw, Boke, & Geremew, 2021).

Chez les femmes enceintes, on notait une prévalence du dépistage de 59,4%. Malgré la politique de dépistage systématique des femmes enceintes lors des SPN, près de trois femmes enceintes sur cinq n'ont jamais bénéficié d'un dépistage du VIH. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les agents de santé n'arrivent pas à faire la proposition du dépistage VIH à toutes les femmes enceintes se présentant pour les SPN (Archou et al., 2023). Dans une étude au Maroc Archou et *al* ont trouvé que seul 65,2% des participantes ont reçu une proposition du dépistage VIH au cours de leurs grossesses. Les auteurs ont aussi noté que certaines femmes à qui la proposition du dépistage était faite n'étaient pas favorables à la réalisation du test de dépistage (Archou et al., 2023). Une autre raison pouvant expliquer ce faible taux de dépistage est la qualité des services (Desclaux, Ky-Zerbo, Somé, & Obermeyer, 2014). Desclaux et *al* ont noté dans une étude au Burkina Faso que l'absence d'infrastructures adéquates et de bonnes conditions de travail peut être un facteur limitant majeur pour les agents de santé à offrir le test de dépistage du VIH (Bott et al., 2015; Desclaux et al., 2014). La situation est encore plus critique chez les conjoints de ces femmes, car comme nous l'avons montré dans la présente étude, moins d'un tiers (26%) des conjoints ont déjà fait un test de dépistage du VIH. Dans certains pays comme

l'Ethiopie, la couverture du dépistage du VIH chez les conjoints des femmes semble légèrement élevée. En effet, Kachero et Kinfe (Markos Kachero & Arba Kinfe, 2021) trouvaient que 63,7% des maris avait déjà été testé pour le VIH. Quant à Chanyalem et al (Chanyalew, Girma, Birhane, & Chanie, 2021) toujours en Ethiopie, ils trouvaient 53,7%. D'une manière générale, on note une faible adhésion des maris des femmes enceintes au dépistage du VIH dans les pays à faibles revenus. Des approches combinant une promotion de la santé, un accroissement du personnel de santé et une approche communautaire avec un autotest du VIH ont été proposés afin d'améliorer l'adhésion des maris au dépistage du VIH (Ezeanolue et al., 2017; Mutale et al., 2021; Triulzi et al., 2019).

### *4.3. Déterminants du dépistage anténatal du VIH chez les femmes enceintes*

Notre étude a identifié divers facteurs individuels associés au recours au dépistage du VIH chez les femmes enceintes. Comme précédemment mentionné, nous avons trouvé que la résidence, le statut marital et le quintile de richesse étaient significativement associés au dépistage du VIH, de même que les attitudes stigmatisantes. Les femmes enceintes qui résidaient en milieu rural avaient moins de chances de se faire dépister pour le VIH comparativement à celles qui résidaient en milieu urbain et cette constatation est en accord avec celle faite par Worku et al. dans une étude menée en Éthiopie (Misganaw GW, Achamyeleh BT, ans et Getayeneh AT, 2021). Cela peut s'expliquer par le fait que les établissements de santé sont moins accessibles aux populations en milieu rural comparativement au milieu urbain et cela réduit leur chance de bénéficier du conseil de dépistage du VIH. Cependant, les formations sanitaires du milieu rural semble avoir une meilleure capacité de dépistage du VIH et de prévention de la transmission mère-enfant que celles du milieu urbain (Fassinou, Hien, Yombi, Nagot, & Kirakoya-Samadoulougou, 2023). Aussi, les femmes issues des ménages riches avaient plus de chance de se faire dépister pour le VIH que les femmes issues des ménages pauvres et cela a été constaté également par Paulin et al au Mozambique (Paulin et al., 2015)**.** D'autres études menées par Worku et al ; Kirakoya-Samadoulougou et al faisaient le même constat (Kirakoya-Samadoulougou et al., 2017; Worku, Teshale, & Tesema, 2021)**.** Cela peut s'expliquer par le fait que les femmes appartenant aux couches socioéconomiques riches ont généralement un niveau d'éducation élevé et disposent des moyens économiques nécessaires pour s'offrir les services de santé y compris les services du conseil dépistage volontaire du VIH (Erena, Shen, & Lei, 2019). La décision de se faire dépister peut être influencée par une tiers personne ou les réseaux sociaux et la lutte contre la réprobation et les opinions stigmatisant peut significativement améliorer le dépistage du VIH (Kirakoya-Samadoulougou et al., 2017).

