

ENFANTS D'AUJOURD'HUI DIVERSITÉ DES CONTEXTES PLURALITÉ DES PARCOURS

*Colloque international de Dakar
(Sénégal, 10-13 décembre 2002)*



Numéro 11

ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE
AIDELF

Comportement sexuel des adolescent(e)s et risques d'infection à VIH : le cas de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

Banza BAYA

UERD - Université de Ouagadougou, Burkina Faso

1. Contexte

Les stratégies de lutte contre l'épidémie du VIH/SIDA ont tendance à davantage mettre l'accent sur les catégories de la population considérées comme groupes à hauts risques. C'est ainsi que l'on s'intéresse aux personnes à partenaires multiples, aux travailleuses du sexe, aux routiers, aux utilisateurs de drogue à injection intraveineuse et qui se partagent les aiguilles. Ces stratégies se basent pour la plupart sur le modèle thaïlandais qui a permis une réduction rapide de la séroprévalence à travers d'intenses campagnes de sensibilisation dirigées vers ces groupes cibles (Ainsworth et Teokue 2000).

Les laissés-pour-compte sont souvent les populations plus jeunes. Or, en raison de leur âge et des facteurs physiologiques et socio-culturels associés, les adolescents et les jeunes courent, plus que tout autre groupe d'âge de la population, les risques les plus élevés d'infection à VIH et autres maladies sexuellement transmissibles. Les risques de transmission de cette infection à leurs partenaires sexuel(le)s et éventuellement à leur progéniture sont également élevés.

Selon de récentes estimations de l'ONUSIDA, environ 16 000 nouvelles infections à VIH surviendraient chaque jour à travers le monde dont 90% en Afrique (UNAIDS/WHO, 1998). Parmi ces nouveaux cas d'infection, plus de 50% concerneraient les jeunes. La proportion pouvant atteindre parfois 60% (UNAIDS, 1998).

En Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso est l'un des pays les plus touchés par l'épidémie de VIH/SIDA (Méda et al., 1998). C'est en 1986 que le Burkina Faso a reconnu l'existence du SIDA en notifiant 1 () cas à l'Organisation Mondiale de la Santé. Depuis cette date, la maladie n'a cessé de progresser. Au 31 décembre 1999, 17 850 cas cumulés de SIDA ont été notifiés à l'OMS (Auregan et al., 2000). Les premières enquêtes de séroprévalence réalisées entre 1987 et 1990 ont estimé à 4% la prévalence de l'infection par le Virus de l'Immuno-déficience Humaine (VIH). En 1994, une enquête nationale de séroprévalence réalisée parmi 1294 femmes enceintes a chiffré à 8% la prévalence de l'infection à VIH, soit un doublement du taux en 4-5 ans (Sangaré et al., 1997). Or, on estime que le système de déclaration sanitaire notifie moins de 10%, des cas. Selon l'ONUSIDA, le Burkina comptait à la fin de l'année 1997, 370 000 personnes vivant avec le VIH/SIDA soit un ratio de 7,17% de prévalence moyenne, classant ainsi le Burkina Faso au deuxième rang des pays les plus touchés par l'infection en Afrique de l'Ouest.

Pour documenter la situation des MST et de l'infection à VIH au Burkina Faso, nous avons mené à Bobo-Dioulasso une enquête afin d'établir avec précision le niveau de prévalence du VIH au sein de la population générale, et d'identifier les facteurs qui déterminent le niveau d'infection (connaissances des pratiques de prévention, comportements et pratiques sexuels, utilisation des préservatifs, importance des MST classiques, accès aux soins de santé, etc.)¹. Les données obtenues devraient être utilisées pour la conception des interventions dirigées

¹ L'étude a été menée par le Centre MURAZ de Bobo-Dioulasso et l'Unité d'Enseignement et de Recherche en Démographie (UERD) de l'Université de Ouagadougou, sous l'égide du Comité National de Lutte contre le SIDA et les MST (CNLS). Le financement a été assuré par le FNUAP et l'ONUSIDA.

contre l'infection à VIH en milieu jeune et servir comme base de référence au moment de l'évaluation de l'impact des interventions envisagées.

La situation alarmante des adolescents et des jeunes, soulignée plus haut, est à mettre en rapport avec leur vulnérabilité pendant cette période de la vie où ils font leurs premières expériences sexuelles. La période de jeunesse est souvent caractérisée par un changement fréquent de partenaires sexuels ; l'insouciance et le sentiment d'invulnérabilité exposent plus les adolescents au risque de contamination au VIH et autres maladies sexuellement transmissibles (MST). Les adolescentes seraient particulièrement vulnérables pour des raisons biologiques et comportementales : l'immaturité du développement des organes génitaux (Dixon-Mueller, 1996) et la tendance à ne pas craindre les MST, augmentent le risque d'infection des adolescentes au VIH. De plus, le fait que celles-ci aient souvent des rapports sexuels avec des hommes plus âgés qu'elles, donc ayant une expérience sexuelle plus longue, les expose davantage à l'infection à VIH et autres IST.

