

REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

ECOLE NATIONALE D'ECONOMIE APPLIQUEE ET DE MANAGEMENT



MEMOIRE DE FIN DE FORMATION DU CYCLE II



OPTION : Economie Appliquée

FILIERE : Statistique

DIPLOME : Ingénieur Statisticien Economiste (ISE)

THEME :

DETERMINANTS DES COMPORTEMENTS SEXUELS A RISQUE
D'INFECTION AUX IST/VIH/SIDA CHEZ LES JEUNES ET
LES ADOLESCENTS AU BENIN

Présenté et soutenu par :

Jean Sagbo AGOSSOU

Sous la direction de :

Maître de stage :

Chakirou Aristide PARAÏSO

Médecin de Santé Publique

Chef du SEPS

Directeur de mémoire :

Cosme VODOUNOU

Directeur Général de l'INSAE

Chargé de cours à l'ENEAM

PROMOTION : 2006-2008

**L'ECOLE NATIONALE D'ECONOMIE APPLIQUEE
ET DE MANAGEMENT N'ENTEND DONNER AUCUNE
APPROBATION NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES
DANS CE MEMOIRE. CES OPINIONS DOIVENT ETRE
CONSIDEREES COMME PROPRES À LEURS AUTEURS**

DEDICACES

A **Dieu Tout-puissant** qui m'a donné son souffle de vie, souffle sans lequel ce travail n'existerait ;

A **ma très chère maman** Bodounrin ADJIBI, femme combattante, je te remercie pour tout; ce travail est le couronnement de ta constante sollicitude envers moi ;

A **ma très chère épouse** Mireille Sylvie Mahougnon HAZOUME, pour ton amour qui m'a été d'un grand secours, ton soutien indéfectible, ton affection et l'abnégation dont tu fais preuve à mes côtés ; trouve ici l'exaucement de tes prières quotidiennes et reçois ce travail comme mon engagement à te rendre heureuse ;

A vous **mes enfants** Christnelle, Grâce, Samuel et Ariella, que ce travail soit pour vous un exemple de détermination et de persévérance à suivre et à dépasser ;

A vous **mes frères et sœurs** Honorine, Paul, Victorine, Edmond, Cécile, Robert, Jeanne, Victor, Maurice, Angèle, Pascaline, Justin et Augustin, recevez cette œuvre comme l'expression de toutes mes affections.

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce document n'aurait pas été possible sans les précieuses contributions des uns et des autres. C'est pourquoi nous nous faisons le devoir d'adresser nos sincères remerciements à :

➤ Notre Directeur de mémoire, Monsieur Cosme VODOUNOU, Directeur Général de l'INSAE, enseignant à l'ENEAM, qui a bien voulu accepter de diriger ce travail. C'est ici le lieu de souligner sa disponibilité indéfectible à notre égard en dépit de ses multiples occupations. Son esprit de rigueur, mêlé à la dimension humaine de ses relations avec nous, nous a profondément marqué ;

➤ Notre maître de stage, Dr Chakirou Aristide PARAÏSO, Chef du Service des Etudes de la Planification et du Suivi (SEPS) de la DDS Atlantique-Littoral, pour le suivi pratique de ce travail et les orientations en vue de la réalisation d'un mémoire de bonne qualité ;

➤ M. Alexandre BIAOU, Directeur des Etudes Démographiques à l'INSAE, pour ses orientations, lectures et critiques pertinentes pour améliorer ce mémoire ;

➤ Dr Flore Viviane AKLASSATO OGOUBIYI, Directrice Départementale de la Santé de l'Atlantique et du Littoral pour le suivi pratique de ce travail et les orientations en vue de la réalisation d'un mémoire de bonne qualité ;

➤ M. Rémy HOUNGUEVOU, démographe en service à l'INSAE, pour sa constante disponibilité et son appui technique à la réalisation de ce mémoire ;

➤ Messieurs Arnaud HOLLO, Ambroise GANGNON et Raoul OLOUKOÏ, pour leurs lectures et critiques pertinentes de ce mémoire.

➤ Tout le personnel de la DDS Atlantique-Littoral, en particulier celui du SEPS pour leurs soutiens et conseils;

➤ Tout le corps professoral et administratif de l'ENEAM, en particulier le Directeur des Affaires Académiques, M. Placide da-CRUZ, dont les contributions ont été importantes pour notre formation ;

➤ Tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire, nous voudrions particulièrement nommer Madame et Monsieur Elise AHOVE, et Habib TIDJANI.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ARV	: Anti Rétroviraux
CNG	: Centre National de Gérontologie
CHD	: Centre Hospitalier Départemental
CNHU	: Centre National Hospitalier et Universitaire
CNLS	: Comité National de Lutte contre le SIDA
CS	: Centre de Santé
CSA	: Centre de Santé d'Arrondissement
CSC	: Centre de Santé de Commune
DDS	: Direction Départementale de la Santé
EDSB	: Enquête Démographique et de Santé au Bénin
EEZS	: Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire
EMICoV	: Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie des Ménages
ENEAM	: Ecole Nationale d'Economie Appliquée et de Management
FNUAP	: Fond des Nations Unies pour la Population
HOMEL	: Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune
IDH	: Indice de Développement Humain
INSAE	: Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
MS	: Ministère de la Santé
MST	: Maladies Sexuellement Transmissibles
OEV	: Orphelins et Enfants Vulnérables
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	: Programme commun des Nations Unies pour la lutte contre le VIH/SIDA
PCT	: Plan à Court Terme
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PIB	: Produit Intérieur Brut
PMT1	: Plan à Moyen Terme de 1 ^{ère} Génération
PMT2	: Plan à Moyen Terme de 2 ^{ème} Génération
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNLS	: Programme National de Lutte contre le SIDA
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTE	: Pays Pauvres Très Endettés
PTME	: Prévention Transmission Mère Enfant
PVVIH	: Personnes Vivant avec le VIH

RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SEPS	: Service des Etudes de la Planification et du Suivi
SIDA	: Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise
SMI	: Santé Maternelle et Infantile
SSP	: Soins de Santé Primaires
UFLS	: Unité Focale de Lutte contre le SIDA
UNICEF	: Organisation des nations-Unies pour l'Enfance
UVS	: Unité villageoise de Santé
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZD	: Zone de Dénombrement
ZS	: Zone Sanitaire

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1.- Evolution du PIB, de 1991 à 2009	- 8 -
Tableau 2.1: Les variables opérationnelles des différents concepts	- 43 -
Tableau 3.1: Taille et taux de couverture de l'échantillon.....	- 48 -
Tableau 3.2: Répartition par âge des adolescents de 15 à 24 ans dans l'échantillon.....	- 49 -
Tableau 3.3: Répartition des adolescents de 15 à 24 ans selon leur âge au premier rapport sexuel ...	- 52 -
Tableau 3.4: Taux de couverture des variables de l'étude	- 53 -
Tableau 4.1: Variations des comportements sexuels des adolescents selon les différentes caractéristiques.....	- 66 -
Tableau 4.2 : Résultats de la régression logistique du risque relatif, chez les adolescents de 15-24 ans de la précocité des rapports sexuels	- 74 -
Tableau 4.3 : Résultats de la régression logistique du risque relatif, chez les adolescents de 15-24 ans du multipartenariat sexuel	- 77 -
Tableau 4.4 : Résultats de la régression logistique du risque relatif, chez les adolescents de 15-24 ans de la non utilisation du condom au dernier rapport sexuel	- 79 -
Tableau 4.5 : Tableau récapitulatif des risques relatifs d'entrée en vie sexuelle précoce, du multipartenariat et d'utilisation des condoms aux derniers rapports sexuels.....	- 80 -
Tableau 4.6 : Hiérarchisation des déterminants selon leur contribution à l'explication des différentes variations de comportements sexuels à risque chez les adolescents.....	- 82 -
Tableau A : Construction de l'indicateur "Niveau de connaissance des IST/VIH/SIDA"	- 99 -
Tableau B1 : Distribution des variables dans l'échantillon	- 101 -
Tableau C1 : Dictionnaire des variables utilisées pour l'AFCM	- 103 -
Tableau C2 : Contributions et coordonnées des modalités actives (précocité des rapports sexuels).	- 104 -
Tableau C3 : Contributions et coordonnées des modalités actives (multipartenariat sexuel).....	- 105 -
Tableau C4 : Contributions et coordonnées des modalités actives (non utilisation du condom)	- 108 -

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1.1- Evolution du Produit Intérieur Brut (PIB) par habitant de 1991 à 2009	- 9 -
Graphique 3.1: Répartition de la population par âge et par sexe au moment de l'enquête.....	- 50 -
Graphique 3.2: Répartition de la population par groupes d'âge quinquennaux et par sexe au moment de l'enquête	- 51 -

LISTE DES FIGURES

Figure 1.1 : Carte géographique et administrative du Bénin.....	- 7 -
Figure 2.1 : Schéma conceptuel d'explication des comportements sexuels à risque des jeunes et des adolescents de 15-24 ans.	- 37 -
Figure 2.2 : Schéma d'analyse de l'étude.....	- 44 -
Figure 4.1: Catégorisation des adolescents selon certaines caractéristiques (Précocité des rapports sexuels)	- 69 -
Figure 4.2: Catégorisation des enfants selon certaines caractéristiques (multipartenariat sexuel)	- 71 -
Figure 4.3: Catégorisation des enfants selon certaines caractéristiques (non utilisation condom).....	- 72 -
Figure C1 : Histogramme des valeurs propres (précocité des rapports sexuel	- 104 -
Figure C2 : Histogramme des valeurs propres (multipartenariat sexuel)	- 107 -
Figure C3 : Histogramme des valeurs propres (non utilisation de condom)	- 110 -

AVANT PROPOS

L'Ecole Nationale d'Economie Appliquée et de Management (ENEAM) de Cotonou s'investit depuis plusieurs années dans la formation des cadres de haut niveau pour servir dans le développement économique de notre nation. Dans ce registre, la formation des économistes notamment des ingénieurs statisticiens économistes (master II en statistiques), constitue l'un des maillons de cette chaîne de formation que l'ENEAM s'est assigné comme mission. Au terme donc de deux années de formation théorique du cycle II de l'ENEAM, les étudiants sont amenés à effectuer un stage d'application. Ce stage dont l'importance n'est plus à prouver, est l'occasion pour eux de mettre en cohérence les connaissances qu'ils ont acquises de manière éparse, ceci dans le but de résoudre un problème spécifique et réel. En outre, il leur permet de se plonger davantage dans les rouages du monde professionnel et d'en jauger les difficultés. Il est sanctionné par un mémoire.

Pour ce qui nous concerne, notre stage a été effectué à la Direction Départementale de la Santé de l'Atlantique et du Littoral.

Le présent document qui est le produit de notre stage et qui aborde la réflexion sur les «Déterminants des comportements sexuels à risque d'infection aux IST/VIH/SIDA chez les jeunes et les adolescents au Bénin », apporte une contribution à la réalisation de l'objectif 6 des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), celui de combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies, et plus spécifiquement en matière de cible, avoir arrêté la propagation du VIH/SIDA et avoir commencé à inverser la tendance actuelle d'ici 2015.

En effet, plusieurs actions ont été menées par les structures en charge de la lutte contre les IST/VIH/SIDA pour atténuer la pandémie. La particularité du présent mémoire, réside dans la mise en exergue des déterminants des comportements sexuels à risques favorisant la propagation des IST/VIH/SIDA. Il suscite ainsi le débat sur la qualité des actions jugées à priori fondamentales en matière de lutte contre les IST/VIH/SIDA.

Loin de se vouloir exhaustif sur le sujet, ce document se veut être un complément des analyses déjà effectuées par les études et enquêtes précédentes et s'ouvre aux apports et critiques de toute personne ressource pour lui donner un contenu plus valide.

RESUME

Le Bénin fait partie des pays ayant un faible taux de prévalence du VIH/SIDA au monde et dans la sous-région ouest africaine en particulier. Cependant, le pays présente un profil général qui peut favoriser une explosion de la pandémie du SIDA. Les facteurs susceptibles d'entraîner cette explosion sont : la pauvreté rampante engendrée par des phénomènes socio-économiques et certains comportements à risque mis en exergue par les rares études comportementales réalisées dans le pays.

L'objectif de cette étude est de contribuer à l'amélioration de l'état des connaissances des facteurs explicatifs des comportements sexuels à risque des adolescents au Bénin, c'est-à-dire chez les individus des deux sexes âgés de 15 à 24 ans. Nous avons émis l'hypothèse selon laquelle, le milieu socio-économique et le milieu socio-culturel influencent directement ou indirectement les comportements sexuels des jeunes et des adolescents à travers leur exposition aux sources d'information et leurs connaissances sur le VIH/SIDA.

Les comportements sexuels à risque retenus dans le cadre de cette étude au niveau de l'analyse multivariée sont la précocité des rapports sexuels, le multipartenariat sexuel et la non-utilisation des condoms aux derniers rapports sexuels. L'analyse repose sur les données de l'EDSB-III.

Les analyses multivariées à partir de la régression logistique ont confirmé l'hypothèse selon laquelle les conditions de vie des jeunes et des adolescents influencent la précocité des rapports sexuels.

Par ailleurs, les facteurs socioculturels, à travers principalement l'ethnie et la connaissance des IST/VIH/SIDA se sont révélés significativement associés à la précocité des rapports sexuels, le multipartenariat sexuel et la non-utilisation du condom chez les jeunes et les adolescents béninois.

Toutes choses étant égales par ailleurs, les résultats de nos études montrent que l'environnement socioculturel et économique prédispose les adolescents à l'adoption des comportements sexuels à risque. Ils suggèrent à cet effet que le cadre logique des interventions prenne en compte des activités d'ordre économique comme celles visant à réduire la pauvreté et qu'il intègre les stratégies pour le changement de comportement.

ABSTRACT

Republic of Benin is part of countries which have a weak prevalence rate of AIDS / HIV in all over the world and mainly in the west subregion of Africa. However, the country shows a general medical profile which can encourage an explosion of AIDS pandemic. Factors which are likely to provoke that explosion are: the high poverty caused by socioeconomic phenomena and certain behaviours linked to risk exposed by the few behavioural researches realized in the country.

The objective of the present survey is to contribute for the improving of the state of knowledge of the factors which explain the sexual behavioural risk of teenagers in Benin, we mean at the both male and female sex between 15 and 24 years old. We have done venture of hypothesis that the socioeconomic and the sociocultural environment influence directly and indirectly the sexual behaviour of the young and teenagers through their trend to put themselves in danger and their sources of informations and knowledges on the AIDS / HIV.

The sexual behavioural risks adopted within the framework of the present survey at the level of the various analyses are precociousness of the sexual relations, the sexual multipartnership and the lack of use of condoms during the previous sexual relations. The analysis is based on the data of DHS-III.

The various analyses being on the decline of the epidemic have confirmed the hypothesis of the living conditions of the young and teenagers influenced by the sexual relations precociousness.

In other respects, the sociocultural factors, through mainly the ethnic group and the knowledge of Sexual Transmissible Infections/Human Immunodeficiency Virus/AIDS have revealed themselves linked to precociousness of the sexual relations, the multipartnership sexual and the lack of use of condoms by the Beninese young and teenagers.

Taking into account all of those things, the results of our investigations show that the sociocultural and economic environment put the teenagers to adopt sexual behavioural risks. They suggest in this connection that the interventions should take into account the economic activities as those which permit to reduce the poverty and by this way integrate strategies for behavior change.

SOMMAIRE

DEDICACES.....	II
REMERCIEMENTS.....	III
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	IV
LISTE DES TABLEAUX	VI
LISTE DES GRAPHIQUES	VII
LISTE DES FIGURES.....	VIII
AVANT PROPOS	IX
RESUME.....	XI
SOMMAIRE	XIII
INTRODUCTION GENERALE	- 1 -
CHAPITRE 1 : CONTEXTE DE L'ETUDE.....	- 6 -
1.1. <i>Caractéristiques géographique, démographique et socio-économique.....</i>	<i>- 6 -</i>
1.2. <i>Secteur sanitaire et politique de lutte contre le SIDA au Bénin.....</i>	<i>- 10 -</i>
1.3. <i>Le VIH/SIDA dans le monde et au Bénin.....</i>	<i>- 20 -</i>
CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	- 26 -
2.1. <i>Revue de la littérature.....</i>	<i>- 26 -</i>
2.2. <i>Cadre conceptuel.....</i>	<i>- 37 -</i>
2.3. <i>Cadre analytique et hypothèses spécifiques.....</i>	<i>- 38 -</i>
CHAPITRE 3 : ASPECTS METHODOLOGIQUES.....	- 45 -
3.1. <i>Présentation des données.....</i>	<i>- 45 -</i>
3.2. <i>Evaluation de la qualité des données.....</i>	<i>- 49 -</i>
3.3. <i>Méthodes d'analyse.....</i>	<i>- 54 -</i>
CHAPITRE 4 : ESSAI D'IDENTIFICATION DES DETERMINANTS DES COMPORTEMENTS SEXUELS A RISQUE CHEZ LES ADOLESCENTS.....	- 57 -
4.1. <i>Variations des comportements sexuels à risque chez les adolescents</i>	<i>- 57 -</i>
4.2. <i>Essai d'explication de la variation des comportements sexuels à risque.....</i>	<i>- 73 -</i>
4.3. <i>Synthèse des résultats</i>	<i>- 83 -</i>
CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS	- 85 -
BIBLIOGRAPHIE.....	- 91 -
ANNEXES.....	- 99 -
TABLE DES MATIERES.....	- 111 -

INTRODUCTION GENERALE

Le SIDA restera longtemps, comme la plus grave pandémie qu'ait connu le vingtième siècle. En effet, nulle autre maladie n'a touché simultanément autant de pays. Bien plus, le SIDA intervient au cours d'une période où la mortalité a fortement diminué dans les pays industrialisés et très légèrement dans les pays en voie de développement.

Dans les pays d'Afrique sub-saharienne, l'apparition de la maladie a coïncidé avec une période de forte récession économique et de profondes transformations sociales. Le SIDA est venu anéantir les capacités fortement limitées des infrastructures sanitaires de ces pays à prendre les malades en charge.

L'infection à VIH a commencé à devenir une épidémie, voire une endémie, au début des années 1980. En deux décennies, sa propagation s'est effectuée selon une très forte progression marquée par une "tiers-mondialisation" du fléau. Ainsi la grande majorité des personnes infectées par le VIH vit dans le monde en développement (ONUSIDA, 2010). Le continent africain est la région la plus affectée par l'épidémie, notamment sa partie subsaharienne qui regroupe plus de 68% du nombre estimé des personnes vivant avec le VIH à la fin de l'année 2009 (ONUSIDA, 2010).

Les personnes atteintes n'appartiennent pas à des groupes isolés mais font partie des jeunes actifs de la population générale. D'où l'impact de l'infection en termes de pertes humaines et de coûts socio-économiques directs et indirects. Ceci est lié à l'une de ses principales caractéristiques : dans cette région, 90% des infections chez les adultes se font par voie hétérosexuelle (ONUSIDA, 2010).

La santé sexuelle et reproductive des jeunes est au centre des préoccupations actuelles visant à répondre aux besoins de la jeunesse. Cela est vrai notamment en Afrique sub-saharienne où les données disponibles révèlent une situation déplorable. Dans cette région du monde, caractérisée par une extrême jeunesse de la population (plus de la moitié de la population ayant moins de 20 ans), l'entrée en vie sexuelle est précoce, le multipartenariat s'est développé et le nombre de grossesses avant le mariage a augmenté du fait de la non utilisation systématique du condom et des autres méthodes contraceptives modernes (Zanou et al, 2002). Les risques d'infection aux IST/VIH/SIDA sont par conséquent devenus incalculables.

Etant donné l'urgence et l'ampleur des besoins en matière de santé sexuelle et reproductive chez les adolescents, il est devenu important d'évaluer, chez ceux-ci, les comportements qui les mettent en danger vis-à-vis de la transmission du VIH ou les grossesses non désirées ; d'examiner les niveaux de connaissance et les raisons pour lesquelles certains adolescents courent des risques plus élevés que d'autres en terme de transmission du VIH ou des grossesses non désirées ; de documenter les obstacles que rencontrent les adolescents dans la recherche de services et d'informations en matière de santé sexuelle et reproductive ; et de fournir de nouvelles informations sur ce que les adolescents savent et font en ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive afin de faciliter la mise en œuvre des programmes de santé publique.

La recherche sur les facteurs explicatifs de ces changements en matière de sexualité a mis en évidence l'influence de la modernisation avec son corollaire de « désorganisation sociale » qui auraient induit un affaiblissement de l'autorité des aînés sur les cadets et du groupe familial sur les enfants faisant ainsi place à la liberté pour les jeunes d'avoir des conduites sexuelles contraires à la morale traditionnelle (Diop, 1995 Rwenge, 2000 ; Gueye et al., 2001). D'autres chercheurs mettent l'accent sur l'approche de « l'adaptation rationnelle » selon laquelle, s'engager dans une relation sexuelle résulterait d'une décision rationnelle visant à rechercher un soutien d'ordre économique. C'est ainsi que les jeunes filles peuvent entretenir des rapports sexuels avec les hommes dans le but d'obtenir de l'argent, des cadeaux ou diverses autres faveurs en vue de subvenir à leurs besoins. Ce facteur pourrait jouer d'autant plus en Afrique subsaharienne que la récession économique à laquelle est confronté ce continent depuis le début des années 1980 et la dégradation des conditions de vie en ville comme en campagne ont rendu les populations plus vulnérables. Les enfants démunis, en particulier les adolescentes qui ont besoin de payer leurs études sont alors devenues les premières victimes.

La situation au Bénin est très préoccupante à l'instar d'autres pays d'Afrique subsaharienne. Les données de L'ESD-III révèlent que l'âge médian au premier rapport sexuel des femmes s'élève à 15 ans. La quasi-totalité (93 %) ont déjà eu leur premier rapport sexuel à 22 ans. Cette précocité reste vraie quelle que soit la génération, le milieu de résidence ou l'ethnie ; l'âge moyen d'entrée en vie sexuelle se situe en effet, entre 15 et 17 ans selon les catégories de population (INS et ORC Macro, 2006). L'entrée en vie sexuelle des hommes se produit un peu plus tard, soit environ 2,5 années

après celle des femmes. On note des différences selon le niveau d'instruction et le milieu de résidence : la précocité des relations sexuelles est un peu plus prononcée en milieu rural (16 ans) qu'en ville (17 ans). Plus les hommes ont un niveau d'instruction élevé, moins l'entrée en vie sexuelle est précoce (20 ans pour ceux qui sont du niveau d'instruction secondaire et plus, 18,5 ans pour le primaire et 17,5 ans pour les non instruits).

Si les femmes et les hommes débute de plus en plus tôt leur première expérience sexuelle, ils entretiennent également des rapports sexuels avec plusieurs partenaires. L'Enquête Démographique et de Santé réalisée en 2006 qui a collecté des informations sur ce sujet pour la période des 12 derniers mois qui l'ont précédé révèle qu'environ 2 % des femmes en union et 8 % des femmes célibataires ont déclaré avoir eu au moins deux partenaires sexuels durant cette période de référence. Ces femmes se retrouvent à des degrés variables dans toutes les catégories socio-économiques. Les citadines et les femmes de niveau d'instruction primaire ont plus de partenaires multiples que les femmes du milieu rural et les analphabètes. Les hommes qui déclarent avoir eu au moins deux partenaires sexuels sont nettement plus nombreux que leurs homologues femmes : 23 % contre 2 % chez ceux qui sont en union, et 34 % contre 8 % chez les célibataires. Cela se vérifie dans toutes les catégories socio-économiques.

Dans de nombreux cas, les rapports sexuels ne sont pas protégés. Le préservatif qui constitue aujourd'hui le moyen le plus efficace de protection des rapports hétérosexuels est bien connu mais son utilisation demeure restreinte.

Au Bénin, comme partout ailleurs en Afrique au sud du Sahara, les jeunes (filles comme garçons) sont plus susceptibles que leurs aînés d'adopter des pratiques sexuelles à risque. Le contexte socio-économique dans lequel ils vivent a une influence parfois négative sur leurs décisions et leurs pratiques en matière de santé sexuelle et reproductive, augmentant ainsi le risque d'infections sexuellement transmissibles et de grossesses non désirées susceptible de compromettre leur réussite sociale. Il importe donc d'identifier les catégories de jeunes les plus exposées en matière de pratiques sexuelles à risque en vue de contribuer à mieux cibler les actions des nombreux programmes en matière de santé reproductive en faveur des jeunes. C'est dans cette perspective que nous examinons à travers cette étude les comportements sexuels à

risque des jeunes béninois, c'est-à-dire les individus des deux sexes âgés de 15 à 24 ans révolus au moment de l'enquête.

Les trois aspects des comportements sexuels à risque à savoir la précocité des premiers rapports sexuels, le multipartenariat sexuel, et la non-utilisation des condoms aux derniers rapports sexuels feront l'objet d'une analyse multivariée.

Cette étude cherche à répondre à une seule question : quels sont les déterminants des comportements sexuels à risque chez les jeunes et les adolescents au Bénin dans un contexte des IST/VIH/SIDA ?

L'objectif de notre étude est de:

"Contribuer à l'amélioration de l'état des connaissances des facteurs explicatifs des comportements sexuels à risque des jeunes et des adolescents au Bénin."

Pour atteindre cet objectif, nous nous fixons les trois objectifs spécifiques suivants:

- Identifier les déterminants des comportements sexuels à risque d'infection aux IST/VIH/SIDA des jeunes et des adolescents au Bénin ;
- Mettre en évidence les mécanismes par lesquels certains facteurs socio-culturels et économiques influencent les comportements sexuels à risque des jeunes et des adolescents au Bénin;
- Hiérarchiser les déterminants selon leur pouvoir explicatif dans l'explication des comportements sexuels à risque chez les jeunes et les adolescents béninois.

Pour ce faire, notre travail est structuré en quatre chapitres :

- Le premier chapitre est consacré au contexte général de l'étude ; une brève présentation du Bénin et de son environnement socio-économique et démographique. Il s'agira des éléments justificatifs de l'étude ;
- Le second chapitre porte sur le cadre théorique qui servira de base à l'étude. Il s'agira ici de mettre en place un cadre conceptuel et de formuler les différentes hypothèses de l'étude ;
- Le troisième chapitre traite des aspects méthodologiques. A ce niveau, il sera question de présenter les sources de données, de décrire les données, d'évaluer leur qualité et de présenter la méthodologie adaptée ;

- Enfin le dernier chapitre donne un essai d'identification des comportements sexuels à risque chez les adolescents et la synthèse des résultats de l'étude.

Une conclusion générale fait suite à ces chapitres pour rappeler les principaux résultats et présenter les différentes recommandations.

CHAPITRE 1 : CONTEXTE DE L'ETUDE

Ce chapitre a pour objectif de présenter le contexte de l'étude afin de mieux comprendre les comportements sexuels des adolescents. Les pesanteurs culturelles, la situation économique et la politique sanitaire d'un pays constituent des cadres d'expression de la sexualité des adolescents et de leur vie reproductive.

1.1. Caractéristiques géographique, démographique et socio-économique

1.1.1. Cadre géographique et administratif

La République du Bénin, pays de l'Afrique occidentale situé dans le Golfe de Guinée, s'étend sur une longueur de 700 Km de l'Océan Atlantique au fleuve Niger et sur une largeur de 125 Km sur la côte. Elle couvre une superficie de 114.763 km². Elle est limitée au Nord par le Niger, au Nord-ouest par le Burkina Faso, à l'Ouest par le Togo, à l'Est par le Nigeria et au Sud par l'Océan Atlantique.

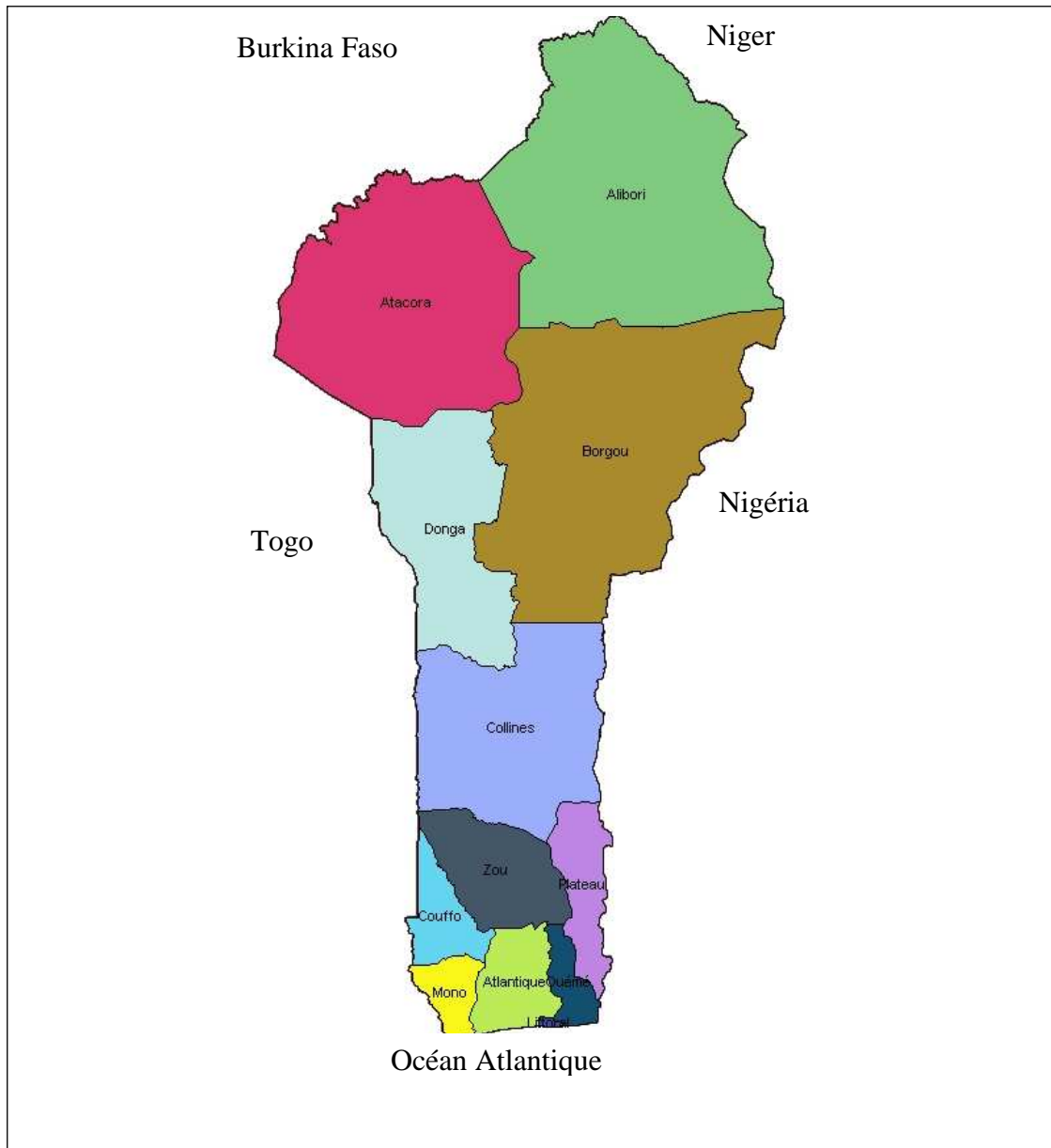
Les régions frontalières connaissent d'intenses mouvements transfrontaliers et sont de ce fait très exposées à certaines maladies transmissibles et endémiques. A l'instar des autres pays, le Bénin est confronté à la pandémie du VIH /SIDA.