### *4.4. Déterminants du dépistage du VIH chez les hommes*

Chez les conjoints, les facteurs associés au dépistage du VIH sont: la durée de cohabitation ; l'âge au premier rapport sexuel ; l'utilisation de préservatif lors du dernier rapport sexuel ; l'utilisation d'internet et les attitudes stigmatisantes.

Les hommes issus des couples avec une durée de cohabitation inférieure ou égale à quatre ans ont plus de chance de se faire dépister pour le VIH par rapport aux hommes issus des couples avec une durée de cohabitation de cinq ans et plus. Cela a été constaté dans une étude menée en Ouganda par Matovu et *al* (Matovu et al., 2016). Cela peut s'expliquer par le fait que pour

certains le VIH est perçu comme une conséquence de l'infidélité (Remien et al., 2009). Nous avons trouvé que les hommes dont l'âge au premier rapport sexuel était supérieur à 18 ans ont plus de chance de se faire dépister pour le VIH. Cela a été également constaté par Asresie et *al* dans une étude menée en Ethiopie (Asresie, Worku, & Bekele, 2023). Cela peut s'expliquer par le manque de connaissance sur le dépistage du VIH ou la peur de se faire dépister (Asaolu et al., 2016; Ibrahim, Ipadeola, Adebayo, & Fatusi, 2013). Les hommes qui ne présentaient pas d'attitudes stigmatisantes avaient plus de chance de se faire dépister pour le VIH. Cette constatation est retrouvée également par Kirakoya-Samadoulougou et *al* dans une étude au Burkina Faso (Kirakoya-Samadoulougou et al., 2017). Cela peut s'expliquer par l'effet des interventions en matière de conseil et du dépistage volontaire à base communautaire qui semble avoir amélioré les normes sociales concernant le dépistage du VIH.

### *4.5. Implications en matière de santé publique*

On note une faible couverture du dépistage du VIH surtout chez les conjoints. Dans la littérature, d'une manière générale, les études montrent un faible taux de dépistage chez les conjoints. Plusieurs raisons ont été évoquées pour expliquer ce faible taux de dépistage. Des mesures pour accroitre le dépistage du VIH chez les couples sont proposées. Ainsi, lors d'un essai clinique randomisé en grappe, Sibanda et al (Sibanda et al., 2017), en 2017 au Zimbabwe, ont montré que des mesures incitatives non monétaires, peuvent augmenter significativement le taux de dépistage du VIH dans le couple. Les mesures incitatives n'ont pas augmenté les préjudices sociaux comparativement à ce que l'on rencontre habituellement avec le counseling de couple sans mesures incitatives. L'intervention pourrait contribuer à la réalisation des objectifs 95-95-95 de l'ONUSIDA selon les auteurs (Sibanda et al., 2017). Le dépistage et conseil communautaire en matière de VIH ont le bénéfice d'avoir une plus grande couverture et une utilisation plus élevée que les tests de dépistage en établissement au sein de la population en général. Pour ce qui concerne les hommes, le dépistage mobile selon une revue systématique et une méta-analyse a montré des résultats encourageants (Sharma, Ying, Tarr, & Barnabas, 2015). D'une façon générale, le dépistage à domicile et mobile, l'auto-dépistage et la sensibilisation des populations peuvent augmenter la proportion d'hommes, de jeunes adultes et d'individus à haut risque dépistés pour le VIH (Sharma et al., 2015). Selon Arije et *al* (Arije et al., 2024) à travers une étude visant à accroitre la demande de service de conseil, de dépistage, de traitement et de prévention du VIH parmi les femmes enceintes et les enfants au Nigéria, l'utilisation des structures communautaires existantes (les accoucheuses traditionnelles, les agents de santé villageois et les vendeurs de médicaments brevetés et exclusifs) peut significativement augmenter le taux de dépistage chez les femmes enceintes, réduire la TME et améliorer les liens avec les services de soins. L'implication des maris et la lutte contre la stigmatisation ont aussi été notées comme des éléments essentiels pour améliorer les résultats en matière de dépistage.