L'intérêt pour les jeunes se justifie par le fait que les chances de succès de la lutte contre la pandémie nous semblent être plus grandes du côté de cette catégorie de la population. Les jeunes représentent en effet un groupe encore malléable, auquel on peut faire accepter plus facilement des comportements protecteurs contrairement aux adultes qui ont déjà acquis des habitudes de comportements sexuels plus difficiles à changer (Baya et Meda, 2001).

La présente étude qui se limitera toutefois au sous-échantillon de la population âgée de 13 et 19 ans, a pour objectif d'analyser le niveau de séroprévalence en rapport avec les comportements sexuels des adolescents². Nous essayons notamment de dégager les principaux déterminants d'un comportement à risque d'infection à VIH au sein de chacun des deux sexes.

2. Données et méthodes d'analyse

2.1 Données

Notre étude est menée à partir des données issues d'une enquête réalisée à Bobo-Dioulasso, la seconde plus importante ville du Burkina Faso. L'enquête de Bobo-Dioulasso qui s'est déroulée sur le terrain pendant environ un mois et demi (de janvier à mars 2000)³, est une enquête transversale, menée sur un échantillon représentatif de la population âgée de 13 à 49 ans. Cette enquête a permis de collecter par interrogatoire direct les données sur les facteurs potentiels de risque de l'infection à VIH. Au cours de l'enquête les individus sélectionnés ont été examinés et du sang, des urines, des sécrétions cervico-vaginales ont été recueillis pour identifier les principales IST et poser le diagnostic de l'infection à VIH. Le protocole et le questionnaire standardisés utilisés dans les autres sites africains⁴ ont été appliqués et des modules supplémentaires au questionnaire ont été prévus pour cibler les questions spécifiques au sous groupe des jeunes (13-24 ans).

Un accord individuel permettait de réaliser chez chacun, une prise de sang, un recueil d'urine, un prélèvement vaginal chez les femmes et un prélèvement urétral chez les hommes. Les prélèvements effectués ont été acheminés au laboratoire (du Centre Muraz) où ils ont été centralisés pour les analyses.

² Par souci de simplification, le terme « adolescents » sera utilisé pour désigner l'ensemble des deux sexes.

³ Le déroulement des opérations de terrain est décrit en détail dans le rapport d'exécution de l'enquête de terrain (Baya et al., 2000).

⁴ L'étude multicentrique coordonnée par l'ONUSIDA a déjà été réalisée dans différents centres urbains africains dont Cotonou (Bénin), Yaoundé (Cameroun), Kisumu (Kenya) et Ndola (Zambie). Elle vise à décrire de manière standardisée par des enquêtes de population les facteurs de risque d'infection à VIH.

Chaque personne échantillonnée dispose d'un code unique, alphanumérique qui figure aussi bien sur le questionnaire individuel que sur tous les tubes de prélèvement le concernant. Ce code d'identification a été la clé qui a permis l'appariement des résultats biomédicaux avec les caractéristiques socio-démographiques de l'individu.

Une carte d'identification a été remise à chaque personne éligible, l'autorisant à se présenter au Centre Muraz et obtenir les résultats de ses examens médicaux (autres que sérologiques). La même carte donnait droit gratuitement au test du VIH pour les personnes qui le désiraient car les résultats des examens de sérologie effectués dans le cadre de l'enquête étaient strictement anonymes et non corrélés.

Lorsque les résultats des personnes enquêtées faisaient ressortir des problèmes de santé (IST autres que le VIH/SIDA), les agents biomédicaux ramenaient les résultats aux intéressés y compris les médicaments nécessaires pour le traitement de l'infection.

2.2 Méthodes d'analyse

L'analyse se structure en deux volets. Le premier consiste en une analyse descriptive et le second, en une analyse multivariée.

2.2.1 Analyse descriptive

Le comportement de chacun des deux groupes d'adolescents (garçons versus filles) est examiné à travers l'âge au premier rapport sexuel, l'écart d'âge avec le premier partenaire sexuel et l'utilisation des préservatifs. Cette analyse permettra d'avoir une idée sur le comportement sexuel des adolescent(e)s. En matière de prévention du VIH, l'âge au premier rapport sexuel permet de déterminer le degré de vulnérabilité d'une personne et surtout des adolescents, en ce sens qu'un rapport sexuel désigné comme trop précoce intervient quand les organes de la personne sont toujours en croissance et que cette dernière manque aussi de l'expérience en la matière. toutes choses qui pourraient l'exposer davantage à des risques de contamination.