La loi n°97-028 du 15 janvier 1999 portant organisation de l'administration territoriale de la République du Bénin dispose en son article 6 que le territoire national est découpé en douze départements qui sont : Alibori, Atacora, Atlantique, Borgou, Collines, Couffo, Donga, Littoral, Mono, Ouémé, Plateau et Zou.

Chaque département est subdivisé en communes (77 communes au niveau national). Chaque commune est dotée de la personnalité morale, de l'autonomie financière et est gérée par des organes élus que sont le maire et le conseil communal. Les communes sont à leur tour subdivisées en arrondissements (546 au niveau national). L'arrondissement est divisé en villages ou quartiers de ville (3747 au niveau national).

Chaque village ou quartier de ville constitue l'unité administrative de base autour de laquelle s'organisent la vie sociale et les activités de production. Il comprend, outre les zones d'habitation, l'ensemble des terres qui en constituent le patrimoine.

Figure 1.1 : Carte géographique et administrative du Bénin



1.1.2. Caractéristiques démographiques

D'après la projection révisée 2009 de l'INSAE, la population du Bénin est estimée en 2010 à 8 778 648 habitants. Elle est à dominance féminine (51,1%) et jeune (15 à 24 ans 19,4%), cible privilégiée de l'infection à VIH au Bénin. L'évolution de la situation démographique est capitale non seulement pour la santé publique et les services de soins mais aussi pour l'économie dont est d'ailleurs tributaire le volume, la nature des besoins de santé et les services à mettre en place.

1.1.3. Caractéristiques socio-économiques

L'économie du Bénin est basée sur l'agriculture et principalement sur la production du coton. Les activités agricoles occupent 50,6% de la population active pour une contribution de 38,2% du Produit Intérieur Brut (PIB) tandis que les secteurs secondaire et tertiaire apportent respectivement 9,2% et 52% du PIB. Les articles principaux qui constituent les affaires d'exportation dans l'économie du Bénin sont celui de pétrole brut, coton, etc. alors que les produits d'importation se composent des produits alimentaires, des produits pétroliers et des biens d'équipement.

Le PIB par tête a connu une augmentation, passant de 351 000 f CFA par tête en 2008 à 355 000 f CFA par tête en 2009. Quant au taux de croissance économique (2,7%), on observe une baisse par rapport à l'année 2008.

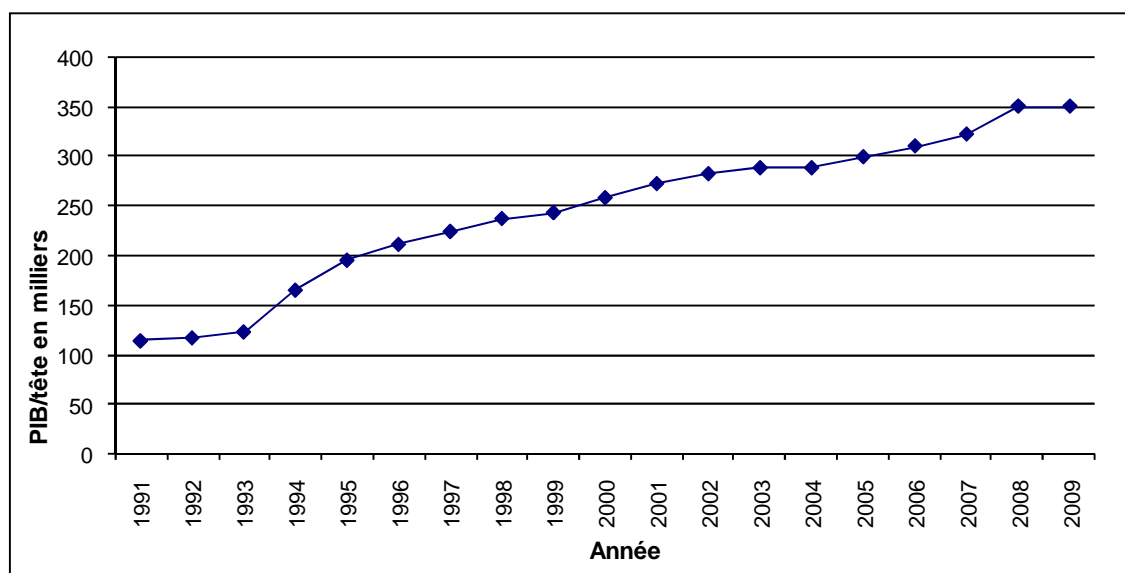
Tableau 1.1.- Evolution du PIB, de 1991 à 2009

Années	Produit Intérieur Brut en milliards de F CFA		Taux croissance économique (en %)	PIB par tête (1000 FCFA/h)	Déflateur du PIB en %
	Prix courant	Prix constant de 1985			
1991	560,4	539,4	4,2	115	0,8
1992	594,4	555,4	3	118	3
1993	644,1	587,8	5,8	124	2,4
1994	887,3	599,7	2	166	35
1995	1083	635,9	6	196	15,1
1996	1207,8	663,4	4,3	212	6,9
1997	1323,9	701,5	5,7	225	3,7
1998	1448,4	729,3	4	238	5,2
1999	1532,4	768,2	5,3	244	0,4
2000	1679,6	805,6	4,9	259	4,5
2001	1832,1	855,9	6,2	273	2,7
2002	1956,8	893,7	4,4	283	3,2
2003	2068,1	928,4	3,9	289	1,7
2004	2140,0	957,4	3,1	289	0,4
2005	2299,0	984,9	2,9	300	4,4

Années	Produit Intérieur Brut en milliards de F CFA		Taux croissance économique (en %)	PIB par tête (1000 FCFA/h)	Déflateur du PIB en %
	Prix courant	Prix constant de 1985			
2006	2460,2	1021,8	3,8	311	3,2
2007	2641,7	1069,1	4,6	323	2,6
2008	2973,9	1122,3	5	351	7,2
2009	3115,9	1152,7	2,7	355	2,0

Source : INSAE, 2009

Graphique 1.1- Evolution du Produit Intérieur Brut (PIB) par habitant de 1991 à 2009



Source : INSAE, 2009

Selon l'Indice de Développement Humain (IDH) du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Bénin est classé au 161ème rang en 2009 avec un IDH égal à 0,492. Il fait partie des pays les moins avancés du monde et est classé parmi les Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE).

Sur le plan socioculturel, il existe un pluralisme linguistique et ethnique au Bénin. On retrouve par ailleurs, un fort taux d'analphabétisme des femmes, conséquence du faible taux de scolarisation des filles. Le taux d'analphabétisme des femmes en général est de 80,8% et de 70,8% pour les femmes âgées de 15 à 49 ans (Cadre stratégique CNLS 2006-2010), ce qui constitue un facteur de vulnérabilité de la femme dans le domaine du VIH.

1.2. Secteur sanitaire et politique de lutte contre le SIDA au Bénin

1.2.1. Caractéristiques du secteur sanitaire au Bénin

Le système de santé du Bénin a une structure pyramidale inspirée du découpage territorial. Il comporte trois différents niveaux :

- *le niveau central ou national* est administré par le Ministre de la Santé qui assure la mise en œuvre de la Politique Sanitaire définie par le gouvernement. Dans cette optique, il initie l'action sanitaire, en planifie l'organisation, coordonne et contrôle la mise en œuvre des projets et programmes de santé. A ce niveau, on retrouve comme structures de soins le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA(CNHU-HKM), le Centre National de Pneumo-physiologie (CNPP), le Centre National de Psychiatrie (CNP), le Centre National de Gérontologie (CNG) et l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL).

- *le niveau intermédiaire ou départemental* est administré par les Directeurs Départementaux de Santé. Les activités sanitaires se font à ce niveau dans les hôpitaux départementaux. Les directions départementales sont chargées de la mise en œuvre de la politique sanitaire définie par le gouvernement, de la planification et de la coordination de toutes les activités des services de santé en périphérie. Elles sont aussi chargées d'assurer la surveillance épidémiologique dans les départements. Le Centre Hospitalier Départemental (CHD) constitue le centre de référence pour les cas référés par les hôpitaux de zone ou par les centres de santé.

- *le niveau périphérique ou opérationnel* : est constitué des zones sanitaires qui sont au nombre de 34 et réparties sur toute l'étendue du territoire national. La zone sanitaire représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. Elle est constituée d'un réseau de services publics de premier contact (UVS, maternités et dispensaires seuls, Centres de Santé) et des formations sanitaires privées, le tout appuyé par un hôpital de première référence public ou privé (hôpital de zone), et destiné à desservir une aire qui abrite entre 100.000 et 200.000 habitants.

La réorganisation en zones sanitaires vise : i) l'amélioration de la qualité des services de santé de base et de première référence ; ii) l'amélioration de la viabilité des services socio- sanitaires ; iii) la décentralisation et la participation communautaire ; iv) le développement du partenariat avec le secteur privé. La zone sanitaire est placée sous la tutelle du Ministère de la Santé. Ses organes de gestion sont constitués par : le Comité de Santé de la Zone Sanitaire (CS/ZS) et l'Équipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire (EEZS). Aujourd'hui, 26 Zones Sanitaires fonctionnent sur les 34 prévues soit un taux de 76%. Mais il n'existe pas encore un cadre juridique de gestion et de développement des actions de santé entre les zones sanitaires et les collectivités locales à la base.

Il apparaît donc nécessaire et primordial de renforcer les capacités des structures de gestion à planifier, à coordonner et à évaluer afin d'assurer à tous les niveaux de la pyramide sanitaire les conditions optimales de mise en œuvre de la politique sanitaire nationale.

1.2.2. Politique sanitaire et lutte contre le VIH/SIDA

1.2.2.1. Politique sanitaire

La République du Bénin a opté pour le volet social de la Santé Pour Tous en adoptant la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP) contenue dans la déclaration d'Alma Ata (1978) dont les grands principes portent sur l'équité, la participation communautaire et la collaboration intersectorielle. Dans la mise en œuvre de cette stratégie, une place de choix a été réservée au programme de Santé Maternelle et Infantile/Planification Familiale/Nutrition notamment à la promotion de la Santé de la Reproduction.

Le cadre de mise en application de cette stratégie défini par la résolution du Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique (Zambie, septembre 1985) sur le renforcement des systèmes de santé est le District Sanitaire.

Deux ans plus tard (1987), l'Initiative de Bamako (IB), mettant l'accent sur la participation communautaire et le recouvrement des coûts des soins de santé, vient soutenir la mise en œuvre du Programme Elargi de Vaccination intégré aux Soins de Santé Primaires (PEV/SSP).

Dans la même optique, les conférences de Nairobi (1987) et de Niamey (1989) ont marqué le point de départ de l'initiative pour la Maternité Sans Risque : composante des SSP visant la réduction des taux de mortalité maternelle et infantile.

Le droit à la santé est clairement reconnu par la Constitution béninoise en ce sens que la Charte Africaine des Droits de l'Homme qui en fait partie intégrante dispose que " Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. Les Etats parties à la présente Charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie."¹

De même, la Constitution du 11 décembre 1990 stipule dans son article 26 relatif aux droits et devoirs que "...l'Etat protège la famille et particulièrement la mère et l'enfant. Il veille sur les handicapés et les personnes âgées".

i) Politique et stratégies 1997-2001

La politique et les stratégies nationales de développement du secteur mises en œuvre sur la période **1997-2001** ont porté sur les principaux axes suivants :

1. la décentralisation de la pyramide sanitaire et le renforcement de la couverture sanitaire ;
2. le renforcement des capacités de gestion du secteur ;
3. l'amélioration du système et des capacités de financement du secteur ;
4. l'amélioration du traitement intégré des principales maladies ;
5. l'amélioration de la santé reproductive.

Dans ce cadre, plusieurs actions et réformes ont été initiées. Malgré tous les efforts fournis par les différents acteurs intervenant dans le secteur, la mise en œuvre de la politique et stratégies 1997-2001 n'a pas débouché sur une amélioration remarquable de l'état de santé des populations. Toutefois, elle a balisé le terrain pour les politiques et stratégies à venir.

ii) Politique et stratégies 2002-2006

La politique et les stratégies **2002-2006** ont pris appui sur les constats suivants :

-  le profil épidémiologique qui a peu varié ;

¹ Article 16 de la Charte Africaine des Droits de l'Homme

- ✚ les données de la dynamique démographique caractérisée par une croissance de la population et une urbanisation croissante ;
- ✚ l'effectivité des interactions entre la santé de la population et les autres domaines (économie, environnement, éducation,...) ;
- ✚ les exigences sans cesse croissantes de la population en matière d'accueil, de disponibilité et de qualité des soins de santé ;
- ✚ les nécessités du renforcement du partenariat public et privé.

Pour ce faire, les anciens axes stratégiques ayant sous-tendu les actions antérieures ont été reconduits et renforcés.

Ces axes stratégiques au nombre de cinq (05) sont :

1. réorganisation de la base de la pyramide sanitaire et renforcement de la couverture sanitaire ;
2. financement du secteur et amélioration de la gestion des ressources ;
3. prévention et lutte contre les principales maladies et amélioration de la qualité des soins ;
4. prévention et lutte contre les maladies prioritaires ;
5. promotion de la Santé Familiale.

iii) Politique et stratégies 2009-2018

Le document de politique et stratégies 2002-2006 étant arrivé à terme, une revue à mi-parcours a été faite et a mis en exergue la persistance de certains problèmes, notamment la mortalité maternelle et infantile inquiétante, la marginalisation d'une couche non négligeable de la population du système de soins et l'insuffisance de ressources humaines, matérielles et financières adéquates. Pour pallier de façon pérenne ces insuffisances, une étude sur les scénarios de développement possible du secteur sur dix (10) ans a été menée dans le sillage du scénario Alafia des études nationales de perspectives à long terme Bénin 2025. Les Comptes Nationaux de la Santé exercice 2003 ont été élaborés. Sur la base de ces actions, un regard prospectif est jeté sur le secteur.

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018 traduit la volonté des acteurs du Ministère de la Santé et des Partenaires Techniques et Financiers d'apporter des réponses urgentes et efficaces aux problèmes sanitaires des populations.

Le Plan National de Développement Sanitaire est décliné en cinq (05) domaines prioritaires qui concourent à la réalisation de la vision suivante : « *Le Bénin dispose en 2025 d'un système de santé performant basé sur des Initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, pour l'Offre et la Disponibilité permanentes de Soins de Qualité, équitables et accessibles aux Populations de toutes catégories, fondées sur les Valeurs de Solidarité et de Partage de risques pour répondre à l'ensemble des besoins de santé du peuple béninois* ».

a) Domaines prioritaires du PNDS 2009-2018

A la lumière des problèmes identifiés, cinq (05) domaines prioritaires ont été définis à savoir :

1. la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la prévention, la lutte contre la maladie et l'amélioration de la qualité des soins;
2. la valorisation des ressources humaines ;
3. le renforcement du partenariat dans le secteur et la promotion de l'éthique et de la déontologie médicale;
4. l'amélioration du mécanisme de financement du secteur ;
5. le renforcement de la gestion du secteur.

Les domaines prioritaires ont été déclinés en programmes et sous programmes dont la mise en œuvre efficiente permettrait au secteur santé de relever les défis.

b) Programmes et sous programmes du PNDS

Les programmes déclinés en sous programmes se présentent comme suit :

1. Promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base

- ☞ *Viabilisation et assainissement du milieu*
- ☞ *Communication pour un changement de comportement*

2. Amélioration de la santé de la reproduction

- ☞ *Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale*

☞ *Lutte contre la mortalité infantile et juvénile*

3. Lutte contre la maladie

☞ *Lutte contre les maladies prioritaires les IST/VIH/SIDA, le Paludisme et la Tuberculose*

☞ *Lutte contre les autres maladies transmissibles*

☞ *Lutte contre les maladies non transmissibles*

☞ *Amélioration de la disponibilité des médicaments de bonne qualité à coût réduit*

☞ *Promotion des explorations diagnostiques et de la sécurité transfusionnelle*

☞ *Promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles*

☞ *Promotion de la santé en milieu scolaire, universitaire et professionnel*

☞ *Promotion de la santé mentale*

☞ *Promotion de la recherche en santé*

4. Développement hospitalier

☞ *Développement d'un système de management de la qualité des soins en milieu hospitalier*

☞ *Renforcement des plateaux techniques*

☞ *Reforme hospitalière*

☞ *Organisation et renforcement de l'offre de soins*

5. Renforcement de la planification des ressources humaines

☞ *Renforcement des effectifs des ressources humaines en santé*

☞ *Renforcement du partenariat entre les acteurs internes et externes en matière de planification de ressources humaines en santé*

☞ *Développement de la recherche sur les ressources humaines*

6. Amélioration de la production et du développement des compétences

☞ *Développement d'un plan consensuel de formation initiale du personnel du secteur*

☞ *Développement des compétences du personnel du secteur*

7. Amélioration du système de management des ressources humaines

☞ *Amélioration de la gestion de la carrière du personnel*

- ☞ *Amélioration des mécanismes d'incitation au maintien au poste et à la performance du personnel*
- ☞ *Prévention et gestion des risques professionnels*
- ☞ *Déconcentration/décentralisation de la gestion des ressources humaines*

8. Renforcement du partenariat entre les acteurs

- ☞ *Partenariat entre le secteur public et le secteur privé*
- ☞ *Partenariat entre le Ministère de la Santé, les élus locaux et les collectivités locales*
- ☞ *Partenariat entre le Ministère de la Santé et les autres ministères*

9. Promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale

- ☞ *Renforcement de l'éthique et de la responsabilité médicale*
- ☞ *Développement et promotion de l'Assurance Qualité*

10. Amélioration du financement du secteur

- ☞ *Promotion de l'assurance maladie*
- ☞ *Promotion des mutuelles de santé*

11. Renforcement de l'assistance médicale aux pauvres, indigents et couches vulnérables

- ☞ *Renforcement de l'assistance médicale*
- ☞ *Mobilisation de l'épargne nationale et de l'épargne de la diaspora*

12. Renforcement institutionnel

- ☞ *Renforcement des capacités de coordination, de planification et d'évaluation*
- ☞ *Renforcement du mécanisme de maintenance des infrastructures sanitaires*

13. Développement des zones sanitaires

- ☞ *Renforcement de la base de la pyramide sanitaire*
- ☞ *Développement des services à base communautaire*

Les stratégies serviront de base à la détermination et à la mise en œuvre des lignes d'actions en vue d'atteindre les objectifs du PNDS. Ces objectifs visent essentiellement à réduire les maladies liées à la pauvreté, à améliorer véritablement la santé de la mère et de l'enfant, à freiner de manière significative les maladies prioritaires et à renforcer les capacités institutionnelles du secteur santé en vue de le rendre plus propice aux réformes et à la mise en place des stratégies nécessaires.

1.2.2.2. Politique de lutte contre les IST/VIH/SIDA

Depuis 1987 la République du Bénin avec l'appui de l'OMS et d'autres partenaires a effectivement démarré les activités de lutte contre le VIH/SIDA/IST. Plusieurs plans de lutte contre le VIH/SIDA/IST ont successivement été mis en place à savoir :

- un Plan à Court Terme (PCT) couvrant la période d'octobre 1987 à novembre 1988 ;
- un Plan à Moyen Terme de 1ère génération (PMT1) prévu et exécuté durant la période de 1989 – 1993, s'est prolongé jusqu'en avril 1996 ;
- un Plan à Moyen Terme de deuxième génération (PMT2) de 1997 à 2001.

Conscient du fait que bien plus qu'un problème de santé, le SIDA est un véritable problème de développement, le gouvernement du Bénin a adopté un Cadre Stratégique National de lutte contre les IST et le VIH/SIDA 2001-2005. Il se voulait multisectoriel et décentralisé avec l'implication de tous les secteurs d'activités de la nation et a servi de référence en matière d'actions de lutte contre les IST et le VIH/SIDA pendant la période concernée.

Dans ce cadre stratégique, le Bénin a opté pour un nouvel arrangement institutionnel. Un organe de coordination de la riposte nationale à savoir le Comité National de Lutte contre le VIH/SIDA/IST (CNLS) a été créé par Décret N° 2002-273 du 18 Juin 2002. En tant qu'organe national d'orientation et de prise de décision en matière de lutte contre le VIH/SIDA/IST, le CNLS est doté d'un Secrétariat Permanent dont le rôle est de veiller à la mise en oeuvre des décisions du CNLS et d'assurer la coordination et le suivi-évaluation de toutes les interventions.

Ce nouvel arrangement institutionnel vise essentiellement à créer une synergie dans les interventions très diverses et multiformes en vue de réduire effectivement la prévalence de la pandémie au sein des communautés. Mieux, le cadre institutionnel mis en place a pour but de favoriser l'application des « Three Ones » fondés sur un seul cadre d'action sur la pandémie, une seule instance de coordination et un seul système national de suivi et évaluation.

Au terme de la période prévue pour le premier cadre stratégique, le gouvernement béninois à travers le CNLS et son Secrétariat Permanent avec l'appui des partenaires techniques et financiers a décidé de faire sa revue et d'élaborer un deuxième cadre stratégique pour la période 2007-2011.

Le processus d'élaboration du nouveau cadre stratégique 2007-2011 a été essentiellement participatif, précédé par une analyse des forces et faiblesses des actions menées dans le cadre de la mise en oeuvre du cadre stratégique 2001-2005 aussi bien au niveau central qu'au niveau décentralisé.

Avec l'appui de l'ONUSIDA, le SP/CNLS a lancé les travaux d'élaboration du plan opérationnel qui a permis d'évaluer le coût du Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA/IST pour les cinq prochaines années.

La version finale validée a été transmise au conseil des ministres qui l'a examinée et adoptée.

Les principales recommandations pour le nouveau cadre stratégique 2007-2011 s'inscrivent dans le cadre de l'accès universel et tendent essentiellement à :

- ✓ **intensifier** la prévention envers les jeunes et les groupes spécifiques tels que les travailleuses de sexe, les populations mobiles et les corps habillés ;
- ✓ **améliorer et renforcer** (i) l'accès à la PTME sur toute l'étendue du territoire national, (ii) la prise en charge des IST, des PVVIH et des OEV, (iii) la biologie et la sécurité transfusionnelle ;
- ✓ **mettre l'accent** sur l'extension des interventions de prévention et de prise en charge ayant démontré leur efficacité à tout le pays ;
- ✓ **définir** de nouvelles orientations telles que les stratégies de prévention mieux ciblées envers les jeunes et les populations vulnérables, la prise en charge des Orphelins et Enfants Vulnérables et l'opérationnalisation des « Three Ones » avec le développement d'un système unique de suivi évaluation ;
- ✓ **opérationnaliser** les « Three Ones » avec une bonne coordination de l'appui de tous les acteurs et partenaires y compris au niveau opérationnel.

La lutte contre les IST/VIH/SIDA au Bénin bénéficie de l'appui politique au plus haut niveau de l'Etat. Le Président de la République, Chef de l'Etat, Chef du Gouvernement préside le Comité National de Lutte contre le VIH/Sida/IST qui est

l'institution nationale chargée de la coordination et de la promotion de la lutte multisectorielle contre le VIH/Sida/IST au Bénin. Il est un organe de décision et d'orientation mis en place en 2002 conformément au décret n°2002-273 du 18 Juin 2002. Il a pour attributions, entre autres, de définir les orientations générales de politiques et stratégies de lutte contre le Sida, d'approuver le programme d'activités de lutte contre les IST/VIH/Sida, de veiller à la multisectorialité des activités, au suivi et à l'évaluation du programme d'activités de lutte contre le VIH/Sida/IST et à la création d'un environnement juridique favorable au respect et à la protection des droits des personnes vivants avec le VIH (PVVIH).

Au niveau du Ministère de la Santé, le **Programme National de Lutte contre le Sida** (PNLS) est l'un des trois programmes prioritaires. Il est chargé dans le secteur de l'organisation et de la coordination des actions de lutte contre le Sida et les IST. Il est l'organe exécutif du Comité national de Lutte contre le VIH/Sida (CNLS) dans le secteur de la santé. Il a pour mission de contribuer à la prévention de l'infection, la prise en charge globale des personnes infectées et/ou par le VIH, la surveillance épidémiologique pour suivre les tendances évolutives de la maladie au sein de la population. Les principaux domaines de prestation de services impulsés par le PNLS sont le Conseil Dépistage Volontaire, la Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME), la Prévention et le traitement des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et le suivi des groupes à haut risque, la prévention et le traitement des infections opportunistes, le traitement par les Antirétroviraux (ARV), l'appui nutritionnel aux PVVIH, la surveillance épidémiologique et la recherche. Les activités sont mises en oeuvre dans des centres de santé tant publiques, confessionnelles que privées et coordonnées par la structure nationale (PNLS) et ses démembrements (Centre d'Information, de Prospective et de Conseils) au niveau des départements.

Les **Unités Focales de Lutte contre le Sida** (UFLS) sont installées au niveau des structures publiques (institutions de la république, ministères, services publiques) et des unités privées de production. La mise en place d'une Unité Focale de Lutte contre le Sida survient à la suite d'un arrêté ministériel ou une note de service. Cet arrêté définit la composition, les attributions, l'organisation et le fonctionnement de chaque membre de l'UFLS. Le Comité National de Lutte contre le SIDA est l'organe institutionnel multisectoriel chargé de la coordination et du suivi-évaluation de la réponse nationale. Il s'appuie sur les UFLS qui font partie des acteurs chargés d'assurer la mise en oeuvre

du Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH/Sida/IST 2007–2011. Ainsi des Chefs de file sont désignés par secteur d'activités pour coordonner la mise en oeuvre des activités spécifiques du Cadre stratégique dans les secteurs qu'ils ont en charge.

1.3. Le VIH/SIDA dans le monde et au Bénin

1.3.1. Définition du VIH/SIDA

Les médecins concluaient dès 1981 à l'apparition d'une nouvelle maladie jusque-là inconnue. C'est en mai 1982 qu'une définition formelle du SIDA a été donnée par le centre américain chargé du contrôle des maladies.

Le SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise) est un syndrome ; c'est un ensemble de maladies et de symptômes résultant d'une déficience immunitaire humaine, causée par le VIH. Notons que l'appellation VIH (virus d'immunodéficience humaine) a été adoptée en mai 1986 par le Comité International de la Taxonomie. On distingue deux (2) principaux types de virus VIH : le VIH1 et le VIH2 (plus répandu).

1.3.2. Modes de transmission

On note à l'heure actuelle trois (3) modes de transmission du virus du SIDA :

- ✓ la transmission sexuelle;
- ✓ la transmission materno-infantile ;
- ✓ la transfusion sanguine.

1.3.2.1. La transmission sexuelle

La transmission hétérosexuelle est la principale voie d'infection au VIH. Elle semble être à l'origine d'environ 80% des infections en Afrique (Mann et al., 1993). Les femmes sont davantage sujettes à la contamination par le VIH que les hommes. On observe une plus forte probabilité de transmission d'un homme infecté à une femme saine que l'inverse (Rwengé, 2002).

Selon l'ONUSIDA (1999), les personnes souffrant d'autres maladies sexuellement transmissibles (MST) sont aussi à haut risque, en particulier dans le cas d'ulcère des organes génitaux, de gonorrhée, et d'infection par chlamydia et par trichomas ; ces maladies peuvent faciliter la transmission du VIH. Toujours selon l'ONUSIDA (1999), une personne souffrant d'une MST non soignée est de 6 à 10 fois

plus susceptible de transmettre le VIH ou d'être infectée par celle-ci au cours des rapports sexuels.

Toutefois, les rapports sexuels entre hommes constituent aussi l'un des facteurs importants de transmission du VIH.

1.3.2.2. La transmission materno-infantile

La transmission materno-infantile est le second mode d'infection du VIH par ordre de fréquence en Afrique (Garenne et al., 1995). Il s'agit de l'infection de l'enfant par sa mère. Plus de 90% des 3 millions de nouveaux-nés infectés par le VIH à travers le monde depuis le début de l'épidémie sont nés en Afrique (UNAIDS, 1996). Aux Etats-Unis et en Europe, le taux d'infection est de 20%. Lorsque la femme infectée contracte une grossesse, elle peut transmettre le virus à l'enfant pendant l'accouchement par le placenta.

1.3.2.3. La transfusion sanguine

La transfusion sanguine est le troisième mode important de transmission du VIH. Elle est fréquente en obstétrique, ainsi que chez les enfants anémiés, en particulier dans les cas d'anémie falciforme. Le premier cas de SIDA parmi les patients affectés par l'anémie falciforme recevant des transfusions sanguines a été rapporté en République Centrafricaine en 1984. Par exemple, en Côte d'Ivoire 20% des 67 cas d'anémie falciforme ayant reçu plusieurs transfusions étaient séropositifs et au Zaïre (actuel République Démocratique du Congo), 47% des enfants hospitalisés pour paludisme avaient reçu des transfusions et risquaient d'être infectés par le VIH (Garenne et al. 1995).

Les transmissions par les aiguilles ou autres objets usés sont aussi des voies de transmission sanguine, de même que les objets déjà utilisés par des personnes infectées.

1.3.3. Situations épidémiologiques

En 2009, l'ONUSIDA estimait à 2,6 millions, le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH. Ce chiffre est inférieur de près d'un cinquième (19 %) au nombre de personnes nouvellement infectées en 1999 de 3,1 millions, et de plus d'un cinquième (21 %) au nombre estimé de personnes infectées de 3,2 millions en 1997.

Dans 33 pays (dont 22 sont en Afrique subsaharienne), l'incidence du VIH a diminué de plus de 25 % entre 2001 et 2009. En Afrique subsaharienne, où l'on continue d'enregistrer la majeure partie des nouvelles infections, on estime à 1,8 million, le nombre de personnes contaminées en 2009, ce qui est beaucoup moins que le nombre estimé de 2,2 millions de personnes nouvellement infectées par le VIH en Afrique subsaharienne en 2001. Cette tendance traduit la combinaison de différents facteurs, notamment l'impact des efforts de prévention et l'évolution naturelle des épidémies de VIH.

L'ONUSIDA estime qu'il y avait 33,3 de personnes vivant avec le VIH à la fin 2009, contre 26,2 millions en 1999, ce qui correspond à une augmentation de 27 %. Bien que le nombre annuel de nouvelles infections à VIH diminue régulièrement depuis la fin des années 1990, cette diminution est contrebalancée par une réduction du nombre de décès liés au sida attribuable à un élargissement et une intensification significatifs de l'accès au traitement antirétroviral au cours des dernières années

L'estimation du nombre d'enfants vivant avec le VIH a augmenté à 2,5 millions en 2009. La proportion de femmes séropositives est restée stable à un peu moins de 52 % du nombre total de personnes vivant avec le VIH.

L'Afrique subsaharienne supporte encore une part démesurée du poids de l'épidémie mondiale de VIH. Bien que le nombre des nouvelles infections ait été réduit, le nombre total de personnes vivant avec le virus continue d'augmenter. En 2009, ce nombre a atteint 22,5 millions, soit 68 % du total mondial. En Afrique subsaharienne, le nombre de femmes séropositives est plus élevé que le nombre d'hommes vivant avec le VIH.

Les plus importantes épidémies d'Afrique subsaharienne (qui affectent l'Éthiopie, le Nigéria, l'Afrique du Sud, la Zambie et le Zimbabwe) se sont stabilisées ou montrent des signes de recul. Le nombre de personnes décédées de maladies liées au sida en Afrique subsaharienne en 2009 est estimé à 1,3 million, ce qui représente 72 % du nombre total de décès imputables à l'épidémie au niveau mondial de 1,8 million.