### *4.6. Limites de l'étude*

Les limites potentielles que peut présenter notre étude du fait de l'utilisation de bases de données existantes sont, entre autres, le nombre limité de variables disponibles. En effet, les données étant déjà collectées pour d'autres objectifs, certaines variables importantes pour analyser le dépistage du VIH n'ont pas été collectées. Il s'agit entre autres du manque

d'information sur le niveau de connaissance du VIH et certaines variables de l'indice de stigmatisation. Ces variables auraient permis un meilleur ajustement du modèle final. Plusieurs variables incluant le dépistage du VIH et les comportements sexuels utilisées dans notre analyse ont été auto-déclarées lors de l'enquête, ce qui pourrait entrainer des biais de désirabilité sociale.

## 5. Conclusion

Cette étude met en évidence la faible prévalence du dépistage chez les femmes enceintes et leurs conjoints. À ces prévalences de dépistage qui sont inférieures aux objectifs en matière de dépistage au niveau national, il faut ajouter le nombre très important de couples séroignorants. Parmi les couples enquêtés, seulement 19,9 % ont les deux partenaires qui sont dépistés. Plusieurs facteurs étaient associés à ces faibles prévalences du dépistage. Au titre des facteurs sociodémographiques, on note entre autres pour les femmes : le milieu de résidence, le statut marital, l'indice de richesse et les attitudes stigmatisantes envers les PVVIH. Les facteurs qui étaient associés au dépistage chez les hommes étaient : la durée de cohabitation, l'âge lors du premier rapport sexuel, attitudes stigmatisantes, l'utilisation des préservatifs lors du dernier rapport sexuel et l'utilisation d'internet. La prévalence du dépistage pourrait être améliorée en faisant la sensibilisation au niveau communautaire pour réduire significativement la stigmatisation envers les PVVIH. La promotion du conseil de dépistage volontaire auprès des couples, associée à une bonne intégration des hommes dans le système des soins maternels et infantiles et les services de santé de la reproduction, contribuerait à l'amélioration de la prévalence du dépistage au sein du couple. Pour des futurs conjoints, il faudrait les encourager à faire leurs bilans prénuptiaux dans le but de connaître chacun la sérologie de l'autre. En plus du dépistage, il conviendrait également de mettre en place des stratégies adaptées pour le partage de l'information sur le statut sérologique au sein des couples surtout pour les couples sérodiscordants. Des études futures pour mieux comprendre les raisons de la faible prévalence du dépistage du VIH chez les conjoints sont nécessaires pour mieux orienter les actions proposées.

## Remerciements

Les auteurs remercient Dr Désiré DAHOUROU, Dr Adama OUATTARA, Dr Solange OUEDRAOGO/DIOMA, Professeur Ismael DIALLO et Dr Henri Gautier OUEDRAOGO pour la relecture du manuscrit.

## Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent qu'il n'y a aucun conflit d'intérêt lié à cet article.

