



UEPA



Burkina Faso

Sixième Conférence Africaine sur la Population Ouagadougou – Burkina Faso, 5 – 9 Décembre 2011

La Population Africaine: Passé, Présent et Futur

PROJET DE COMMUNICATION

**Modernisation et comportements sexuels à risque chez les
adolescents et les jeunes Guinéens en temps de VIH/Sida**

Dr. Fassa Daniel TOLNO

Enseignant-chercheur à l'IFORD

Yaoundé, le 22 juin 2011

INTRODUCTION

La fécondité et la sexualité précoces constituent entre autres, une réelle menace pour la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes, et compromettent fortement l'atteinte des OMD 2, 4, 5 et 6 fixés à l'horizon 2015.

La baisse des niveaux des indicateurs de certains phénomènes démographiques, est par ailleurs liée aux changements de comportements sexuels et reproductifs. Au demeurant, ceux-ci sont au demeurant stimulés par des facteurs d'ordre économique, social, culturel, voire politique, même si les relations entre pauvreté et fécondité ont donné lieu à nombre de débats controversés depuis l'époque de Malthus (Tabutin, 2007 ; Soumaker, 2001). Dans ce même sens, l'adoption de nouveaux comportements est liée à l'acquisition d'attributs permettant de distinguer une population traditionnelle d'une société moderne, tels que l'instruction, l'urbanisation, l'exercice d'un emploi de type moderne et l'accès à l'information (Tessler, 1973 et Inkeles, 1989).

Comme dans nombre de pays d'Afrique au sud du Sahara, en Guinée, l'éducation sexuelle était coutumièrement promue avec efficacité parce que les premières expériences sexuelles s'organisaient uniquement dans un cadre nuptial. Or, celles-ci ont de plus en plus lieu en dehors du mariage et de fait, nombreuses sont de nos jours les grossesses d'adolescentes non désirées. Dès lors, outre les graves conséquences sanitaires qui peuvent affecter les adolescents et les jeunes des deux sexes, la pratique des avortements provoqués et clandestins est fréquente chez les jeunes filles.

Les principaux motifs qui nécessitent encore d'approfondir la réflexion dans ce domaine sont entre autres : *l'intérêt récent pour l'étude de la sexualité des adolescentes et des jeunes ; la rareté et la mauvaise qualité des données en particulier sur les adolescents et les jeunes ; l'exode rural en tant que facteur potentiel de risque pour la santé sexuelle des adolescents et des jeunes ; l'inadaptation des réponses institutionnelles aux comportements sexuels des adolescents et des jeunes.*

On peut alors s'interroger si le degré de modernisation n'influence pas les comportements sexuels des adolescents et des jeunes. L'objectif de cette communication est donc de montrer que le degré de modernisation des adolescentes et des jeunes est un facteur favorisant l'acquisition de bonnes connaissances des pratiques sexuelles à risque et l'utilisation du préservatif chez les adolescents et jeunes Guinéens. En revanche, il ne garantit pas l'adoption de comportements à moindre risque. Cette communication comporte deux parties principales : le cadre théorique qui décrit sommairement la revue de la littérature et les sources de données utilisées, puis la présentation des principaux résultats.

I CADRE THEORIQUE, METHODOLOGIE ADOPTEE ET SOURCE DE DONNEES

«La meilleure alternative serait... d'accepter comme moderne, par définition, les individus qui dans n'importe quel pays, sont plus instruits, plus urbanisés, plus engagés dans les activités non traditionnelles et plus exposés aux médias».

Inkeles et Smith, 1974

La santé sexuelle des adolescents et des jeunes n'a largement été débattue pour la première que durant la Conférence Internationale sur la Population et le Développement tenue au Caire (Egypte) en 1994.

Par ailleurs, le mariage et / ou la maternité précoces constituent non seulement un risque important de mortalité maternelle et infantile à cause de l'immatunité physiologique et l'inexpérience maternelle, mais aussi, ils peuvent compromettre dangereusement le statu socio-économique futur de l'adolescente. En effet, dans certains pays, les filles enceintes sont souvent renvoyées du système d'enseignement (Bledsoe et Cohen, 1993 ; Delaunay 1994 et Evina 1998 ; Adeboju et Mbugua, 1999), d'où la déperdition et les abandons scolaires qui constituent une perte future pour la victime, sa famille et même la société. En outre, l'exclusion sociale des adolescentes victimes de grossesses non souhaitées peut être à l'origine des avortements provoqués et clandestins se réalisant dans les conditions précaires.

1.1 - Bref aperçu de la théorie de la modernisation

Au milieu du XXème siècle, plusieurs théories ont été élaborées sur l'évolution de la famille et appartiennent toutes au courant de la "modernisation". Elles sont fondées sur l'idée que le développement économique conduit et conduira, de manière universelle, à une transformation des modèles familiaux allant dans le sens d'une famille nucléaire (Vimard, 1997). Or, durant les dernières décennies, malgré une croissance économique élevée, on a assisté aux évolutions contradictoires des modèles familiaux tant dans certains pays industrialisés que dans le monde en développement avec d'une part, le maintien des formes familiales élargies, et d'autre part, l'éclatement des familles nucléaires en familles monoparentales. Ceci conduit certains analystes à privilégier l'importance des déterminants culturels et le rôle des institutions intermédiaires pour expliquer les disparités observées entre les différentes théories. Enfin, durant ces dernières années, qu'elles soient économiques ou culturelles, ces approches toutes fondées sur les changements, ont été relativisées par certains travaux qui ont mis en évidence un effet décisif des crises sur la transformation des systèmes familiaux.

Dans les sciences sociales occidentales, les années cinquante et soixante ont été marquées par la montée en puissance de "la théorie de la modernisation" comme théorie générale du changement, essentiellement dominée par le courant évolutionniste et fonctionnaliste dans la sociologie américaine, représentée par Parsons et ses élèves. De plus, les premières théories de la transition de la famille, comme celles de la transition démographique par ailleurs, ayant marqué la littérature scientifique au cours du XX^{ème} siècle, sont les composantes majeures de cette théorie générale de la modernisation (Vimard, 1997)

Quant à la théorie de l'évolution familiale élaborée par Parsons (Parsons, 1955), on peut relever deux aspects. Dans le premier, l'auteur montre que le passage de la famille étendue traditionnelle à la famille nucléaire moderne découle de changements d'ordre structurel comme l'industrialisation et l'urbanisation. Ces changements affaiblissent les réseaux familiaux fondés sur les liens traditionnels de parenté et segmentent la famille en autant d'unités que de couples. Le second aspect de Parsons qui reste relativement absent chez ces auteurs, montre l'existence d'une adéquation entre la nucléarisation de la famille et l'évolution de la société américaine. Parsons estime que la famille nucléaire reste la forme la plus en accord, et la seule en accord, avec les éléments constitutifs de la modernisation : monétarisation des rapports de production et des rapports sociaux, autonomie des agents économiques, mobilité sociale et spatiale des travailleurs. Sans remettre fondamentalement en cause cette théorie, Goode (1963) a apporté des nuances. A partir d'une démarche anthropologique fondée sur des études comparatives de plusieurs systèmes familiaux dans le monde, il parvient à proposer une vision quelque peu différente de l'évolution de la famille, en insistant davantage sur ses capacités d'action et de résistance face aux bouleversements sociaux et économiques. Finalement, il conclut que pratiquement partout, le système familial se transforme et évolue vers une famille nucléaire avec cependant des formes qui ne sont pas rigoureusement semblables au modèle occidental industrialisé, en raison des écarts dans les situations de départ.

En Afrique certains travaux ont montré que la modernisation mesurée à travers l'urbanisation, la scolarisation, le travail salarié, l'amélioration des conditions de vie, l'accès des femmes au statut de chef de ménage, etc., n'entraîne pas nécessairement la nucléarisation familiale. Bien au contraire, cette nucléarisation si elle a lieu, concernerait davantage les couches sociales les plus défavorisées (Wakam, 1997). Une critique plus générale de la théorie de la modernisation est apportée par Mboup. Selon cet auteur, la théorie de la modernisation semble négliger la diversité des valeurs et réalités entre les sociétés, dès lors qu'elle présume que les mêmes transformations observées en occident, se produiront nécessairement dans le reste du monde. L'auteur ajoute, que celle-ci a reçu de vives critiques qui partent de sa conceptualisation à ses résultats, en passant par son opérationnalisation (Mboup, 1989). D'ailleurs « *le concept de modernisation qui privilégie la rationalité occidentale, ignore en fait les autres logiques socio-culturelles et les contextes démographiques* » (Charbit, 1998).