Un autre élément de vulnérabilité des adolescents est l'âge du premier partenaire. En effet, si le rapport a eu lieu avec un partenaire beaucoup plus âgé, cela suppose que celui-ci a plus d'expérience dans le domaine et qu'il a par conséquent, plus de risque d'avoir été contaminé et de contaminer le partenaire adolescent. Les résultats d'une étude menée en Côte d'Ivoire auprès d'adolescents montrent que, malheureusement, la grande majorité des filles ont leur premier rapport sexuel avec des personnes plus âgées, tandis que 51% des garçons l'ont eu avec des personnes plus jeunes (Zanou et Nyankawindemera, 1999).

Pour une meilleure protection contre le VIH/SIDA, l'utilisation des préservatifs par les adolescents devait être systématique, notamment lorsque les relations sexuelles interviennent hors union conjugale ; mais en est-il ainsi ? Nous examinerons la question à travers les réponses des adolescents ayant déjà eu une expérience sexuelle aux questions relatives à l'utilisation du préservatif.

2.2.2 Analyse multivariée

Dans le second volet, nous utilisons une approche multivariée. Nous considérerons ainsi l'usage du condom lors du premier rapport sexuel comme étant la variable dépendante. C'est une variable dichotomique, codée « 1 » si un préservatif a été utilisé et « 0 » si la première expérience sexuelle a été faite sans protection. La variable dépendante subit l'influence d'une série de déterminants socio-démographiques dont le niveau d'instruction, l'âge, le statut matrimonial, la filiation ethnique, la religion, le lieu de naissance, la connaissance de méthode contraceptive au moment de la première expérience sexuelle.

Nous utilisons pour cette analyse, un modèle de régression logistique afin d'évaluer l'influence exercée par chaque facteur sur la variable dépendante. Pour tout facteur retenu, chacune de ses catégories est transformée en variable dichotomique parmi lesquelles une modalité de la variable est choisie comme référence et à laquelle les autres sont comparées. Nous retenons comme référence, les adolescents appartenant à la catégorie modale de la variable (celle qui renferme le plus grand nombre de cas). Pour l'analyse, les autres catégories sont comparées à cette catégorie de référence.

Nous avons recours à la procédure « logit » disponible dans le progiciel de traitement statistique « STATA » pour réaliser nos traitements. Nous présentons comme résultats, les risques relatifs et le niveau de signification (des probabilités) obtenu à partir d'un test bilatéral⁵.

3. Résultats

3.1 Principales caractéristiques des adolescents

Le tableau Annexe donne la répartition de la population adolescente selon les principales caractéristiques socio-démographiques. Un peu plus de la moitié de notre échantillon de 830 adolescents est constitué de filles (56,1%) contre 43,9% de garçons. Les âges moyen et médian sont les mêmes (16 ans) pour les deux sexes. Trois adolescents sur cinq (60,0%) sont nés à Bobo-Dioulasso dont deux tiers (66,2%) pour les garçons et un peu plus de la moitié des filles (55,2%). L'« importation » en ville de la main-d'œuvre féminine expliquerait en partie une proportion relativement plus importante d'adolescentes migrantes (44,8%), comparée aux garçons (33,8%).

La composition ethnique est assez diversifiée. La population adolescente touchée par l'enquête est répartie en une quarantaine de groupes ethniques sur la soixantaine que compte le Burkina Faso. Toutefois, le groupe ethnique (Mossi) majoritaire au plan national est également le plus représenté à Bobo-Dioulasso avec près du tiers des adolescents (29,2%). Les autochtones (Bobo) viennent en seconde position (17,5%), suivis des groupes ethniques de représentation plus modeste, regroupant chacun moins de 10% des adolescents.

Environ sept adolescents sur dix (70,0%) déclarent être de religion musulmane. Le tiers restant est constitué de chrétiens dont essentiellement des catholiques.

Huit adolescents sur dix ont fréquenté l'école (81,4%) contre 18,6% qui n'ont jamais été à l'école. La répartition par sexe indique qu'un adolescent sur dix (9,1%) n'a pas eu la chance de fréquenter l'école contre une adolescente sur quatre (26,0%). Mentionnons pour mémoire, qu'à la rentrée 1999/2000, seulement un tiers (34%) des enfants burkinabé d'âge scolaire (7-12 ans) étaient effectivement scolarisés. Cette moyenne nationale cache des disparités spatiales importantes et surtout la persistance d'une sous-scolarisation des filles (taux net de 27,7% pour les filles contre 39,7%, pour les garçons), qui s'accroît pour les niveaux secondaire et supérieur.