## Références bibliographiques

Appau, R., Aboagye, R. G., Nyahe, M., Khuzwayo, N., & Tarkang, E. E. (2024). Predictive ability of the health belief model in HIV testing and counselling uptake among youth aged 15–24 in La-Nkwantanang-Madina Municipality, Ghana. *BMC Public Health*, *24*(1), 1825. https://doi.org/10.1186/s12889-024-19362-4

Archou, R., Ouadrhiri, M., Touil, D., Boucetta, M., Abdelkhalek, H., Rachid, A., & Kamélia, A. (2023). Test rapide de dépistage du VIH chez les femmes enceintes au Maroc : Etude sur les connaissances, perceptions et pratiques de réalisation. *Journal of Nursing and*

*Biomedical Sciences*, *2*(1). Consulté à l'adresse https://revues.imist.ma/index.php/JNBS/article/view/39446

Arije, O., Titus, R., Omisile, I., Dadi, A., Garba, D., Godpower, O., … Onayade, A. (2024). Process evaluation of the « Lafiyan Yara » project on enhancing access to HIV testing services using existing community structures in Nigeria. *BMC Public Health*, *24*(1), 624. https://doi.org/10.1186/s12889-024-18045-4

Asaolu, I. O., Gunn, J. K., Center, K. E., Koss, M. P., Iwelunmor, J. I., & Ehiri, J. E. (2016). Predictors of HIV Testing among Youth in Sub-Saharan Africa : A Cross-Sectional Study. *PLOS ONE*, *11*(10), 12. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0164052

Asresie, M. B., Worku, G. T., & Bekele, Y. A. (2023). HIV Testing Uptake Among Ethiopian Rural Men : Evidence from 2016 Ethiopian Demography and Health Survey Data. *HIV/AIDS - Research and Palliative Care*, *15*, 225-234. https://doi.org/10.2147/HIV.S409152

Bott, S., Neuman, M., Helleringer, S., Desclaux, A., Asmar, K. E., Obermeyer, C. M., & Group, the M. (Multi-country A. T. and C. for H. S. (2015). Rewards and challenges of providing HIV testing and counselling services : Health worker perspectives from Burkina Faso, Kenya and Uganda. *Health Policy and Planning*, *30*(8), 964-975. https://doi.org/10.1093/heapol/czu100

Chanyalew, H., Girma, E., Birhane, T., & Chanie, M. G. (2021). Male partner involvement in HIV testing and counseling among partners of pregnant women in the Delanta District, Ethiopia. *PLOS ONE*, *16*(3), e0248436. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248436

Chemaitelly, H., Awad, S. F., Shelton, J. D., & Abu-Raddad, L. J. (2014a). Sources of HIV incidence among stable couples in sub-Saharan Africa. *Journal of the International AIDS Society*, *17*(1), 18765. https://doi.org/10.7448/IAS.17.1.18765

Chemaitelly, H., Awad, S. F., Shelton, J. D., & Abu-Raddad, L. J. (2014b). Sources of HIV incidence among stable couples in sub-Saharan Africa. *Journal of the International AIDS Society*, *17*(1), 18765. https://doi.org/10.7448/IAS.17.1.18765

Desclaux, A., Ky-Zerbo, O., Somé, J., & Obermeyer, C. (2014). New issues for HIV Counseling and Testing in the time of Test and Treat in low prevalence countries : Insights from Burkina Faso Workshop Montpellier (France), April 29 2014. *Medecine et sante tropicales*, *24*. https://doi.org/10.1684/mst.2014.0399

Dunkle, K. L., Stephenson, R., Karita, E., Chomba, E., Kayitenkore, K., Vwalika, C., … Allen, S. (2008). New heterosexually transmitted HIV infections in married or cohabiting couples in urban Zambia and Rwanda : An analysis of survey and clinical data. *Lancet (London, England)*, *371*(9631), 2183-2191. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60953-8

Erena, A. N., Shen, G., & Lei, P. (2019). Factors affecting HIV counselling and testing among Ethiopian women aged 15-49. *BMC Infectious Diseases*, *19*(1), 1076. https://doi.org/10.1186/s12879-019-4701-0