Les épidémies qui frappent l'Afrique subsaharienne varient considérablement et l'Afrique australe reste la plus durement touchée. On estime que 11,3 millions de personnes vivaient avec le VIH en Afrique australe en 2009, ce qui est près d'un tiers

(31 %) de plus que les 8,6 millions de séropositifs recensés dix ans plus tôt dans la région.

Au niveau mondial, 34 % des personnes vivant avec le VIH en 2009 habitaient dans les 10 pays d'Afrique australe ; 31 % des nouvelles infections enregistrées la même année l'ont été dans ces 10 pays, tout comme 34 % de l'ensemble des décès liés au sida. Environ 40 % de l'ensemble des femmes adultes séropositives vivent en Afrique australe.

Avec un nombre estimé de personnes vivant avec le VIH de 5,6 millions en 2009, l'épidémie de l'Afrique du Sud est la plus importante du monde. Les dernières statistiques révèlent un recul de l'incidence du VIH dans un contexte marqué par une évolution des comportements vers des rapports sexuels à moindre risque chez les jeunes. L'incidence annuelle du VIH chez les 18 ans a fortement diminué de 1,8 % en 2005 à 0,8 % en 2008 ainsi que chez les femmes de 15 à 24 ans de 5,5 % en 2003–2005 à 2,2 % en 2005–2008.

D'autres épidémies se sont aussi stabilisées en Afrique australe, à des niveaux très élevés toutefois. À un niveau estimé de 25,9 % en 2009, la prévalence du VIH chez les adultes du Swaziland est la plus élevée du monde.

Les épidémies qui frappent l'Afrique orientale ont reculé depuis 2000 mais se stabilisent dans de nombreux pays. L'incidence du VIH a baissé dans la République-Unie de Tanzanie à environ 3,4 pour 1 000 personnes/an entre 2004 et 2008.

La prévalence nationale du VIH au Kenya est tombée d'environ 14 % au milieu des années 1990 à 5 % en 2006. En Ouganda, la prévalence du virus s'est stabilisée entre 6,5 % et 7 % depuis 2001, et au Rwanda, elle se situe aux alentours de 3 % depuis 2005.

En Afrique occidentale et centrale, la prévalence du VIH demeure comparativement faible, avec un niveau estimé parmi les adultes de 2 % ou inférieur dans 12 pays en 2009 (Bénin, Burkina Faso, République démocratique du Congo, Gambie, Ghana, Guinée, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal et Sierra Leone).

Le Cameroun affiche la prévalence du VIH la plus élevée à 5,3 % devant la République centrafricaine à 4,7 %, la Côte d'Ivoire à 3,4, le Gabon à 5,2 % et le Nigéria à 3,6 %.

Le Bénin est un pays à épidémie généralisée. Il fait partie de l'un des pays ouest africains où l'épidémie VIH est caractérisée de faible prévalence. Depuis la notification du premier cas de VIH/SIDA en mars 1985, le nombre de cas de sida cumulé en 2008 est de 11 541. En 2006, grâce à la troisième édition de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS III) combinée alors au dépistage du VIH, la prévalence de l'infection par le VIH au sein de la population générale est estimée à 1,2 % avec une disparité régionale et une atteinte beaucoup plus importante des femmes : 1,5% contre 0,8% pour les hommes.

Chez les jeunes de 15-24 ans, la prévalence moyenne du VIH est estimée à 0,7% et elle est plus élevée chez les jeunes filles que chez les jeunes hommes (1,0 % contre 0,3 %). Chez les femmes, la prévalence du VIH augmente avec l'âge, passant de 0,4 % chez les jeunes femmes de 15-19 ans à 1,5 % à 20-24 ans. On observe la même tendance chez les jeunes hommes avec, néanmoins un niveau de prévalence beaucoup plus faible que chez les jeunes femmes. Les résultats concernant les jeunes femmes font apparaître les mêmes variations que celles déjà constatées pour l'ensemble des femmes de 15-49 ans. En effet, c'est en milieu urbain (1,4 %), en particulier à Cotonou que la prévalence est la plus élevée (2,3 %). La prévalence est également élevée parmi les femmes ayant un niveau d'instruction primaire (1,2 %). On note également des variations selon l'état matrimonial, la prévalence variant de 1,3 % parmi les jeunes femmes en union à 0,5 % parmi les célibataires.

Chez les jeunes hommes, quelles que soient les caractéristiques, les taux de prévalence restent toujours très faibles (inférieurs à 1 %), et les variations ne sont pas significatives.

Tous les ans, le système de veille mis en place permet d'apprécier l'évolution de l'épidémie tant en milieu urbain qu'en milieu rural à partir des données de surveillance sentinelle. La prévalence estimée au cours des années 2008 et 2009 est respectivement de 1,8% et 2,0% avec comme sérotype le VIH 1 à plus de 98%. La différence entre le milieu urbain et le milieu rural est significative d'une année à une autre : 2,6% en milieu urbain contre 1,1% pour le milieu rural en 2008 et 2,7% en milieu urbain contre 1,5% pour le milieu rural en 2009.

Depuis 2002, la tendance est à la stabilisation justifiée par l'absence de différence entre les prévalences observées au cours des dernières années : 1,9% en 2002, 2,0% en 2003, 2,0% en 2004, 2,1% en 2005 et 2,0% en 2006, 1,8% en 2007, 1,7% en 2008 et 2,0% en 2009.

CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

Ce chapitre aborde d'une part, les études relatives à l'activité sexuelle des jeunes et des adolescents, et d'autre part élabore le cadre conceptuel de notre étude.

2.1. Revue de la littérature

La sexualité est un domaine qui a longtemps attiré l'attention aussi bien des sociologues et anthropologues que des démographes. Cette attention résulte, entre autres, des relations identifiées entre les comportements sexuels et certains phénomènes ayant des conséquences sociales, sanitaires, économiques et démographiques néfastes. En Afrique au sud du Sahara, les premières études sur les comportements sexuels remontent à la période coloniale (Rwenge, 1999).

De nombreuses études ont été réalisées par la suite pour expliquer les comportements sexuels des adolescents en Afrique. Celles-ci se sont distinguées selon l'importance qu'elles accordent à certains facteurs qu'elles trouvent à la base de ces comportements. Elles ont à cet effet procédé à plusieurs approches à savoir : l'approche socio-culturelle, l'approche économique et l'approche institutionnelle.

2.1.1. Approches explicatives des comportements sexuels à risque des adolescents

2.1.1.1. Approche socio-culturelle

L'approche socio-culturelle se fonde sur le fait qu'on ne peut pas "désocialiser" l'activité sexuelle. Elle accorde un rôle central à la construction sociale et culturelle, sans laquelle, selon elle, aucun désir ne peut apparaître et s'exprimer (Foucault, 1984 cité par Bozon, 1994b). Ainsi, selon les auteurs de cette approche, les comportements sexuels sont déterminés par les normes et valeurs socio-culturelles en matière de sexualité. C'est l'ensemble de ces constructions idéologiques qui déterminent les circonstances du déroulement de l'activité sexuelle. Dans ce cas, les relations sexuelles seraient spontanées et ne répondraient pas à un objectif particulier (Diop, 1995 ; Calvès, 1996). Une des expressions de cette approche est la thèse selon laquelle l'activité sexuelle des jeunes en milieu urbain s'expliquerait par la "désorganisation sociale", la faiblesse du contrôle social ou le relâchement des mœurs. Cette thèse fait partie de la théorie générale de la modernisation, qui se fonde sur l'affaiblissement des structures traditionnelles et le relâchement du contrôle des aînés sur les cadets. Les comportements

nouveaux qui en résultent, sont plus orientés vers la satisfaction personnelle et la gratification individuelle que vers la responsabilité familiale (Diop, 1995).

Les études existantes ont pris en compte, entre autres facteurs, l'ethnie, la religion et le milieu de résidence pour concrétiser le milieu socioculturel régi par les valeurs, normes, dogmes et idéologies.

i) Ethnie

L'ethnie est le cadre de production des modèles socio-culturels propres à chaque société. Elle conditionne les pratiques des populations notamment des adolescents. L'ethnie joue un rôle important dans les différences des comportements sexuels des adolescents. Elle agit plus à travers les croyances, les perceptions, les valeurs relatives au modèle culturel de référence (Akoto cité par Mudubu, 1996).

Divers auteurs ont identifié l'appartenance ethnique comme un facteur important de différenciation des comportements sexuels des adolescentes et des adolescents. La littérature sur le sujet met en relief deux typologies. D'une part, on retrouve les ethnies où les moeurs sexuelles sont permissives et d'autre part, celles où les moeurs sexuelles sont très rigides. En effet, en matière de sexualité certaines ethnies sont plus tolérantes que d'autres. Dans ces ethnies, l'encadrement familial est caractérisé par un très faible contrôle social des adolescents par leurs parents et d'autres membres de la communauté.

Les adolescents jouissent ainsi d'une très grande marge de liberté. La sexualité avant le mariage est encouragée. Cette attitude est surtout adoptée dans les sociétés à taux élevé d'infécondité pour tester les capacités des jeunes à procréer. C'est notamment « le cas des **Moba-gurma** du Togo, des **Krou** de Côte d'Ivoire, des **Mongo** et **Tetela** de RD Congo, des **Zandés-Nzakara** de Centrafrique, des **Béti** du Cameroun, dans les provinces de Toliary et de Fianarantsoa à Madagascar » (Gastineau & Binet, 2006 ; Ombolo, 1990 ; Rey, 1989 ; Schwart, 1978 ; Retel-Laurentin, 1974, cités par Beninguisse, 2007). Dans un tel contexte, l'ethnie apparaît comme un facteur important dans l'occurrence précoce de la sexualité chez les adolescentes. Les études de Rwenge (1999 ; 2000) confortent cette hypothèse. Il ressort qu'à Bamenda l'appartenance ethnique aux groupes Tikar-Soh et Bamiléké est positivement associée au risque pour les jeunes d'être sexuellement actif avant 16 ans. En Côte d'Ivoire, il a été aussi observé que les filles Krou et Sénoufo (ou Malinké) sont plus susceptibles que leurs consoeurs

Akan d'avoir des rapports sexuels avant 16 ans (Talnan **et al.**, 2002). Dans la même perspective, Kouton (1992) fait remarquer qu'au Bénin les adolescentes Fon et apparentés ont 39 % plus de risque d'avoir une sexualité précoce que celles d'origine Adja et apparenté.

Les études antérieures ont aussi montré que dans les ethnies à moeurs permissives, le multipartenariat, l'activité sexuelle occasionnelle et la sexualité rétribuée sont fréquents (Rwenge, 1999 ; 2002 ; Talnan **et al.**, 2002). En Côte d'Ivoire, ces comportements résultent aussi du "rite de lavement " si l'on en croit notamment Guéry (1972 cité par Aonon, 1996 :362). Selon l'auteur, ce rite est le facteur clé de la liberté sexuelle des filles baoulés avant le mariage. Par ailleurs, Talnan **et al.** (2002) ont observé que l'appartenance ethnique influence très positivement le multipartenariat chez les adolescentes Krou. Dans le cas du Cameroun, Rwenge (2000) a constaté que le multipartenariat est une conduite observée plus chez les jeunes appartenant aux ethnies Bamiléké, Metta, et les (autres) ethnies du Nord-Ouest. Cet auteur a aussi examiné la relation qui existe entre l'ethnie et la sexualité occasionnelle d'une part, et d'autre part la relation entre l'ethnie et la sexualité rétribuée. Dans le premier cas, les ethnies Makon-Banyague, Bamiléké, Tikari-Nsoh sont moins enclines à la relation sexuelle occasionnelle (Rwenge, 1999 ; 2000). Dans une autre étude (2002) dans laquelle cet auteur compare les comportements sexuels des Bèti à ceux des Bamiléké, les rapports sexuels occasionnels et rétribués se sont avérés plus fréquents chez les premiers que les seconds (Rwenge, 2002).

Quelques études ont montré aussi que la prévalence de l'utilisation des condoms lors des rapports sexuels diffère selon le groupe ethnique d'appartenance. Au Cameroun par exemple, les Bamiléké dont les moeurs sexuelles sont rigides ont un risque plus élevé d'utiliser les condoms pendant les rapports sexuels que les Bèti, où les moeurs sexuelles sont permissives (Rwenge, 2002). En Côte d'Ivoire par contre, c'est plutôt les jeunes d'origine ethnique "étrangères" à ce pays qui ont un risque plus élevé de ne pas utiliser le condom aux cours des rapports sexuels (Talnan **et al.**, 2002)

Des études qualitatives ont mis en évidence les raisons associées au multipartenariat et à la non utilisation des condoms dans certaines ethnies. Chez les Bèti tout comme chez les Bamiléké, la recherche du plaisir sexuel serait la principale raison du multipartenariat chez les hommes. Par contre, chez les femmes les contraintes

économiques étaient la principale raison du multipartenariat (Rwenge, 2002). Le désir d'enfants, la diminution du plaisir, la mauvaise appréciation du condom, la fidélité et la confiance au partenaire sont les principales raisons liées à la non-utilisation des condoms aussi bien en milieu Béti qu'en milieu Bamiléké (Rwenge, 2002).

Au Bénin, la plupart des coutumes exigent que la femme n'ait son premier rapport sexuel que dans le mariage. C'est fort de cela que les normes en matière de sexualité, de nuptialité, et de fécondité sont étroitement gérées par le groupe familial et ne sont jamais laissées au seul soin de l'individu. Ces normes favorisent le mariage et la fécondité précoces tout en focalisant l'attention sur deux points : la virginité avant le mariage et la fécondité après le mariage (Kouton, 1992). La virginité de la fille est une valeur recherchée, et les parents veillent à cela. Car, une fille qui va vierge au mariage est un exemple de bonne éducation et de fierté pour sa famille et son époux.

Etant donné que les normes et les valeurs ne sont pas uniquement dictées par l'appartenance ethnique, il convient d'examiner les relations entre la religion et les comportements sexuels.

ii) Religion

La religion véhicule un certain nombre de valeurs et normes qui régissent la vie des fidèles sur le plan comportemental et psychique (Akoto, 1985). Ainsi, la religion joue un rôle fondamental dans les perceptions, comportements et attitudes des fidèles à travers ses croyances, valeurs et dogmes. L'appartenance à une religion peut modifier l'activité sexuelle des adolescents et leur propension à adopter un comportement sexuel à risque (Akoto, 1985). « Dans la plupart des sociétés traditionnelles, on sait que la religion fonde l'ordre de l'univers, qu'elle prescrit la forme canonique de la vie collective ou de l'identité individuelle, et qu'elle renferme l'ensemble du savoir technique » (Jacques Pierre, 1994). Ceci montre que dans n'importe quelle société, la religion joue un rôle important dans la vie des individus. Son rôle en tant que galvaniseur de la morale a été bien reconnu de plusieurs manières.

Au Bénin, selon les résultats de l'EDS-III, les religions dominantes sont: le catholicisme (30 % pour chaque sexe), l'islam (21 % pour les femmes et 23 % pour les hommes). Ces religions rendent la sexualité tabou et de ce fait, les adolescents doivent uniquement se conformer aux dogmes et principes qui enseignent la virginité pour les

filles et la chasteté pour les garçons et ce jusqu'au mariage. A cet effet, elles déconseillent l'utilisation du préservatif et des méthodes contraceptives car contraire aux lois divines. En effet, avoir des rapports sexuels hors mariage est considéré comme un péché. L'utilisation du condom est aussi considérée comme un péché. L'influence de la religion sur les comportements sexuels varie selon les pays. Au Ghana, Takyi (2003, cité par Boula, 2005) a observé que la religion a un effet significatif sur les connaissances du SIDA. Cependant, il n'a pas observé que la religion est liée au changement de comportement sexuel, notamment à l'usage du préservatif. En revanche, en milieu urbain ivoirien Talnan et al., (2002) ont observé que les adolescentes musulmanes ont moins de chance d'avoir recouru aux condoms dans leur vie que les adolescentes adeptes de religions chrétiennes. Baya et Meda (2001) sont parvenus aux mêmes conclusions chez les jeunes de Bobo-Dioulasso.

Les jeunes appartenant aux religions musulmanes grandissent sans être convenablement informés sur la sexualité et les conséquences néfastes qui en résultent car ils accèdent difficilement aux informations relatives à la sexualité (Rwenge, 1999). Avec l'entrée des valeurs occidentales en Afrique, la religion chrétienne, très rattachée à ces valeurs, favorise le mariage tardif et encourage l'utilisation des méthodes contraceptives afin d'éviter les grossesses non désirées. Les facteurs de modernisation ont entraîné une rupture des liens entre les parents et leurs enfants. Ce relâchement des liens n'est qu'une conséquence de l'adhésion des parents à la religion occidentale (Rwenge, 1999).

La religion est une variable qui sert à approcher d'autres variables telles que l'instruction ; la profession, etc. (Mudubu, 1996). En effet, les adolescents musulmans ont tendance à avoir un faible niveau d'instruction que leurs pairs chrétiens, ce qui pourrait être désavantageux dans les prises de décision concernant les rapports sexuels.

L'appartenance religieuse est un déterminant de l'entrée précoce en vie sexuelle dans certains pays. Au Cameroun, il ressort que les adolescentes musulmanes et les adeptes des religions traditionnelles sont significativement moins susceptibles de retarder leurs premiers rapports sexuels dans toutes les régions de résidence (Kuaté Defo, 1998). Dembélé (2004) a pratiquement observé la même tendance au Burkina-Faso. Il ressort de son étude que les adolescentes animistes et musulmanes sont plus susceptibles de s'engager dans l'activité sexuelle prémaritale que les catholiques. Par

contre au Brésil, Bozon **et al.** (2006) ont observé qu'uniquement dans la religion pentecôtiste les jeunes hommes ont retardé leur entrée dans l'activité sexuelle. Dans d'autres études, les chercheurs ont comparé les comportements des jeunes adeptes d'une des religions existantes à ceux de leurs confrères qui ne pratiquent aucune religion. Talnan **et al.** (2002) ont observé que le risque d'être sexuellement actif est plus élevé chez les derniers que chez les premiers. Bozon **et al.** (2006) se sont intéressés à l'influence de la mobilité religieuse (transition d'une religion à une autre) ou abandon d'une religion de référence sur les comportements sexuels des jeunes. Ils ont observé que ces facteurs sont associés chez les filles à une entrée précoce dans l'activité sexuelle. Ces auteurs ont aussi observé que les filles qui ont connu une socialisation religieuse « cohérente », c'est-à-dire catholique de famille catholique, et surtout pentecôtiste de famille pentecôtiste, sont entrées plus tardivement que les autres dans l'activité sexuelle.

iii) Milieu de résidence

Dans la plupart des pays en voie de développement, le milieu rural et le milieu urbain sont totalement différents en ce qui concerne les modes de vie, les types d'activité et les infrastructures sociales disponibles (Mudubu, 1996). Pour l'auteur, ces disparités se traduisent par des risques d'exposition à la mort entre les couches sociales.

Le lieu de résidence revêt donc une importance capitale dans l'étude des comportements sexuels dans la mesure où il constitue le cadre structurel dans lequel évoluent les adolescents.

L'influence du milieu de résidence sur les comportements sexuels a été mise en exergue dans de nombreuses études. En effet, il apparaît dans la littérature que l'activité sexuelle varie d'un milieu de résidence à l'autre, aussi bien au niveau de l'intensité que du calendrier des différences significatives qui apparaissent entre les milieux rural et urbain. Les adolescents du milieu rural sont sexuellement plus actifs que ceux du milieu urbain (Kouton, 1992 ; Delaunay, 1994 ; Akoto et al., 2000 ; 2005, Guèye et al., 2001 ; Ouedraogo C. et al., 2006). Il ressort que parmi les adolescents sexuellement actifs, ceux du milieu rural ont un comportement sexuel plus intense que leurs homologues du milieu urbain. De même, l'entrée en vie sexuelle est relativement plus tardive en milieu urbain. Les résultats obtenus au Bénin par Kouton (1992), par Sossa et Zounon (2005)

et au Burkina par Akoto et al. (2005) confirment cette tendance. Dans cette dernière étude, il a été observé par exemple qu'avant 18 ans 66 % des jeunes ruraux (de 18 ans et plus) ont leurs premiers rapports sexuels contre seulement 45 % en milieu urbain.

Au Bénin par exemple, les données de la dernière enquête démographique de santé de 2006 révèlent que l'âge médian aux premiers rapports sexuels s'élève à 17,5 ans en milieu rural pour les femmes de 20-24 ans contre 18,2 ans en milieu urbain.

En ce qui concerne le milieu urbain, une différence a été observée au Cameroun par Rwenge (1999 ; 2000) et au Brésil par Bozon et al. (2006). L'âge aux premiers rapports sexuels s'est avéré plus précoce chez les garçons que les filles. En milieu rural, les jeunes filles entrent plus précocement en vie sexuelle que les garçons. Dans la plupart des cas, l'activité sexuelle précoce en milieu rural reflète un respect de la tradition, soit dans le mariage, qui lui est aussi bien souvent précoce, soit avant le mariage quand il s'agit d'apporter une preuve de fertilité.

Certains résultats des études antérieures, dans lesquelles le milieu rural été comparé au milieu urbain sont contraires aux précédents. En effet, comme l'urbanisation s'accompagne de l'ouverture des jeunes aux médias et d'un contrôle social faible des jeunes, l'activité sexuelle serait davantage intense et précoce dans ce milieu. L'étude de Delaunay et al. (2001) conforte cette hypothèse. Dans cette étude, l'entrée en vie sexuelle s'est avérée plus précoce dans les jeunes générations des hommes. Selon l'auteur, l'ouverture aux valeurs modernes à travers la scolarisation, la migration de travail, les modifications des normes en matière de sexualité sont les facteurs via lesquels l'urbanisation a influencé les comportements sexuels des jeunes garçons. Kuaté-Défo (1998) a paradoxalement observé chez les adolescentes du Cameroun une absence de lien entre le lieu de résidence et le début de l'activité sexuelle. Mais, selon l'auteur cette absence de lien pourrait refléter aussi bien l'influence des changements dans les normes et pratiques qui régissent l'activité sexuelle selon le milieu que les transformations régionales de la nuptialité.

En ce qui concerne l'utilisation du préservatif, ce sont pratiquement les mêmes constats qui ressortent. De façon générale, il ressort que les rapports sexuels sont quel que soit le sexe mieux protégés en milieu urbain qu'en milieu rural (Akoto et al., 2005). Tout comme la connaissance des IST/VIH/SIDA, le recours au préservatif demeure

faible chez les adolescentes (Talnan et al., 2002 ; Akoto et al., 2000 ; 2005 ; Sossa et Zounon, 2005 ; Ouédraogo et al., 2006; Rwengé, 1999, 2000).

iv) Niveau d'instruction

La scolarisation est un facteur déterminant dans l'explication de la variation des comportements sexuels chez les adolescents. Toutefois, les diverses études qui se sont penchées sur le lien entre la scolarisation et les pratiques sexuelles des adolescents font état d'une certaine ambivalence. Le calendrier de la primo-sexualité, en revanche fait état d'une sexualité davantage précoce chez les adolescents de faible niveau d'instruction (Rwenge, 1999 ; Guèye et al., 2001 ; Akoto et al., 2000 ; Kuaté-Défo, 1998 ; Kouton, 1992 ; Dembélé, 2004 ; Sossa et Zounon, 2005). En effet, le niveau d'instruction influence significativement l'occurrence précoce des premiers rapports sexuels (Rwengé, 1999 ; 2000 ; Kouton, 1992). Autrement dit, à une éducation poussée correspondraient de faibles risques d'activité sexuelle précoce. Kuaté-Défo (1998) souligne l'effet réducteur de l'amélioration de la scolarisation féminine sur la précocité de l'activité sexuelle au Cameroun.

Au Bénin, les résultats de l'EDS-III ont révélé que 6 % des femmes les plus instruites ont eu des rapports sexuels à hauts risques contre 11 % parmi celles sans instruction.

Les études ont montré que l'éducation sexuelle des jeunes modifie leurs comportements sexuels par l'utilisation accrue des préservatifs et l'atténuation de leurs activités sexuelles à condition qu'ils accèdent par la lecture et la compréhension aux sources d'information car il ne suffit pas seulement de disposer d'un poste téléviseur et/ou d'un poste radio, mais de pouvoir décrypter les messages liés au VIH/SIDA.

La fréquentation scolaire détermine le support social dont peut disposer l'adolescente pour la connaissance et la pratique des méthodes contraceptives (Kouton, 1992). Selon l'auteur, plus une ethnie contiendra des adolescentes de plus en plus instruites, plus celles-ci auront des aspirations socioprofessionnelles et ceci aura une influence négative sur l'engagement précoce dans les relations sexuelles et l'aspiration précoce au statut d'épouse par les adolescentes.

Le niveau d'instruction influence positivement les comportements sexuels des adolescentes car une femme instruite est capable de créer de bons rapports de communication au sein du couple et prendre certaines décisions. Les femmes instruites sont davantage capables de négocier la manière de faire les rapports sexuels ou de refuser de les avoir dans certains cas. Et lorsque l'éducation de la femme s'accompagne de son indépendance économique, sa capacité à prendre les décisions augmente et partant, ses risques d'utiliser les condoms (Cherlin et Riley, 1996 ; Bledsoe, 1986 ; Pickering et al., 1993 ; Awusabo et al., 1993 ; Niang, 1995 ; Varga, 1997 ; Rwege, 1999, 2000, 2001).

La fréquentation scolaire influence positivement aussi bien la connaissance des IST/VIH/SIDA que les moyens de prévention (Rwege, 1999, 2002 ; Kuaté-Défo, 1998 ; Dembélé, 2004). Baya et Meda (2001) ont observé que le niveau d'instruction est un déterminant de l'utilisation des condoms aux premiers rapports sexuels chez les jeunes Bobolais. Kobelemi (2005) a aussi constaté qu'à Bangui l'utilisation du préservatif au cours des rapports sexuels est plus le fait des adolescents qui fréquentent un établissement scolaire. Rwege (2000) a par ailleurs observé qu'à Bamenda les jeunes scolarisés au niveau du premier cycle secondaire étaient plus susceptibles de ne pas utiliser le préservatif au moment de l'enquête que leurs homologues lycéens.

2.1.1.2. Approche socioéconomique

L'approche économique considère les jeunes comme des acteurs rationnels. Cette approche se fonde sur la thèse de "l'adaptation rationnelle" selon laquelle les jeunes s'engageraient dans la sexualité pour atteindre des objectifs bien précis, précisément d'ordre économique ou social (Rwege, 1999). Dans le premier cas, on peut noter les études qui ont insisté sur le fait que les conditions économiques contribuent aussi à l'engagement des jeunes dans l'activité sexuelle. Ainsi, la satisfaction des pulsions sexuelles peut se faire chez les jeunes garçons en échange de cadeaux, d'habits, de sommes d'argent ou d'un travail rémunéré en faveur des jeunes filles. Dans le second cas, se retrouvent les études qui expliquent l'activité sexuelle des jeunes, surtout les filles, par le mariage et la fécondité, celle-ci étant en fait une stratégie de l'aboutissement du mariage.

L'approche socioéconomique stipule alors que l'activité sexuelle des adolescentes répond à des objectifs bien précis d'ordre économique et social. Les jeunes garçons et les jeunes filles contractent les rapports sexuels à but lucratif. Il s'agit du phénomène de commercialisation du sexe par les adolescentes qui veulent gagner de l'argent nécessaire à la satisfaction de leurs besoins (Rwenge, 1999). A travers le monde, le statut économique et social inférieur réservé aux femmes a pour conséquence directe d'accroître leur vulnérabilité à l'égard du VIH et limite leur capacité à contrôler leur vie sexuelle et à se protéger (Panos, 1993). Dans la plupart des sociétés africaines, les relations entre les sexes sont caractérisées par un déséquilibre du pouvoir. Dans ces sociétés, le rôle de la femme est essentiellement de faire des enfants et d'exercer les travaux domestiques. Très peu de femmes ont accès à des ressources économiques et éducatives d'importance cruciale : information, avoirs, compétence professionnelle. La dépendance des femmes à l'égard des hommes exerce une influence négative sur leur capacité à déterminer les conditions dans lesquelles se déroulent les rapports sexuels.

Selon l'approche économique les jeunes vivant dans la pauvreté, ou menacés par la pauvreté sont vulnérables à l'exploitation sexuelle et sont incités à échanger des faveurs sexuelles afin de survivre. Les difficultés économiques motivent donc les adolescentes à adopter des comportements "à risque". Dans ces conditions, certaines s'adonnent même à la prostitution. Pour soumettre à l'épreuve des faits l'approche économique, la variable composite suivante a été utilisée : le niveau de vie du ménage ou condition de vie du ménage. Le choix de la variable varie d'un pays à un autre.

Dans certaines études menées au Cameroun (Evina, 1998 ; Rwenge, 1999 ; 2000 ; 2003), les variables considérées pour cette étude ont été : l'activité économique du père, l'activité économique de la mère, la suffisance des moyens. Les résultats particulièrement ceux de Rwenge (1999 ; 2000) ont révélé une forte corrélation entre ces facteurs économiques et les comportements sexuels étudiés. Il s'est avéré que l'activité sexuelle était moins courante chez les jeunes dont le père était fermier ou pêcheur que chez ceux dont le père était employé de bureau. Ce comportement sexuel a aussi été observé chez les jeunes issus de foyer pauvre. La relation entre la suffisance des moyens et l'activité sexuelle ne présentait aucun effet significatif.

Dans le contexte ivoirien, les conditions de vie ont été retenues par Talnan **et al.** (2002) pour soumettre à l'épreuve l'influence du contexte économique sur les

comportements sexuels des jeunes. La relation entre les conditions économiques et les premiers rapports sexuels avant 16 ans ne s'est pas avérée significative. Par contre, ces auteurs ont observé que les adolescents qui vivent dans les conditions économiques difficiles étaient plus susceptibles d'avoir plusieurs partenaires sexuels. Il apparaît aussi que ces derniers se sont avérés moins enclins à protéger leurs rapports sexuels.

2.1.1.3. Approche institutionnelle

La dernière approche, la moins représentée dans la littérature existante, suppose que l'activité sexuelle des jeunes en milieu urbain serait aussi fonction de l'importance que les décideurs accordent aux lois et programmes les concernant. D'où l'importance accordée aux législations relatives au mariage, à la vie maritale des parents, à la protection sociale des jeunes et aux services spécifiques aux jeunes dans certaines études antérieures ayant abordé ce sujet.

Le recours aux facteurs institutionnels pour l'explication des comportements sexuels des adolescents découle du fait que les politiques créent des conditions susceptibles d'influencer les comportements des adolescents, leurs connaissances et leurs sensibilisations au VIH/SIDA.

Dans la plupart des études antérieures, ces facteurs ont été présentés sous forme de recommandations (Rwenge, 1999). Aucune d'elles n'a donc mis en exergue leurs associations avec les comportements sexuels des jeunes. La célébration des unions des jeunes est réglementée dans la plupart des pays africains par des textes portant organisation de l'état civil et diverses dispositions relatives à l'état des personnes physiques (Mbarga, 1991). Il existe encore cependant des pays africains où la législation sur le mariage des enfants est inexistante ; le "coutumier" demeure ainsi le cadre juridique par excellence en matière de nuptialité (Rwenge, 1999).

Rwenge (1999) fait remarquer par ailleurs qu'il existe des lois concernant la protection sociale des enfants, mais très peu de pays africains en disposent et là où ces lois existent, elles sont rarement appliquées. Les programmes de population des pays africains sont limités par le fait qu'ils s'adressent davantage aux adultes et moins aux jeunes (Rwenge, 1999).