La répartition selon l'activité montre que les adolescents demeurent des élèves pour la plupart (trois adolescents sur cinq ayant fréquenté l'école demeurent élèves). En considérant l'ensemble de l'échantillon, un peu plus d'une adolescente sur cinq (22,5%) est ménagère, ce qui est en conformité avec l'idée d'une « importation » à Bobo-Dioulasso de jeunes filles pour s'occuper des travaux domestiques.

Environ sept adolescents sur dix sont encore des célibataires (70,1%). Il est à noter toutefois qu'une adolescente sur trois (33,0%) a déjà vécu en union. Même s'ils sont encore

⁵ Le test bilatéral (versus le test unilatéral) comporte deux valeurs critiques. Le risque alpha se partage également aux deux extrémités de la distribution d'échantillonnage. Dans un test unilatéral, le niveau de signification équivaut à la moitié de celui d'un test bilatéral. Si par exemple nous avons un coefficient significatif à 10% dans un test bilatéral, il l'est à 5% dans un test unilatéral.

majoritairement célibataires au moment de l'enquête, la quasi totalité des adolescents célibataires (91,4%) estiment que le mariage est une nécessité.

3.2 Connaissance du VIH/Sida

La quasi-totalité des adolescents interrogés ont entendu parler du Sida (97,2%). En ce qui concerne les voies de transmission, la voie sexuelle a été citée par 3 adolescents sur 4 (76,8%). La voie sanguine a aussi été citée dans 1/3 des cas (32,8%). Il est tout de même préoccupant de constater qu'environ une adolescente sur cinq (21,0% contre 7,7% chez les garçons) n'a pas été en mesure de citer un seul mode de transmission du VIH.

Près de deux adolescents sur trois (67,8% dont 75,5% chez les filles et 61,8% chez les garçons) savent qu'une personne apparemment en bonne santé peut être infectée par le virus du Sida. Si moins d'un adolescent sur cinq (17,5%) dit connaître quelqu'un qui souffre de Sida, ils sont par contre un peu plus nombreux (37,5%) à avoir connu quelqu'un qui est décédé de la maladie (Sida).

Au titre des précautions pour éviter le VIH, l'utilisation du préservatif est de loin la précaution la plus évoquée pour se protéger (70,6% dont 61,7% chez les filles et 81,8% chez les garçons). Viennent ensuite l'abstinence sexuelle évoquée par environ un adolescent sur 5 (21,8%) et la fidélité au partenaire évoquée par un peu moins d'un adolescent sur 6 (16,4%).

3.3 Connaissance par les adolescents de leur statut sérologique

Moins de 2% (1,3% exactement) des 830 adolescents de l'enquête de Bobo-Dioulasso disent avoir fait le test du VIH. La proportion est sensiblement la même au niveau des deux sexes (1,4 et 1,3% respectivement chez les garçons et chez les filles). Notons que toutes les adolescentes qui ont fait le test disent connaître leur statut sérologique contre 3 adolescents sur les cinq qui ont fait le test.

À la question de savoir si les adolescents souhaitent (à nouveau) connaître leur statut sérologique, un peu plus de 3 adolescents (sur 4 ayant déjà entendu parler du Sida - 77,6%) ont répondu par l'affirmative dont 83,2% pour les garçons et 73,1 % pour les filles.

Au nombre des raisons avancées par les adolescents pour justifier le fait qu'ils n'ont pas réalisé le test du VIH, on retient essentiellement « qu'ils n'y ont pas encore pensé » pour environ 1/3 des adolescents (30,6%) ; pour un peu plus d'un adolescent sur 5 (23,3%), c'est le manque d'information ; une proportion légèrement moindre (17,1%) n'en veut pas alors que pour un adolescent sur 10 (9,3%), la peur serait la principale raison du non test.

Quel que soit le sexe de l'adolescent considéré, le fait de n'y avoir pas encore pensé constitue la catégorie modale des raisons du non test.

3.4 Statut sérologique

Les résultats de l'enquête de Bobo-Dioulasso révèlent un taux de séroprévalence au sein de la population âgée de 13 à 49 ans de 5,25% dont 4,37% chez les hommes et 6,00% chez les femmes (Baya et al., 2000). En ce qui concerne la tranche d'âge des adolescents, six (1 garçon et 5 filles) sont porteurs du VIH. Tous sont des cas de VIH-I. Aucun de ces adolescents infectés n'a déclaré connaître son statut sérologique. L'adolescent infecté est âgé de 16 ans alors que chez les filles, ce sont une de 13 ans, 2 de 16 ans et 2 de 19 ans.