1.2 Concepts et hypothèse

A. Définition des concepts de base

Dans cette section, nous définissons les concepts clés utilisés ici.

a) Enfance, adolescence et jeunesse

Les périodes qui délimitent les statuts d'enfance, d'adolescence et de jeunesse recouvrent plusieurs dimensions qui relèvent de la biologie, la sociologie, la démographie, l'anthropologie, l'ethnologie, l'économie et la physiologie pour ne citer que les disciplines qui en font le plus fréquemment usage. Cette diversité des domaines qui s'y intéressent explique l'ambiguïté des connotations données à ces concepts tant dans les pays industrialisés qu'au Sud. Dans la plupart des dictionnaires, l'adolescence est définie comme "le processus par lequel un individu fait la transition entre le stade de l'enfance à celui de l'adulte". Alors que le

début de l'adolescence est couramment associé au début de la puberté, la fin de l'adolescence est rarement définie clairement (Senderowitz et Paxman, 1985 ; WHO, 1986)

Quant aux institutions qui prennent en charge les problèmes des enfants, des adolescents et des jeunes, les connotations qu'elles donnent à ces terminologies varient d'un cas de figure à un autre. A titre illustratif, l'UNICEF considère comme enfant, toute personne âgée de 0 à 18 ans ; tandis que pour l'OMS tout individu appartenant à la tranche d'âges de 10 à 19 ans est adolescent.

A ce stade, si les démographes et les institutions internationales se réfèrent généralement à l'âge pour délimiter l'enfance, l'adolescence et la jeunesse, les sociologues intègrent d'autres dimensions intéressantes. Parmi les travaux publiés dans ce sens, on peut citer l'article de Parsons, qui associe l'adolescence à la culture de l'irresponsabilité (Parsons, 1942) ; alors que Galland, pour délimiter les différentes étapes de la vie pré adulte, a défini les bornes qui font office de seuil : la fin des études, le début de la vie professionnelle, le départ du domicile familial, et finalement la formation d'un couple (Galland, 1985, 1993, 1996 ; Hamel, 1999). En ce qui concerne cet article, partant des données disponibles, les définitions démographiques ont été privilégiées.

- *enfant*¹ toute personne des deux sexes dont l'âge était inférieur à 15 ans au moment de l'enquête.
- *adolescente*, toute répondante qui au moment du passage des enquêteurs dans le ménage était âgée de 15 à 19 ans révolus. Toutefois, pour ce qui est des tendances des comportements sexuels à risque, une analyse comparative confrontera dans certains cas les générations adultes à la couche adolescente et juvénile. Dans cette perspective, l'âge de 18 à 24 ans sera retenu pour catégoriser l'ensemble des adolescentes et des jeunes filles alors les femmes adultes retenues pour cette comparaison sont celles âgées de 38 à 44 ans. En ce qui concerne le sexe masculin, les classes d'âge 18 à 29 ans et 48 à 59 ans ont respectivement été retenues pour les jeunes et les adultes.
- *jeune*, tout individu qui au moment de l'enquête était âgé de 20 à 24 ans.

B- Hypothèse

Cette communication s'évertue à montrer que le degré de modernisation est un facteur favorisant une bonne connaissance des comportements à risque d'infections sexuellement transmissibles et les moyens de protection y afférents. En revanche, elle ne garantit pas l'adoption de pratiques sexuelles moins dangereuses.

C- Méthodes d'analyse des données

Trois méthodes d'analyse sont utilisées pour tester² notre hypothèse de base à savoir : La régression logistique simple, l'analyse des tableaux de contingence à travers la statistique du χ^2 , et l'analyse de la variance à un facteur.

¹ Même si ce groupe n'est pas la cible de cette étude nous avons jugé utile de le définir dans le but de faire la démarcation entre enfance et adolescence.

1.3 - Mesure classique du degré de modernisation

Compte tenu de la nature des données (totalement secondaires) disponibles, nous avons opté pour une définition typologique de la modernisation basée sur la possession de certains attributs par les éléments de la population, attributs associés à quelques autres conditions d'existence et pouvant distinguer une société traditionnelle à une population moderne.

Les attributs ou caractéristiques à retenir dépendent par ailleurs du contexte national et des données disponibles. Ainsi, Hunter (1966), dans une étude comparative réalisée en Afrique et en Asie, a défini une typologie de trois groupes d'individus en fonction de leur évolution : la première qu'il a appelé société traditionnelle, est caractérisée par la vie en communauté fondée sur des croyances religieuses, des liens familiaux et des méthodes agricoles qui elles, sont longtemps restées constantes dans l'histoire ; la seconde s'identifie à une société possédant des attributs d'une population moderne, mais dont les éléments restent toujours attachés aux valeurs et réalités traditionnelles ; et la dernière correspond à une société ayant des perspectives économiques modernes au détriment des forces traditionnelles.

La mesure de la modernisation se fera ici à travers les méthodes de classifications multiples en l'occurrence celle des nuées dynamiques avec une correction par la méthode pas à pas de l'analyse classificatoire discriminante.

1.3.1 Typologie des adolescentes et jeunes

A. Typologie selon le niveau d'urbanisation

Etant donné que l'adoption de nouveaux comportements en matière de sexualité en général, et de maîtrise de la fécondité en particulier demande du temps, trois indicateurs principaux ont été retenus pour mesurer le niveau d'urbanisation des adolescents et des jeunes à savoir : le milieu de résidence durant la plus grande partie de l'enfance, stratifié en trois modalités : grande ville, ville moyenne et milieu rural ; le milieu de résidence actuelle comprenant quatre modalités : Conakry (la capitale), les capitales de régions naturelles (Kindia, Labé, Kankan et N'Zérékoré), autres villes (toute ville qui n'est ni capitale du pays, ni capitale de région naturelle) et le milieu rural ; la durée dans la résidence actuelle (moins de 5 ans, 5 à 14 ans révolus et 15 ans et plus ou depuis toujours).

Après l'introduction de ces trois variables dans le modèle de classification multiple quatre groupes ont été identifiés à savoir.

a) Niveau d'urbanisation très faible : ce groupe est constitué de plus de la moitié (55,6 %) des adolescentes. Dans leur très grande majorité, elles ont été socialisées en milieu rural (86,9 % contre 13,1 % dans les villes moyennes) et résident actuellement dans ce milieu (85,4 % contre 14,6 % dans d'autres villes). Par ailleurs, la quasi-totalité des membres de ce groupe (90,8 %) ont une durée dans la résidence actuelle de 15 ans au moins ou y ont vécu depuis toujours.

² Nous avons utilisé les coefficients de pondération fournis par Macro International pour nos analyses. Cependant, la version de SPSS que nous avons utilisée ne permet pas de prendre en compte le paramétrage complexe de l'échantillonnage qui n'est disponible qu'avec les versions plus récentes de ce logiciel. Ce faisant, nous n'insisterons ici que sur les liens hautement significatifs.