Les approches explicatives des comportements sexuels des jeunes et des adolescents sont donc essentiellement d'ordre socio-culturel et économique. Ce sont ces deux approches qui sont retenues dans le cadre de ce travail. Un des objectifs importants de notre étude consiste justement à comprendre comment les contextes socio-culturel et économique affectent la sexualité des jeunes et des adolescents.

2.2. Cadre conceptuel

Un cadre conceptuel est une représentation graphique qui résume une série de propositions concernant les déterminants d'un phénomène donné et leurs mécanismes causaux (Palloni, 1987).

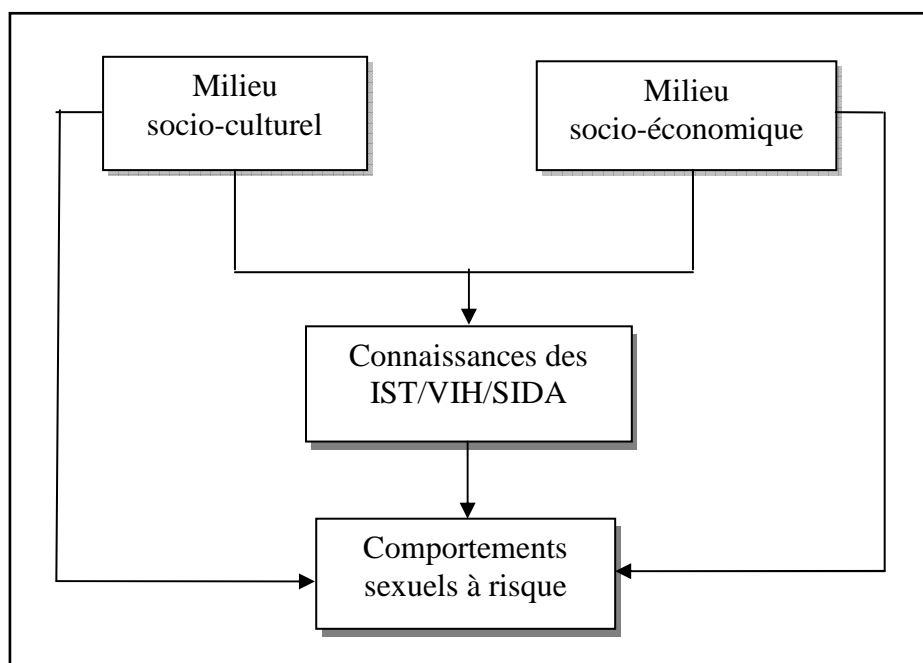
2.2.1. Hypothèse générale

Le milieu socio-économique et le milieu socioculturel influencent directement ou indirectement les comportements sexuels des jeunes et des adolescents à travers leur exposition aux sources d'information et leurs connaissances sur le VIH/SIDA.

2.2.2. Schéma conceptuel

"Ce qui se conçoit bien s'énonce clairement et les mots pour le dire arrivent aisément". Cette phrase introductive de Boileau (cité par Hubert GERARD) nous permet de situer la place du schéma conceptuel dans un travail de recherche en sciences sociales.

Figure 2.1 : Schéma conceptuel d'explication des comportements sexuels à risque des jeunes et des adolescents de 15-24 ans.



Selon ce schéma, les comportements sexuels des jeunes et des adolescents sont fonction des caractéristiques socioculturelles et économiques. Plus spécifiquement, le milieu socioculturel à travers l'ethnie, la religion, le milieu de socialisation, le milieu de résidence inculquent à l'individu les normes et valeurs culturelles en matière de sexualité. Ces modèles culturels représentent des facteurs considérables dans l'influence des comportements sexuels humains, et partant celui des adolescents. Dans le même temps, le milieu socio-économique, à travers la situation économique des parents offre aux adolescents l'opportunité de bénéficier d'un certain nombre d'avantages : instruction, exposition aux médias, suffisance des moyens pour satisfaire leurs besoins, etc. De même, il détermine le risque qu'ils courent d'échanger leurs faveurs sexuelles pour satisfaire leurs besoins lorsque les conditions de vie sont défavorables. De ces caractéristiques découlera la capacité de ces derniers à s'informer sur la sexualité, sur la connaissance du VIH/SIDA, sur les modes de prévention de cette maladie, et sur les conséquences de cette maladie. Ainsi, de ces connaissances découlera l'attitude des adolescents à l'égard de la sexualité et, partant du VIH/SIDA.

Le milieu socio-culturel et socio-économique déterminent directement ou indirectement le comportement sexuel des adolescents. Quant à l'influence indirecte, nous estimons qu'elle est le produit des connaissances relatives au VIH/SIDA.

2.3. Cadre analytique et hypothèses spécifiques

Le tableau 2 présente les variables opérationnelles des différents concepts. Les relations entre ces variables sont définies à la figure 2.

2.3.1. Variables dépendantes

Le concept de comportements sexuels à risque recouvre plusieurs dimensions. Nous avons retenu, ici, trois aspects : l'entrée précoce en vie sexuelle, le multipartenariat et la non utilisation systématique du condom pendant les rapports sexuels. Comment mesurer chacun de ces aspects ?

2.3.1.1. Age aux premiers rapports sexuels

En ce qui concerne l' « entrée précoce en vie sexuelle », un individu de la tranche d'âge 15-16 ans qui a déjà eu des rapports sexuels à la date de l'enquête est

considéré comme ayant une vie sexuelle précoce. Environ 55% des individus de l'échantillon se retrouve dans cette catégorie.

2.3.1.2. Multipartenariat sexuel

En ce qui concerne le multipartenariat, l'indicateur retenu est le nombre de partenaires sexuels au cours des douze derniers mois. La période de référence couvrant les douze derniers mois permet de contourner les erreurs de déclaration due à la mémoire mais également de contrôler l'effet d'âge. Une autre variable permettrait de mesurer cet indicateur : il s'agit du nombre de partenaires sexuels depuis le premier rapport. Mais compte tenu du fait que la période de référence n'était pas identique pour tous les enquêtés, nous avons opté pour la première. Ne sont concernés que les individus qui ont entamé leur vie sexuelle.

2.3.1.3. Non-utilisation du condom au dernier rapport sexuel

En ce qui concerne la non-utilisation du condom pendant les rapports sexuels, on retiendra comme indicateur : la non-utilisation d'un préservatif au dernier rapport sexuel. L'utilisation du condom à un moment quelconque est un indicateur qui permettra de mesurer le degré auquel le préservatif est utilisé. Mais compte tenu du phénomène d'arrêt de l'utilisation des méthodes, cet indice ne permet pas de cerner le degré de protection des rapports sexuels ; c'est pour pallier cette insuffisance qu'a été préféré l'indicateur qui attrait à la non-utilisation d'un préservatif au dernier rapport sexuel.

2.3.2. Variables indépendantes

2.3.2.1. Variables opérationnelles du milieu socio-culturel

i) Ethnie

L'ethnie est le lieu de production des modèles socioculturels auxquels l'individu s'identifie. Elle a une influence sur les variables comportementales telles que la non-utilisation du préservatif au cours des rapports sexuels. Nous chercherons à vérifier son influence sur les comportements sexuels à risques des adolescents, selon que ces derniers soient à moeurs sexuelles permissives ou rigides.

Sur le plan socio-culturel, la composition ethnique du pays est assez diverse. En plus des groupes Fon et Adja qui constituent démographiquement les plus grands

groupes, 6 autres groupes contribuent à la diversité ethnique du pays .Ce sont : les Yorubas, les Baribas, les Bétamaribés, les Peulhs, les Yoa/Lokpa et les Dendis.

La variable ethnie comprend 6 modalités: Les Fons, les Adjias, les Yorubas, les Baribas, les Bétamaribés et les autres ethnies qui regroupent les Peulhs, les Yoa/Lokpa, les Dendis et autres.

ii) Religion

La religion peut se définir comme « **l'ensemble des croyances, sentiments, dogmes et pratiques qui définissent les rapports de l'être humain avec le sacré ou la divinité** » (Wikipédia, 2007). Elle est aussi un système de croyances (dogmes) et de pratiques (rites et interdits) relatives aux sentiments de la divinité et unissant en une même communauté morale tous ceux qui y adhèrent.

La variable religion comprend 6 modalités: le Catholique, l'Islam, le Traditionnel, le Céleste, le Protestant et les autres religions.

iii) Milieu de socialisation

Le milieu de socialisation désigne le lieu où les adolescents ont passé les douze premières années de leur vie. Cette variable comprend 4 modalités : Cotonou ou grandes villes, Petites villes, Rural et Etranger. Les adolescents ont en général tendance à conserver les habitudes qu'ils ont acquises dans le milieu où ils ont été socialisés.

iv) Milieu de résidence

Nous entendons par milieu de résidence le lieu où les adolescents vivent au moment de l'enquête. Il joue un rôle important dans la variation des comportements sexuels des adolescents. Nous considérons dans cette étude le milieu urbain et le milieu rural.

v) Niveau d'instruction

C'est le niveau atteint par l'adolescent dans le système de scolarisation formelle. Il fait référence à l'exposition à un système formel d'enseignement durant une période

déterminée. Cette variable a comme modalités : sans niveau, primaire, secondaire et plus.

vi) Fréquence d'exposition aux medias

Cette variable vise à rendre compte de l'impact de la fréquence d'exposition à la radio ou à la télévision sur les comportements sexuels des adolescents. Chacune des variables relatives à la radio ou à la télévision aura 4 modalités : pas du tout, moins d'une fois par semaine, au moins une fois par semaine et chaque jour.

2.3.2.2. Variables opérationnelles des connaissances des IST/VIH/SIDA

i) Niveau de connaissances des IST/VIH/SIDA

Cette variable renseigne sur les voies de transmission et de prévention des infections sexuellement transmissibles et permet de savoir si l'adolescent sait que le SIDA se transmet par voie sexuelle. Cet indicateur est construit à partir des variables suivantes :

- Avoir entendu parler du SIDA ;
- Avoir entendu parler des IST autre que le SIDA ;
- Connaissances des voies de transmission du VIH/SIDA ;
- Connaissances des voies de prévention du VIH/SIDA.

Cette variable a comme modalités : partiel, élevé.

ii) Connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VIH/SIDA

La connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VIH/SIDA est une variable fondamentale dans l'explication des comportements sexuels des adolescents dans la mesure où les adolescents qui ont cette connaissance sont plus susceptibles de recourir au condom lors de leurs rapports sexuels. Cette variable a comme modalités : oui, non.

2.3.2.3. Variables opérationnelles du milieu socio-économique

La variable opérationnelle du milieu socio-économique est le niveau de vie du ménage. Cette variable permet de rendre compte de la situation économique des ménages dans lesquels vivent les adolescents. C'est un indicateur composite construit à partir des caractéristiques des ménages et des biens que ces ménages possèdent. Il permet de mesurer l'influence du niveau de vie des ménages sur les comportements sexuels des adolescents. On suppose qu'un individu a accès aux équipements et biens durables si le ménage dans lequel il vit en possède (Kishord ; Neitzel, 1997). Cette variable a comme modalités : faible, moyen, élevé.

2.3.3. Variables de contrôle

Si les comportements sexuels à risque sont susceptibles de varier selon les conditions de vie des adolescents, ils peuvent également être influencés par différents facteurs qui relèvent aussi bien du domaine démographique que du socio-culturel et psychosocial. Si bien que pour mieux comprendre la réalité de l'association entre les conditions de vie des adolescents et leurs pratiques en matière de sexualité, il est important de les prendre en compte dans l'analyse en vue d'éliminer l'effet de certaines caractéristiques psychosociales à l'origine des décisions sexuelles des adolescents. Les variables retenues pour chacun de ces domaines sont celles-ci : le sexe et l'état matrimonial. Ce choix s'explique par le fait que les variables relatives au domaine socio-culturel (comme l'appartenance à une association, l'attachement à une ou plusieurs activités de loisir) et psychosocial (par exemple l'importance accordée à l'opinion d'autrui sur les comportements sexuels, la religion, l'estime de soi) n'ont pas été saisies dans lors de l'enquête.

Tableau 2.1: Les variables opérationnelles des différents concepts

Concepts	Variables	Variables opérationnelles
Milieu socio-culturel	Variables socio-culturelles	· Ethnie
		· Religion
		· Milieu de socialisation
		· Milieu de résidence
		· Niveau d'instruction
		· Exposition aux médias (radio, télévision)
Milieu socio-économique	Variable économique	· Niveau de vie du ménage
Connaissances sur les IST/VIH/SIDA	Variables relatives aux connaissances des IST/VIH/SIDA	· Niveau de connaissance des IST/VIH/SIDA
		· Connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VIH/SIDA
Comportements sexuels à risques	Variables dépendantes	· L'âge aux premiers rapports sexuels
		· Multipartenariat sexuel
		· Non -utilisation du condom aux derniers rapports sexuels

2.3.4. Hypothèses spécifiques

Les hypothèses spécifiques sont les suivantes :

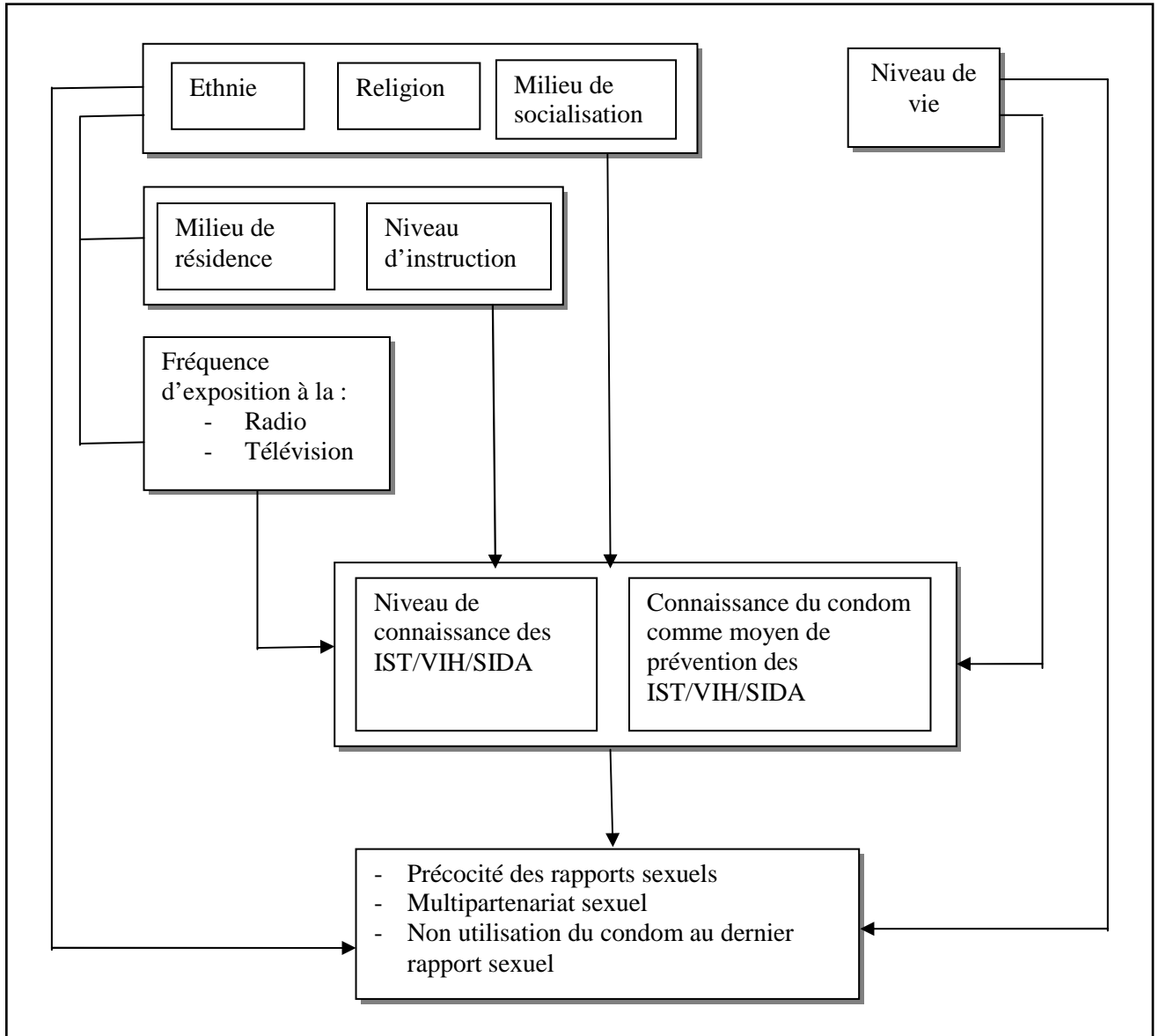
H1 - Les adolescents appartenant à une ethnie ayant des moeurs sexuelles permissives ont précocement leurs premiers rapports sexuels et plus de risque d'avoir plus de partenaires sexuels occasionnels et de ne pas utiliser les condoms que ceux appartenant à une ethnie ayant des moeurs sexuelles rigides.

H2 - Les facteurs socio-culturels de modernisation tels que le milieu de résidence, les écoles ou les médias influencent les comportements sexuels des adolescents.

H3 - Les adolescents qui vivent dans des conditions économiques difficiles ont plus de chance d'adopter des comportements sexuels à risques que ceux qui vivent dans des conditions économiques meilleures.

H4 - Les adolescents qui ont une connaissance élevée des IST/VIH/SIDA et qui savent que les condoms permettent de prévenir ces maladies sont plus enclins à utiliser les condoms que les autres.

Figure 2.2 : Schéma d'analyse de l'étude



CHAPITRE 3 : ASPECTS METHODOLOGIQUES

Dans ce présent chapitre, il est question de présenter la source des données, d'évaluer la qualité de ces données et d'exposer les différentes méthodes statistiques qui sont utilisées pour les analyser.

3.1. Présentation des données

3.1.1. Source de données

La troisième Enquête Démographique et de Santé réalisée au Bénin en 2006 (EDSB-III) a collecté des informations sur les femmes âgées de 15 à 49 ans, sur les hommes âgés de 15 à 64 ans, sur la survie des enfants et sur certaines caractéristiques des ménages. De plus, elles fournissent diverses informations sur le niveau de connaissance, les opinions et attitudes vis-à-vis des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et du VIH/SIDA. Les données issues de telles enquêtes conviennent bien à la vérification des hypothèses formulées et la poursuite des objectifs définis en amont. Ainsi, les données collectées par l'EDSB-III sont utilisées dans cette étude. Les aspects méthodologiques (objectifs, questionnaire et échantillonnage) de cette enquête sont présentés dans les sections qui suivent.

3.1.2. Objectifs de l'EDSB-III

L'Enquête Démographique et de Santé (EDS-III) 2006 a pour objectif d'estimer de nombreux indicateurs socio-économiques, démographiques et sanitaires au niveau de l'ensemble de la population et au niveau des sous-populations des femmes de 15 à 49 ans, des enfants de moins de 5 ans et des hommes de 15 à 64 ans.

En particulier, elle vise, entre autres, à identifier et/ou à estimer :

- le niveau de connaissance, les opinions et attitudes vis-à-vis des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et du VIH/SIDA ;
- les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et les tendances de la fécondité, tels que les comportements matrimoniaux, les comportements sexuels et l'utilisation de la contraception ;

- les niveaux de connaissance et de pratique contraceptive par méthode, selon diverses caractéristiques sociodémographiques ;
- différentes composantes de la santé de la reproduction et de la santé des enfants : visites prénatales et postnatales, conditions d'accouchement, allaitement, vaccination, prévalence et traitement de la diarrhée et d'autres maladies chez les enfants de moins de cinq ans ;
- le niveau de prévalence du VIH/SIDA.

L'ensemble des informations collectées constitue une base de données qui facilitera la mise en place et le suivi de politiques et de programmes dans le domaine de la population et de la santé et, plus globalement, de politiques visant à l'amélioration des conditions de vie de la population béninoise. Par ailleurs, les données ayant été collectées selon une méthodologie similaire à celle utilisée dans de nombreux autres pays ayant réalisé l'EDS, celles-ci font partie, de ce fait, d'une base de données utilisable et comparable au niveau international.

3.1.3. Echantillonnage

L'échantillon de l'EDSB-III est un échantillon aréolaire, stratifié et tiré à deux degrés. L'unité primaire de sondage est la grappe. Cette grappe est constituée de la Zone de Dénombrement (ZD) ou d'une partie de celle-ci lorsqu'elle est de grande taille. La ZD est celle qui a été définie lors du RGPH3. Chaque département est considéré comme un domaine d'étude pour lequel seront fournis tous les indicateurs clés de l'enquête. L'EDSB-III étant couplée avec une autre enquête, l'Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie des Ménages (EMICoV) et pour respecter la représentativité de celle-ci, une allocation de l'échantillon spécifique à chaque département a été appliquée. L'échantillon de chaque département a été ensuite réparti dans les communes et selon le milieu de résidence urbain et rural. Au total 135 strates ont été identifiées. Au premier degré, un échantillon stratifié de 750 ZD a été tiré avec une probabilité proportionnelle à la taille ; la taille étant le nombre de ménages recensés en 2002. Au deuxième degré, des ménages ont été tirés à partir de la liste des ménages dénombrés dans chaque grappe. Toutes les femmes de 15 à 49 ans résidant dans ces ménages ont été enquêtées. En plus de l'échantillon de femmes, un échantillon d'hommes de 15 à 64 ans a été obtenu dans un sous-échantillon d'un ménage sur trois.

Les principaux domaines d'étude retenus sont les douze départements du pays. Hormis le département du Littoral qui se limite à la commune de Cotonou, essentiellement urbaine, chaque département ou domaine d'étude a été ensuite stratifié en urbain et rural ; ce qui a donné 23 strates.

Compte tenu de la taille variable de chaque strate, différents taux de sondage ont été appliqués à chaque strate et les résultats ont été pondérés au niveau national. Par contre, l'échantillon est auto-pondéré à l'intérieur de chaque strate.

Au total, 17 982 ménages ont été sélectionnés pour l'enquête ménage dans les 750 zones de dénombrement ou grappes de l'échantillon. Au sein de ces 17 982 ménages, toutes les femmes âgées de 15-49 ans devaient être interviewées à l'aide du questionnaire individuel femme. Parmi ces 17 982 ménages, 5 824 (près du tiers) ont été sélectionnés pour y réaliser une enquête auprès des hommes âgés de 15 à 64 ans. Parmi les 17 982 ménages sélectionnés pour l'enquête ménage, 17 675 ont été identifiés sur le terrain et 17 511 ménages ont pu être interviewés avec succès à l'aide du questionnaire ménage, soit un taux de réponse de 99 %. Au sein des 17 511 ménages enquêtés avec succès, 18 851 femmes éligibles ont été identifiées, parmi lesquelles 17 794 ont été interviewées avec succès à l'aide du questionnaire individuel femme, soit un taux de réponse de 94 %. Dans le tiers des ménages enquêtés, 5 824 hommes éligibles âgés de 15-64 ans ont été identifiés sur le terrain et 5 321 ont été interviewés avec succès, soit un taux de réponse de 91 %. Le tableau 3.1 présente les taux de couverture et les taux de réponse de l'enquête selon le milieu de résidence. Il montre que ces taux de réponses sont élevés aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural.

Tableau 3.1: Taille et taux de couverture de l'échantillon

Résultat	Milieu de résidence				Ensemble
	Cotonou	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	
Enquête individuelle femme					
Effectif de femmes éligibles	2019	5954	7973	10878	18851
Effectif de femmes éligibles enquêtées	1831	5640	7471	10323	17794
Taux de réponse de femmes éligibles	90,70%	94,70%	93,70%	94,90%	94,40%
Enquête individuelle homme					
Effectif d'hommes éligibles	753	1861	2546	3278	5824
Effectif d'hommes éligibles enquêtés	540	1699	2239	3082	5321
Taux de réponse des hommes éligibles	78,80%	91,30%	87,90%	94,00%	91,40%

Source : Rapport EDSB-III, 2006.

3.1.4. Questionnaire de l'enquête

Quatre questionnaires ont été utilisés :

- Le questionnaire ménage ;
- Le questionnaire individuel femme ;
- Le questionnaire individuel homme ;
- Le questionnaire communautaire.

Dans le cadre de cette étude, nous avons recouru aux questionnaires Homme et Femme qui nous ont servi de base pour la constitution de notre fichier d'analyse.

Les questionnaires ont comporté entre autres, un module sur le VIH/SIDA de façon à obtenir les informations nécessaires au calcul des indicateurs de suivi et d'évaluation adaptés conformément aux recommandations de l'ONUSIDA (questionnaires femme et homme).

3.2. Evaluation de la qualité des données

3.2.1. Evaluation de la qualité des données relatives à l'âge

En tirant un échantillon pour extrapoler les caractéristiques observées à l'ensemble de la population, les enquêtes induisent de facto un biais qui se traduit par les erreurs d'échantillonnage. L'établissement d'un plan de sondage bien adapté à la population étudiée, l'élaboration préalable des formules des estimateurs et des intervalles de confiance avant la phase du terrain contribuent à minimiser ces erreurs.

Cependant, il existe un deuxième type d'erreurs dit d'observation. La qualité du questionnaire, la formation des enquêteurs, la disponibilité et la collaboration des enquêtés ainsi que la qualité de la saisie des réponses issues du terrain jouent un rôle important sur la qualité des données collectées.

Des méthodes permettant à l'analyste d'évaluer la qualité des données soumises à son utilisation existent. Elles se classent en deux catégories : les méthodes **externes** et les méthodes **internes**. Les premières comparent les données à analyser à celles issues d'une autre source et collectées dans presque le même contexte ; les secondes analysent la cohérence des données à l'aide des graphiques et des indices analytiques, en les comparant le plus souvent à des standards théoriques ou régionaux. Nous mettons ici l'accent sur la qualité de la déclaration de l'âge au niveau de toutes les femmes et au niveau de tous les hommes pour en arriver aux adolescents.

Tableau 3.2: Répartition par âge des adolescents de 15 à 24 ans dans l'échantillon

Ages	HOMMES		FEMMES		ENSEMBLE	
	Effectifs	Proportions (%)	Effectifs	Proportions (%)	Effectifs	Proportions (%)
15	220	13,1	637	10,4	857	10,9
16	204	12,1	606	9,8	810	10,3
17	195	11,6	564	9,2	759	9,7
18	207	12,3	725	11,8	932	11,9
19	170	10,1	504	8,2	674	8,6
20	203	12,1	949	15,4	1152	14,7

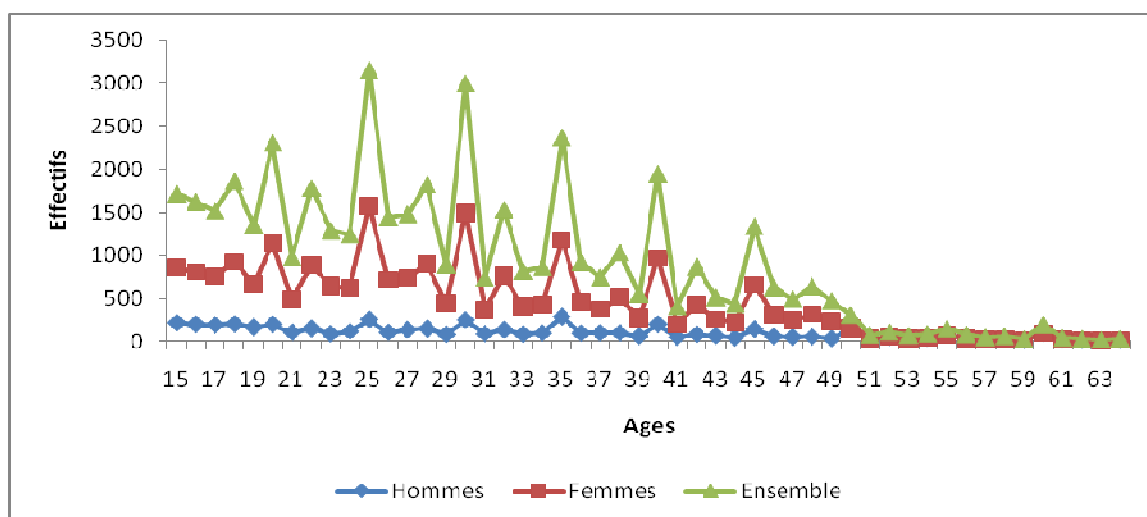
Ages	HOMMES		FEMMES		ENSEMBLE	
	Effectifs	Proportions (%)	Effectifs	Proportions (%)	Effectifs	Proportions (%)
21	111	6,6	379	6,2	490	6,3
22	156	9,3	734	11,9	890	11,4
23	93	5,5	552	9,0	645	8,2
24	121	7,2	503	8,2	624	8,0
Total	1680	100	6153	100	7833	100

Source : Traitement des données de l'EDSB-III, 2006.

Les attractions aux âges ronds : les âges ronds sont ceux terminant par les chiffres 0 ou 5. Ne connaissant pas exactement leur âge, certaines personnes ont tendance à déclarer des âges se terminant par de tels chiffres. L'analyse de la courbe de population par âge aide à déceler ce type d'erreur.

Les graphiques 3.1 et 3.2 suivants donnent la répartition de la population par âge et par sexe au moment de l'enquête.

Graphique 3.1: Répartition de la population par âge et par sexe au moment de l'enquête

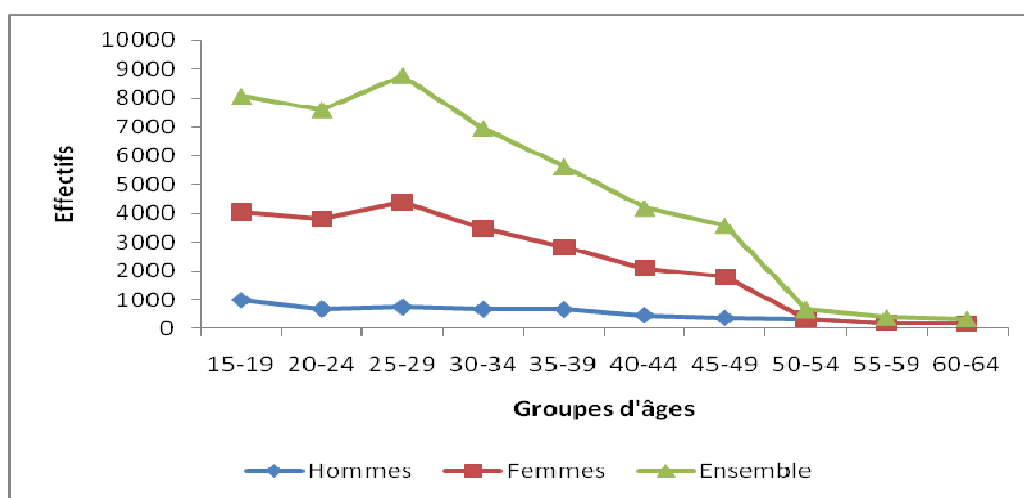


Source : Traitement des données de l'EDSB-III, 2006.

On remarque aisément des pics aux âges 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55 et 60 ans. Cette situation corrobore la présomption d'une certaine mauvaise qualité de la déclaration de l'âge des femmes et des hommes au moment de l'enquête.