3.5 Comportements sexuels

3.5.1 Expérience sexuelle

Cinq adolescents (le garçon et 4 filles) sur les six infectés au VIH ont déclaré n'avoir jamais eu de rapport sexuel. Si ces déclarations sont justes, il y a lieu de suspecter d'autres

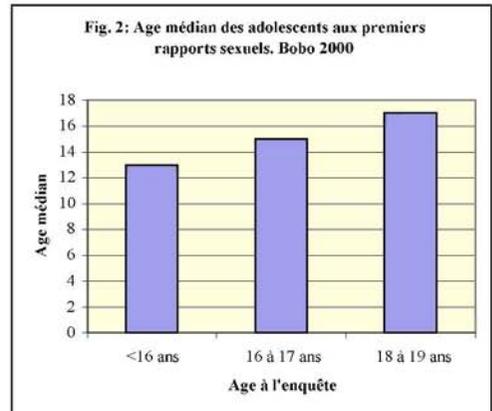
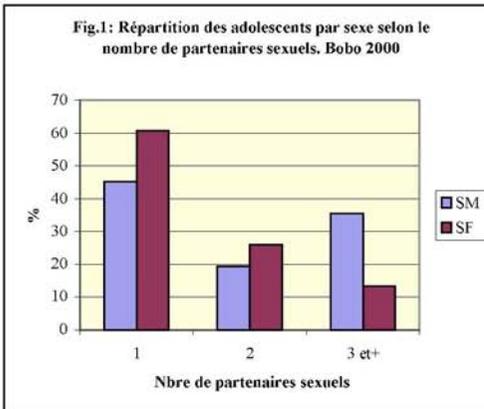
modes de transmission (différents de la voie sexuelle) au sein de la population adolescente de Bobo-Dioulasso.

Les recherches montrent toutefois que l'infection à VIH en Afrique Sub-saharienne se fait essentiellement par voie sexuelle. Les données de l'enquête de Bobo-Dioulasso indiquent que dans l'ensemble, environ un adolescent sur trois (30,6%) a déjà vécu une expérience sexuelle, avec une légère prédominance des filles (33,5 contre 26,9% pour les garçons). Si l'on se limite aux adolescents qui n'ont jamais connu d'union, 1 sur 4 a déjà expérimenté des rapports sexuels pénétratifs (25,0), presque à égalité pour les deux sexes (24,6% chez les garçons et 25,4% et chez les filles).

Les adolescents qui ont déjà vécu une expérience sexuelle ont majoritairement eu des partenaires plus âgés qu'elles (95,4% des filles) et moins âgés qu'eux (68,5% des garçons). Cette préférence pour un partenaire sexuel plus âgé et moins âgé respectivement pour les filles et les garçons se retrouve au niveau de l'ensemble de l'échantillon d'adolescents observé. En effet, ils sont 82,7% les adolescents qui déclarent que l'âge idéal de la première partenaire sexuelle est un âge inférieur au leur alors que c'est la situation inverse chez les filles (l'âge idéal du premier partenaire sexuel doit être supérieur au leur).

L'amour et la curiosité semblent être au niveau des adolescents des deux sexes, les motifs les plus cités, ayant conduit à la première expérience sexuelle. Les promesses de mariage constituent chez les adolescents également un motif important (le troisième) à l'origine de la première expérience sexuelle.

Un peu plus de la moitié des adolescents sexuellement actifs déclarent un seul partenaire dans la vie ; les autres ont eu plus d'un partenaire avec une tendance à un peu plus de partenaires déclarés par les garçons (fig. 1). On observe par ailleurs une tendance à un rajeunissement de l'âge médian à la première expérience sexuelle chez les adolescents. Alors que la moitié des adolescents âgés de 18 à 19 ans à l'enquête disent avoir eu leur première expérience à 17 ans, leurs cadets semblent avoir eu leur première expérience plus tôt (fig. 2). Un biais lié à la mémoire n'est toutefois pas à exclure ; les adolescents relativement plus âgés (versus les cadets) ayant probablement un souvenir moins exact de leur âge à la première expérience sexuelle.



3.5.2 Protection des rapports sexuels

Parmi les adolescents qui ont déjà vécu une expérience sexuelle (au nombre de 254), presque 3 sur 5 (57,5% exactement) n'ont pas fait usage de préservatif lors de leur premier rapport sexuel (60,3% chez les filles et 53,1 % chez les garçons). Ces proportions correspondent à peu de choses près, à celles des adolescents qui n'avaient aucune connaissance d'une méthode contraceptive au moment de leur première expérience sexuelle. Lors du dernier

rapport sexuel également, un fort taux de non utilisation de préservatif a été enregistré (59,4% dont 45,9 chez les garçons et 67,9% chez les filles).

3.6 Résultats de l'analyse multivariée

Afin de tenter de mettre en lumière les facteurs importants de différenciation de l'utilisation du préservatif lors de la première expérience sexuelle, les variables explicatives sont prises en compte simultanément dans un même modèle.