- b) Niveau d'urbanisation faible :** constituant environ 3 sur 20 adolescentes, un peu plus de la moitié parmi elles (51,7 %) a été socialisée en milieu rural, 22,6 % dans les villes moyennes et 1 enquêtée sur 4 (25,7 %) a passé son enfance dans les grandes villes. Pour ce qui est de la résidence actuelle, elles sont très nombreuses (77,5 %) à habiter le milieu rural, contre seulement 22,5 % dans d'autres villes. Enfin, alors que les sédentaires sont moins nombreux en leur sein (seulement 7,5 % ont vécu 15 ans ou depuis toujours dans leur résidence actuelle), dans leur très grande majorité (73,4 %), ils ont une durée de résidence inférieure à 5 ans. Du coup, dans une large mesure, les comportements sexuels de ce groupe sont plutôt le reflet du milieu de résidence à l'enfance.
- c) Niveau d'urbanisation moyen :** représentant une personne sur dix (10,7 %), les membres de ce groupe sont majoritaires (60,7 %) à avoir habité le milieu rural durant la plus grande partie de leur enfance. Un peu plus du quart (26,0 %) a passé ce temps dans d'autres villes et 13,3 % dans les grandes villes. Quant à la résidence actuelle, la capitale Conakry reste la principale zone d'habitation (72,1 % contre 28,9 % dans les capitales régionales) de ce groupe. Enfin, bien que moins importante par rapport à ceux ayant un niveau d'urbanisation faible, l'instabilité résidentielle de ces enquêtés est non négligeable. En effet, un peu plus de la moitié parmi eux (51,6 %) a moins de 5 ans dans le lieu actuel de résidence ; cette durée varie de 5 à 14 ans pour 42,4 % en leur sein, et seulement 6,1 % de ces adolescents et jeunes ont passé 15 ans ou vécu depuis toujours dans la résidence actuelle.
- d) Niveau d'urbanisation élevé :** ils constituent environ une adolescente ou jeune sur cinq enquêtées (19,1 %) et les grandes villes forment essentiellement (93,1 %) le milieu de résidence à l'enfance de ce groupe. La ville de Conakry (71,5 %) et les capitales des régions naturelles (27,5 %) sont leurs principales zones de résidence actuelle. Enfin, comme le groupe détenant un très faible niveau d'urbanisation, on observe une stabilité résidentielle très élevée chez ces dernières enquêtées. En effet, 90,2 % ont vécu 15 ans ou depuis toujours dans leurs zones de résidence actuelle et pour 9,8 % parmi eux, cette durée varie de 5 à 14 ans.

B. Typologie des adolescentes et des jeunes selon le niveau de vie des ménages

La vieille peur malthusienne de voir la société débordée par une fécondité excessive de sa fraction la plus pauvre, est à l'origine de l'analyse des interdépendances entre le seuil de **pauvreté**, donc le **niveau de développement** des communautés d'une entité géographique donnée, et sa croissance démographique. Ainsi, la relation entre pauvreté et fécondité a donné lieu à de nombreux débats dans la littérature consacrée à la démographie et au développement, notamment quant au caractère général de cette relation (Schoumaker, 1999). Schoumaker dans un article portant sur "Indicateurs de niveau de vie et mesure de la relation entre pauvreté et fécondité", à partir des données d'une enquête réalisée en Afrique du Sud, a montré que selon l'indicateur choisi, la relation entre niveau de vie et descendance finale peut être très différente. L'une des difficultés soulignées par l'auteur se réfère au caractère transversal de la plupart des données (qu'elles proviennent des enquêtes auprès des ménages soutenues par la Banque mondiale, ou des EDS) utilisées pour opérer la classification des femmes selon le niveau de vie. Étant donné que la descendance finale des femmes âgées qui est le plus souvent utilisée dans ce genre d'études (y compris l'auteur lui-même), ne se réfère en aucun cas à la période de validité des données de moment, les estimations obtenues ne peuvent être exemptes de biais.

Par ailleurs, les données des EDS sur les équipements de base disponibles dans chaque ménage et la possession des biens de consommation durables, peuvent être utilisées ensemble ou séparément, pour développer divers indices de conditions de vie (Kishord et Neitzel, 1997). L'indice des équipements et des Biens (IEB) en est une illustration. A partir de l'IEB, il est possible d'évaluer le degré de pauvreté (ou niveau de vie) des membres du ménage.

En ce qui concerne cet article, à la différence des femmes âgées, la sexualité et la fécondité des adolescentes dépend plus du statu du ménage que de leurs caractéristiques propres. Ainsi, pour définir la typologie des adolescents et des jeunes selon le niveau de vie, nous avons pris en compte les biens, équipements et autres matériaux ci-après ³:

1. La source de l'eau utilisée pour boire ;
2. Le type de toilette (ou de lieu d'aisance) utilisé ;
3. Le type de matériau du sol du logement habité par le ménage ;
4. L'électricité ;
5. Le téléviseur ;
6. La radio ;
7. Le téléphone ;
8. Le réfrigérateur ;
9. La bicyclette ;
10. La motocyclette ;
11. La voiture.

Conformément à la démarche de classification que nous avons adoptée, l'application des méthodes retenues a permis d'identifier quatre groupes distincts de jeunes dont les caractéristiques sont décrites ci-après :

a) Niveau de vie inférieur : formant 17,4 % des enquêtés, dans leur grande majorité (57,3 %), les adolescents et jeunes de ce groupe vivent dans les ménages qui utilisent l'eau de boisson provenant des sources non aménagées, du fleuve, de la rivière et de la marre. Un peu plus du quart (26,4 %) parmi eux boivent l'eau des forages ou des sources aménagées. En ce qui concerne le type de toilette (ou lieu d'aisance), la totalité des ménages au sein desquels sont issus les membres de ce groupe (100 %) utilise soit la brousse ou la nature. De plus, dans leur presque totalité (99,4 %), la terre et le sable est le principal matériau du sol au sein de leur ménage. Quant à la disponibilité de l'électricité (0,2 %), du téléviseur et du téléphone (0 %), elle est nulle. Enfin, un peu plus d'un adolescent ou jeune interrogé sur cinq (20,9 %), vit dans un ménage disposant d'une bicyclette alors que la motocyclette est disponible dans les ménages où l'on ne dénombre que 2,3 % des enquêtés.

a) Niveau de vie intermédiaire : représentant le quart (25,6 %) des adolescents et jeunes, 25,7 % des membres de ce groupe vivent dans les ménages utilisant l'eau de boisson provenant des sources non aménagées, du fleuve, de la rivière et de la marre. En revanche, l'eau de boisson de près de la moitié parmi eux (44,7%) provient des forages ou des sources aménagées. Comme le groupe détenant un niveau de vie inférieur, la terre et le sable (99,3 %) constituent la presque totalité du matériau du sol des ménages qui les abritent. Ils sont 79,4 % à disposer des latrines non couvertes et 3,3 % de l'électricité dans leurs ménages. Alors que le téléviseur (0,9 %) et le téléphone (0,3 %) y sont presque inexistants, la présence des

³ On trouvera en annexe ..., les différentes modalités des variables énumérées ici.

bicyclettes (44,2 %) reste non négligeable. Enfin, près d'un adolescent ou jeune sur dix (9 %) vit dans un ménage disposant d'une motocyclette.

b) Niveau de vie intermédiaire supérieur : ils représentent plus de la moitié des adolescents et des jeunes enquêtés (52,5 %). Environ trois sur dix (28,6 %) parmi eux appartiennent à des ménages utilisant l'eau provenant du robinet externe au ménage pour boire. Près d'un enquêté sur cinq (19,9 %) boit l'eau issue du robinet interne au ménage et

c) pour 21,8 % des répondants de ce groupe, le forage et les sources aménagées constituent les sources d'approvisionnement en eau de boisson. Par ailleurs, la fosse, la latrine couverte ou améliorée (48 %) et la fosse ou latrine non couverte (40,7 %) sont les principaux types de toilette utilisés. Pour ce qui est du principal matériau du sol, le ciment est observé dans les ménages abritant la presque totalité de ces adolescents et jeunes (91,8 %).

d) Niveau de vie supérieur : très faiblement représenté parmi les enquêtés (4,5 %), le robinet interne au ménage (80,2 %) reste la principale source d'approvisionnement en eau de boisson de ce groupe. La chasse d'eau est l'unique type de toilette (100 %) observé dans le logement. En outre, les adolescents et les jeunes de ce groupe, dans leur très grande majorité (84,6 %), appartiennent à des ménages disposant de l'électricité. Le ciment (45,1 %) et le carrelage (54,9 %) forment le matériau du sol que l'on y trouve. Enfin, la disponibilité dans les ménages de ces adolescents et jeunes : du téléviseur (82,6 %), du téléphone (72,8 %) et de la voiture (55,9 %), distingue encore nettement ce groupe des autres enquêtés.