Des indices analytiques mesurant ce type d'attraction (indice de Whipple) et d'autres mesurant la préférence de tous les chiffres de 0 à 9 (indice de Myers) aident à donner un ordre de grandeur à la qualité de la déclaration d'âge en terme de structure par âge. Il est fréquent que le regroupement en groupes d'âge quinquennaux soit évoqué comme un moyen de dissimuler les attractions (Harouna, 1998). Mais cette procédure est souvent vaine, puisque ce n'est pas toujours sous forme de groupes d'âge que l'âge interviendra dans les analyses.

Graphique 3.2: Répartition de la population par groupes d'âge quinquennaux et par sexe au moment de l'enquête



Source : Traitement des données de l'EDSB-III, 2006.

3.2.2. Evaluation des données sur l'âge au premier rapport sexuel

Dans l'ensemble de notre échantillon, parmi les 7833 adolescents, 4026 ont déjà eu leurs premiers rapports sexuels à la date de l'enquête, soit un taux de 51,4%. Dans ce sous groupe, à 16 ans exacts, plus de la moitié (55,1%) des adolescents avaient déjà eu leurs premiers rapports sexuels. Lorsqu'on tient compte de l'âge médian d'entrée en première union estimé à 18,6 ans chez les femmes et à 24,5 ans chez les hommes (EDSB-III, 2006), on se rend compte qu'une proportion importante d'adolescents s'engage dans les rapports sexuels avant leur entrée en union.

Tableau 3.3: Répartition des adolescents de 15 à 24 ans selon leur âge au premier rapport sexuel

Âges au premier rapport sexuel	Effectifs	Fréquences	Fréquences cumulées
8	10	0,2	0,2
9	10	0,2	0,5
10	38	0,9	1,4
11	23	0,6	2,0
12	126	3,1	5,1
13	144	3,6	8,7
14	387	9,6	18,3
15	808	20,1	38,4
16	671	16,7	55,1
17	658	16,3	71,4
18	613	15,2	86,6
19	257	6,4	93,0
20	193	4,8	97,8
21	50	1,2	99,1
22	31	0,8	99,8
23	4	0,1	99,9
24	3	0,1	100,0
Total	4026	100,0	

Source : Traitement des données de l'EDSB-III, 2006.

3.2.3. Taux de couverture des variables de l'étude

Le tableau 6 donne le taux de couverture des différentes variables retenues dans le cadre de notre étude. Il ressort de ce tableau que la plupart des variables de l'étude ont été relativement bien couvertes ; le taux de couverture s'étendant de plus de 94% à 100%.

Les «Non déclarés» sont relativement faibles, ce qui rend compte de la consistance statistique de nos différentes variables.

Tableau 3.4: Taux de couverture des variables de l'étude

Variables	Ages aux premiers rapports sexuels			Non utilisation de condom aux derniers rapports sexuels			Multipartenariat sexuel		
	Observations valides	Valeurs manquantes	couverture (%)	Observations valides	Valeurs manquantes	couverture (%)	Observations valides	Valeurs manquantes	couverture (%)
Ethnie	3868	158	96,1	4525	0	100	1639	36	97,9
Religion	4018	8	99,8	4516	9	99,8	1675	0	100
Milieu de socialisation	3986	40	99	4481	44	99	1666	9	99,5
Milieu de résidence	4026	0	100	4525	0	100	1675	0	100
Niveau d'instruction	4026	0	100	4525	0	100	1675	0	100
Fréquence d'exposition à la radio	4021	5	99,9	4518	7	99,8	1675	0	100
Fréquence d'exposition à la télévision	4016	10	99,8	4510	15	99,7	1674	1	99,9
Niveau de connaissance des IST/VIH/SIDA	3867	159	96,1	4247	278	94	1640	35	97,9
Connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VIH/SIDA	4025	1	100	4523	2	100	1675	0	100
Niveau de vie	4026	0	100	4525	0	100	1675	0	100

Source : Traitement des données de l'EDSB-III, Bénin 2006.

3.3. Méthodes d'analyse

Dans ce travail, deux méthodes d'analyse seront utilisées : la méthode descriptive et la méthode explicative.

3.3.1. Analyse descriptive

Nous allons nous intéresser ici à l'association entre chaque caractéristique de l'adolescent et les comportements sexuels étudiés. Comme toutes les variables sont qualitatives, nous allons recourir à la statistique du Khi-deux pour évaluer le degré et le sens des différentes associations. A partir de l'Analyse Factorielle des Correspondances Multiples (AFCM), nous allons dégager le profil des adolescents selon leurs comportements sexuels à risque.

3.3.2. Analyse explicative

En général, le but de la plupart des recherches en sciences sociales est de déterminer des relations entre un ensemble de variables. Les techniques « multivariées » ont été développées à cette fin. Souvent on considère une variable dépendante que l'on veut prédire et des variables indépendantes ou explicatives.

Remarquons que bien souvent le terme « multivarié » est confondu avec « multivariées », ce qui peut prêter à confusion étant donné que le premier se réfère à la situation où l'on considère plusieurs variables dépendantes à la fois, tandis que le deuxième plus vague correspond peut être mieux à la situation la plus fréquente où l'on considère une seule variable dépendante et plusieurs variables explicatives.

L'analyse explicative nous permet de mettre en relief les facteurs qui déterminent les comportements sexuels des adolescents et les mécanismes par lesquels certaines variables influencent ces comportements. Étant donné que les variables à expliquer sont dichotomiques (précocité ou non du premier rapport sexuel, multipartenariat ou non, utilisation ou non du condom), c'est le modèle de régression logistique simple binaire que nous avons retenu.

La régression logistique est l'une des méthodes adaptées à l'analyse des variables dépendantes catégorielles. Dans la régression logistique, une variable dépendante de nature dichotomique est expliquée par un ensemble de variables qui peuvent être qualitatives ou quantitatives.

Dans le cas de la présente étude, la variable à expliquer est la probabilité qu'un adolescent de 15-24 ans adopte ou non un comportement sexuel à risque au moment de l'enquête. Il est question ici de la probabilité qu'un adolescent de 15-24 ans recourt ou non au multipartenariat sexuel, à la précocité des rapports sexuels ou à la non-utilisation des condoms au dernier rapport sexuel.

Ce qui est modélisé dans la régression logistique, c'est la quantité **P/1-P** appelée **odds**, qui est le rapport de deux probabilités : la probabilité que l'événement survienne (P) et la probabilité que celui-ci ne survienne pas (1-P). En considérant X_i variables indépendantes (i allant de 1 à k), l'équation de régression logistique peut s'écrire :

$P/1-P = e^{B_0 + B_1 X_1 + \dots + B_i X_i}$, où les B_i représentent les coefficients de régression ; e^{B_i} le facteur par lequel le odds change lorsque la i^e variable indépendante passe de la valeur 0 à la valeur 1.

Dans la comparaison de deux sous-populations ou catégories d'une variable indépendante (dans lesquelles la probabilité que l'événement survienne est respectivement P_1 et P_2), ce qui est examiné, c'est le rapport $(P_2/1-P_2) / (P_1/1-P_1)$ appelé **rapport des chances (odds ratio)** en anglais). Le rapport de chances s'interprète en termes d'écart par rapport à une modalité de référence.

La régression logistique fournit entre autres statistiques d'interprétation des résultats :

- le "odds ratio" ou risque relatif de connaître l'évènement étudié ;
- la statique de khi deux (Khi2) pour le test de signification du modèle et des paramètres ;
- le pseudo R^2 pour le test de l'adéquation du modèle ;
- les seuils de signification des odds ratios.

Le test de **Khi2** permet de savoir si le modèle est adéquat ou pas. Si la probabilité critique associée au Khi2 est inférieure au seuil choisi, le modèle est donc adéquat. Ceci signifie que les variables indépendantes considérées dans l'ensemble expliquent la variation de la variable dépendante Y. Elles peuvent donc prédire la valeur de Y. Dans le cas de cette étude, un modèle sera adéquat lorsque le seuil de signification associé au Khi2 sera inférieur ou égale à 5%.

Le Pseudo R^2 permet d'estimer la part (en %) de la variance de la variable dépendante expliquée par le modèle.

Pseudo $R^2 = \text{Khi-deux} / (\text{Khi-deux} + n)$, où n est la taille de l'échantillon. La contribution de chaque variable indépendante à l'explication sera calculée à partir de la formule suivante :

$$C_x = \frac{\chi_f - \chi_s}{\chi_f}$$

Où,

C_x : Contribution de la variable ; χ_f : Khi-2 du modèle final (**M3**) ; χ_s : Khi-2 sans la variable dont on veut déterminer la contribution.

Les logiciels utilisés dans le cadre de cette étude sont SPSS 18.0 et SPAD 5.5.

CHAPITRE 4 : ESSAI D'IDENTIFICATION DES DETERMINANTS DES COMPORTEMENTS SEXUELS A RISQUE CHEZ LES ADOLESCENTS

4.1. Variations des comportements sexuels à risque chez les adolescents

Il sera question à ce niveau d'évaluer le degré et le sens des associations entre les caractéristiques des adolescents et leurs comportements sexuels (voir Tableau 7).

4.1.1. Age aux premiers rapports sexuels

L'entrée en vie sexuelle constitue un moment clé de la vie des individus. Elle est porteuse de signification et de risques à la fois sur les plans social, économique, psychologique, biologique et médical. Au-delà de ses implications biologiques (la déchirure de l'hymen par exemple), l'entrée en vie sexuelle expose aux risques de grossesses précoces ou non désirées, d'avortements, de morbidité et mortalité maternelles, de MST/VIH, etc. (Akoto **et al.**, 2000 ; FNUAP, 1999 ; Kuate-Defo, 1998; Evina, 1998; United Nations, 1995; Kouton, 1992; Rwengé, 1999; 2000; 2004). On remarque qu'au Bénin, plus de la moitié des adolescents enquêtés ont déjà eu leurs premiers rapports sexuels à l'âge de 16 ans (55,1%).

4.1.1.1. Caractéristiques socioculturelles

Toutes les variables du milieu socioculturel sont associées à l'âge au premier rapport sexuel.

i) Ethnie

Plus de la moitié (55,3 %) des adolescents béninois, quel que soit le groupe ethnique auquel ils appartiennent commencent leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 16 ans. En effet, 64,2% des adolescents **Bariba**, **Betamaribè** et 53,9% des adolescents **Yoruba** enquêtés ont déclaré avoir eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 16 ans.

ii) Religion

On note que 55,1% des adolescents, quel que soit leur appartenance religieuse ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 16 ans. La religion traditionnelle vient en tête (63,1%), suivi des religions musulmane (57,8%), céleste (55,3%), protestante

(52,4%) et catholique (51,5%). Par ailleurs, 56,1% des adolescents pratiquant les autres religions ont eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 16 ans.

iii) Milieu de socialisation

On observe néanmoins que les adolescents qui ont passé leur enfance en milieu rural et qui ont eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 16 ans représentent 59,3% alors que cette proportion n'est que de 53,5% chez les adolescents ayant passé leur enfance dans les petites villes du pays. Parmi les adolescents socialisés dans la capitale ou les grandes villes, 49,1% d'eux ont déclaré avoir eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 16 ans, contre 53,4% pour ceux qui ont vécu à l'étranger.

iv) Milieu de résidence

La proportion des adolescents ayant eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 16 ans est plus élevée en milieu rural (60,3%) qu'en milieu urbain (50,00 %). Ce résultat nous semble infirmer l'idée selon laquelle l'urbanisation entraîne les adolescents à entrer précocement dans l'activité sexuelle.

v) Niveau d'instruction

La proportion des adolescents ayant eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 16 ans est plus élevée chez ceux qui n'ont aucun niveau d'instruction (60,4%), que ceux du niveau primaire (55,6%) et ceux du niveau secondaire et plus (49,3%).

vi) Fréquence d'exposition à la radio

On constate que les adolescents qui sont exposés à ce média chaque jour, au moins une fois par semaine et moins d'une fois par semaine entrent plus tardivement en vie sexuelle (respectivement 50,00%, 57,1% et 58,00%) que ceux qui ne sont pas du tout exposés (62,8%).

vii) Fréquence d'exposition à la télévision

A ce niveau, on observe que les premiers rapports sexuels avant 16 ans surviennent plus tôt chez ceux qui ne sont pas du tout exposés à la télévision (59,00%) et chez ceux qui la regardent moins d'une fois par semaine (56,1%). Ils surviennent plus tardivement chez les adolescents qui regardent la télévision au moins une fois par semaine (53,8%) et ceux qui la regardent chaque jour (47,2%).

4.1.1.2. Caractéristiques de connaissance des IST/VIH/SIDA

Toutes les variables de connaissance des IST/VIH/SIDA sont associées à l'âge au premier rapport sexuel au seuil de 1%.

i) Niveau de connaissance des IST/VIH/SIDA

Le niveau de connaissance des IST/VIH/SIDA est associé à l'âge au premier rapport sexuel chez les adolescents béninois. En effet, les adolescents ayant une connaissance partielle des IST/VIH/SIDA s'engagent plus précocement dans la vie sexuelle (59,4%) que ceux ayant une connaissance élevée (51,9%).

ii) Connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VIH/SIDA

La connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VIH/SIDA est aussi associée à l'âge au premier rapport sexuel chez les adolescents béninois au seuil de 1%. On constate que le fait de connaître le condom a un effet positif sur le comportement sexuel en question. En effet, la proportion des adolescents qui entrent précocement en vie sexuelle est plus élevée chez ceux qui ignorent que le condom est un moyen de prévention des IST/VIH/SIDA (56,8%) que chez ceux qui le savent (50,5%).

4.1.1.3. Caractéristiques économiques

i) Niveau de vie du ménage

Le niveau de vie du ménage est associé à l'âge aux premiers rapports sexuels chez les adolescents. On observe que c'est dans les ménages de niveau de vie faible qu'on a la plus grande proportion des adolescents ayant débuté leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 16 ans (64,8%). L'entrée en vie sexuelle des adolescents est plus tardive dans les ménages de niveau de vie moyen et élevé (respectivement 59% et 49%).

4.1.2. Multipartenariat sexuel au cours des douze derniers mois

Le type de partenaires et de relations entre partenaires influent beaucoup sur le processus de diffusion du VIH/SIDA. Ces relations peuvent être ponctuelles, occasionnelles ou régulières, sérielles ou concomitantes. Le multipartenariat multiplie les situations à risque et donc accroît le risque d'exposition (Ferry, 1999). Au Bénin, on constate que le multipartenariat sexuel est un phénomène répandu. En effet, dans

l'ensemble de notre échantillon 38,9% des adolescents enquêtés ont eu d'autres partenaires sexuels "occasionnels" en dehors du partenaire régulier au cours des douze derniers mois ayant précédé l'enquête.

4.1.2.1. Caractéristiques socioculturelles

Toutes les variables sont associées au multipartenariat sexuel chez les adolescents.

i) Ethnie

L'ethnie est associée au multipartenariat chez les adolescents béninois au seuil de 1%. Le recours aux partenaires multiples est un comportement plus fréquent chez les adolescents "Bariba", "Betamaribè", "Fon" et "Yoruba". En effet, la proportion des adolescents ayant eu d'autres partenaires sexuels en dehors du partenaire régulier est plus élevée dans ces groupes ethniques. Elle est respectivement de 46,8%, 42,2%, 41,3% et 39,6% soit un peu au dessus de la moyenne d'ensemble (38,9%). En revanche, cette proportion est plus faible chez les adolescents des autres groupes ethniques ; elle est de 32,7% chez les adolescents "Adja" et de 29,1% chez les "Autres ethnies".

ii) Religion

La religion est associée au multipartenariat sexuel chez les adolescents béninois au seuil de 5%. On observe que cette pratique est plus fréquente chez les adolescents Catholiques, Célestes, Protestants et Musulmans, avec respectivement 44,6%, 38,2%, 37,7% et 37,0%. Elle est moins fréquente chez ceux qui pratiquent la religion traditionnelle (34,7%) et les Autres religions (34,1%).

iii) Milieu de socialisation

Le milieu de socialisation n'est pas associé au multipartenariat sexuel chez les adolescents béninois. Toutefois, on observe que cette pratique est plus fréquente chez les adolescents socialisés dans les petites villes (40,6%), à Cotonou la capitale économique ou dans les grandes villes (40,2%) que ceux ayant été socialisés dans le milieu rural (38,5%) et à l'étranger (31,6%). Ce résultat semble conforter l'idée selon laquelle l'urbanisation favorise chez les adolescents l'occurrence des relations sexuelles occasionnelles.

iv) Milieu de résidence

Tout comme le milieu de socialisation, le milieu de résidence n'est pas associé au multipartenariat sexuel chez les béninois. Dans ce cas précis, on observe toutefois que cette pratique est plus fréquente chez les adolescents vivant en milieu rural (39,4%) que ceux vivants en milieu urbain (38,2%).

v) Niveau d'instruction

Le niveau d'instruction n'est pas associé au multipartenariat sexuel. La proportion des adolescents qui ont déclaré avoir adopté ce comportement sexuel est plus fréquente chez ceux qui ont atteint le Secondaire et plus (39,8%) que ceux qui sont sans niveau et ceux du niveau primaire (respectivement 39,3% et 36,7%).

vi) Fréquence d'exposition à la radio

Cette variable est associée au multipartenariat sexuel chez les adolescents béninois au seuil de 1%. On voit en elle un facteur de différenciation du multipartenariat sexuel. En effet, ce comportement s'observe plus chez les adolescents qui écoutent ce media chaque jour (43,8%) et ceux qui l'écoutent au moins une fois par semaine (35,6%). Par contre, il est moins fréquent chez ceux qui l'écoutent moins d'une fois par semaine (32,5%) et ceux qui ne l'écoutent pas du tout (23,7%).

vii) Fréquence d'exposition à la télévision

Cette variable est associée au multipartenariat sexuel chez les adolescents béninois au seuil de 1%. Les adolescents qui sont exposés à la télévision chaque jour (43,3%), au moins une fois par semaine (40,9%), ceux qui la regardent moins d'une fois par semaine (40,9%), ont davantage déclaré avoir adopté ce comportement sexuel que ceux qui n'y sont pas du tout exposés (33,4%).

4.1.2.2. Caractéristiques de connaissance des IST/VIH/SIDA

i) Niveau de connaissance des IST/VIH/SIDA

Le niveau de connaissance des IST/VIH/SIDA est associé au multipartenariat sexuel chez les adolescents béninois au seuil de 1%. Paradoxalement, on observe à ce stade que la connaissance de ces maladies n'a pas un effet négatif sur le multipartenariat sexuel chez ces adolescents. En effet, les adolescents ayant une connaissance partielle

des IST/VIH/SIDA s'engagent moins dans les relations sexuelles avec plusieurs partenaires (32,9%). En revanche, ceux ayant une connaissance élevée (42,0%) de ces maladies s'engagent plus dans les relations multipartenariales.

ii) Connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VIH/SIDA

La connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VIH/SIDA est aussi associée au multipartenariat sexuel chez les adolescents béninois au seuil de 1%. Conformément à nos attentes, on constate que le fait de connaître le condom a plutôt un effet positif sur le comportement sexuel en question. En effet, la proportion des adolescents ayant eu d'autres partenaires sexuels est plus élevée chez ceux qui savent que le condom est un moyen de prévention des IST/VIH/SIDA (46,2%) que chez celles qui l'ignorent (36,3%).

4.1.2.3. Caractéristiques économiques

i) Niveau de vie du ménage

Le niveau de vie du ménage est associé au multipartenariat sexuel chez les adolescents béninois au seuil de 10%. Le niveau de vie influence positivement le recours aux partenaires multiples. On observe à cet effet, que la proportion des adolescents ayant eu d'autres partenaires sexuels en dehors du partenaire régulier augmente en fonction du niveau de vie du ménage. Elle passe de 34,9% dans les ménages de "niveau de vie faible", à 40,4% dans les ménages de "niveau moyen " et enfin à 40,8% pour les ménages de "niveau de vie élevé". Ce résultat montre que les moyens financiers mis à la disposition des adolescents influencent chez eux l'intensité et l'engagement dans l'activité sexuelle à risques.

4.1.3. Non-utilisation du condom aux derniers rapports sexuels

Plusieurs études ont montré que l'utilisation systématique du préservatif n'est pas très répandue en Afrique subsaharienne. Ce résultat est encore plus confirmé au Bénin. En effet, seulement 14,9% des adolescents enquêtés ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.

Toutes les autres variables sont significativement associées à la non-utilisation du condom au dernier rapport sexuel au seuil de 1%.

4.1.3.1. Caractéristiques socioculturelles

i) Ethnie

Conformément à nos attentes, l'ethnie est associée à la non-utilisation des condoms aux derniers rapports sexuels au seuil de 1%. On constate que la proportion des adolescents n'ayant pas utilisé les condoms est plus élevée dans les groupes ethniques "Bétamaribè" (87,8%), "Fon" (84,7%), "Bariba" (84,6%) et "Yoruba" (84,2%) que dans le groupe ethnique "Adja" (81,8%).

ii) Religion

La religion est associée à la non-utilisation des condoms aux derniers rapports sexuels au seuil de 1%. La proportion des adolescents n'ayant pas utilisé les condoms est plus élevée dans les religions "Traditionnelle" (90,7%), "Céleste" (90,6%) et "Musulmane" (87,5%) que dans les religions "Protestante" (83,7%) et "Catholique" (78,2%).

iii) Milieu de socialisation

Le milieu de socialisation est aussi associé à la non-utilisation des condoms aux derniers rapports sexuels au seuil de 1%. Le milieu de socialisation est un facteur de différenciation de la non-utilisation du condom chez les adolescents béninois. Le degré d'urbanisation du milieu influence positivement l'utilisation des condoms d'autant plus que, la proportion des adolescents n'ayant pas utilisé les condoms lors de leurs derniers rapports sexuels est plus élevée en milieu rural (89,2%) que dans les autres milieux (Petites villes : 81,4% ; Cotonou ou les grandes villes : 78,0% ; Etrangers : 86,1%).

iv) Milieu de résidence

Le milieu de résidence est aussi associé à la non-utilisation des condoms aux derniers rapports sexuels au seuil de 1%. Ici, le degré d'urbanisation influence positivement l'utilisation des condoms. En effet, 91,2% des adolescents vivant en milieu rural ont déclaré n'avoir pas utilisé les condoms lors des derniers rapports sexuels, contre 77,5% en milieu urbain.

v) Niveau d'instruction

La relation entre le niveau d'instruction et la non-protection des derniers rapports sexuels est significative au seuil de 1%. En effet, le niveau d'instruction influence positivement l'utilisation des condoms aux derniers rapports sexuels chez les adolescents béninois. En effet, la proportion des adolescents n'ayant pas utilisé les condoms lors des derniers rapports sexuels est plus élevée chez les adolescents sans niveau (96,9%) que chez ceux du niveau secondaire ou plus (62,2%) ; les adolescents de niveau primaire occupent la position intermédiaire (87,7%).

vi) Fréquence d'exposition à la radio

Cette variable est associée à la non-utilisation des condoms au dernier rapport sexuel au seuil de 1%. L'influence positive de la modernité sur l'utilisation des condoms en général s'observe aussi à travers l'exposition aux médias, d'autant plus que ce sont les adolescents qui ne sont pas exposés à ces médias qui ont les proportions les plus élevées de la non-utilisation des condoms aux derniers rapports sexuels. Dans le cas de la radio, on observe que la proportion des adolescents n'ayant pas utilisé les condoms au cours de leurs derniers rapports sexuels est plus élevée chez les adolescents qui ne sont pas exposés à ce média (93,5%) et chez ceux qui l'écoutent moins d'une fois par semaine (90,1%). Par contre, cette proportion est moins élevée chez ceux qui écoutent au moins une fois par semaine la radio (85,4%) et chez ceux qui l'écoutent tous les jours (78,7%).

vii) Fréquence d'exposition à la télévision

Cette variable est aussi associée à la non-utilisation des condoms au dernier rapport sexuel au seuil de 1%. Par rapport à la télévision, on constate que cette proportion est plus élevée chez les adolescents qui ne sont pas du tout exposés à ce média (94,0%) que chez ceux qui la regardent moins d'une fois par semaine (78,8%). Les adolescents qui suivent chaque jour la télévision (70,9%) et ceux qui la suivent au moins une fois par semaine (75,2%) représentent les proportions les plus faibles.

Ce résultat semble confirmer le rôle joué par les médias dans la sensibilisation et la prévention des IST/VIH/SIDA.

4.1.3.2. Caractéristiques de connaissance des IST/VIH/SIDA

i) Niveau de connaissance des IST/VIH/SIDA

Le niveau de connaissance des IST/VIH/SIDA est significativement associé à la non-utilisation du condom au dernier rapport sexuel au seuil de 1%. Celui-ci influence négativement la non-utilisation des condoms aux derniers rapports sexuels. En effet, les adolescents ayant une connaissance partielle des IST/VIH/SIDA sont proportionnellement plus nombreux à n'avoir pas utilisé les condoms lors de leurs derniers rapports sexuels (92,9%). Par contre, les adolescents ayant une connaissance élevée des IST/VIH/SIDA représentent 78,6%.

ii) Connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VIH/SIDA

La connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VIH/SIDA est significativement associée à la non-utilisation du condom au dernier rapport sexuel au seuil de 1%. La relation entre la connaissance du condom comme moyen de prévention des ITS/VIH/SIDA et son utilisation aux derniers rapports sexuels est allée dans le sens attendu. En effet, la proportion des adolescents n'ayant pas recouru aux condoms lors des derniers rapports sexuels est plus élevée chez ceux qui l'ignorent (89,2%) que chez ceux qui le savent (72,7%).

4.1.3.3. Caractéristiques économiques

i) Niveau de vie du ménage

Le niveau de vie du ménage est associé à la non-utilisation des condoms aux derniers rapports sexuels au seuil de 1%. On observe que la proportion des adolescents n'ayant pas utilisé les condoms lors des derniers rapports sexuels diminue à mesure que s'améliorent les conditions de vie des ménages. En effet, cette proportion est de 92,8% chez les adolescents vivant dans les conditions de vie faible contre 77,0% chez ceux vivant dans les ménages de niveau de vie élevé. Les adolescents qui vivent dans les ménages de niveau de vie moyen occupent la position intermédiaire avec une proportion de 90,9%.

Tableau 4.1: Variations des comportements sexuels des adolescents selon les différentes caractéristiques

Variables/Modalités	Précocité des rapports sexuels		Multipartenariat sexuel		Non-utilisation des condoms aux derniers rapports sexuels	
	Effectifs	Fréquences (%)	Effectifs	Fréquences (%)	Effectifs	Fréquences (%)
Ethnie	***		***		***	
Adja	336	53,6	92	32,7	548	81,8
Bariba	170	64,2	81	46,8	312	84,6
Fon	994	52,8	295	41,3	1680	84,7
Bétamaribè	145	64,2	38	42,2	260	87,8
Yoruba	287	53,9	76	39,6	442	84,2
Autres ethnies	207	61,8	55	29,1	607	89,1
Religion	***		**		***	
Traditionnelle	281	63,1	91	34,7	528	90,7
Musulmane	440	57,8	139	37	908	87,5
Catholique	795	51,5	250	44,6	1160	78,2
Protestante	174	52,4	46	37,7	287	83,7
Céleste	168	55,3	39	38,2	307	90,6
Autres religions	355	56,1	86	34,1	650	89
Milieu de socialisation	***		Ns		***	
Cotonou ou grandes villes	520	49,1	137	40,2	789	78
Petites villes	378	53,5	112	40,6	649	81,4
Rural	1132	59,3	382	38,5	2089	89,2
Etrangers	166	53,4	18	31,6	285	86,1
Milieu de résidence	***		Ns		***	
Urbain	1025	50	300	38,2	1571	77,5
Rural	1192	60,3	351	39,4	2278	91,2
Niveau d'instruction	***		Ns		***	
Sans niveau	910	60,4	126	39,3	2150	96,9
Primaire	573	55,6	168	36,7	909	87,7
Secondaire et plus	734	49,3	357	39,8	790	62,2
Fréquence d'exposition à la radio	***		***		***	
Pas du tout	310	62,8	27	23,7	634	93,5
Moins d'une fois par semaine	450	58	62	32,5	837	90,1
Au moins une fois par semaine	631	57,1	167	35,6	1040	85,4
Chaque jour	823	50	395	43,8	1333	78,7
Fréquence d'exposition à la télévision	***		***		***	
Pas du tout	1062	59	194	33,4	2282	94
Moins d'une fois par semaine	394	56,1	169	40,9	538	78,8
Au moins une fois par semaine	300	53,8	126	40,9	389	75,2
Chaque jour	452	57,2	161	43,3	625	70,9

Variables/Modalités	Précocité des rapports sexuels		Multipartenariat sexuel		Non-utilisation des condoms aux derniers rapports sexuels	
	Effectifs	Fréquences (%)	Effectifs	Fréquences (%)	Effectifs	Fréquences (%)
Niveau de Connaissance des IST/VIH/SIDA	***		***		***	
Partielle	818	59,4	167	32,9	1572	92,9
Elevée	1291	51,9	476	42	2007	78,6
Connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VIH/SIDA	***		***		***	
Oui	572	50,5	201	46,2	816	72,7
Non	1644	56,8	450	36,3	3032	89,2
Niveau de vie du ménage	***		*		***	
Faible	714	64,8	184	34,9	1403	92,8
Moyen	419	59	130	40,4	818	90,9
Elevé	1084	49	337	40,8	1628	77
Ensemble	2217	55,1	651	38,9	3849	85,1
Seuil de signification : *** significatif à 1% ; ** significatif à 5% ; * significatif à 10% ; Ns Non significatif						

Source : Traitement des données de l'EDSB-III, 2006.

4.1.4. Catégorisation des adolescents selon leurs comportements sexuels

Pour catégoriser les adolescents, nous allons considérer le premier plan factoriel qui explique la plus grande contribution des variables et qui permettra de définir les grands groupes caractérisant les adolescents par rapport à leurs comportements sexuels. La matrice des contributions des variables à la variance expliquée par chaque axe factoriel nous a permis de relever les variables fortement liées au phénomène étudié. Le critère de sélection d'une variable est que la valeur de sa contribution doit être supérieure ou égale à la contribution moyenne de l'ensemble des variables. Dans cette étude, il convient de noter qu'une variable va contribuer fortement à la définition d'un axe si sa contribution est supérieure ou égale à 2,63 (pour les deux premiers axes). Ainsi pour interpréter un axe, on utilisera les modalités pour lesquelles les contributions sont les plus fortes (ce sont celles ayant joué le plus grand rôle dans son positionnement).

4.1.4.1. Précocité des rapports sexuels

i) Caractérisation des axes factoriels

Le tableau C2 Annexe C) présente la contribution des variables-modalités à l'inertie des axes factoriels.

Le premier axe factoriel explique 11,62% de l'information totale contenue dans le nuage de points. Cet axe distingue les adolescents selon le milieu de résidence, la fréquence d'exposition à la radio et à la télévision, la religion, le milieu de socialisation, le niveau d'instruction et le niveau de vie du ménage auquel ils appartiennent. On distingue ainsi deux sous-groupes. Le premier est caractérisé par les adolescents résidant en milieu urbain, qui écoutent la radio et suivent la télévision chaque jour. De religion catholique, ces jeunes se sont socialisés à Cotonou ou dans les grandes villes, ont un niveau d'instruction secondaire ou plus et vivent dans des ménages de niveau de vie élevé. Ce sous-groupe s'oppose à celui des adolescents vivant en milieu rural, qui n'ont pas du tout accès à l'information par la radio et la télévision, appartiennent à la religion traditionnelle, ont grandi dans les campagnes et n'ont aucun niveau d'instruction. Ces jeunes vivent dans des ménages de niveau de vie faible.