Ezeanolue, E. E., Obiefune, M. C., Yang, W., Ezeanolue, C. O., Pharr, J., Osuji, A., … Ehiri, J. E. (2017). What do You Need to Get Male Partners of Pregnant Women Tested for HIV in Resource Limited Settings? The Baby Shower Cluster Randomized Trial. *AIDS and Behavior*, *21*(2), 587-596. https://doi.org/10.1007/s10461-016-1626-0

Fassinou, L. C., Hien, H., Yombi, J. C., Nagot, N., & Kirakoya-Samadoulougou, F. (2023). Availability and readiness of the health facilities to provide HIV counseling and testing and prevention of mother-to-child transmission services in Burkina Faso : A trend analysis from 2012 to 2018. *BMC Health Services Research*, *23*(1), 757. https://doi.org/10.1186/s12913-023-09757-1

Gebregziabher, M., Dai, L., Vrana-Diaz, C., Teklehaimanot, A., & Sweat, M. (2018). Gender Disparities in Receipt of HIV Testing Results in Six Sub-Saharan African Countries. *Health Equity*, *2*(1), 384-394. https://doi.org/10.1089/heq.2018.0060

Gizaw, Y. T., Boke, M. M., & Geremew, A. B. (2021). Determinants of HIV testing uptake among partners of pregnant women in Addis Ababa, Ethiopia : A community-based study. *The Pan African Medical Journal*, *39*, 7. https://doi.org/10.11604/pamj.2021.39.7.27839

Hampanda, K. M., Pelowich, K., Freeborn, K., Graybill, L. A., Mutale, W., Jones, K. R., … Chi, B. H. (2023). Strategies to increase couples HIV testing and counselling in sub-Saharan Africa : A systematic review. *Journal of the International AIDS Society*, *26*(3), e26075. https://doi.org/10.1002/jia2.26075

Ibrahim, M., Ipadeola, O., Adebayo, S., & Fatusi, A. (2013). Socio-demographic Determinants of HIV Counseling and Testing Uptake among Young People in Nigeria. *International Journal of Prevention and Treatment*, *2*(3), 23-31.

INSD. (2023). *ANALYSE APPROFONDIE BAISSE DE LA FECONDITE AU BURKINA FASO : PHENOMENE GENERALISE OU CIRCONSCRIT A CERTAINES SOUS POPULATIONS ?* Consulté à l'adresse https://www.insd.bf/sites/default/files/2024-07/Baisse%20de%20la%20f%C3%A9condit%C3%A9%20au%20Burkina%20Faso.pdf

Institut National de la Statistique et de la Démographie. (2023). *Enquête Démographique et de Santé 2021* (p. 812). Consulté à l'adresse https://www.insd.bf/sites/default/files/2023-09/EDS%20Burkina%20Faso%202021_VF_07-09-23.pdf

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*, 486. https://doi.org/10.1186/s12889-017-4417-2

Lakhe, N., Mbaye, K., Sylla, K., & Ndour, C. (2019). HIV screening in men and women in Senegal : Coverage and associated factors; Analysis of the 2017 demographic and health survey. *BMC Infectious Diseases*, *20*. https://doi.org/10.1186/s12879-019-4717-5

LEE, J. (1994). Odds Ratio or Relative Risk for Cross-Sectional Data? *International Journal of Epidemiology*, *23*(1), 201-203. https://doi.org/10.1093/ije/23.1.201

Lépine, A., Terris-Prestholt, F., & Vickerman, P. (2015). Determinants of HIV testing among Nigerian couples : A multilevel modelling approach. *Health Policy and Planning*, *30*(5), 579-592. https://doi.org/10.1093/heapol/czu036

Lepine, A., Terris-Prestholt, F., & Vickerman, P. (2015). Determinants of HIV testing among Nigerian couples : A multilevel modelling approach. *Health Policy and Planning*, *30*(5), 579-592. https://doi.org/10.1093/heapol/czu036

Markos Kachero, M., & Arba Kinfe, A. (2021). Utilization of HIV Test Service Among Pregnant Women's Partners and Its Associated Factors in Selected Sub-Cities of Addis Ababa, 2019 : A Community-Based Cross-Sectional Study. *HIV/AIDS (Auckland, N.Z.)*, *13*, 135-143. https://doi.org/10.2147/HIV.S289445