C. Niveau d'instruction des adolescentes et des jeunes

Prenant en compte le fait que la plupart des adolescents et des jeunes entrent à l'université au-delà de 20 ans et en raison de la faible proportion des jeunes filles dans l'enseignement supérieur, nous avons retenu trois modalités pour catégoriser le niveau d'instruction à savoir : sans instruction, le primaire et le secondaire et plus. Il en est ressorti que les adolescentes et jeunes filles sont majoritaires (61,4 %) à n'avoir jamais fréquenté l'école, 18,9 % d'entre elles fréquentent ou ont atteint le niveau primaire et environ une adolescente sur cinq a (19, %) le niveau secondaire ou plus.

D. Typologie des adolescentes et des jeunes selon la modernisation

Trois variables ont été prises en compte pour définir la typologie des adolescents et des jeunes selon le degré de modernisation : le niveau de vie, le degré d'urbanisation et le niveau d'instruction.

a) le niveau de vie des ménages des enquêtés : comme nous l'avons vu plus haut, la fécondité et la santé de la reproduction (en particulier la connaissance et la pratique contraceptives) sont liées au niveau de vie. En outre, la possession par les ménages des équipements et des biens qui ont été introduits dans le modèle de classification pour définir la typologie des adolescentes et jeunes selon le niveau de vie (à titre de rappel : le matériau du sol, le type de toilette, l'électricité, la voiture, ...) est entre autres, une caractéristique de la modernisation.

- b) **Le degré d'urbanisation** est également l'une des caractéristiques des sociétés modernes (industrielles). Par ailleurs, selon Lerner (1958, cité par Mboup, 1989), la relation qui lie l'urbanisation aux éléments de modernisation suppose que l'accroissement urbain entraîne une croissance de l'alphabétisation qui à son tour, stimule l'information et partant, augmente la participation économique et politique des individus. D'autres thèses classiques indiquent aussi que l'urbanisation est indissociable à la croissance économique (Véron, 1994). Par ailleurs, dans l'histoire occidentale des deux derniers siècles, comme dans celles des régions du sud depuis cinquante ans, les transitions démographiques liant fécondité, mortalité, nuptialité et mobilité, se sont déroulées parallèlement ou corollairement à un processus d'urbanisation dans l'ensemble très rapide (Tabutin, 2000).
- c) Comme l'urbanisation, **le niveau d'instruction** est l'une des caractéristiques de différenciation d'une société traditionnelle à une société moderne. Il facilite l'accès à l'information, au savoir et au savoir faire.

L'application des méthodes de classification multiple fondées sur les nuées dynamiques et l'option pas à pas de la méthode discriminante, a permis de constituer trois groupes d'adolescentes et de jeunes dont les caractéristiques sont décrites ci-dessous.

- a) **Faible** : ce groupe constitue près de la moitié des enquêtés (49,5 %). Dans leur très grande majorité, ses membres sont faiblement scolarisés (88,7 % sont sans niveau d'instruction) et nettement moins urbanisés (83,2 % parmi eux sont très faiblement urbanisés). Quant au niveau de vie, pour plus de trois sur quatre de ces enquêtés (76,4 %), il est bas ou très bas. Comme on le voit, les caractéristiques de ce groupe sont assez proches de celles d'une société traditionnelle.
- b) **Moyen** : ce second groupe compte un peu plus de trois adolescents et jeunes sur dix enquêtés. Ceux-ci ont des niveaux d'instruction assez bons (32,5 % ont atteint ou sont actuellement inscrits au cycle primaire). En revanche, bien que le pourcentage de ceux parmi eux qui ont au moins un niveau d'urbanisation moyen soit non négligeable (32,7 %), pour près de la moitié (47, %) parmi eux, cet indicateur se situe à un niveau très faible. Il en résulte que ce groupe peut être assimilé à une société en situation transitionnelle entre la tradition et la modernisation.
- c) **Élevé** : constituant à peine un enquêté sur cinq (18,9 %), ce dernier groupe ne comporte aucun enquêté sans instruction. Ils sont en effet 21,6 % à avoir atteint le niveau primaire (ou actuellement inscrits dans ce cycle) et 78,4 % parmi eux fréquentent actuellement ou ont le niveau secondaire et plus. En outre, dans leur très grande majorité (73,3 %), ils appartiennent à des ménages qui ont un niveau de vie moyen et sont principalement du degré d'urbanisation très élevé (76,6 %). Partant de ces caractéristiques, nous pouvons conclure que ce groupe possède des attributs assez proches à ceux d'une société moderne.

Ces résultats montrent que la modernisation n'est pas nécessairement corrélée au niveau de vie. En effet, seuls 13,5 % des adolescents et jeunes classés comme modernes, vivent dans les ménages qui ont un niveau de vie élevé. De même, au sein de la classe faiblement modernisée, on ne compte qu'un peu plus de 3 enquêtés sur 10 (32,5 %) qui ont un niveau de vie très bas.

1.4 Source de données

Les données utilisées ici sont issues de la dernière enquête démographique et de santé réalisée par le pays en 2005. Elle a utilisé trois questionnaires à savoir : un questionnaire ménage destiné à la collecte de certains renseignements concernant tous les membres de ménage, un questionnaire individuel femme (en âge de procréer, 15 à 49 ans) portant sur différents aspects socio-démographiques et un volet sur les infections sexuellement transmissibles et la sérologie du VIH/Sida, et un questionnaire homme visant à collecter les données sur les personnes de sexe masculin âgées de 15 à 59 ans.

La sous-population des adolescents et des jeunes a été extraite des bases de données constituées pour les femmes et les hommes.

Il est aussi important d'indiquer que quelques sources qualitatives ont été utilisées pour étayer par endroit certaines analyses.

II- PRINCIPAUX RESULTATS

Ce sont les jeunes qui sont les plus à risque, les plus vulnérables et les plus aptes à instaurer les changements. La moitié de tous les nouveaux cas d'infection à VIH surviennent chez les jeunes. Chaque jour, 6000 d'entre eux en sont infectés.

UNFPA, 2005.

Concrètement, partant de notre hypothèse de base, nous montrons ici que par rapport à leurs pairs de degré de modernisation inférieur, les adolescents et les jeunes modernes ont non seulement une meilleure connaissance des moyens de protection contre les IST/VIH/SIDA, mais aussi une prévalence plus élevée d'utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel. Toutefois, elles sont nettement plus exposées aux facteurs de risque de contamination face à ces maladies en particulier le multi partenariat sexuel. Quant aux différences selon le sexe et l'âge, quel que soit le degré de modernisation, les connaissances et les pratiques sexuelles à moindre risque se situent en général à des niveaux plus élevés chez les enquêtés du sexe masculine et les jeunes.

Conformément à la démarche méthodologique que nous avons adoptée, les différences de comportements sont d'abord analysées chez les adolescents et les jeunes selon le degré de modernisation. Ensuite, nous présentons une synthèse des résultats d'une analyse similaire menée au sein d'une génération d'enquêtés plus âgés. Enfin, selon la pertinence de l'évènement étudié et dans l'optique d'évaluer les changements de comportement par génération, nous comparons les niveaux des indicateurs entre jeunes et adultes par degré de modernisation.

2.1 CONNAISSANCE DES MOYENS DE PROTECTION CONTRE LE VIH/SIDA

En Guinée, la plupart des programmes qui sensibilisent la population sur l'adoption de comportements sexuels et reproductifs à moindre risque, centrent leurs interventions sur l'utilisation du préservatif, l'abstinence et la fidélité réciproque. Nous avons alors construit un indicateur multiple fondé sur ces trois moyens de protection contre les IST/VIH/SIDA parce que ceux-ci sont pris en compte dans les questionnaires individuels de notre source de référence (voir annexe 4). En effet, dans la rubrique consacrée à la connaissance des moyens de protection contre les IST/VIH/SIDA, entre autres, les trois questions ci-après ont été posées à toutes les personnes interviewées :

- a. Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant seulement un partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire ?
- b. Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant un condom chaque fois qu'on a des rapports sexuels ?
- c. Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en s'abstenant des rapports sexuels ?