Le deuxième axe factoriel explique 6,77% de l'information contenue dans le nuage de points. Il distingue les adolescents selon l'ethnie, la religion et le milieu de socialisation, différenciant par conséquent deux sous-groupes. Le premier est constitué des adolescents appartenant à l'ethnie fon, de religion traditionnelle et ayant grandi à Cotonou ou dans les grandes villes. Ils s'opposent aux jeunes adolescents de religion musulmane, appartenant aux ethnies Bariba, Yoruba et autres ethnies du Nord et ayant passé leur enfance dans les petites villes.

ii) Représentation graphique et essai de catégorisation des adolescents

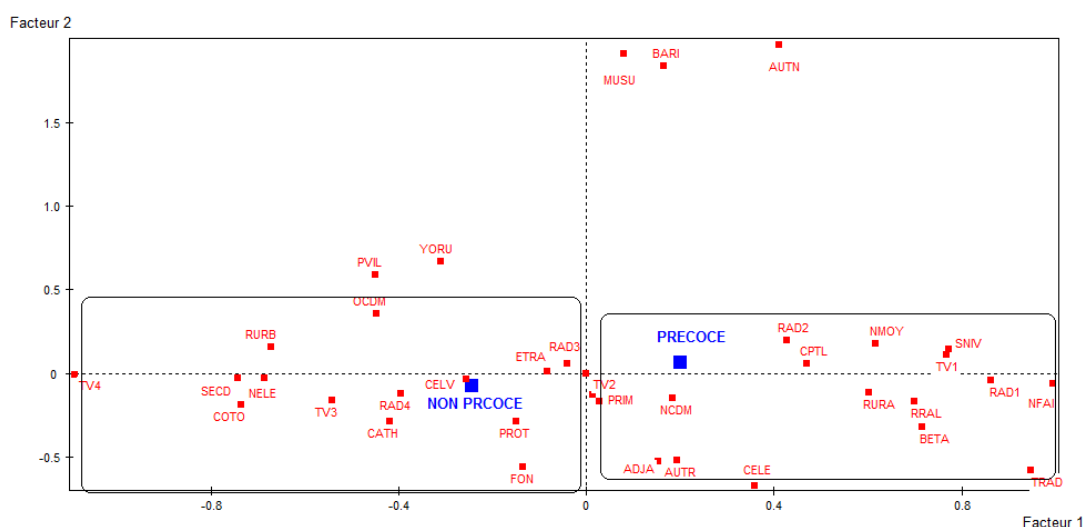
En regroupant, les deux axes, on obtient deux grands groupes homogènes dont la description est la suivante (figure 4.1) :

Le premier groupe (G-I) est celui des adolescents qui n'ont pas mené une vie sexuelle précoce, qui résident en milieu urbain, écoutent la radio et suivent la télévision chaque jour. Ces jeunes d'ethnie fon sont issus des religions traditionnelle et catholique,

se sont socialisés à Cotonou ou dans les grandes villes, ont un niveau d'instruction secondaire ou plus et vivent dans des ménages de niveau de vie élevé.

Le deuxième groupe (G-II) est celui des adolescents qui ont mené une vie sexuelle précoce, vivant en milieu rural, n'ont pas du tout accès à l'information par la radio et la télévision. Ils ont grandi dans les campagnes et les petites villes, appartiennent à la religion traditionnelle et musulmane, et n'ont aucun niveau d'instruction. Ces jeunes vivent dans des ménages de niveau de vie faible, sont issus des ethnies Bariba, Yoruba et autres ethnies du Nord (Peulh, Dendi etc).

Figure 4.1: Catégorisation des adolescents selon certaines caractéristiques (Précocité des rapports sexuels)



Source : Traitement des données de l'EDSB-III, 2006.

4.1.4.2. Multipartenariat sexuel

i) Caractérisation des axes factoriels

Le tableau C3 (Annexe C) présente la contribution des variables-modalités à l'inertie des axes factoriels.

Le premier axe factoriel explique 10,96% de l'information totale contenue dans le nuage de points. Cet axe distingue les adolescents selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction, la religion, le milieu de socialisation et le niveau de vie du ménage auquel ils appartiennent. On distingue ainsi deux sous-groupes. Le premier est caractérisé par les adolescents résidant en milieu urbain. De religion catholique, ces

jeunes se sont socialisés à Cotonou et dans les grandes villes, ont un niveau d'instruction secondaire ou plus et vivent dans des ménages de niveau de vie élevé. Ce sous-groupe s'oppose à celui des adolescents vivant en milieu rural, appartiennent à la religion traditionnelle, ont grandi dans les campagnes et n'ont aucun niveau d'instruction. Ces jeunes vivent dans des ménages de niveau de vie faible.

Le deuxième axe factoriel explique 7,53% de l'information contenue dans le nuage de points. Il distingue les adolescents selon l'ethnie, la religion, le milieu de socialisation et le niveau d'instruction, différenciant par conséquent deux sous-groupes. Le premier est constitué des adolescents appartenant à l'ethnie fon qui ont un niveau d'instruction primaire. Issus de la religion traditionnelle, ces jeunes ont grandi dans les campagnes. Ils s'opposent aux jeunes adolescents de religion musulmane, appartenant aux ethnies Bariba et autres ethnies du Nord et ayant passé leur enfance dans les petites villes. Ils sont sans niveau d'instruction.

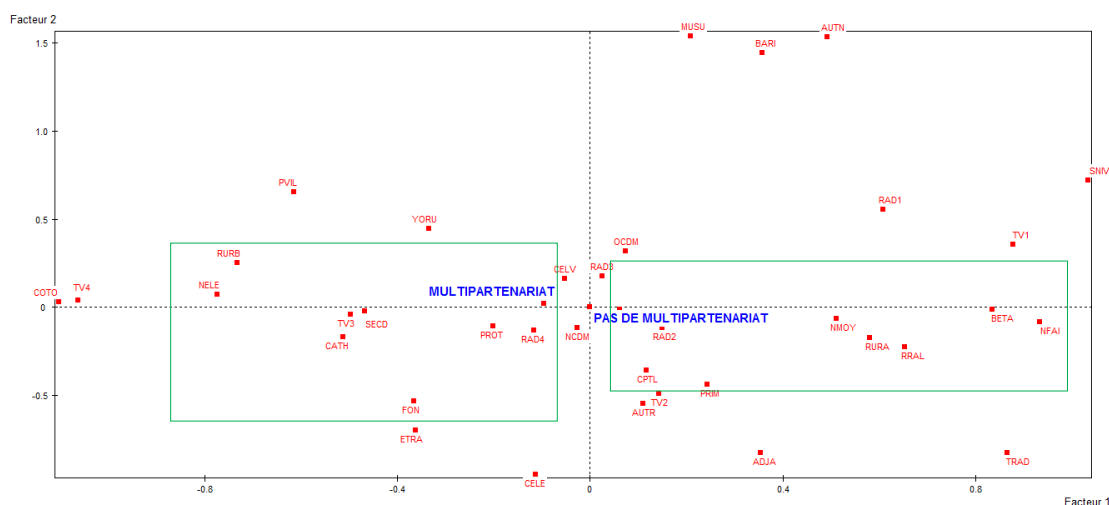
ii) Représentation graphique et essai de catégorisation des adolescents

En regroupant, les deux axes, on obtient deux grands groupes homogènes dont la description est la suivante (figure 4.2) :

Le premier groupe (G-I) est celui des adolescents qui ont eu d'autres partenaires sexuels en dehors de leurs partenaires sexuels habituels au cours des douze derniers mois, qui résident en milieu urbain. Ces jeunes d'ethnie fon, sont de religion catholique. Socialisés à "Cotonou et dans les grandes villes", ils vivent dans des ménages de niveau de vie élevé et de niveau d'instruction secondaire ou plus.

Le deuxième groupe (G-II) est celui des adolescents qui n'ont pas eu d'autres partenaires sexuels en dehors de leurs partenaires sexuels habituels au cours des douze derniers mois. Vivant en milieu rural ou ayant passé leur enfance dans les campagnes, ils appartiennent aux religions traditionnelle et musulmane, et n'ont aucun niveau d'instruction. Ces jeunes sont issus des ménages de niveau de vie faible et de certaines ethnies du nord telles que Bariba, Peulh, Dendi, etc.

Figure 4.2: Catégorisation des enfants selon certaines caractéristiques (multipartenariat sexuel)



Source : Traitement des données de l'EDSB-III, 2006.

4.1.4.3. Non utilisation de condom aux derniers rapports sexuels

i) Caractérisation des axes factoriels

Le tableau C4 (Annexe C) présente la contribution des variables-modalités à l'inertie des axes factoriels.

Le premier axe factoriel explique 12,57% de l'information totale contenue dans le nuage de points. Cet axe distingue les adolescents selon le milieu de résidence, la fréquence d'exposition à la radio et à la télévision, la religion, le milieu de socialisation, le niveau d'instruction et le niveau de vie du ménage auquel ils appartiennent. On distingue ainsi deux sous-groupes. Le premier est caractérisé par les adolescents résidant en milieu urbain, qui écoutent la radio et suivent la télévision chaque jour. De religion catholique, ces jeunes se sont socialisés à Cotonou et dans les grandes villes, ont un niveau d'instruction secondaire ou plus et vivent dans des ménages de niveau de vie élevé. Ce sous-groupe s'oppose à celui des adolescents vivant en milieu rural, qui n'ont pas du tout accès à l'information par la radio et la télévision, appartiennent à la religion traditionnelle, ont grandi dans les campagnes et n'ont aucun niveau d'instruction. Ces jeunes vivent dans des ménages de niveau de vie faible.

Le deuxième axe factoriel explique 6,81% de l'information contenue dans le nuage de points. Il distingue les adolescents selon l'ethnie, la religion et le milieu de socialisation, différenciant par conséquent deux sous-groupes. Le premier est constitué

des adolescents appartenant à l'ethnie bariba, pratiquant la religion musulmane et ayant passé leur enfance à l'étranger. Ils s'opposent aux jeunes adolescents de religion traditionnelle, appartenant aux ethnies Adja et Fon et ayant passé leur enfance dans les campagnes.

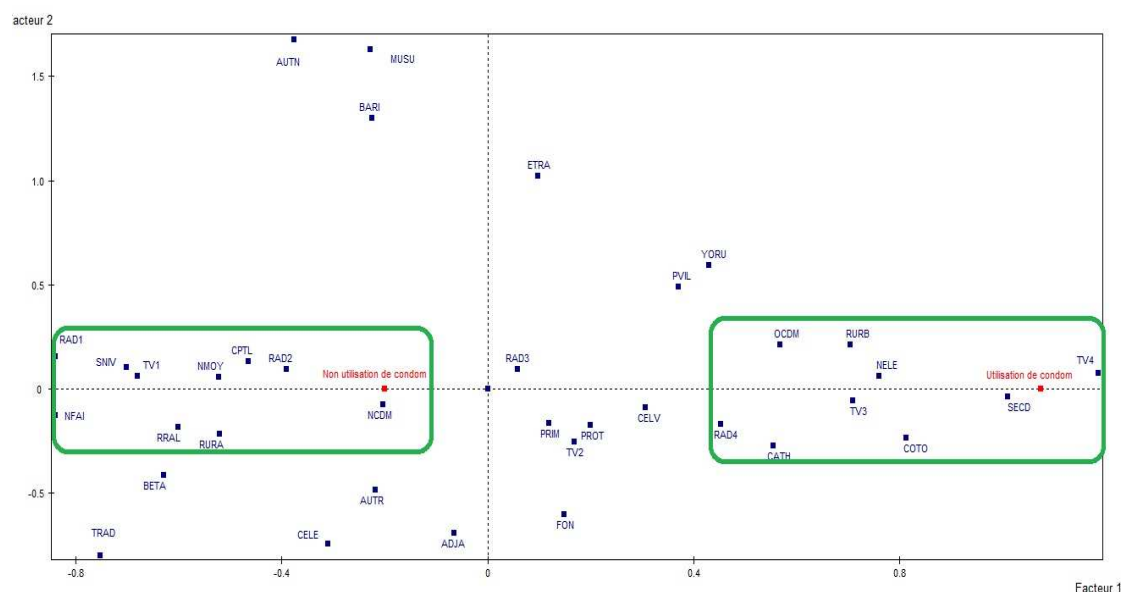
ii) Représentation graphique et essai de catégorisation des adolescents

En regroupant, les deux axes, on obtient deux grands groupes homogènes dont la description est la suivante (figure 4.3) :

Le premier groupe (G-I) est celui des adolescents qui ont utilisé le condom lors de leur dernier rapport sexuel. Ils résident en milieu urbain, écoutent la radio et suivent la télévision chaque jour. Ces jeunes de religion musulmane, se sont socialisés à Cotonou ou à l'étranger, ont un niveau d'instruction secondaire ou plus et vivent dans des ménages de niveau de vie élevé.

Le deuxième groupe (G-II) est celui des adolescents qui n'ont pas utilisé le condom lors de leur dernier rapport sexuel. Il s'agit des jeunes ayant grandi dans les campagnes, vivant en milieu rural et qui sont privés de toutes informations par les médias. Ils sont de religion traditionnelle, n'ont aucun niveau d'instruction et vivent dans des ménages pauvres.

Figure 4.3: Catégorisation des enfants selon certaines caractéristiques (non utilisation condom)



Source : Traitement des données de l'EDSB-III, 2006.

4.2. Essai d'explication de la variation des comportements sexuels à risque

Dans la section précédente, nous avons décrit les liens entre les variables dépendantes et les variables socio-culturelles et socio-économiques et celles relatives aux connaissances sur les IST/VIH/SIDA retenues pour notre étude. Les analyses effectuées nous ont permis d'avoir une vision globale sur les hypothèses posées à partir de notre cadre conceptuel, mais sans pour autant donner d'informations sur les effets éventuels. Dans ce sous chapitre, nous allons vérifier si les relations observées entre les variables dépendantes et les variables explicatives ne sont pas fallacieuses et tenter de donner une explication des résultats obtenus à travers des tests de validité qui seront appliqués auxdites relations. En effet, pour mieux examiner l'association entre les caractéristiques des adolescents et leurs pratiques en matière de sexualité, il a été jugé nécessaire de procéder par des analyses multivariées explicatives sur l'âge aux premiers rapports sexuels, le multipartenariat sexuel et la non-utilisation des condoms au cours des derniers rapports sexuels. Des modèles de régression logistique multivariée ont été élaborés incluant l'ensemble des variables susceptibles d'influencer les différents comportements sexuels.

Le sexe et l'état matrimonial nous servent de variables de contrôle.

4.2.1. Déterminants de la précocité des rapports sexuels

Toutes choses égales par ailleurs, il ressort des résultats de l'analyse de la régression logistique (tableau 4.2) que trois facteurs déterminent la précocité des rapports sexuels chez les adolescents : l'ethnie, le niveau de connaissance des IST/VIH/SIDA et le niveau de vie du ménage (Modèle **M3**).

En effet, on observe que le risque d'avoir des rapports sexuels précoces est plus élevé chez les adolescents "Bariba" comparés à leurs homologues "Fon". Les adolescents issus de l'ethnie "Bariba" ont 0,71 fois plus de risque d'avoir des rapports sexuels précoces que ceux issus de l'ethnie "Fon". On observe aussi une relation significative entre le niveau de connaissance des IST/VIH/SIDA et la précocité des rapports sexuels. Les adolescents ayant une connaissance partielle des IST/VIH/SIDA ont 0,16 fois plus de risque d'avoir des rapports sexuels précoces que leurs homologues ayant une connaissance élevée au seuil de 5%. Par ailleurs, la relation entre la condition de vie des adolescents et la précocité des rapports sexuels est confirmée dans la mesure

où on observe que les adolescents vivant dans des ménages de niveau de vie faible ont 0,45 fois plus de risque d'avoir des rapports sexuels précoces que ceux vivant dans les ménages de niveau de vie élevé.

Les variables relatives au milieu de résidence bien que restées non significatives au modèle final (**M3**) trouvent leur importance dans l'explication des mécanismes par lesquels certaines variables influencent le comportement sexuel des adolescents sur la précocité des rapports sexuels. En effet, l'introduction du niveau de vie a réduit la significativité de la relation entre le milieu de résidence et la précocité des rapports sexuels observée au modèle (M2), où les adolescents du milieu rural avaient 0,29 fois plus de risque d'avoir des rapports sexuels précoces que leurs homologues du milieu urbain. Cette situation est identique au niveau de la fréquence d'exposition à la radio où les adolescents qui n'écoutent pas du tout ce média avaient 0,29 fois plus de risque d'avoir des rapports sexuels précoces que ceux qui l'écoutent chaque jour.

Tableau 4.2 : Résultats de la régression logistique du risque relatif, chez les adolescents de 15-24 ans de la précocité des rapports sexuels

Variables/Modalités	M1	M2	M3
Ethnie (MR= Fon)	**	**	**
Adja	0,973ns	0,976ns	0,950ns
Bariba	1,659***	1,740***	1,712***
Bêtamarihé	1,385**	1,312*	1,202ns
Yoruba	1,118ns	1,146ns	1,143ns
Autres ethnies	1,434**	1,473**	1,414**
Religion (MR= Catholique)	ns	ns	ns
Traditionnelle	1,342***	1,344**	1,283**
Musulmane	0,959ns	0,929ns	0,922ns
Protestante	0,969ns	0,977ns	0,958ns
Céleste	1,070ns	1,105ns	1,077ns
Autres religions	1,097ns	1,153ns	1,123ns
Milieu de socialisation (MR= Rural)	ns	ns	ns
Cotonou ou grandes villes	0,872ns	0,897ns	0,926ns
petites villes	0,986ns	0,975ns	0,995ns
Etrangers	1,094ns	1,117ns	1,145ns
Milieu de résidence (MR= Urbain)	***	***	*
Rural	1,335***	1,294***	1,188*

Variables/Modalités	M1	M2	M3
Niveau d'instruction (MR= Sans niveau)	ns	ns	ns
Primaire	0,928**	0,895ns	0,924ns
Secondaire et plus	0,818***	0,831*	0,875ns
Fréquence d'exposition à la radio (MR= Chaque jour)	***	**	*
Pas du tout	1,449***	1,286**	1,252*
Moins d'une fois par semaine	1,281***	1,271**	1,246**
Au moins une fois par semaine	1,259***	1,213**	1,206**
Fréquence d'exposition à la télévision (MR= Pas du tout)	ns	ns	ns
Mois d'une fois par semaine	1,069ns	1,066ns	1,134ns
Au moins une fois par semaine	1,104ns	1,121ns	1,236*
Chaque jour	0,974ns	0,989ns	1,095ns
Niveau de connaissance des IST/VIH/SIDA (MR= Elevé)		**	**
Partiel		1,161**	1,163**
Connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VIH/SIDA (MR= Non)		*	*
Oui		0,870*	0,864*
Niveau de vie (MR= Elevé)			***
Faible			1,454***
Moyen			1,217*
Etat matrimonial (MR= Non marié)	ns	ns	ns
Marié	0,971ns	0,939ns	0,943
Sexe (MR=Féminin)	ns	ns	ns
Masculin	1,061ns	1,077ns	1,041
Khi-2	114,757	106,708	119,554
Significativité du Khi-2	***	***	***
Pseudo R² (%)	4	3,8	4,3

MR: Modalité de référence ; **Seuil de signification :** *** significatif à 1% ; ** significatif à 5% ; * significatif à 10% ; ns non significatif

Source : Traitement des données de l'EDSB-III, 2006.

4.2.2. Déterminants du multipartenariat sexuel

Il ressort des résultats de l'analyse de la régression logistique (tableau 4.3) que cinq facteurs déterminent le **multipartenariat sexuel** chez les adolescents : l'ethnie, le niveau d'instruction, la fréquence d'exposition à la radio, le niveau de connaissance des

IST/VIH/SIDA et la connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VIH/SIDA (Modèle **M3**).

En effet, on observe que le risque de la pratique du multipartenariat sexuel est plus élevé chez les adolescents "Bétamaribè" comparés à leurs homologues "Fon". Les adolescents " Bétamaribè " ont 0,67 fois plus de risque de pratiquer le multipartenariat sexuel que les "Fon". La relation entre le niveau d'instruction et le multipartenariat sexuel est confirmée dans la mesure où on observe que les adolescents sans niveau ont 1,643 fois plus de risque de pratiquer le multipartenariat sexuel que ceux du niveau secondaire ou plus.

Une relation significative s'observe entre la fréquence d'exposition à la radio et le multipartenariat sexuel, au seuil de 1%. Les adolescents qui n'écoutent pas du tout la radio ont 0,60 fois moins de risque que ceux qui l'écoutent chaque jour d'adopter ce comportement sexuel. Quant au niveau de connaissance des IST/VIH/SIDA, les adolescents ayant une connaissance partielle ont 0,293 fois moins de risque de pratiquer le multipartenariat sexuel que leurs homologues ayant une connaissance élevée.

Par ailleurs, la relation entre la connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VIH/SIDA et le multipartenariat sexuel est confirmée dans la mesure où les adolescents ayant cette connaissance ont 0,46 fois plus de risque de recourir à cette pratique que ceux qui l'ignorent.

Au modèle **M2**, la fréquence d'exposition à la télévision était associée au multipartenariat sexuel au seuil de 10%. Mais après l'introduction de la variable relative au niveau de vie (**M3**), les effets sont devenus non significatifs. Ceci montre que le niveau de vie médiatise totalement l'effet de la fréquence d'exposition à la télévision sur le multipartenariat sexuel. Dans ce cas, le niveau de vie agit comme une variable inhibitrice.

Au modèle **M1**, la relation entre le niveau d'instruction et le multipartenariat sexuel était non significative. Mais l'introduction des variables " niveau de connaissance des IST/VIH/SIDA" et "connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VIH/SIDA" a fait passer la significativité à 5% (**M2**). Ainsi, les effets du niveau d'instruction sur le multipartenariat sexuel chez les adolescents passent en partie par le

niveau de connaissance des IST/VIH/SIDA et la connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VIH/SIDA.

Tableau 4.3 : Résultats de la régression logistique du risque relatif, chez les adolescents de 15-24 ans du multipartenariat sexuel

Variables/Modalités	M1	M2	M3
Ethnie (MR= Fon)	**	**	**
Adja	0,76*	0,698**	0,703**
Bariba	1,21ns	0,972ns	0,975ns
Bêtamariabè	1,433ns	1,587*	1,669**
Yoruba	0,954ns	0,921ns	0,913ns
Autres ethnies	0,682ns	0,677ns	0,687ns
Religion (MR= Catholique)	ns	ns	ns
Traditionnelle	0,753ns	0,715*	0,729*
Musulmane	0,859ns	0,825ns	0,823ns
Protestante	0,737ns	0,719ns	0,721ns
Céleste	0,728ns	0,76ns	0,771ns
autres religions	0,681**	0,681**	0,68**
Milieu de socialisation (MR= Rural)	ns	ns	ns
Cotonou ou grandes villes	1,105ns	1,088ns	1,059ns
petites villes	1,137ns	1,091ns	1,071ns
Etrangers	0,687ns	0,665ns	0,645ns
Milieu de résidence (Mr= Rural)	ns	ns	ns
Urbain	0,833ns	0,843ns	0,821ns
Niveau d'instruction (MR= Secondaire et plus)	ns	**	**
Sans niveau	1,43**	1,609***	1,643***
Primaire	1,093ns	1,169ns	1,181ns
Fréquence d'exposition à la radio (MR= Chaque jour)	***	***	***
Pas du tout	0,404***	0,406***	0,402***
Moins d'une fois par semaine	0,614***	0,668**	0,671**
Au moins une fois par semaine	0,676***	0,683***	0,686***
Fréquence d'exposition à la télévision (MR= Pas du tout)	*	*	ns
Mois d'une fois par semaine	1,472**	0,778ns	0,816ns
Au moins une fois par semaine	1,297ns	1,167ns	1,185ns
Chaque jour	1,311ns	1,047ns	1,039ns
Niveau de connaissance des IST/VIH/SIDA (MR= Elevé)		***	***
Partiel		0,702***	0,707***
Connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VIH/SIDA (MR= Non)		***	***
Oui		1,462***	1,458***

Variables/Modalités	M1	M2	M3
Niveau de vie (MR= Elevé)			ns
Faible			0,828ns
Moyen			0,974ns
Etat matrimonial(MR= Non Marié)	***	***	***
Marié	0,439***	0,456***	0,458***
Khi-2	79,385	95,983	97,655
Significativité du Khi-2	***	***	***
Pseudo R² (%)	6,5	7,9	8,1
MR: Modalité de référence ; Seuil de signification : *** significatif à 1% ; ** significatif à 5% ; * significatif à 10% ; ns non significatif			

Source : Traitement des données de l'EDSB-III, 2006.

4.2.3. Déterminants de la non utilisation du condom aux derniers rapports sexuels

Des résultats de l'analyse de la régression logistique (tableau 4.4), il ressort que cinq facteurs déterminent la non utilisation du condom aux derniers rapports sexuels chez les adolescents : l'ethnie, le milieu de résidence, le niveau d'instruction, le niveau de connaissance des IST/VIH/SIDA et la connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VIH/SIDA (Modèle M3).

Une relation significative s'établit entre l'ethnie et la non utilisation du condom aux derniers rapports sexuels au seuil de 5%. Les adolescents de l'ethnie "Adja" ont 0,31 fois moins de risque de ne pas utiliser le condom lors de leurs derniers rapports sexuels que ceux de l'ethnie "Fon". De la même manière, la relation entre le milieu de résidence et la non utilisation du condom aux derniers rapports sexuels est significative au seuil de 5%. En effet, les adolescents qui vivent en milieu urbain ont 0,27 fois moins de risque d'adopter cette pratique que leurs homologues du milieu rural. Par ailleurs, on note une relation significative au seuil de 1% entre le niveau d'instruction et la non utilisation du condom aux derniers rapports sexuels ; les adolescents du niveau secondaire et plus ont 0,75 fois moins de risque de ne pas utiliser le condom aux derniers rapports sexuels que ceux qui sont sans niveau.

La relation entre le niveau de connaissance des IST/VIH/SIDA et la non utilisation du condom aux derniers rapports sexuels est significative au seuil de 1%. On observe à ce niveau que les adolescents qui ont une connaissance partielle des

IST/VIH/SIDA ont 0,43 fois plus de risque de ne pas utiliser du condom lors de leurs derniers rapports sexuels que ceux ayant une connaissance élevée. La connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VIH/SIDA a aussi un effet significatif sur l'utilisation du condom au seuil de 1%. Ceci d'autant plus que, par rapport aux adolescents qui ignorent que le condom permet d'éviter les IST/VIH/SIDA, ceux qui le savent ont 0,43 fois moins de risque de n'avoir pas utilisé de condom au cours de leurs derniers rapports sexuels.

Les différences observées au modèle (M1) entre les adolescents qui sont exposés à la télévision moins d'une fois par semaine et ceux qui ne sont pas du tout exposés sont devenues non significatives au modèle (M3). En effet, avant l'introduction des variables "Niveau de connaissance des IST/VIH/SIDA" et "Connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VIH/SIDA", les adolescents qui sont exposés à la télévision moins d'une fois par semaine avaient 0,32 fois moins de risque de n'avoir pas utilisé les condoms que ceux qui ne sont pas du tout exposés. Le "Niveau de connaissance des IST/VIH/SIDA" et la "Connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VIH/SIDA" médiatisent donc les effets de l'exposition à la télévision sur la non-utilisation du condom aux derniers rapports sexuels.

Tableau 4.4 : Résultats de la régression logistique du risque relatif, chez les adolescents de 15-24 ans de la non utilisation du condom au dernier rapport sexuel

Variables/Modalités	M1	M2	M3
Ethnie (MR= Fon)	***	**	**
Adja	0,619***	0,696**	0,689**
Bariba	0,811ns	0,956ns	0,941ns
Bêtamaribè	0,822ns	0,839ns	0,804ns
Yoruba	1,317ns	1,333*	1,322ns
Autres ethnies	0,763ns	0,78ns	0,762ns
Religion (MR= Catholique)	ns	ns	ns
Traditionnelle	0,981ns	1,026ns	0,994ns
Musulmane	0,946ns	0,934ns	0,928ns
Protestante	1,145ns	1,167ns	1,148ns
Céleste	1,142ns	1,09ns	1,076ns
Autres religions	1,177ns	1,186ns	1,171ns
Milieu de socialisation (MR= Rural)	ns	ns	ns
Cotonou ou grandes villes	0,926ns	0,975ns	0,996ns
Petites villes	0,833ns	0,859ns	0,867ns
Etrangers	0,788ns	0,894ns	0,928ns
Milieu de résidence (MR= Rural)	***	***	**
Urbain	0,679***	0,685***	0,73**

Variables/Modalités	M1	M2	M3
Niveau d'instruction (MR= Sans niveau)	***	***	***
Primaire	0,527***	0,56***	0,572***
Secondaire et plus	0,204***	0,24***	0,248***
Fréquence d'exposition à la radio (MR= Chaque jour)	ns	ns	ns
Pas du tout	1,042ns	0,869ns	0,854ns
Moins d'une fois par semaine	1,128ns	1,137ns	1,129ns
Au moins une fois par semaine	1,057ns	0,992ns	0,992ns
Fréquence d'exposition à la télévision (MR= Pas du tout)	**	*	ns
Moins d'une fois par semaine	0,685**	0,693**	0,72**
Au moins une fois par semaine	0,736*	0,772ns	0,822ns
Chaque jour	0,682**	0,723**	0,782ns
Niveau de connaissance IST/VIH/SIDA (MR= Elevé)		***	***
Partiel		1,425***	1,429***
Connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VIH/SIDA (MR= Non)		***	***
Oui		0,577***	0,573***
Niveau de vie (MR= Elevé)			ns
Faible			1,239ns
Moyen			1,313ns
Etat matrimonial(MR= Marié)	***	***	***
Non Marié	0,127***	0,135***	0,135***
Sexe (MR=Féminin)	***	***	***
Masculin	0,392***	0,387***	0,379***
Khi-2	1205,262	1172,434	1175,457
Significativité du Khi-2	***	***	***
Pseudo R² (%)	41,6	42,1	42,2
MR: Modalité de référence ; Seuil de signification : *** significatif à 1% ; ** significatif à 5% ; * significatif à 10% ; ns non significatif			

Source : Traitement des données de l'EDSB-III, 2006.