Les potentiels prédicteurs du recours au préservatif ont été polydichotomisés. Pour tout prédicteur retenu, chacune de ses catégories a été transformée en variable dichotomique parmi lesquelles une est choisie comme référence et à laquelle les autres sont comparées. Le tableau 1 fournit la distribution des adolescents pour chaque catégorie des variables exogènes retenues.

TABLEAU 1 : RÉPARTITION DES ADOLESCENTS PAR CATÉGORIE DES PRINCIPALES VARIABLES EXOGÈNES CONSIDÉRÉES (BOBO-DIOULASSO 2000).

Variable	Catégorie	Proportion		
		Ens	Garçons	Filles
Âge	Moins de 16ans	11,4	14,3	9,6
	16 à 17 ans	35,1	36,7	34,0
	18 à 19 ans CR	53,5	49,0	56,4
Sexe	Masculin	38,6	--	--
	Féminin CR	61,4	--	--
Fréquentation scolaire	N'a pas fréquenté l'école	24,0	12,2	31,4
	A fréquenté ou fréquente l'école CR	76,0	87,8	68,6
Lieu de naissance	Né à Bobo-Dioulasso CR	52,4	56,1	50,0
	Né hors de Bobo-Dioulasso	47,6	43,9	50,0
Groupe ethnique	Ethnie Mossi	27,2	28,6	26,3
	Eth11c Bobo	18,9	16,3	20,5
	Autres ethnies CR	53,9	55,1	53,2
Religion	Musulmane CR	70,1	67,3	71,8
	Non musulmane	29,9	32,7	28,2
Statut matrimonial	Vit ou a vécu maritalement	20,5	5,1	30,1
	Jamais vécu maritalement CR	79,5	94,9	69,9
Connaissance de méthode contraceptive au moment de la 1 ^{ère} expérience sexuelle	Connait	34,7	45,2	30,5
	Ne connait pas CR	65,3	54,8	69,5
Connaissance de précaution pour éviter le VIH/Sida	Connait au moins une précaution CR	92,1	96,9	89,0
	Ne connait aucune précaution	7,9	3,1	11,0
Nombre d'observations		254	98	156

CR= catégorie de référence

L'analyse de la probabilité de recourir au préservatif lors de la première expérience sexuelle par le modèle logit fournit des coefficients de régression logistique correspondant aux variables dichotomiques associées aux différentes modalités de chaque variable explicative présente dans le modèle. STATA prévoit un test de signification des différents paramètres estimés. Pour une variable à n modalités, il est calculé $n-1$ coefficients que nous comparons à la valeur zéro, correspondant au coefficient associé à la catégorie de référence omise de chacune

de nos variables explicatives. Une valeur du coefficient supérieure à zéro signifie une augmentation des chances alors qu'une valeur négative traduit une diminution des chances au regard de la catégorie de référence.

Afin de faciliter la lecture des résultats, nous avons transformé les coefficients en probabilités, puis calculé des risques relatifs en rapportant la probabilité d'une catégorie donnée de la variable à celle de la catégorie de référence (tableau 2).

TABLEAU 2 : RISQUES RELATIFS D'UTILISATION DU PRÉSERVATIF PAR LES ADOLESCENTS, LORS DE LA PREMIÈRE EXPÉRIENCE SEXUELLE (BOBO-DIOULASSO 2000).

Variable	Catégorie	Risques relatifs		
		Sexe masculin	Sexe féminin	Ensemble
Âge	< 16 ans	0,62	0,85	0,66
	16 à 17 ans	0,37 *	0,79	0,66
Sexe	Masculin	---	---	0,72
Lieu naissance	Né hors de Bobo	1,58	1,14	1,20
Fréquentation scolaire	N'a pas fréquenté l'école	1,00	0,85	0,92
Groupe ethnique	Mossi	5,83 ***	0,95	1,47
	Bobo	4,41 *	0,78	1,05
Religion	Non musulman	3,53 **	1,41 *	1,72 **
Statut matrimonial	A déjà vécu maritalement	0,54	0,12 ***	0,11 ***
Connaissance PF	Connaissait une méthode de PF	10,53 ***	1,60 ***	2,51 ***
Connaissance moyen pour éviter VIH	Connaît moyen pour éviter VIH	---	0,87	1,13
Référence		1,00	1,00	1,00
Nombre d'observations		95	156	254
Nbre ayant utilisé préservatif		41	56	97
Log de vraisemblance		- 42,41	- 79,34	- 130,71
<p>N.B. : Les catégories omises sont âgé de 18 à 19 ans, sexe féminin, né à Bobo-Dioulasso, a fréquenté l'école, ethnie autre que Mossi et Bobo, religion musulmane, n'a jamais vécu en union, connaissait au moins une méthode de contraception au moment de la première expérience sexuelle, connaît au moins une mesure permettant d'éviter le VIH.</p> <p>* : Significatif au seuil de confiance de 10%</p> <p>** : Significatif au seuil de confiance de 5%</p> <p>*** : Significatif au seuil de confiance de 1%</p>				