Ainsi, nous considérons qu'une personne a une bonne connaissance des moyens de protection contre le VIH/SIDA, lorsqu'elle répond simultanément "oui" à toutes ces trois questions. En

revanche, dans tous les autres cas de figure, l'enquêté(e) n'a que des connaissances partielles ou nulles.

2.1.1 Sexe féminin

A- Adolescentes

Les adolescentes (Graphique tableau ci-dessous) sont nombreuses (64 %) à avoir une bonne connaissance des moyens de protection contre l'infection à VIH/SIDA. En se référant aux enquêtées faiblement modernisées (57,2 %), ce niveau de connaissance est encore plus chez les enquêtées modernes (73,4 %) ainsi que parmi celles qui sont moyennement modernes (70,5 %). Bien que d'une intensité faible (le coefficient V de Cramer n'est de 15 %), ces disparités sont significatives au seuil de 1 % et tributaires du niveau d'instruction encore très faible des adolescentes faiblement modernisées, ainsi que de l'enclavement de certaines zones rurales qui abritent ces enquêtées.

Tableau 2.1 : Pourcentage d'adolescentes selon leur niveau de connaissance des moyens de protection contre le VIH/SIDA

Degré de modernisation	Niveau de connaissance (%)		Total (%)	Effectif
	Connaissances partielles	Bonnes connaissances		
Faible	42,8	57,2	100	842
Moyen	29,5	70,5	100	457
Elevé	26,6	73,4	100	291
Total	36,0	64,0	100	1590
Statistiques	KH2 = 36,5 Probabilité de KH12 < 0,01		V de Cramer = 15,1 %	

Source : traitement des données de la troisième enquête démographique et de santé de 2005.

Etant donné que chez les adolescentes, la proportion de celles qui ne sont pas encore sexuellement initiées est non négligeable (40,9 %), dans un contexte de modernisation, nous avons jugé nécessaire d'analyser séparément les disparités du niveau de connaissance des moyens de protection contre les IST/VIH/SIDA entre ce groupe et les autres. Cette analyse a montré que les tendances observées chez l'ensemble des adolescentes (tableau ci-dessus), sont valables au sein de chacune des deux sous populations. Toutefois, la comparaison des niveaux de connaissance des moyens de protection contre les infections génito-urinaires entre les deux groupes révèle que quel que soit le degré de modernisation, les adolescentes ayant déjà eu des rapports sexuels sont un peu plus informées que celles non initiées sexuellement. Ces différences non négligeables permettent de conclure que les adolescentes sexuellement inactives accordent peu d'intérêt aux programmes de sensibilisation récemment développés dans le domaine de la promotion des comportements sexuels à moindre risque parce qu'elles se sentent à juste raison moins concernées.

Tableau 2.2 : Pourcentage d'adolescentes ayant des bonnes connaissances des moyens de protection contre les IST/VIH/SIDA selon qu'elles aient déjà ou non leurs premiers rapports sexuels et le niveau de modernisation

Degré de modernisation	Pratique des rapports sexuels	%	Effectif	KHI 2	Probabilité du KHI2	V de Cramer %
Faible	Jamais	46,7	289	20,1	0,00	15,4
	Déjà pratiqués	62,6	553			
	Total	57,3	842			
Moyen	Jamais	63,1	198	9,6	0,00	14,5
	Déjà pratiqués	76,1	259			
	Total	70,7	457			
Elevé	Jamais	65,6	163	11,0	0,00	19,4
	Déjà pratiqués	82,8	128			
	Total	73,3	291			

Source : traitement des données de la troisième enquête démographique et de santé de 2005.

B- Adolescents et jeunes hommes

Comparativement aux enquêtés de sexe féminin, quel que soit le degré de modernisation, le niveau de connaissance des moyens de protection contre le VIH/SIDA ne varie pas selon le degré de modernisation. De plus, les adolescents et les jeunes ont des niveaux de connaissance nettement plus élevés que leurs pairs de sexe féminin. Ces importants écarts observés selon le sexe tiennent au faible statut de la femme en général, et aux stéréotypes discriminatoires au détriment des jeunes filles.

Tableau 2.3 : Niveau de connaissance des moyens de protection contre les IST/VIH/SIDA chez les adolescents et jeunes hommes selon le degré de modernisation

Degré de modernisation	Niveau de connaissance (%)		Total (%)	Effectif
	Connaissances partielles	Bonnes connaissances		
Faible	2,2	97,8	100	356
Moyen	0,0	100	100	365
Elevé	2,3	97,7	100	310
Total	1,5	98,5	100	1031
Statistiques	KH2 = 1,6 Probabilité de KHI ² > 10 %		V de Cramer = NA	

Source : traitement des données de la troisième enquête démographique et de santé de 2005.

Il apparait ainsi que la modernisation est un facteur discriminant du niveau de connaissance des moyens de protection contre le VIH/SIDA chez les adolescents et jeunes des deux sexes. Parmi les adolescentes, il est ressorti que celles qui sont encore vierges manifestent peu d'intérêt pour ce sujet. De plus, non seulement les hommes disposent des niveaux de connaissance plus élevés, mais en leur sein, il n'y a pas de disparité selon le degré de modernisation. On voit toutefois que les niveaux de connaissance des moyens de protection contre les IST/VIH/SIDA sont dans l'ensemble très bons. Qu'en est-il de l'utilisation du préservatif pendant les premiers rapports sexuels et les derniers en date avant l'enquête.

2.2 UTILISATION DU PRESERVATIF LORS DES DERNIERS RAPPORTS SEXUELS A RISQUE

A. Sexe féminin

a) Adolescentes et jeunes de 18 à 24 ans

Durant la dernière EDS (2005), il a été demandé à chaque enquêté ayant eu des rapport sexuels au cours des douze derniers mois, d'indiquer si un préservatif avait été utilisé à cette occasion.

La modernisation (tableau ci-dessous) est sans doute un facteur favorisant l'utilisation du préservatif. En effet, au moment des derniers rapports pratiqués durant la période de référence, près de deux adolescentes ou jeunes filles sur cinq (39,9 %) modernes en ont utilisé. Cette proportion diminue sensiblement d'un degré de modernisation supérieur à un stade inférieur. Elle est de 10,2 % au sein de la classe moyenne et seulement de 2,5 % parmi les adolescentes et les jeunes filles faiblement modernisées

Tableau 2.4 : Distribution en pourcentage des adolescentes et jeunes filles selon l'utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels

Degré de modernisation	Utilisation du condom lors des derniers rapports durant les 12 derniers mois (%)		Total (%)	Effectif
	Oui	Non		
Faible	2,5	97,5	100	682
Moyen	10,2	89,8	100	295
Elevé	39,9	60,1	100	148
Total	9,4	90,6	100	1125
Statistiques	KH2 = 199,3 Probabilité de KHI2= 0,0 %		V de Cramer = 42,7 %	

Source : traitement des données de la troisième enquête démographique et de santé de 2005.

b) Jeunes filles et femmes âgées d'un même degré de modernisation

Pour analyser les éventuels changements de comportements sexuels entre jeunes générations et enquêtées plus âgées, comme nous l'avons jusqu'à présent abordé, nous nous sommes intéressés à mesurer les différences de la prévalence du condom lors des derniers rapports sexuels dans les deux sous-populations et selon le degré de modernisation.

Quel que soit le degré de modernisation (tableau ci-dessous), les adolescentes et les jeunes filles sont nettement plus nombreuses à utiliser le préservatif lors des derniers rapports sexuels. Ces tendances confirment sans doute que les changements de comportements sexuels viennent toujours des jeunes générations qui sont par ailleurs les plus exposées aux rapports sexuels à risque.

Tableau 2.5 : Pourcentage d'adolescentes, jeunes filles et femmes adultes ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels

Degré de modernisation	Groupe d'âges	%	Effectif	KHI 2	Probabilité du KHI2	V de Cramer %
Faible	18 - 24 ans	2,5	682	7,8	0,5	7,6
	38 - 44 ans	0,6	663			
	Total	1,6	1345			
Moyen	18 - 24 ans	10,2	295	9,0	0,0	14,3
	38 - 44 ans	2,1	143			
	Total	7,5	438			
Elevé	18 - 24 ans	39,9	148	7,1	0,8	18,6
	38 - 44 ans	20,3	59			
	Total	34,3	207			

Source : traitement des données de la troisième enquête démographique et de santé de 2005.