Matovu, J. K. B., Todd, J., Wanyenze, R. K., Kairania, R., Serwadda, D., & Wabwire-Mangen, F. (2016). Evaluation of a demand-creation intervention for couples' HIV testing services among married or cohabiting individuals in Rakai, Uganda : A cluster-randomized intervention trial. *BMC Infectious Diseases*, *16*(1), 379. https://doi.org/10.1186/s12879-016-1720-y

Millogo, A., Toe, P., Sanon, A., Konaté, B., Tassembedo, S., & Traoré, I. T. (2022). Représentations du VIH/Sida et partage de l'information sur la sérologie dans les couples sérodifférents au Burkina Faso. *Santé Publique*, *34*(5), 727-736. https://doi.org/10.3917/spub.225.0727

Ministère de la santé et de l'hygiène publique. (2021). *Plan de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH, de la syphilis et de l'hépatite b 2021-2025*. Burkina Faso.

Misganaw GW, Achamyeleh BT, ans et Getayeneh AT. (2021). Prévalence et facteurs associés au dépistage du VIH chez les femmes enceintes : Une analyse à plusieurs niveaux utilisant les récentes données d'enquêtes démographiques et sanitaires de 11 pays d'Afrique de l'Est. *HIV/AIDS-Research and palliative care*. Consulté à l'adresse https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7886292/

Muhindo, R., Nakalega, A., & Nankumbi, J. (2015). Predictors of couple HIV counseling and testing among adult residents of Bukomero sub-county, Kiboga district, rural Uganda. *BMC Public Health*, *15*(1), 1171. https://doi.org/10.1186/s12889-015-2526-3

Mutale, W., Freeborn, K., Graybill, L. A., Lusaka, M. M., Mollan, K. R., Mweemba, O., … Chi, B. H. (2021). Addition of HIV self-test kits to partner notification services to increase HIV testing of male partners of pregnant women in Zambia : Two parallel randomised trials. *The Lancet Global Health*, *9*(12), e1719-e1729. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00393-4

Nyeseh Ofori, K. (2019). Application of the Health Belief Model to HIV Testing and Counselling Among Youth Living in Selected Rural Communities in Ghana. *International Journal of HIV/AIDS Prevention, Education and Behavioural Science*, *5*(1), 11. https://doi.org/10.11648/j.ijhpebs.20190501.12

ONUSIDA. (2022). *Rapport mondial actualisé sur le sida 2022* (p. 373). Genève Suisse.

ONUSIDA. (2023). *THE PATH THAT ENDS AIDS: UNAIDS GLOBAL AIDS UPDATE 2023* (Nº 2023; p. 196). Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Consulté à l'adresse https://thepath.unaids.org/wp-content/themes/unaids2023/assets/files/2023_report.pdf

ONUSIDA. (2024). *Suivi mondial de la lutte contre le sida 2025—Indicateurs et questions pour le suivi des progrès de la Déclaration politique sur le VIH et le sida de 2021*. Consulté à l'adresse https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_fr.pdf

Oo, T. A. A., Romo, M. L., George, G., Mwai, E., Nyaga, E., Mantell, J. E., … Kelvin, E. A. (2024). Using the Health Belief Model to Understand Why Making Oral HIV Self-Testing Available to Truck Drivers in Kenya Had Little Impact on Six-Month Testing. *AIDS and Behavior*, *28*(12), 4118-4126. https://doi.org/10.1007/s10461-024-04500-1

Organisation mondiale de la santé; Région Africaine. (2024). *Rapport biennal 2022/2023; Rendre la santé accessible : L'engagement de l'OMS*. OMS. Consulté à l'adresse https://www.afro.who.int/sites/default/files/2024-09/OMS%20Burkina%20Faso_Rapport%20biennal%202022-2023.pdf