Les résultats de l'analyse multivariée font ressortir une sous utilisation significative du préservatif par les adolescents de religion musulmane (versus les non musulmans) lors de leur première expérience sexuelle. Ainsi, les adolescents non musulmans ont environ trois fois et demi plus de chances de recourir à un préservatif lors de leur première expérience sexuelle, comparativement à leurs collègues musulmans. Toutefois le résultat le plus important semble être la connaissance préalable de méthodes contraceptives. En effet, le fait que les adolescents aient connaissance des méthodes contraceptives au moment de leur première expérience sexuelle favorise largement l'usage du préservatif au cours de ce premier rapport sexuel.

Conclusion

Notre étude avait pour objectif d'analyser le niveau de séroprévalence en rapport avec les comportements sexuels des adolescents (filles et garçons) de Bobo-Dioulasso.

Les résultats révèlent un taux de séroprévalence relativement faible dans l'ensemble (1,97%). Les filles sont toutefois beaucoup plus touchées que les garçons puisque sur les six adolescents porteurs du virus, un seul est de sexe masculin. Il reste tout de même intrigant que cinq des six adolescents infectés aient déclaré n'avoir jamais eu de rapports sexuels pénétratifs. Si ces déclarations se vérifiaient, il y aurait lieu de suspecter et d'investiguer des voies de transmission du VIH autres que la voie sexuelle.

Ces résultats ne sont pas pour autant moins inquiétants étant donné l'analyse des comportements sexuels des adolescents et en particulier des adolescentes. Ces dernières ont généralement des rapports sexuels et préfèrent en avoir avec des hommes plus âgés qu'elles. La presque totalité des adolescentes qui ont déjà eu une expérience sexuelle (95%) à Bobo-Dioulasso l'ont eue avec un partenaire masculin plus âgé qu'elles. Ces résultats concordent avec ceux obtenus par Zanou et al. (1999) en Côte d'Ivoire, indiquant que 89% des adolescentes ont leur premier rapport sexuel avec des hommes plus âgés. L'étude de Aou et Ju (2000) réalisée à Port Harcourt au Nigeria montre également que trois quarts (74,2%) des adolescentes sexuellement actives ont pour partenaires sexuels des hommes travailleurs plus âgés qu'elles. Selon les auteurs, l'activité sexuelle chez ces filles (de Port Harcourt) serait motivée par des gains financiers.

Les données de Bobo-Dioulasso indiquent aussi une tendance à un rajeunissement de l'âge médian au premier rapport sexuel. Ce résultat va dans le sens de l'observation faite par Okonofua (2000), à savoir que l'âge au premier acte sexuel a chuté pour les adolescents des deux sexes partout en Afrique alors qu'il y a un accroissement continu du nombre d'adolescents qui ont des partenaires sexuels multiples. Ce rajeunissement de l'âge à la première expérience sexuelle pourrait ajouter aux inquiétudes si l'on en croit l'étude de Kabiga et al. (2000) réalisée en Tanzanie indiquant entre autres, un risque plus élevé d'infection à VIH au sein de la population féminine qui a eu sa première expérience sexuelle avant l'âge de 16 ans.

Les partenaires masculins des adolescentes ont déjà une longue expérience sexuelle et partant, un temps d'exposition plus long au risque d'infection au VIH. Or, l'utilisation du préservatif est très limitée. Moins de la moitié des adolescents de Bobo (ayant déjà eu une expérience sexuelle) ont fait usage du préservatif lors de leur première expérience sexuelle.

Nous avons toutefois relevé que les adolescents qui avaient connaissance des méthodes contraceptives au moment de leur première expérience sexuelle ont eu significativement plus recours au préservatif lors de cette première aventure sexuelle. Ce résultat plaide en faveur d'un renforcement des actions précoces d'éducation à la santé de la reproduction aux adolescents qu'ils soient à l'école ou hors de l'école en particulier en ce qui concerne un pays comme le Burkina Faso.

L'utilisation des méthodes contraceptives par les adolescents continue de faire l'objet de vifs débats. Or, l'utilisation de méthodes efficaces pourrait contribuer à réduire la survenue de grossesses non désirées qui ont entre autres conséquences les avortements provoqués ayant souvent pour conséquence une forte mortalité maternelle. Dans le cas du préservatif en particulier, celui-ci offre de surcroît une protection contre les IST/VIH/SIDA.

Il existe des arguments en défaveur d'une politique de mise à disposition tous azimuts de méthodes contraceptives selon lesquels une telle politique pourrait favoriser la promiscuité chez les adolescents et partant une augmentation des IST. Les sociétés traditionnelles en Afrique et surtout les groupes religieux sont ainsi toujours réticents à la mise à disposition massive des méthodes contraceptives (Aou et Ju, 2000).