B. Sexe masculin

a) Adolescents et jeunes hommes de 18 à 29 ans

Conformément aux constats établis plus haut chez les adolescentes et jeunes filles, la modernisation (tableau ci-dessous) est ici également un facteur explicatif de la prévalence du préservatif durant les derniers rapports sexuels. En effet, à peine un adolescent ou jeune homme sur cinq (18,9 %) faiblement modernisé a utilisé un préservatif lors des derniers rapports sexuels. Ce pourcentage atteint 44,2 % chez les enquêtés modernes et 38,2 % parmi ceux moyennement modernisés.

Tableau 2.6 : Distribution en pourcentage des adolescents et jeunes hommes selon l'utilisation du préservatif lors des derniers rapports sexuels

Degré de modernisation	Utilisation du condom au cours des derniers rapports (%)		Total (%)	Effectif
	Oui	Non		
Faible	18,9	81,1	100	274
Moyen	38,2	61,8	100	282
Elevé	44,2	55,8	100	224
Total	33,1	66,9	100	780
Statistiques	KH2 = 40,7 Probabilité de KHI 2 < 0,01		V de Cramer = 22,3 %	

Source : traitement des données de la troisième enquête démographique et de santé de 2005.

b) Adolescents, jeunes hommes et adultes du même degré de modernisation

En ce qui concerne tout d'abord le cas isolé des adultes, bien que les résultats ne soient pas entièrement repris ici, la modernisation ne constitue pas un facteur de différenciation du niveau d'utilisation du préservatif lors des derniers rapports sexuels. Par ailleurs (tableau ci-dessous) quel que soit le degré de modernisation, le niveau d'utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels est nettement plus élevé chez les jeunes générations (les différences sont non seulement toutes significatives au seuil de 1 %, mais, aussi, elles sont d'une intensité très élevée avec la valeur du coefficient V de Cramer supérieur à 30 % dans tous les cas de figure). Cette démarcation significative du comportement des jeunes par rapport à celui des adultes s'explique par certains faits majeurs. Tout d'abord, le début de l'engagement des jeunes hommes dans la vie sexuelle coïncide avec l'initiation et au développement des activités de promotion des comportements sexuels et reproductifs à moindre risque. Ensuite, étant donné que les jeunes hommes ont un taux de célibat très élevé, ils sont plus exposés à la pratique des rapports sexuels avec des partenaires inhabituelles qui comme nous le verrons, constituent un important facteur de risque d'IST. D'où, un plus grand intérêt de se protéger s'impose à eux. Au contraire, les hommes adultes étant majoritairement mariés, ils se sentent moins menacés face aux IST/VIH/SIDA.

En résumé, à l'image des adolescentes et des jeunes filles, on peut également conclure ici que les changements et l'adoption de nouveaux comportements sexuels sont sensiblement amorcés chez les jeunes garçons. Ceci rejoint l'affirmation de l'UNFPA qui stipule que "*ce sont les jeunes qui sont les plus à risque, les plus vulnérables et les plus aptes à instaurer les changements*" (UNFPA, 2005).

Tableau 2.7 : Pourcentage d'adolescents, de jeunes et d'adultes ayant fait usage du préservatif lors des derniers rapports survenus au cours des douze derniers mois avant l'enquête

Degré de modernisation	Groupe d'âges	%	Effectif	KHI 2	Probabilité du KHI2	V de Cramer %
Faible	18 – 29 ans	18,9	274	68,9	0,00	33,7
	48 – 59 ans	0,0	335			
	Total	8,6	609			
Moyen	18 – 29 ans	37,5	282	45,0	0,00	33,7
	48 – 59 ans	4,3	115			
	Total	27,8	397			
Elevé	18 – 29 ans	44,2	224	31,6	0,00	33,4
	48 – 59 ans	5,0	61			
	Total	35,9	285			

Source : traitement des données de la troisième enquête démographique et de santé de 2005.

2.3 Facteurs de risques d'IST/VIH/SIDA, utilisation du condom et dernière source d'approvisionnement

Entre autres facteurs de risque d'IST/VIH/SIDA, nous étudierons ici : le lien avec le partenaire des derniers rapports sexuels et la fréquence des rapports sexuels avec une personne inhabituelle au cours des douze derniers mois avant l'enquête.

2.3.1 Lien avec le partenaire des derniers rapports sexuels et utilisation du préservatif

A toutes les personnes des deux sexes interrogées et ayant déclaré avoir pratiqué les rapports sexuels au cours des douze derniers mois, une question leur avait été posée sur le lien avec le partenaire rencontré à cette occasion. Les réponses ont été regroupées en deux modalités à savoir l'époux ou le partenaire cohabitant d'une part, et le partenaire non cohabitant de l'autre.

a) Sexe féminin

Etant donné que quel que soit le type du partenaire l'utilisation du préservatif réduit substantiellement le risque de contamination, nous nous sommes intéressés à l'analyse des disparités afférentes selon le degré de modernisation et le lien avec le partenaire des derniers rapports sexuels. Quel que soit le degré de modernisation (tableau ci-dessous), le préservatif est essentiellement utilisé lors des rapports sexuels extraconjugaux (la relation est de forte intensité dans tous les cas de figure, et celle-ci augmente substantiellement avec le degré de modernisation). Par ailleurs, même dans une situation à risque, excepté les adolescentes et jeunes filles modernes (50,9 %) le niveau d'utilisation du préservatif est encore faible et d'ailleurs il s'agit ici des derniers rapports sexuels. Les données sur l'utilisation courante ne permettent malheureusement pas d'effectuer une analyse différentielle parce qu'elles portent sur peu de cas. Par ailleurs, ces résultats confirment un constat de UNFPA cité dans une publication de l'IPPF : " les filles mariées ont une vie sexuelle plus active que leurs pairs non mariées ; leur capacité à négocier l'usage du condom et leur pouvoir de refuser de faire l'amour avec leurs partenaires sont limités" (FNUAP, 2002 ; IPPF, 2004).

Tableau 2.9 : Pourcentage d'adolescentes et de jeunes filles ayant utilisé un préservatif au cours de leurs derniers rapports sexuels selon le lien avec le partenaire

Degré de modernisation	Lien avec le partenaire	%	Effectif	KHI 2	Probabilité du KHI2	V de Cramer %
Faible	Epoux/ part. Cohabitant	0,9	587	51,1	0,00	27,5
	Part. non cohabitant	12,8	95			
	Total	2,4	682			
Moyen	Epoux/ part. cohabitant	2,4	166	27,8	0,00	30,8
	Part. non cohabitant	20,3	129			
	Total	9,9	295			
Elevé	Epoux/part. cohabitant	7,5	41	23,0	0,00	39,1
	Part. non cohabitant	50,9	107			
	Total	39,0	148			

Source : traitement des données de la troisième enquête démographique et de santé de 2005.

b) Sexe masculin

Comme chez les filles, dans un contexte de modernisation, des disparités non négligeables du niveau de protection contre les IST/VIH/SIDA selon le lien avec la partenaire des derniers rapports sexuels sont observées parmi les garçons. Quel que soit le degré de modernisation, nous observons de toute évidence une plus grande utilisation des préservatifs par les adolescents et les jeunes hommes, lors des derniers rapports sexuels avec des partenaires non co-habitanes.

Tableau 2.11 : Pourcentage des adolescentes et jeunes garçons ayant utilisé un préservatif au cours des derniers rapports sexuels selon le lien avec le partenaire de ceux-ci et le degré de modernisation

Degré de modernisation	Lien avec le partenaire	%	Effectif	KHI 2	Probabilité du KHI2	V de Cramer %
Faible	Epoux/ part. Cohabitant	3,7	108	27,3	0,00	31,5
	Part. non cohabitant	28,9	166			
	Total	18,9	274			
Moyen	Epoux/ part. cohabitant	12,2	42	13,1	0,00	21,6
	Part. non cohabitant	41,8	240			
	Total	37,5	282			
Elevé	Epoux/part. cohabitant	10,5	19	9,7	0,00	20,7
	Part. non cohabitant	47,6	205			
	Total	44,4	224			

Source : traitement des données de la troisième enquête démographique et de santé de 2005.