Paulin, H. N., Blevins, M., Koethe, J. R., Hinton, N., Vaz, L. M., Vergara, A. E., … Wester, C. W. (2015). HIV testing service awareness and service uptake among female heads of household in rural Mozambique : Results from a province-wide survey. *BMC Public Health*, *15*(1), 132. https://doi.org/10.1186/s12889-015-1388-z

Pinkerton, S. D., & Galletly, C. L. (2007). Reducing HIV Transmission Risk by Increasing Serostatus Disclosure : A Mathematical Modeling Analysis. *AIDS and Behavior*, *11*(5), 698-705. https://doi.org/10.1007/s10461-006-9187-2

Remien, R. H., Chowdhury, J., Mokhbat, J. E., Soliman, C., Adawy, M. E., & El-Sadr, W. (2009). Gender and Care : Access to HIV Testing, Care and Treatment. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*, *51*(Suppl 3), S106-S110. https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e3181aafd66

Seif, S. J., Oguma, E. D., & Joho, A. A. (2025). Using health belief model to assess the determinants of HIV/AIDS prevention behavior among university students in Central,

Tanzania : A cross-sectional study. *PLOS Global Public Health*, *5*(2), e0004305. https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0004305

Sharma, M., Ying, R., Tarr, G., & Barnabas, R. (2015). Systematic review and meta-analysis of community and facility-based HIV testing to address linkage to care gaps in sub-Saharan Africa. *Nature*, *528*(7580), S77-85. https://doi.org/10.1038/nature16044

Sibanda, E. L., Tumushime, M., Mufuka, J., Mavedzenge, S. N., Gudukeya, S., Bautista-Arredondo, S., … Cowan, F. M. (2017). Effect of non-monetary incentives on uptake of couples' counselling and testing among clients attending mobile HIV services in rural Zimbabwe : A cluster-randomised trial. *The Lancet Global Health*, *5*(9), e907-e915. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30296-6

Somé, J. F., Desclaux, A., Ky-Zerbo, O., Lougué, M., Kéré, S., Obermeyer, C., & Simaga, F. (2014). Les campagnes de dépistage du VIH, une stratégie efficace pour l'accès universel à la prévention et au traitement ? L'expérience du Burkina Faso. *Medecine et sante tropicales*, *24*(1), 73-79. https://doi.org/10.1684/mst.2014.0298

SP/CNLS-IST. (2021). *Cadre stratégique national de lutte contre le VIH, le sida et les infections sexuellement transmissibles (CSN-Sida) 2021-2025*. Burkina Faso.

SP/CNLS-IST, PSSLS-IST. (2021). *Normes et protocoles de prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH au Burkina Faso* (6ème édition). Burkina Faso.

Teshale, A. B., & Tesema, G. A. (2022). Discriminatory attitude towards people living with HIV/AIDS and its associated factors among adult population in 15 sub-Saharan African nations. *PLOS ONE*, *17*(2), e0261978. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261978

Triulzi, I., Palla, I., Ciccacci, F., Orlando, S., Palombi, L., & Turchetti, G. (2019). The effectiveness of interventions to involve men living with HIV positive pregnant women in low-income countries : A systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, *19*(1), 943. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4689-6

Worku, M. G., Teshale, A. B., & Tesema, G. A. (2021). Prevalence and Associated Factors of HIV Testing Among Pregnant Women : A Multilevel Analysis Using the Recent Demographic and Health Survey Data from 11 East African Countries. *HIV/AIDS (Auckland, N.Z.)*, *13*, 181-189. https://doi.org/10.2147/HIV.S297235

World Health Organization. (2012). *Guidance on couples HIV testing and counselling including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples : Recommendations for a public health approach*. WHO IRIS. Consulté à l'adresse https://iris.who.int/handle/10665/44646

© 2025 CISSE, Licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0)

**Note de l'éditeur**

Bamako Institute for Research and Development Studies Press reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les publications des cartes/maps et affiliations institutionnelles.