Tableau 4.5 : Tableau récapitulatif des risques relatifs d'entrée en vie sexuelle précoce, du multipartenariat et d'utilisation des condoms aux derniers rapports sexuels

Variables/Modalités	Précocité des rapports sexuels	Multipartenariat sexuel	Non utilisation de condoms
Ethnie (MR= Fon)	**	**	**
Adja	0,950ns	0,703**	0,689**
Bariba	1,712***	0,975ns	0,941ns
Bêtamaribè	1,202ns	1,669**	0,804ns
Yoruba	1,143ns	0,913ns	1,322ns

Variables/Modalités	Précocité des rapports sexuels	Multipartenariat sexuel	Non utilisation de condoms
Autres ethnies	1,414**	0,687ns	0,762ns
Religion (MR= Catholique)	Ns	ns	ns
Traditionnelle	1,283**	0,729*	0,994ns
Musulmane	0,922ns	0,823ns	0,928ns
Protestante	0,958ns	0,721ns	1,148ns
Céleste	1,077ns	0,771ns	1,076ns
Autres religions	1,123ns	0,68**	1,171ns
Milieu de socialisation (MR= Rural)	Ns	ns	ns
Cotonou ou grandes villes	0,926ns	1,059ns	0,996ns
petites villes	0,995ns	1,071ns	0,867ns
Etrangers	1,145ns	0,645ns	0,928ns
Milieu de résidence (Urbain)	*	ns	**
Rural	1,188*	0,821ns	0,73**
Niveau d'instruction (MR= Sans niveau)	Ns	**	***
Primaire	0,924ns	1,643***	0,572***
Secondaire et plus	0,875ns	1,181ns	0,248***
Fréquence d'exposition à la radio (MR= Chaque jour)	*	***	ns
Pas du tout	1,252*	0,402***	0,854ns
Moins d'une fois par semaine	1,246**	0,671**	1,129ns
Au moins une fois par semaine	1,206**	0,686***	0,992ns
Fréquence d'exposition à la télévision (MR= Pas du tout)	Ns	ns	ns
Mois d'une fois par semaine	1,134ns	0,816ns	0,72**
Au moins une fois par semaine	1,236*	1,185ns	0,822ns
Chaque jour	1,095ns	1,039ns	0,782ns
Niveau de connaissance des IST/VIH/SIDA (MR= Elevé)	**	***	***
Partiel	1,163**	0,707***	1,429***
Connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VIH/SIDA (MR= Non)	*	***	***
Oui	0,864*	1,458***	0,573***
Niveau de vie (MR= Elevé)	***	ns	ns
Faible	1,454***	0,828ns	1,239ns
moyen	1,217*	0,974ns	1,313ns

MR = Modalité de Référence ; **Seuil de signification** : *** significatif à 1% ; ** significatif à 5% ; * significatif à 10% ; ns non significatif

Source : Traitement des données de l'EDSB-III, 2006.

4.2.4. Contributions des variables à l'explication des différentes variations de comportements sexuels chez les adolescents de 15-24 ans

Après la détermination des différents facteurs qui concourent à l'explication de la précocité des rapports sexuels, le multipartenariat sexuel et la non-utilisation des condoms au cours des derniers rapports sexuels et l'identification des mécanismes par lesquels ces variables influencent le comportements sexuel de ceux-ci, il est question ici de procéder à une hiérarchisation des facteurs à partir de leur contribution.

Le tableau 4.6 présente la hiérarchisation des déterminants selon leur contribution à l'explication des différentes variations de comportements chez les adolescents de 15-24 ans.

Les caractéristiques individuelles, socio-économiques et culturelles des adolescents déterminent la précocité des rapports sexuels, le multipartenariat sexuel et la non-utilisation des condoms au cours des derniers rapports sexuels.

En effet, l'ethnie le niveau d'instruction de l'adolescent, le niveau de vie du ménage dans lequel il évolue, la connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VI/HSIDA et l'ethnie sont les facteurs qui déterminent la non-utilisation du condom.

Tableau 4.6 : Hiérarchisation des déterminants selon leur contribution à l'explication des différentes variations de comportements sexuels à risque chez les adolescents

Comportements sexuels à risque	Variables	Khi-2f	Khi-2s	Contribution (%)	Rang
Age aux premiers rapports sexuels (précocité)	Ethnie	119,554	110,905	7,2	1er
	Niveau de connaissance des IST/VIH/SIDA	119,554	112,61	5,8	2è
	Niveau de vie	119,554	119,423	0,1	3è
Multipartenariat sexuel	Ethnie	97,655	85,811	12,1	2è
	Niveau d'instruction	97,655	89,264	8,6	3è
	Fréquence d'exposition à la radio	97,655	78,721	19,4	1er
	Niveau de connaissance des IST/VIH/SIDA	97,655	90,944	6,9	5è
	Connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VIH/SIDA	97,655	89,324	8,5	4è

Comportements sexuels à risque	Variables	Khi-2f	Khi-2s	Contribution (%)	Rang
Non utilisation de condom aux derniers rapports sexuels	Ethnie	1175,457	1161,691	1,2	4è
	Milieu de résidence	1175,457	1170,434	0,4	5è
	Niveau d'instruction	1175,457	1086,111	7,6	1er
	Niveau de connaissance des IST/VIH/SIDA	1175,457	1130,138	3,9	2è
	Connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VIH/SIDA	1175,457	1147,878	2,3	3è
Khi-2f: KHI-DEUX du Modèle final (M3) Khi-2s: KHI-DEUX du Modèle sans la variable dont on veut déterminer la contribution					

Source : Traitement des données de l'EDSB-III, 2006.

A l'analyse de ce tableau, on constate que l'ethnie et le niveau de connaissance des IST/VIH/SIDA contribuent fortement à la précocité des rapports sexuels avec respectivement 7,2% et 5,8%. Quant au multipartenariat sexuel, la fréquence d'exposition à la radio y contribue plus avec 19,4% suivi de l'ethnie 12,1%. Le niveau d'instruction et le niveau de connaissance des IST/VIH/SIDA contribuent fortement à la non utilisation du condom aux derniers rapports sexuels avec respectivement 7,6% et 3,9%.

Par ailleurs on constate que l'ethnie et le niveau de connaissance des IST/VIH/SIDA déterminent les trois comportements sexuels à risque retenus pour notre étude.

4.3. Synthèse des résultats

La confrontation des risques relatifs permet de dégager une typologie des adolescents les plus exposés aux IST/VIH/SIDA.

Dans le cas de l'ethnie, le rapprochement des risques relatifs permet de mettre en évidence une diversité ethnique dans les comportements sexuels pendant l'adolescence. Le tableau 4.5 montre que les adolescents "Bariba" ont le risque le plus élevé d'entrer en vie sexuelle précoce, et leur homologues "Bétamaribè" ont le risque le plus élevé de multipartenariat sexuel. Les différences observées selon l'ethnie seraient attribuables

aux différences des mœurs sexuelles et aux disparités de scolarisation. En effet, la région du Nord se caractérise par les plus faibles taux de scolarisation, auxquels s'ajoute la précocité des unions. Ces résultats confirment notre hypothèse **H1**.

Les adolescents résidant en milieu rural ont le risque le plus élevé d'entrer en vie sexuelle précoce et de non utilisation de condoms. Les adolescents du niveau primaire ont le risque le plus élevé de s'engager dans le multipartenariat sexuel et, à l'instar de leurs homologues du niveau secondaire et plus, une propension plus élevée d'utiliser de condoms. S'agissant de l'effet des médias, on observe que les adolescents qui écoutent la radio chaque jour s'engagent plus dans le multipartenariat sexuel. Ces résultats confirment l'hypothèse **H2** selon laquelle les facteurs socio-culturels de modernisation tels que le milieu de résidence, les écoles ou les médias influencent les comportements sexuels des adolescents.

Par rapport au niveau de vie, on constate que les adolescents de niveau de vie élevé s'engagent moins dans une vie sexuelle précoce, protègent mieux leurs rapports sexuels et s'engagent plus dans le multipartenariat sexuel. Ce résultat confirme l'hypothèse **H3** selon laquelle les adolescents qui vivent dans des conditions économiques difficiles ont plus de chance d'adopter des comportements sexuels à risques que ceux qui vivent dans des conditions économiques meilleure.

Les adolescents ayant une connaissance élevée des IST/VIH/SIDA sont moins enclins à une vie sexuelle précoce. La connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VIH/SIDA favorise davantage l'engagement dans le multipartenariat sexuel, ralentit l'entrée en vie sexuelle et contribue à la protection des rapports sexuels. Cela confirme l'hypothèse **H4** selon laquelle les adolescents qui ont une connaissance élevée des IST/VIH/SIDA et qui savent que les condoms permettent de prévenir ces maladies sont plus enclins à utiliser les condoms que les autres.

CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS

L'objectif de notre étude était de contribuer à l'amélioration de l'état des connaissances des facteurs explicatifs des comportements sexuels à risque des jeunes et des adolescents au Bénin. Ceci, afin d'aider les décideurs politiques et autres partenaires au développement à avoir des informations fiables qui pourront leur servir de base pour une prise en charge des besoins spécifiques des jeunes et des adolescents; et de là, intégrer la problématique du VIH/SIDA dans les politiques et les programmes nationaux de développement. Pour atteindre cet objectif, nous nous sommes fixés les trois objectifs spécifiques suivants:

- ✓ Identifier les déterminants des comportements sexuels à risque d'infection aux IST/VIH/SIDA des adolescents au Bénin ;
- ✓ Mettre en évidence les mécanismes par lesquels certains facteurs socio-culturels et économiques influencent les comportements sexuels à risque des adolescents au Bénin;
- ✓ Hiérarchiser les déterminants selon leur contribution à expliquer les comportements sexuels à risque chez les adolescents béninois.

La revue de la littérature nous a permis de faire le point sur les déterminants des comportements sexuels à risque des jeunes et des adolescents. Des études antérieures qui ont porté sur ce sujet, il est ressorti deux principales approches explicatives des comportements sexuels des jeunes et des adolescents : l'approche socio-culturelle et l'approche économique. A partir de la synthèse de la littérature, un schéma conceptuel des comportements sexuels à risque a été élaboré. De ce schéma, nous avons émis l'hypothèse selon laquelle les comportements sexuels à risque des adolescents béninois sont influencés directement ou indirectement par l'environnement socio-culturel et économique. Pour opérationnaliser l'environnement socio-culturel, nous avons retenu comme variables l'ethnie, la religion, le milieu de socialisation, le milieu de résidence, le niveau d'instruction, la fréquence d'exposition à la radio et la fréquence d'exposition à la télévision. Le niveau de vie du ménage a permis d'opérationnaliser l'environnement économique. Dans le cas des variables intermédiaires, nous avons considéré les connaissances et attitudes vis-à-vis des IST/VIH/SIDA. Le sexe et l'état matrimonial nous ont servi de variables de contrôle. En effet, si les comportements sexuels à risque sont susceptibles de varier selon les conditions de vie des adolescents, ils peuvent

également être influencés par différents facteurs qui relèvent aussi bien du domaine démographique que du socio-culturel et psychosocial. Pour mieux comprendre la réalité de l'association entre les conditions de vie des adolescents et leurs pratiques en matière de sexualité, il est important de les prendre en compte dans l'analyse en vue d'éliminer l'effet de certaines caractéristiques psychosociales à l'origine des décisions sexuelles des adolescents. Pour opérationnaliser les comportements sexuels à risques, nous avons considéré comme variables la précocité des rapports sexuels, le multipartenariat sexuel et la non-utilisation des condoms.

Pour atteindre nos objectifs, nous avons formulé les hypothèses spécifiques suivantes :

H1 - Les adolescents appartenant à une ethnie ayant des mœurs sexuelles permissives ont précocement leurs premiers rapports sexuels et plus de risque d'avoir plus de partenaires sexuels occasionnels et de ne pas utiliser les condoms que ceux appartenant à une ethnie ayant des mœurs sexuelles rigides.

H2 - Les facteurs socio-culturels de modernisation tels que le milieu de résidence, les écoles ou les médias influencent les comportements sexuels des adolescents.

H3 - Les adolescents qui vivent dans des conditions économiques difficiles ont plus de chance d'adopter des comportements sexuels à risques que ceux qui vivent dans des conditions économiques meilleures.

H4 - Les adolescents qui ont une connaissance élevée des IST/VIH/SIDA et qui savent que les condoms permettent de prévenir ces maladies sont plus enclins à utiliser les condoms que les autres.

Le test de ces hypothèses s'est fait en appliquant notre cadre théorique aux données de l'EDSB-III, réalisée au Bénin en 2006. L'analyse des données a été faite à trois niveaux selon les modèles statistiques utilisés. En premier lieu l'analyse factorielle des correspondances multiples (AFCM) nous a permis de catégoriser deux grands groupes d'adolescents selon leurs comportements sexuels. En second lieu, nous avons décrit au niveau bivarié les associations qui existent entre les variables indépendantes retenues dans l'étude et chacune des trois variables dépendantes grâce au test de Khi-

deux. Enfin, l'analyse multivariée nous a permis de valider les résultats de l'analyse bivariée à l'aide de la régression logistique.

A l'issue de l'analyse bivariée, il ressort les résultats suivants :

L'ethnie, la religion, le milieu de socialisation, le milieu de résidence, le niveau d'instruction, la fréquence d'exposition aux médias, le niveau de connaissance des IST/VIH/SIDA, la connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VIH/SIDA et le niveau de vie des ménages dans lesquels évoluent les jeunes et les adolescents sont les facteurs associés à la précocité des premiers rapports sexuels chez les adolescents béninois. En effet, l'occurrence précoce des premiers rapports sexuels est fréquente chez les jeunes et les adolescents béninois quelle que soit leur appartenance ethnique ou religieuse. Ce comportement s'observe plus chez les jeunes et les adolescents ayant passé les douze premières années de leur vie en campagne, résidant en milieu rural, n'ayant aucun niveau d'instruction, ayant une connaissance partielle des IST/VIH/SIDA et ignorant que le condom permet de prévenir les IST/VIH/SIDA ; vivant dans des ménages de niveau de vie faible ou moyen, ces jeunes et adolescents ne sont pas du tout exposés aux médias.

L'ethnie, la religion, La fréquence d'exposition aux médias, la connaissance des IST/VIH/SIDA et la connaissance du condom comme moyen prévention des IST/VIH/SIDA sont les facteurs associés au multipartenariat sexuel chez les jeunes et les adolescents béninois. En effet, le multipartenariat sexuel est davantage fréquent chez les jeunes et les adolescents "Bariba", "Betamaribè" et "Fon", de religion "Catholique" et "Céleste", qui écoutent la radio et suivent la télévision chaque jour ou au moins une fois par semaine. Ce comportement s'observe chez les adolescents ayant une connaissance élevée des IST/VIH/SIDA et qui savent que le condom est un moyen de prévention des IST/VIH/SIDA.

Pour ce qui est de la non-utilisation du condom, très peu de jeunes et d'adolescents ont recouru au condom lors de leurs derniers rapports sexuels. Cette pratique est fréquente chez les jeunes et les adolescents béninois quelle que soit leur appartenance ethnique ou religieuse. La non-utilisation du condom est un comportement qui s'observe aussi chez les adolescents socialisés en campagne, résidant en milieu rural et n'ayant aucun niveau d'instruction. Ces jeunes et ces adolescents sont moins exposés

aux médias et vivent dans les ménages de niveau de vie faible ou moyen. Notons en plus que ces jeunes et ces adolescents ont une connaissance partielle des IST/VIH/SIDA et ignorent que le SIDA se transmet par voie sexuelle.

A cette étape nous remarquons que les résultats vont dans le sens de nos hypothèses.

Les résultats de l'analyse multivariée vont nous permettre de confirmer ou d'infirmer les effets de certaines variables. Il ressort de ces résultats que :

Les facteurs explicatifs de la précocité des rapports sexuels sont l'ethnie, le niveau de connaissance des IST/VIH/SIDA et le niveau de vie du ménage dans lequel évoluent les adolescents. En effet, l'appartenance au groupe ethnique "Bariba", la connaissance partielle des IST/VIH/SIDA et le faible niveau de vie influencent positivement la précocité des rapports sexuels.

Les facteurs explicatifs de la non-utilisation du condom sont l'ethnie, le milieu de résidence, le niveau d'instruction, le niveau de connaissance des IST/VIH/SIDA et la connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VIH/SIDA. En effet, l'appartenance au groupe ethnique "Adja", la résidence urbaine, le niveau d'instruction à partir du secondaire, la connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VIH/SIDA influencent négativement la non-utilisation du condom au dernier rapport sexuel. En revanche, la connaissance partielle des IST/VIH/SIDA influence positivement la non-utilisation du condom au dernier rapport sexuel chez les adolescents.

Par ailleurs, l'ethnie, le niveau d'instruction, la fréquence d'exposition à la radio, le niveau de connaissance des IST/VIH/SIDA et la connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VIH/SIDA sont les facteurs explicatifs du multipartenariat sexuel chez les jeunes et les adolescents. La non écoute de la radio et la connaissance partielle des IST/VIH/SIDA influencent négativement le multipartenariat sexuel. L'appartenance au groupe ethnique "Bétamaribè" , la non fréquentation de l'école et la connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VIH/SIDA influencent positivement le multipartenariat sexuel chez les jeunes et les adolescents. La connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VIH/SIDA chez les

adolescents favorise le multipartenariat d'autant plus que les adolescents qui ne le savent pas ont deux fois plus de risque d'avoir plusieurs partenaires sexuels.

On peut donc conclure que les facteurs socio-culturels et économiques, à travers principalement l'ethnie et la connaissance des IST/VIH/SIDA, déterminent la précocité des rapports sexuels, le multipartenariat sexuel et la non-utilisation du condom chez les jeunes et les adolescents béninois.

Au regard de ce qui précède, nous pouvons affirmer que nos objectifs sont atteints et nos hypothèses vérifiées.

Globalement, nous estimons que les résultats auxquels nous avons abouti sont très importants puisque largement suffisants pour des recommandations. Toutefois, nous pouvons noter quelques limites. En effet, comme dans plusieurs études utilisant les données des enquêtes démographiques, la présente étude souffre du caractère transversal des données et du fait que les données collectées pendant l'enquête soient exclusivement quantitatives.

Une autre limite est celle relative à la définition retenue pour désigner une sexualité précoce. La limite de la précocité que nous avons retenue n'est pas irréfutable car un changement de l'âge limite pourrait entraîner un changement de résultats, donc de conclusions sur les risques de la sexualité précoce. A cela, il faut ajouter que les variables retenues pour expliquer les comportements sexuels à risque (par exemple le niveau de vie du ménage, le milieu de résidence, le niveau d'instruction du jeune adolescent) n'ont pas été saisies au moment où ces rapports sexuels ont eu lieu. Nous avons estimé que peu d'adolescents ont changé de condition de vie ou de milieu de résidence. Ce qui n'est pas forcément le cas en ce qui est du niveau d'instruction. L'idéal aurait été de disposer des données sur cette variable au moment de l'occurrence des premiers rapports sexuels. La dernière limite, non moins importante est relative aux données de l'EDSB-III qui ne nous ont pas permis de prendre en compte l'aspect genre et les facteurs psychosociaux à cause du fort taux de non-réponses observé sur les variables relatives à la prise de décision sur l'utilisation du condom lors des rapports sexuels et à l'opinion d'autrui sur les comportements sexuels.

Au vu des résultats auxquels nous avons abouti, il semble intéressant d'appréhender la dimension sociologique surtout dans un pays comme le Bénin où la

parole des leaders traditionnels et religieux est primordiale et où la tradition orale sert de support à l'éducation sociale. Pour cette approche, il est indispensable de passer par une enquête qualitative qui nous permettra de mieux saisir les représentations sociales de la sexualité et comprendre les vrais mobiles des comportements observés et que l'on souhaite modifier.

Notre souci est la protection de la santé des jeunes et des adolescents. En raison de la forte relation observée entre la connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VIH/SIDA et la non-utilisation du condom aux derniers rapports sexuels, nous formulons les recommandations suivantes à l'adresse des décideurs et autres autorités :

- Intensifier les programmes visant à promouvoir l'utilisation des condoms par les adolescents ;
- Prendre en compte les représentations négatives qui bloquent l'usage des condoms chez les adolescents ;
- Eviter de calquer les programmes déjà testés ailleurs ; il est temps que ces derniers s'approchent de la population avant l'élaboration de tout programme, parce qu'en fait ce ne sont pas les programmes qui sont rejetés mais les stratégies de leur mise en oeuvre ;
- Mettre en place des actions favorables à la scolarisation des jeunes et des adolescents au niveau secondaire et supérieur afin de renforcer les programmes visant à promouvoir l'utilisation des condoms ;
- Renforcer et amplifier les actions d'information et de conscientisation de la population sur les risques et les inconvénients d'une sexualité précoce déjà engagées dans le pays avec le soutien des Partenaires Techniques et Financiers, notamment l'UNICEF, le FNUAP et l'OMS à travers les projets mis en place ;
- Sensibiliser les adolescents sur les inconvénients du multipartenariat sexuel à l'ère du SIDA et sur les risques liés à l'activité sexuelle précoce.

BIBLIOGRAPHIE

AFFEDJOU B. S. (2007).- « Evaluation de la performance du système d'information du programme national de lutte contre le sida de janvier 2005 à juin 2007 ».- **Mémoire de maîtrise en santé publique.**- **Pahou : IRSP(UAC).**- **43 p.**

AKOTO E. M. et al. (2002). **Barrières à l'utilisation du condom: Perception et vécu des personnes sexuellement actives en milieu urbain au Cameroun,** Rapport final IFORD & SFPS, Yaoundé, 93 p.

AKOTO E.M., TAMBASHE B.O., AMOUZOU J. A., TAMEKO D. T. (2000). **Sexualité, Contraception et Fécondité des Adolescents au Burkina Faso,** Projet Régional Santé Familiale et Prévention du SIDA (SFPS), Septembre 2000, 60 p.

AKOTO E.M., TAMBASHE B.O., AMOUZOU J. A., TAMEKO D. T. (2005). «Sexualité, fécondité, contraception chez les jeunes en Côte d'Ivoire, au Cameroun, au Togo et au Burkina-Faso », communication au XXVe Congrès de la Population, Tours du 18 au 23 juillet 2005.

BANQUE MONDIALE (2001) : Rapport sur le développement dans le monde 2000/2001, combattre la pauvreté, 381p.

BEDARD E. (2005). **Rapports de genre, sexualité et comportements à risque des clients et autres partenaires sexuels des travailleuses du sexe de Ouagadougou, Burkina Faso,** Thèse de doctorat Ph.D. Université Laval, Faculté des Sciences Infirmières. 269 p.

BENINGUISSE G., (2007). **Sexualité prémaritale et santé de la reproduction des adolescents et des jeunes en Afrique Subsaharienne,** version provisoire, 38 p. (article non publié)

BOULA J. G., Les infections sexuellement transmissibles en Afrique subsaharienne et la prévention, Projet d'intervention, avril 2005,10 p.

BOUROCHE, J-M et SAPORTA G. (1998), L'analyse des données, 7^e ed., PUF, Collection «Que sais-je ?», Paris, 128p.

BOZON M. (2001). « Les cadres sociaux de la sexualité », **Sociétés Contemporaines**, n°41-42, pp.5-9. [Consulté en Juin, 2008].

BOZON M. (2003). « A quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle ? Comparaisons mondiales et évolutions récentes » **Population et Sociétés**, N°391, juin 2003.

BOZON M., HEILBORN M.L. et groupe Gravad. (2005). « Les difficultés de la négociation à l'initiation sexuelle chez les jeunes Brésiliens. Congrès Mondial de l'UIESP : « Début sexuel dans les pays en développement » Séance 155, Tours, France 18-23 juillet 2005.

BOZON M., HEILBORN M.L. et groupe Gravad. (2006), « Sexualité juvénile, contraception et rapports de genre. Spontanéité et déséquilibres entre partenaires à l'initiation sexuelle au Brésil », in Enfants d'aujourd'hui. Diversité des contextes. Pluralité des parcours, tome 2, Colloque international de Dakar (Sénégal, 10-13 décembre 2002), Paris, AIDELF-INED, p.663-679.

BOZON M, (1994a), « L'entrée dans la sexualité adulte », **Population**, 48ème année, n°5 : 1317-1196.

BOZON M, (1994b), « Les constructions sociales de la sexualité », **Population**, 1173-1196.

Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA/IST 2006-2010, 125p.

CALDWELL J.C, CALDWELL P. And Quiggin P., (1989), AIDS and Sub-saharan Africa, Population, 16(4): 31-51.

CALVES E.A, (1996). «Youth and fertility in Cameroon: changing patterns of family formation» Thesis, Rural Sociology and Demograph, , The Pennsylvania State University 254p.

COHEN.D (1993) : «L'impact économique de l'épidémie d'infections par le VIH », PNUD (programme et développement), N°12, New York, Novembre, 1993,31p.

COUDOUEL Aline, HENTSCHEL Jesko S., et T. Wodon Quentin (2002) « Mesure et analyse de la pauvreté », « Poverty », Chapitre I, Avril 2002, Banque Mondiale, Washington.

DE LOENZIEN, Myriam (2002) : Connaissances et attitudes face au VIH/SIDA, 281p.

DE LOENZIEN, M., (1995), « Connaissances, opinions et attitudes relatives au SIDA en milieu rural africain Sénégal, Cameroun, Burundi, Paris » Thèse de Doctorat Université Paris V, 520p + 168p.

DELAUNAY V. (2005), Sexualité et prévention avant le mariage en Afrique subsaharienne : une revue de la littérature, Conférence virtuelle : « La régulation de la fécondité en Afrique : Transformation et différence au tournant du XXI^e siècle », 10 au 14 oct. 2005, 31p.

DELAUNAY V. (1994). « L'entrée en vie féconde. Expression démographique des mutations socio-économiques d'un milieu rural sénégalais », Les Etudes du CEPED n°7, 326p.

DELAUNAY V. et al. (1994). « Sexualité des adolescentes : tendances récentes en milieu rural Sénégalais », Les Dossiers du CEPED, Paris, Novembre 2001, n°65, 42p.

DIOP, N. J. (1995). **La fécondité des adolescentes au Sénégal**. Rapport d'étude n°11, Union pour l'Etude de la Population Africaine, 191p.

ESCOFIER, B, et PAGES J. (1998), **Analyses factorielles simples et multiples. Objectifs, méthodes et interprétation**, Dunod, Paris, 284p.

EVINA Akam, (1998). **Vie féconde des adolescents en milieu urbain camerounais**, les cahiers de l'IFORD N° 3, IFORD, Yaoundé 117p.

EVINA Akam, (1990) **Infécondité et sous-fécondité : évaluation et recherche des facteurs. Le cas du Cameroun**, Thèse de doctorat, Démographie U.C.L, 274p.

GARENNE M., MADISON M., TARANTOLA D., TESTA J., MBOUP S., WADE A., HANE A., (1995), **The Demographic Impact of HIV/AIDS in West Africa.**

Volume II: Dakar and Ouagadougou. (A report to USAID/REDSO), Harvard School of Public Health, François Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, 183p. (Working Paper Series, n°5)

GARENNE M., MADISON M., TARANTOLA D., ZANOU B., AKA J., DOGORE R., (1995a), Conséquences démographiques du SIDA en Abidjan : 1986-1992, Paris, CEPED (Etudes du CEPED, n°10)

GUEYE M., Castle S., KONATE M. K., (2001). «Moments des premiers rapports sexuels des adolescents du Mali et implications pour la pratique contraceptive », **Perspectives Internationales pour le Planning Familial**, Numéro spécial de 2001. pp. 2-8.

GUIELLA G. (2004). "Santé sexuelle et de la reproduction des jeunes au Burkina Faso: un état des lieux " in **Perspectives Internationales sur le Planning Familial**, Numéro spécial 2004, No.12: 39 p.

KANKWENDA M. et al (1999) : La lutte contre la pauvreté en Afrique subsaharienne, Ed. Economia, Paris, 473p.

KOBIANE, J-F (2006), Ménages et scolarisation des enfants au Burkina Faso A la recherche des déterminants de la demande scolaire 306p.

KOUTON E. (1992) : Evaluation et recherche des facteurs de la fécondité précoce au Bénin, les cahiers de l'IFORD, N°3, Yaoundé, 122p.

KUATE-DEFO B. (1998). "Tendances et déterminants des variations régionales de l'activité sexuelle prémaritale à l'adolescence", in Kuate-Defo, B. (sous la direction de), **Sexualité et Santé reproductive durant l'adolescence en Afrique, avec une attention particulière sur le Cameroun**, Ediconseil Inc., Québec, pp. 133-150.

LERIDON, H, et TOULEMON L. (1997), Démographie. Approche statistique et dynamique des populations, Economica, Paris, 440p.

LOCOH T., (1991), « La fécondité des adolescents : synthèse des résultats des enquêtes nationales », Revue vie et santé, 8, juillet.

MBOUP GORA, « Problématique liée à l'origine du SIDA : point de vue démographique », **SIDA en Afrique**, Imprimerie des pays de l'ADOUR, Pau (France), 1989, pp 12,21.

Ministère de la Santé : Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018. 137 p.

Ministère de la Santé Publique (2002).- « Politique et stratégies de développement du partenariat entre les secteurs public et privé dans le domaine de la santé 2002-2006 ».-
Cotonou : MSP.- 43 p.

Ministère de la Santé Publique (2002).- « Politique et stratégies de développement du secteur santé 2002-2006 ».- **Cotonou : MSP.- 71 p.**

Ministère de la Santé Publique (2006).- « Etude descriptive de l'offre privée des soins au Bénin : rapport final ».- **Cotonou : MSP, 8è FED.- 61 p.**

Ministère de la Santé Publique (2007).- « Rapport général des Etats Généraux de la Santé du Bénin, Palais des Congrès de Cotonou du 21 au 24 novembre 2007 ».-
Cotonou : MSP.- 35 p.

Ministère de la Santé, de la Protection Sociale et de la Condition Féminine (1997).-
« Politiques et stratégies nationales de développement du secteur santé 1997-2001 ».-
Cotonou : MSPSCF.- 67 p.

NAUDET J.D (1996) : **Crise et population en Afrique. Crise de l'économie réelle et Dynamique de la demande en Afrique de l'Ouest**, les études du CEPED, juillet 1996, N°13, Paris, France, 71p.

NGATCHOU Dackam Richard (2004), « Des produits pour répondre aux besoins des programmes de développement », UNFPA-EAT1, Dakar 2004.

ONUSIDA (1999) : " Le rapport de l'ONUSIDA", in Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, octobre 1999, Genève, Suisse, 61p.

ONUSIDA (2001) : " Récapitulatif des meilleurs pratiques en Afrique», Octobre 1999, Genève- Suisse, 61p.

ONUSIDA (2002) : Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA, juillet 2002, Genève, Suisse, 232p.

ONUSIDA (2007) : Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA, novembre 2006, Genève, Suisse.

ONUSIDA (2010) : Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA, Genève, Suisse, 359p.

OUEDRAOGO C. et al., (2006). "Expérience d'adolescentes en santé sexuelle et reproductive" **Perspectives Internationales sur le Planning Familial**, Numéro spécial, 2006. No. 20, 73p.

PALLONI. A (1987) « Santé et mortalité aux jeunes âges dans les pays en voie de développement », **Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale**, vol 67, supplément, pp 31-45.

PANOS (1993) : Le vrai coût du SIDA. Un nouveau défi au développement, Paris, L'Harmattan, 273p.

PNUD (1998) : La pauvreté au Cameroun, Rapport sur le développement humain, 1998, Yaoundé, Cameroun, 100p.

REPUBLIQUE DU BÉNIN (2006) : Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs multiples, Rapport 444p

RWENGE M. (2002) : Culture, genre, comportements sexuels et MST/SIDA au Cameroun (province de l'Ouest et du Centre), les cahiers de l'IFORD, N°28, Yaoundé, Cameroun, 276p.

RWENGE M. (2000). "Comportements sexuels à risques parmi les jeunes de Bamenda, au Cameroun" in **Perspectives internationales sur le planning familial, numéro spécial, pp.13-18.**

RWENGE M. (1999(c)) : Facteurs contextuels de la transmission sexuelle du SIDA en Afrique subsaharienne (synthèse), de Becker Ch Et al. (Sous la direction), **Vivre et penser le SIDA en Afrique,** Dakar, Paris, CODESRIA-KARTHALA-IRD, pp.217-236.

RWENGE M. (1999(a)) : Facteurs contextuels des comportements sexuels : le cas des Jeunes de la ville de Bamenda (Cameroun), Institut de Formation et de Recherche Démographique (IFORD), Rapport d'étude n° 40, Yaoundé/Cameroun, 164 p.