2.3.2 Rapports sexuels avec les partenaires inhabituels

Les rapports sexuels pratiqués avec un ou une partenaire inhabituel(e) figurent parmi les comportements sexuels à risque. Nous nous sommes ainsi intéressés à mesurer l'ampleur de ce phénomène chez les adolescents et les jeunes des deux sexes. En effet, à toutes les personnes interviewées qui ont été sexuellement actives au cours des douze derniers mois, la question sur la pratique éventuelle des rapports sexuels avec des partenaires inhabituels a été posée.

a) Sexe féminin

Le pourcentage (tableau ci-dessous) des adolescentes et des jeunes filles qui ont fréquemment pratiqué les relations sexuelles avec des partenaires inhabituels au cours de la période de référence est dans l'ensemble très bas (14,1 %). Bien que d'une faible intensité (la valeur du coefficient V de Cramer est de 14 %), les disparités observées selon le degré de modernisation sont significatives. Elles indiquent que plus le degré de modernisation est élevé, plus la proportion des enquêtées qui ont fréquemment des rapports sexuels avec les partenaires inhabituels est élevée. Une fois de plus, ces tendances révèlent sans doute que les comportements à risque sont plus fréquents parmi les adolescentes et jeunes filles de la classe moderne.

Tableau 2.12 : Pratique des rapports sexuels avec des partenaires inhabituels au cours des douze derniers mois selon le degré de modernisation chez les adolescentes et jeunes filles⁴

Degré de modernisation	Pratique des rapports avec un partenaire inhabituel au cours des 12 derniers mois (%)		Total (%)	Effectif
	Oui	Non		
Faible	1,9	98,1	100	682
Moyen	6,8	93,2	100	295
Elevé	8,9	91,1	100	148
Total	4,1	95,9	100	1125
Statistiques	KH2 = 22,1 Probabilité de KHI2 < 0,01		V de Cramer = 14,0%	

Source : traitement des données de la troisième enquête démographique et de santé de 2005.

b) Sexe masculin

Contrairement aux jeunes filles où elle est nettement moins fréquente, la pratique des rapports sexuels à risque demeure non négligeable parmi les adolescents et les jeunes hommes. Ils sont dans l'ensemble 36 % à avoir pratiqué fréquemment les rapports sexuels avec des partenaires inhabituelles. Les adolescents et les jeunes hommes modernes sont plutôt moins nombreux à enregistrer les comportements à risque en leur sein (27,6 % ont eu des rapports sexuels avec des partenaires inhabituelles). En revanche, ces pratiques sont nettement plus fréquentes chez les enquêtés moyennement modernisés (42,8 %). Le cas particulier des adolescents et des jeunes moyennement modernisés s'explique par le fait qu'ils ont pour la plus part vécu en milieu rural pendant la plus grande partie de leur enfance et vivent actuellement dans les grandes villes pour des raisons qui ne sont pas forcément scolaires. En effet, ils ont de bas niveaux de scolarisation par rapport à leurs pairs modernes.

⁴ Ici également nous n'avons pas jugé utile de comparer avec les femmes âgées qui sont presque toute mariées ou vivent avec des hommes.

Tableau 2.13 : Distribution en pourcentage des adolescents et des jeunes hommes selon la pratique des rapports avec des partenaires inhabituelles au cours des douze derniers mois

Degré de modernisation	Rapports sexuels avec une partenaire inhabituelle au cours des 12 derniers mois (%)		Total (%)	Effectif
	Oui	Non		
Faible	36,0	64,0	100	274
Moyen	42,8	57,2	100	282
Elevé	27,6	72,4	100	224
Total	36,0	64,0	100	780
Statistiques	KH2 = 12,6 Probabilité de KHI 2 < 0,01		V de Cramer = 12,7 %	

Source : traitement des données de la troisième enquête démographique et de santé de 2005.

En ce qui concerne les différences entre jeunes et adultes d'un même degré de modernisation (tableau ci-dessous), ce type de comportement à risque ne fait état d'aucune disparité selon l'âge. Comme on le voit, parmi les enquêtés moyennement modernisés et modernes, la pratique récurrente des rapports sexuels avec les partenaires inhabituelles ne diffère pas selon le groupe de génération (jeunes et adultes). En revanche, il existe sans doute une différence significative de ce type de comportement à risque (au seuil de 5 %) entre les jeunes et les adultes faiblement modernisés.

Tableau 2.14 : Pourcentage de jeunes et d'adultes ayant pratiqué les rapports sexuels avec des partenaires inhabituelles sur la période des douze derniers mois selon le degré de modernisation

Degré de modernisation	Groupe d'âges	%	Effectif	KHI 2	Probabilité du KHI2	V de Cramer %
Faible	18 – 29 ans	36,0	274	4,1	0,04	8,0
	48 – 59 ans	28,4	335			
	Total	31,8	609			
Moyen	18 – 29 ans	42,8	282	0,0	0,85	-
	48 – 59 ans	41,7	115			
	Total	42,5	397			
Elevé	18 – 29 ans	27,6	224	0,0	0,96	-
	48 – 59 ans	27,9	61			
	Total	27,6	285			

Source : traitement des données de la troisième enquête démographique et de santé de 2005.

2.3.3 Source d'approvisionnement des derniers préservatifs utilisés

Parmi les jeunes hommes sexuellement actifs (896 /1031 soit 86,9 %), seuls 34 % (305 enquêtés) ont utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels pratiqués durant la période de référence. Nous nous sommes par ailleurs intéressés aux lieux où ceux-ci s'étaient procurés du préservatif utilisé la dernière fois. Les résultats font l'objet du graphique ci-dessous⁵. Les différents lieux cités ont été regroupés en deux catégories à savoir : les *sources médicales* (Hôpital gouvernemental, Centre de santé gouvernemental, Poste de santé, Agent communautaire, Hôpital, clinique privé, Pharmacie, Agent de santé, Autre médical privé) ; et les *sources non médicales* (Boutique, Bar/boite de nuit, Kiosque ou tablier, Ami, connaissances, parents, Hôtel/motel, Partenaire avait le condom et Autre).

Les sources non médicales sont bien plus utilisées que celles médicales et ceci quel que soit le degré de modernisation considéré. Les jeunes hommes modernes sont toutefois un peu plus nombreux à se procurer des condoms à partir d'une source médicale. Cette attitude des jeunes à fréquenter les sources non médicales confirme un fait majeur général qui est la faible utilisation des services de santé de la reproduction par les adolescents et les jeunes en Guinée. Elle tient par ailleurs à trois facteurs explicatifs. D'abord, les adolescents et les jeunes ont peur d'aborder les adultes pour discuter des questions liées à la sexualité, ensuite la pauvreté ne permet pas d'accéder facilement aux services de santé de la reproduction, et finalement, les conditions d'accueil des adolescents et des jeunes dans l'environnement sanitaire moderne sont précaires. En effet, une étude réalisée durant les années 1998 et 1999 dans deux régions naturelles du pays (Basse Guinée et Moyenne Guinée), a permis de recueillir les avis des adolescents et des jeunes organisés en focus-group et face à l'utilisation des services de santé de la reproduction ainsi que les opinions des adultes. Au cours de cette étude, deux adolescentes d'un focus group racontaient : *"Moi quand j'ai une maladie sexuelle j'ai honte d'exposer le problème aux grands, et quant à mes parents, j'ai peur d'eux parce qu'ils vont me frapper. Je préfère me débrouiller en coulisse avec les amis et parfois avec les vieilles femmes. Ma copine, tu sais que les racines de papayer sont partout, on a pas besoin d'argent pour en avoir, elles sont faciles à trouver et soignent tous nos problèmes là"*. Plus loin, un adulte interrogé disait : *"même en ce qui concerne les MST, les adolescentes n'utilisent pas les services de santé, ils préfèrent se traiter avec nos médicaments. Il y a la brousse, couper les racines, les faire bouillir en ajoutant le miel, ensuite boire. C'est efficace, comme il n'y pas d'argent pour aller à l'hôpital mieux vaut acheter ces médicaments. Tu n'iras jamais à l'hôpital sans argent"*. Quant à l'accueil dans les structures de santé, les insuffisances évoquées par les adolescentes se réfèrent à la consommation abusive de l'alcool par certains prestataires, à l'indiscrétion et à l'âge et au fait qu'ils sont négligés et / ou chassés lorsqu'ils viennent en particulier pour les IST. Entre autres témoignages, les adolescents racontaient : *"Docteur, quand un jeune va seul à l'hôpital pour exposer un problème de MST, on ne le regarde même pas et parfois on le traite de voyou"*. Ensuite, *"Docteur, lorsque tu exposes un problème sexuel à l'hôpital, le lendemain tout le monde est au courant de quoi tu souffres. Ces docteurs sont indiscrets et reçoivent mal surtout lorsqu'ils sont âgés. Enfin, certains prestataires avant de se rendre au centre de santé, consomment abusivement de l'alcool et ce comportement est aussi une cause du mauvais accueil qu'ils réservent aux adolescents"*.