Il importe tout de même de mentionner que si toutes les enquêtes CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques) réalisées ces dernières années montrent que le VIH/SIDA est aujourd'hui assez bien connu par les populations, il reste que les comportements eux, demeurent sinon statiques, du moins évoluent plus lentement que les connaissances. Le mode de transmission majeure en Afrique étant la transmission sexuelle, certains acteurs intervenant dans la lutte contre le VIH/SIDA continuent de préconiser l'abstinence sexuelle jusqu'au mariage, puis la fidélité dans le mariage. Si aucune alternative ne doit être à priori écartée, il importe de se demander combien reste-t-il encore de personnes susceptibles de s'abstenir de tout rapport sexuel jusqu'à la consommation de leur premier mariage ? Cette valeur (autrefois) chère à notre société est-elle toujours observée aujourd'hui ? Si tel n'est plus le cas, ne serait-il pas recommandable de renouveler le discours dans ce domaine, afin d'augmenter les chances de succès de la lutte contre la pandémie du VIH/SIDA ?

BIBLIOGRAPHIE

- AINSWORTH M., TEOKUL W., 2000. « Breaking the silence : setting realistic priorities for AIDS control in less developed countries », *The Lancet*, 356, pp. 55-60.
- AOU O., JU O., 2000. « Sexual Activity and Contraceptive Use among Female Adolescents – A Report from Port Harcourt, Nigeria », *African Journal of Reproductive Health*, 4, 1, pp. 40-47.
- AUREGAN G., GRÉGOIRE L J., RENTERGHEM H. V., 2000. *Épidémie du VIH/SIDA au Burkina Faso : Diagnostic et réponses opérationnelles*, CICDoc, Ouagadougou, 33 p.
- BAYA B., SANGLI G., YARO S., TRAORE Y., DEFER M. C., TARNAGDA Z., MEDA N., 2000. Étude multisite et sur les jeunes de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. Rapport d'exécution de l'enquête de terrain. UERD, Ouagadougou, 132 p.
- BAYA B., MEDA N., 2001. « Comportements des jeunes de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) et MST/VIH/SIDA : espoir ou inquiétude ? » Communication au XXIV Congrès général de l'Union pour l'étude scientifique de la population (UIESP), tenu à Salvador de Bahia, au Brésil, du 18 au 24 août 2001.
- DIXON-MUELLER R., 1996. « The Sexuality Connection in Reproductive Health » in : *Learning about Sexuality, a practical beginning* (Z. Sondra and K. Moore Eds), pp. 137-157.
- KABIGA H. S., LYAMUYA S. E., VUYLSTEKE B., SPIEGELMAN D., LARSEN U., HUNTER D. J., 2000. « Risk Factors for HIV-1 Seroprevalence Among Family Planning Clients in Dar es Salam, Tanzania », *African Journal of Reproductive Health*, 4, 1, pp.89-99.
- MEDA N., SANGARE L, LANKOANDE S., COMPAORE I. P., CATRAYE J., SANOU P.T., VAN DYCK E., CARTOUX M., SOUDRE R. 8., 1998. « L'épidémie a VIH au Burkina Faso : situation actuelle et niveau des connaissances de la population sur le sida, 1994-95 », *Rev Epidem et Santé Publ*, 46 pp. 14-26.
- OKONOFUA F., 2000. « Adolescent Reproductive Health in Africa : Future Challenges », *African Journal of Reproductive Health*, 4, 1, pp. 7-9.
- SANGARE L, MEDA N., LANKOANDE S., VAN DYCK E., CARTOUX M., COMPAORE I. P., CATRAYE J., SANOU P. T., SOUDRE R., 1997. « HIV infection among pregnant women in Burkina Faso : a nationwide serosurvey », *Int J STD AIDS*, 8, pp. 646-651.
- UNAIDS, 2000. *AIDS in Africa country by country*, African development Forum 2000 Geneva, Switzerland, 239 p.
- UNAIDS/WHO, 1998. *Report on the global HIV/AIDS epidemic*, Geneva, UNAIDS/98.10, 75 p.

- UNAIDS, 1998. *Statement for the World Conference of Ministers Responsible for youth*, Lisbon 8-12 August 1998, 47 p.
- WHO, 1989. *Unlinked anonymous screening for public health surveillance of HIV infections : proposed international guidelines*, Geneva, WHO/GPA/SFI89.3.
- ZANOU B. et A. NYANKAWINDEMER, 1999. *Comportement sexuel et attitude face au risque du Sida chez les adolescents en Côte d'Ivoire*. Communication au séminaire international sur la Santé de la reproduction en Afrique tenu à Abidjan en novembre 1999, 14 p.