SALA DIAKANDA M., 1981, Approche ethnique des phénomènes démographiques: le cas du Zaïre, Cahier n°4, Recherches Démographiques, UCL, 433p.

SOSSA F. et ZOUNON M. (2005). « Inégalités sociales et comportements sexuels à risque chez les adolescents au Bénin », XXV^e Congrès de la Population, Tours du 18 au 23 juillet 2005. <http://iussp2005.princeton.edu/download.aspx?submissionId=50080>

STOVER J. « The future demographic impact of AIDS: what do we know? ». Paper presented at the World Bank/ European Union seminar, AIDS in Development: the role of the Government, Limette, 17-20 June 1996.

TABUTIN D. et al. (1996) Crise et population en Afrique. Démographie, crise et Environnement dans le monde rural africain, les études du CEPED, juillet 1996, N°13, Paris, France, 123p.

TALNAN E, ANOH A, ZANOU B. (2002). "Inégalités sociales et comportements sexuels à risque chez les jeunes en milieu urbain ivoirien" in **Etude de la population africaine** Supplément B du vol. 19.

TOLNO Fassa D. (2007), « Tradition et modernisation : fécondité et santé de la reproduction des adolescents et des jeunes Guinéens en temps de VIH/SIDA » Thèse de doctorat, Démographie, Université Paris 5, 315p.

UNFPA (2002) : Population, pauvreté et potentialité. Rapport sur l'état de la population Mondiale, 2002.

VELLAY, P., (1979), La vie sexuelle de la femme, Marabout Université, Verviers 283p.

VODOUNOU C. (2003), « Pauvreté fondée sur les données du troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation, Analyse des Résultats, Tome 4, Ménages, Condition d'habitation et Pauvreté au Bénin », Institut National de Statistique et de l'Analyse Economique, Direction des Etudes démographiques, Cotonou, Octobre 2003.

VODOUNOU C. (2004), « Analyse de pauvreté fondée sur les données d'un recensement général de la population et de l'habitation », Atelier d'Aldiana, 4-24 juillet 2004.

VOLLE, M. (1993), *Analyse des données*, 3^e éd., Economica, Paris, 324p.

ZANOU et al. (2002), *Connaissance, attitudes et comportements en matière d'IST/VIH/SIDA chez les jeunes du milieu urbain en Côte d'Ivoire*, Rapport d'enquête, USAID, ENSEA, JOHNS HOPKINS, Abidjan

ANNEXES

ANNEXE A

Tableau A : Construction de l'indicateur "Niveau de connaissance des IST/VIH/SIDA"

Cet indicateur a été créé à partir de deux autres indicateurs : le niveau de connaissance du SIDA et le niveau de connaissance des IST.

Ø Niveau de connaissance du SIDA

Les variables retenues pour construire cet indicateur proviennent des questions posées sur le SIDA :

- Avoir entendu parler du SIDA ;
- Connaissance des modes de transmission ;
- Connaissance des modes de prévention ;

Le niveau de connaissance a été créé en combinant les trois variables :

NSIDA = Avoir entendu parler + connaissance des modes de transmission + connaissance de prévention.

La nouvelle variable (NSIDA) créée a été recodée en deux modalités en tenant compte du nombre de réponses favorables données par le jeune ou l'adolescent : partielle et élevée.

Ø Le niveau de connaissance des IST

Cet indicateur a été créé selon le même principe que le précédent. Les variables prises en compte pour la construction de cet indicateur sont :

- Avoir entendu parler des IST ;
- Connaissance des signes ou symptômes spécifiques aux ITS chez les hommes ;
- Connaissance des signes ou symptômes spécifiques aux ITS chez les femmes.

L'indicateur a été créé en combinant les différentes variables :

NIST = Avoir entendu parler des IST + Connaissance des signes ou symptômes spécifiques aux ITS chez les hommes + Connaissance des signes ou symptômes spécifiques aux ITS chez les femmes. Selon les réponses données par les adolescents, nous avons recodé cette variable en deux modalités comme dans le cas du niveau de connaissance du SIDA.

Après la création de ces deux indicateurs, nous les avons combinés pour créer l'indicateur « Niveau de connaissance des IST/VIH/SIDA ». L'indicateur a été créé suivant le même principe que les deux autres : $NC_IST_SIDA = NSIDA + NIST$. En fin de compte deux modalités ont été retenues selon le nombre de points : partielle et élevée. La modalité partielle regroupe les adolescentes qui ont entendu parler des IST et SIDA, mais qui ne connaissent pas les modes de transmission ou de prévention du SIDA et les symptômes des IST. La modalité élevée concerne les jeunes et les adolescents qui ont entendu parler du SIDA et des IST, qui connaissent les modes de transmission et de prévention du SIDA et les symptômes chez les hommes et chez les femmes.

ANNEXE B : Distribution des variables

Tableau B1 : Distribution des variables dans l'échantillon

Variables/Modalités	Précocité des rapports sexuels		Multipartenariat sexuel		Non-utilisation des condoms aux derniers rapports sexuels	
	Effectifs	Fréquences (%)	Effectifs	Fréquences (%)	Effectifs	Fréquences (%)
Ethnie						
Adja	627	16,2	281	17,1	670	14,8
Bariba	265	6,9	173	10,6	369	8,2
Fon	1883	48,7	714	43,6	1984	43,8
Bétamaribè	226	5,8	90	5,5	296	6,5
Yoruba	532	13,8	192	11,7	525	11,6
Autres ethnies	335	8,7	189	11,5	681	15
Total	3868	100,0	1639	100,0	4525	100,0
Religion						
Traditionnelle	445	11,1	262	15,6	582	12,9
Musulmane	761	18,9	376	22,4	1038	23,0
Catholique	1543	38,4	561	33,5	1484	32,9
Protestante	332	8,3	122	7,3	343	7,6
Céleste	304	7,6	102	6,1	339	7,5
Autres religions	633	15,8	252	15,0	730	16,2
Total	4018	100,0	1675	100,0	4516	100,0
Milieu de socialisation						
Cotonou ou grandes villes	1060	26,6	341	20,5	1011	22,6
Petites villes	707	17,7	276	16,6	797	17,8
Rural	1908	47,9	992	59,5	2342	52,3
Etrangers	311	7,8	57	3,4	331	7,4
Total	3986	100,0	1666	100,0	4481	100,0
Milieu de résidence						
Urbain	2050	50,9	785	46,9	2027	44,8
Rural	1976	49,1	890	53,1	2498	55,2
Total	4026	100,0	1675	100,0	4525	100,0
Niveau d'instruction						
Sans niveau	1506	37,4	321	19,2	2218	49,0
Primaire	1030	25,6	458	27,3	1037	22,9
Secondaire et plus	1490	37,0	896	53,5	1270	28,1
Total	4026	100,0	1675	100,0	4525	100,0
Fréquence d'exposition à la radio						
Pas du tout	494	12,3	114	6,8	678	15,0
Moins d'une fois par semaine	776	19,3	191	11,4	929	20,6
Au moins une fois par semaine	1106	27,5	469	28,0	1218	27,0
Chaque jour	1645	40,9	901	53,8	1693	37,5
Total	4021	100,0	1675	100,0	4518	100,0

Variables/Modalités	Précocité des rapports sexuels		Multipartenariat sexuel		Non-utilisation des condoms aux derniers rapports sexuels	
	Effectifs	Fréquences (%)	Effectifs	Fréquences (%)	Effectifs	Fréquences (%)
Fréquence d'exposition à la télévision						
Pas du tout	1799	44,8	581	34,7	2428	53,8
Moins d'une fois par semaine	702	17,5	413	24,7	683	15,1
Au moins une fois par semaine	556	13,9	308	18,4	517	11,5
Chaque jour	957	23,8	372	22,2	882	19,6
Total	4016	100,0	1674	100,0	4510	100,0
Niveau de Connaissance des IST/VIH/SIDA						
Partielle	1378	35,6	507	30,9	1692	39,8
Elevée	2489	64,4	1133	69,1	2555	60,2
Total	3867	100,0	1640	100,0	4247	100,0
Connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VIH/SIDA						
Oui	1132	28,1	435	26,0	1123	24,8
Non	2893	71,9	1240	74,0	3400	75,2
Total	4025	100,0	1675	100,0	4523	100,0
Niveau de vie du ménage						
- Faible	1102	27,4	527	31,5	1512	33,4
- Moyen	710	17,6	322	19,2	900	19,9
- Elevé	2214	55,0	826	49,3	2113	46,7
Total	4026	100,0	1675	100,0	4525	100,0

Source : Traitement des données de l'EDSB-III, 2006.

ANNEXE C : AFCM

Tableau C1 : Dictionnaire des variables utilisées pour l'AFCM

Variables	Modalités	Variables	Modalités
Ethnie		Fréquence d'exposition à la télévision	
Adja	ADJA	Pas du tout	TV1
Bariba	BARI	Moins d'une fois par semaine	TV2
Fon	FON	Au moins une fois par semaine	TV3
Bêtararibè	BETA	Chaque jour	TV4
Yoruba	YORU	Fréquence d'exposition à la radio	
Autres ethnies	AUTN	Pas du tout	RAD1
Religion		Moins d'une fois par semaine	RAD2
Traditionnelle	TRAD	Au moins une fois par semaine	RAD3
Musulmane	MUSU	Chaque jour	RAD4
Catholique	CATH	Niveau de connaissance des IST_SIDA	
Protestante	PROT	Partiel	CPTL
Céleste	CELE	Elevé	CELV
Autres religions	AUTR	Connaissance du condom comme moyen de prévention des IST/VIH/SIDA	
Milieu de socialisation		Oui	OCDM
Cotonou ou grandes villes	COTO	Non	NCDM
Petites villes	PVIL	Niveau de vie	
Rural	RURA	Faible	NFAI
Etrangers	ETRA	Moyen	NMOY
Milieu de résidence		Elevé	NELE
Urbain	RURB	Age au premier rapport sexuel	
Rural	RRAL	Précoce	PRECOCE
Niveau d'instruction		Non Précoce	NON PRECOCE
Sans niveau	SNIV	Multipartenariat sexuel	
Primaire	PRIM	Oui	OUI
Secondaire et plus	SECD	Non	NON
		Non utilisation condom	
		Oui	OUI
		Non	NON

Tableau C2 : Contributions et coordonnées des modalités actives (précocité des rapports sexuels)

Libellé	Poids relatif	Distance à l'origine	Contributions		Coordonnées	
			Axe 1	Axe 2	Axe 1	Axe 2
Connaissance du condom comme moyen de prévention des IST_VIH						
OCDM	2,652	2,42737	1,87	2,06	-0,45	0,36
NCDM	6,438	0,41197	0,77	0,85	0,18	-0,15
Milieu de résidence						
RURB	4,636	0,96086	7,34	0,71	-0,67	0,16
RRAL	4,455	1,04074	7,63	0,74	0,70	-0,17
Fréquence d'exposition à la radio						
RAD1	1,007	8,02963	2,63	0,01	0,86	-0,04
RAD2	1,753	4,18723	1,12	0,41	0,43	0,20
RAD3	2,501	2,63519	0,01	0,05	-0,04	0,06
RAD4	3,831	1,37313	2,09	0,33	-0,39	-0,12
Fréquence d'exposition à la télévision						
TV1	3,995	1,27567	8,23	0,28	0,77	0,11
TV2	1,636	4,55775	0,00	0,16	0,01	-0,13
TV3	1,260	6,21302	1,30	0,20	-0,54	-0,16
TV4	2,200	3,13220	9,18	0,00	-1,09	-0,01
Age au premier rapport sexuel						
PRECOCE	4,979	0,82576	0,70	0,12	0,20	0,06
NON PRECOCE	4,112	1,21100	0,85	0,14	-0,24	-0,08
Niveau de connaissance des IST_SIDA						
CPTL	3,194	1,84591	2,48	0,07	0,47	0,06
CELV	5,897	0,54174	1,34	0,04	-0,26	-0,03
Ethnie						
ADJA	1,479	5,14622	0,12	2,44	0,15	-0,52
BARI	0,629	13,45450	0,06	12,79	0,17	1,84
FON	4,475	1,03167	0,29	8,51	-0,14	-0,56
BETA	0,507	16,92650	0,91	0,32	0,72	-0,32
YORU	1,263	6,19882	0,42	3,41	-0,31	0,67
AUTN	0,738	11,31310	0,43	17,17	0,41	1,97
Religion						
TRAD	1,017	7,94132	3,20	2,05	0,95	-0,58
MUSU	1,601	4,67857	0,03	35,10	0,08	1,91
CATH	3,592	1,53080	2,21	1,81	-0,42	-0,29
PROT	0,761	10,95100	0,06	0,37	-0,15	-0,28
CELE	0,721	11,61030	0,33	1,98	0,36	-0,68
AUTR	1,400	5,49556	0,18	2,26	0,19	-0,52

Libellé	Poids relatif	Distance à l'origine	Contributions		Coordonnées	
			Axe 1	Axe 2	Axe 1	Axe 2
Milieu de socialisation						
COTO	2,526	2,59941	4,79	0,55	-0,74	-0,19
PVIL	1,693	4,37004	1,20	3,53	-0,45	0,59
RURA	4,417	1,05796	5,60	0,37	0,60	-0,12
ETRA	0,455	18,98360	0,01	0,00	-0,08	0,01
Niveau d'instruction						
SNIV	3,294	1,76000	6,87	0,40	0,77	0,14
PRIM	2,290	2,97068	0,01	0,37	0,03	-0,16
SECD	3,508	1,59178	6,77	0,01	-0,74	-0,03
Niveau de vie						
NFAI	2,446	2,71646	8,50	0,05	1,00	-0,06
NMOY	1,631	4,57470	2,17	0,30	0,62	0,18
NELE	5,014	0,81309	8,28	0,02	-0,69	-0,03

Source : Traitement des données de l'EDSB-III, 2006.

Figure C1 : Histogramme des valeurs propres (précocité des rapports sexuels)

HISTOGRAMME DES 27 PREMIERES VALEURS PROPRES

N°	Valeur Propre	Pourcentage	Pourcentage Cumule	
1	0.2853	11.62	11.62	*****
2	0.1661	6.77	18.39	*****
3	0.1314	5.35	23.74	*****
4	0.1156	4.71	28.45	*****
5	0.1128	4.59	33.05	*****
6	0.1087	4.43	37.47	*****
7	0.1003	4.09	41.56	*****
8	0.0966	3.94	45.50	*****
9	0.0951	3.87	49.37	*****
10	0.0920	3.75	53.12	*****
11	0.0895	3.65	56.77	*****
12	0.0887	3.61	60.38	*****
13	0.0868	3.54	63.92	*****
14	0.0846	3.45	67.36	*****
15	0.0823	3.35	70.72	*****
16	0.0821	3.34	74.06	*****
17	0.0793	3.23	77.29	*****
18	0.0768	3.13	80.42	*****
19	0.0721	2.94	83.35	*****
20	0.0713	2.90	86.26	*****
21	0.0699	2.85	89.11	*****
22	0.0664	2.70	91.81	*****
23	0.0525	2.14	93.95	*****
24	0.0490	2.00	95.95	*****
25	0.0394	1.61	97.55	*****
26	0.0359	1.46	99.02	*****
27	0.0242	0.98	100.00	*****

Source : Traitement des données de l'EDSB-III, 2006.

Tableau C3 : Contributions et coordonnées des modalités actives (multipartenariat sexuel)

Libellés	Poids relatif	Distance à l'origine	Contributions		Coordonnées	
			Axe 1	Axe 2	Axe 1	Axe 2
Fréquence d'exposition à la radio						
RAD1	0,593	14,32690	0,82	0,99	0,61	0,56
RAD2	1,015	7,95506	0,08	0,08	0,15	-0,12
RAD3	2,544	2,57399	0,01	0,42	0,02	0,17
RAD4	4,939	0,84065	0,25	0,47	-0,12	-0,13
Fréquence d'exposition à la télévision						
TV1	3,080	1,95185	8,82	2,10	0,88	0,35
TV2	2,270	3,00503	0,17	2,95	0,14	-0,49
TV3	1,677	4,42177	1,54	0,01	-0,50	-0,04
TV4	2,065	3,40331	8,67	0,02	-1,06	0,04
Multipartenariat						
Oui	3,570	1,54633	0,12	0,01	-0,10	0,02
Non	5,521	0,64669	0,08	0,01	0,06	-0,01
Connaissance du condom comme moyen de prévention du SIDA						
OCDM	2,435	2,73302	0,05	1,34	0,07	0,32
NCDM	6,656	0,36590	0,02	0,49	-0,03	-0,12
Milieu de résidence						
RURB	4,283	1,12250	8,54	1,47	-0,73	0,25
RRAL	4,808	0,89087	7,61	1,31	0,65	-0,22
Niveau d'instruction						
SNIV	1,648	4,51557	6,53	4,64	1,03	0,72
PRIM	2,498	2,63927	0,55	2,57	0,24	-0,44
SECD	4,945	0,83852	4,01	0,01	-0,47	-0,02
Religion						
TRAD	1,414	5,42742	3,94	5,23	0,87	-0,83
MUSU	1,979	3,59366	0,32	25,42	0,21	1,54
CATH	3,091	1,94096	3,03	0,47	-0,51	-0,17
PROT	0,667	12,62390	0,10	0,04	-0,20	-0,11
CELE	0,576	14,78220	0,03	2,82	-0,11	-0,95
AUTR	1,363	5,66946	0,06	2,19	0,11	-0,55
Ethnie						
ADJA	1,574	4,77536	0,73	5,79	0,35	-0,82
BARI	0,958	8,48809	0,46	10,83	0,36	1,45
FON	3,987	1,28040	1,98	6,07	-0,37	-0,53
BETA	0,496	17,32180	1,28	0,00	0,83	-0,01
YORU	1,061	7,56989	0,44	1,15	-0,33	0,45

Libellés	Poids relatif	Distance à l'origine	Contributions		Coordonnées	
			Axe 1	Axe 2	Axe 1	Axe 2
AUTN	1,015	7,95506	0,91	12,95	0,49	1,54
Niveau de vie						
NFAI	2,817	2,22672	9,13	0,10	0,93	-0,08
NMOY	1,734	4,24342	1,68	0,04	0,51	-0,06
NELE	4,540	1,00251	10,12	0,14	-0,77	0,07
Milieu de socialisation						
COTO	1,916	3,74405	8,67	0,01	-1,10	0,03
PVIL	1,557	4,83883	2,19	3,60	-0,62	0,65
RURA	5,418	0,67790	6,78	0,87	0,58	-0,17
ETRA	0,200	44,54290	0,10	0,53	-0,36	-0,70
Niveau de connaissance des IST_SIDA						
CPTL	2,834	2,20724	0,14	1,97	0,12	-0,36
CELV	6,256	0,45305	0,07	0,89	-0,05	0,16

Source : Traitement des données de l'EDSB-III, 2006.

Figure C2 : Histogramme des valeurs propres (multipartenariat sexuel)

HISTOGRAMME DES 27 PREMIERES VALEURS PROPRES

N°	Valeur Propre	Pourcentage	Pourcentage Cumule	
1	0.2689	10.96	10.96	*****
2	0.1848	7.53	18.48	*****
3	0.1506	6.14	24.62	*****
4	0.1264	5.15	29.77	*****
5	0.1220	4.97	34.74	*****
6	0.1108	4.51	39.26	*****
7	0.1080	4.40	43.66	*****
8	0.1009	4.11	47.77	*****
9	0.0994	4.05	51.82	*****
10	0.0945	3.85	55.67	*****
11	0.0901	3.67	59.34	*****
12	0.0877	3.57	62.91	*****
13	0.0839	3.42	66.33	*****
14	0.0816	3.32	69.65	*****
15	0.0802	3.27	72.92	*****
16	0.0781	3.18	76.10	*****
17	0.0766	3.12	79.23	*****
18	0.0749	3.05	82.28	*****
19	0.0678	2.76	85.04	*****
20	0.0665	2.71	87.75	*****
21	0.0609	2.48	90.23	*****
22	0.0530	2.16	92.38	*****
23	0.0503	2.05	94.43	*****
24	0.0464	1.89	96.32	*****
25	0.0367	1.50	97.82	*****
26	0.0337	1.37	99.19	*****
27	0.0198	0.81	100.00	*****

Source : Traitement des données de l'EDSB-III, 2006.

Tableau C4 : Contributions et coordonnées des modalités actives (non utilisation du condom)

Libellés	Poids relatif	Distance à l'origine	Contributions		Coordonnées	
			Axe 1	Axe 2	Axe 1	Axe 2
Milieu de résidence						
RURB	4,189	1,17039	6,73	1,15	0,70	0,21
RRAL	4,902	0,85442	5,75	0,98	-0,60	-0,18
Fréquence d'exposition à la radio						
RAD1	1,197	6,59636	2,73	0,17	-0,84	0,16
RAD2	1,897	3,79128	0,94	0,10	-0,39	0,09
RAD3	2,450	2,71048	0,03	0,13	0,06	0,09
RAD4	3,547	1,56319	2,35	0,60	0,45	-0,17
Fréquence d'exposition à la télévision						
TV1	4,717	0,92712	7,08	0,11	-0,68	0,06
TV2	1,438	5,32073	0,13	0,57	0,17	-0,26
TV3	1,075	7,45749	1,75	0,02	0,71	-0,06
TV4	1,860	3,88655	8,49	0,06	1,19	0,07
Connaissance du condom comme moyen de prévention des IST_VIH						
OCDM	2,402	2,78442	2,51	0,65	0,57	0,21
NCDM	6,689	0,35914	0,90	0,23	-0,20	-0,08
Non utilisation condom						
Oui	7,659	0,18693	1,00	0,00	-0,20	0,00
Non	1,432	5,34954	5,35	0,00	1,07	0,00
Niveau de connaissance des IST_VIH_SIDA						
CPTL	3,612	1,51687	2,53	0,39	-0,46	0,13
CELV	5,479	0,65925	1,67	0,26	0,31	-0,09
Ethnie						
ADJA	1,377	5,60032	0,02	3,96	-0,06	-0,69
BARI	0,751	11,11010	0,12	7,61	-0,22	1,30
FON	4,082	1,22708	0,29	8,91	0,15	-0,60
BETA	0,574	14,82580	0,74	0,59	-0,63	-0,41
YORU	1,097	7,28968	0,65	2,31	0,43	0,59
AUTN	1,210	6,51439	0,56	20,41	-0,38	1,68
Religion						
TRAD	1,171	6,76580	2,14	4,52	-0,75	-0,80
MUSU	1,932	3,70496	0,33	30,69	-0,23	1,63
CATH	3,094	1,93812	3,08	1,37	0,55	-0,27
PROT	0,720	11,62240	0,09	0,13	0,20	-0,18
CELE	0,709	11,81600	0,22	2,36	-0,31	-0,75
AUTR	1,464	5,20802	0,22	2,06	-0,22	-0,49

Libellés	Poids relatif	Distance à l'origine	Contributions		Coordonnées	
			Axe 1	Axe 2	Axe 1	Axe 2
Milieu de socialisation						
COTO	2,135	3,25892	4,57	0,71	0,81	-0,24
PVIL	1,652	4,50461	0,73	2,38	0,37	0,49
RURA	4,628	0,96427	4,07	1,29	-0,52	-0,22
ETRA	0,677	12,43410	0,02	4,23	0,10	1,02
Niveau d'instruction						
SNIV	4,256	1,13599	6,78	0,28	-0,70	0,10
PRIM	2,128	3,27198	0,10	0,34	0,12	-0,16
SECD	2,707	2,35852	8,93	0,02	1,01	-0,04
Niveau de vie						
NFAI	2,863	2,17477	6,55	0,28	-0,84	-0,13
NMOY	1,815	4,00959	1,60	0,03	-0,52	0,06
NELE	4,413	1,06016	8,26	0,09	0,76	0,06

Source : Traitement des données de l'EDSB-III, 2006.

Figure C3 : Histogramme des valeurs propres (non utilisation de condom)

HISTOGRAMME DES 27 PREMIERES VALEURS PROPRES

N°	Valeur Propre	Pourcentage	Pourcentage Cumule	
1	0.3086	12.57	12.57	*****
2	0.1671	6.81	19.38	*****
3	0.1330	5.42	24.80	*****
4	0.1198	4.88	29.68	*****
5	0.1158	4.72	34.39	*****
6	0.1133	4.62	39.01	*****
7	0.1060	4.32	43.33	*****
8	0.0970	3.95	47.28	*****
9	0.0935	3.81	51.09	*****
10	0.0915	3.73	54.82	*****
11	0.0898	3.66	58.47	*****
12	0.0865	3.53	62.00	*****
13	0.0834	3.40	65.40	*****
14	0.0829	3.38	68.78	*****
15	0.0803	3.27	72.05	*****
16	0.0781	3.18	75.23	*****
17	0.0749	3.05	78.28	*****
18	0.0713	2.91	81.19	*****
19	0.0700	2.85	84.04	*****
20	0.0692	2.82	86.85	*****
21	0.0642	2.61	89.47	*****
22	0.0630	2.57	92.03	*****
23	0.0520	2.12	94.15	*****
24	0.0436	1.78	95.93	*****
25	0.0396	1.62	97.54	*****
26	0.0362	1.48	99.02	*****
27	0.0241	0.98	100.00	*****

Source : Traitement des données de l'EDSB-III, 2006.

TABLE DES MATIERES

DEDICACES.....	II
REMERCIEMENTS.....	III
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	IV
LISTE DES TABLEAUX	VI
LISTE DES GRAPHIQUES	VII
LISTE DES FIGURES.....	VIII
AVANT PROPOS	IX
RESUME.....	XI
SOMMAIRE	XIII
INTRODUCTION GENERALE	- 1 -
CHAPITRE 1 : CONTEXTE DE L'ETUDE.....	- 6 -
1.1. <i>Caractéristiques géographique, démographique et socio-économique.....</i>	<i>- 6 -</i>
1.1.1. Cadre géographique et administratif	- 6 -
1.1.2. Caractéristiques démographiques.....	- 7 -
1.1.3. Caractéristiques socio-économiques	- 8 -
1.2. <i>Secteur sanitaire et politique de lutte contre le SIDA au Bénin.....</i>	<i>- 10 -</i>
1.2.1. Caractéristiques du secteur sanitaire au Bénin.....	- 10 -
1.2.2. Politique sanitaire et lutte contre le VIH/SIDA.....	- 11 -
1.2.2.1. Politique sanitaire	- 11 -
1.2.2.2. Politique de lutte contre les IST/VIH/SIDA	- 17 -
1.3. <i>Le VIH/SIDA dans le monde et au Bénin.....</i>	<i>- 20 -</i>
1.3.1. Définition du VIH/SIDA.....	- 20 -
1.3.2. Modes de transmission.....	- 20 -
1.3.2.1. La transmission sexuelle.....	- 20 -
1.3.2.2. La transmission materno-infantile	- 21 -
1.3.2.3. La transfusion sanguine	- 21 -
1.3.3. Situations épidémiologiques	- 21 -
CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	- 26 -
2.1. <i>Revue de la littérature.....</i>	<i>- 26 -</i>
2.1.1. Approches explicatives des comportements sexuels à risque des adolescents.....	- 26 -
2.1.1.1. Approche socio-culturelle	- 26 -
2.1.1.2. Approche socioéconomique	- 34 -
2.1.1.3. Approche institutionnelle	- 36 -
2.2. <i>Cadre conceptuel.....</i>	<i>- 37 -</i>
2.2.1. Hypothèse générale	- 37 -
2.2.2. Schéma conceptuel.....	- 37 -
2.3. <i>Cadre analytique et hypothèses spécifiques.....</i>	<i>- 38 -</i>
2.3.1. Variables dépendantes.....	- 38 -
2.3.1.1. Age aux premiers rapports sexuels	- 38 -
2.3.1.2. Multipartenariat sexuel.....	- 39 -
2.3.1.3. Non-utilisation du condom au dernier rapport sexuel.....	- 39 -

2.3.2.	Variables indépendantes	- 39 -
2.3.2.1.	Variables opérationnelles du milieu socio-culturel	- 39 -
2.3.2.2.	Variables opérationnelles des connaissances des IST/VIH/SIDA	- 41 -
2.3.2.3.	Variables opérationnelles du milieu socio-économique	- 42 -
2.3.3.	Variables de contrôle	- 42 -
2.3.4.	Hypothèses spécifiques	- 43 -
CHAPITRE 3 : ASPECTS METHODOLOGIQUES.....		- 45 -
3.1.	<i>Présentation des données.....</i>	- 45 -
3.1.1.	Source de données.....	- 45 -
3.1.2.	Objectifs de l'EDSB-III.....	- 45 -
3.1.3.	Echantillonnage.....	- 46 -
3.1.4.	Questionnaire de l'enquête	- 48 -
3.2.	<i>Evaluation de la qualité des données.....</i>	- 49 -
3.2.1.	Evaluation de la qualité des données relatives à l'âge	- 49 -
3.2.2.	Evaluation des données sur l'âge au premier rapport sexuel	- 51 -
3.2.3.	Taux de couverture des variables de l'étude	- 52 -
3.3.	<i>Méthodes d'analyse.....</i>	- 54 -
3.3.1.	Analyse descriptive	- 54 -
3.3.2.	Analyse explicative	- 54 -
CHAPITRE 4 : ESSAI D'IDENTIFICATION DES DETERMINANTS DES COMPORTEMENTS SEXUELS A RISQUE CHEZ LES ADOLESCENTS.....		- 57 -
4.1.	<i>Variations des comportements sexuels à risque chez les adolescents</i>	- 57 -
4.1.1.	Age aux premiers rapports sexuels	- 57 -
4.1.1.1.	Caractéristiques socioculturelles	- 57 -
4.1.1.2.	Caractéristiques de connaissance des IST/VIH/SIDA.....	- 59 -
4.1.1.3.	Caractéristiques économiques	- 59 -
4.1.2.	Multipartenariat sexuel au cours des douze derniers mois	- 59 -
4.1.2.1.	Caractéristiques socioculturelles	- 60 -
4.1.2.2.	Caractéristiques de connaissance des IST/VIH/SIDA.....	- 61 -
4.1.2.3.	Caractéristiques économiques	- 62 -
4.1.3.	Non-utilisation du condom aux derniers rapports sexuels	- 62 -
4.1.3.1.	Caractéristiques socioculturelles	- 63 -
4.1.3.2.	Caractéristiques de connaissance des IST/VIH/SIDA.....	- 65 -
4.1.3.3.	Caractéristiques économiques	- 65 -
4.1.4.	Catégorisation des adolescents selon leurs comportements sexuels	- 67 -
4.1.4.1.	Précocité des rapports sexuels	- 68 -
4.1.4.2.	Multipartenariat sexuel.....	- 69 -
4.1.4.3.	Non utilisation de condom aux derniers rapports sexuels	- 71 -
4.2.	<i>Essai d'explication de la variation des comportements sexuels à risque.....</i>	- 73 -
4.2.1.	Déterminants de la précocité des rapports sexuels.....	- 73 -
4.2.2.	Déterminants du multipartenariat sexuel.....	- 75 -
4.2.3.	Déterminants de la non utilisation du condom aux derniers rapports sexuels.....	- 78 -
4.2.4.	Contributions des variables à l'explication des différentes variations de comportements sexuels chez les adolescents de 15-24 ans.....	- 82 -
4.3.	<i>Synthèse des résultats</i>	- 83 -
CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS		- 85 -
BIBLIOGRAPHIE.....		- 91 -
ANNEXES.....		- 99 -
TABLE DES MATIERES.....		- 111 -