Cette section a montré que la modernisation est un stimulant du niveau d'utilisation du préservatif par les adolescents et les jeunes des deux sexes. Quel que soit le sexe, les enquêtés modernes sont relativement plus nombreux à faire usage du condom. Toutefois, la prévalence du préservatif est plus élevée chez les garçons que parmi les filles. Par ailleurs, plus le degré

⁵ Les différences selon le degré de modernisation sont significatives au seuil de 10 %.

de modernisation est élevé, plus les derniers rapports sexuels sont pratiqués avec des partenaires non co-habitants. Mais ces comportements sont plus fréquents chez les garçons que parmi les filles. En outre, l'utilisation du préservatif est plus courante lors des rapports sexuels avec les partenaires non co-habitants. Toujours à propos du préservatif, les rares garçons qui en ont récemment utilisé, s'approvisionnent essentiellement à partir des sources non médicales. Cette attitude s'explique entre autres par la peur des adolescentes vis-à-vis des adultes, la pauvreté et les mauvaises conditions d'accueil dans les structures médicales modernes. En revanche, la pratique des rapports sexuels avec des partenaires inhabituels est moins fréquente chez les filles et plus courante parmi les garçons. Par ailleurs, si parmi les filles la fréquence des relations sexuelles avec des partenaires inhabituels augmente dans le même sens que le degré de modernisation, chez les garçons, ceux de la classe moyennement modernisée sont les plus concernés par ce phénomène.

Mesurons à présent les disparités de prévalence des infections sexuellement transmissibles selon le statut de mère et dans un contexte de modernisation.

2.4 FECONDITE ET IST CHEZ LES ADOLESCENTES ET LES JEUNES FILLES

Le tableau ci-dessous présente la prévalence des IST au cours des douze derniers mois selon le statut de mère des adolescentes et des jeunes filles, ainsi que le degré de modernisation. Il indique que les enquêtées déjà mères souffrent un peu plus des IST (20,1 %) que les adolescentes et jeunes filles n'ayant encore fait aucun enfant né vivant (17,3 %). Face à la modernisation, nous observons des disparités significatives tant chez les mères que parmi les adolescentes sans enfant. Parmi les adolescentes et jeunes filles sans enfant, le risque d'infection est plus élevé chez celles moyennement modernisées (21,6 %). Quant aux enquêtées déjà mères, les adolescentes et jeunes filles modernes ont plutôt une prévalence nettement plus élevée (41,7 %).

Tableau 2.15 : Prévalence des IST chez les adolescentes et jeunes femmes selon le statut de mère et le degré de modernisation

Statut de mère	Degré de modernisation	%	Effectif	KHI 2	Probabilité du KHI2	V de Cramer %
Sans enfant	Faible	18,0	172	5,3	0,07	11,4
	Moyen	21,6	134			
	Elevé	10,2	98			
	Total	17,3	404			
Déjà mère	Faible	18,4	505	14,9	0,00	14,4
	Moyen	19,1	162			
	Elevé	41,7	48			
	Total	20,1	715			

Source : traitement des données de la troisième enquête démographique et de santé de 2005.

CONCLUSION

Cette communication a tout d'abord montré que le niveau de connaissance des moyens de protection contre les IST/VIH/SIDA est assez élevé chez *les adolescentes et les jeunes filles*, et augmente systématiquement avec le degré de modernisation. Ensuite, plus le degré de modernisation est élevé, plus le niveau de connaissance des sources d'approvisionnement en condom est important. Les adolescentes et les jeunes filles sont mieux informées des moyens de protection contre les IST que les femmes adultes. *En ce qui concerne les adolescents et les jeunes hommes*, ils ont des niveaux de connaissance des moyens de protection contre les IST/VIH/SIDA nettement plus élevés que leurs pairs de sexe féminin. De plus, les rares garçons qui ont récemment fait usage du préservatif se sont essentiellement procurés du condom auprès d'une source non médicale. Cette attitude des adolescents et des jeunes hommes à utiliser plus fréquemment des sources non médicales au détriment des services modernes de santé de la reproduction, s'explique par la pauvreté, la peur et la honte vis-à-vis des adultes ainsi que les mauvaises conditions d'accueil dans les structures sanitaires modernes. Elle tient aussi au fait que les informations sur les questions sexuelles sont volontairement censurées à cause des tabous qui sont encore persistants par endroit. En effet, une étude réalisée par le Laboratoire POPINTER à Siguiri (une préfecture de la Guinée) a révélé ce qui suit : *alors que les relations sexuelles sont la principale cause de diffusion du VIH/SIDA dans cette région, aucune campagne d'information au moment de l'enquête ne l'explicitait clairement. La sexualité et les relations sexuelles ne sont jamais mentionnées de manière directe, elles sont évoquées implicitement.*

La modernisation est un stimulant de la prévalence du préservatif. Les tendances de la prévalence du préservatif lors des derniers rapports sexuels montrent bien que quels que soient le degré de modernisation et le sexe, les jeunes sont plus enclins à se protéger. Ce comportement explique une plus grande méfiance de ces jeunes face aux maladies génito-urinaires parce qu'ils se sentent plus menacés en particulier les garçons qui ont un taux de célibat très élevé. De plus, la pratique des rapports sexuels avec des partenaires non co-habitanes est plus fréquente chez les hommes modernes. Enfin, l'utilisation du préservatif est plus courante lors des rapports sexuels avec les partenaires non co-habitanes.

Les jeunes hommes moyennement modernisés et modernes ont des prévalences les plus élevées par rapports aux enquêtés faiblement modernisés. Les adolescentes et les jeunes filles modernes déjà mères sont nettement plus touchées par les IST. Par ailleurs, chez les jeunes hommes, la pratique récurrente des rapports sexuels avec des partenaires inhabituelles est effectivement un facteur de risque. Non seulement le niveau de prévalence des IST chez les enquêtés qui pratiquent ce type de rapports augmente sensiblement avec le degré de modernisation, mais aussi, dans tous les cas de figure, le niveau de cet indicateur distingue nettement ces jeunes hommes des autres.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BONNET DORIS ET GUILLAUME AGNES, 1999, La santé de la reproduction : concept et acteur, Institut de recherche pour le développement, Document de recherche N°8, Paris, 20 p.

BOZON MICHEL, 2004, Sexualité préconjugale et rapport de genre en Afrique : une comparaison avec l'Amérique Latine, in Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique ; Les collections du CEPED, Guillaume Agnès (éd.), Khat Myriam (éd.), Groupement d'intérêt scientifique INED, IRD, Paris I, Paris V, Paris X, pp: 35-53

CEPED, 2006, Sexualité et procréation confrontées au Sida dans les pays du Sud, préconjugale et rapport de genre en Afrique : une comparaison avec l'Amérique Latine, in Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique ; Les collections du CEPED, Degrées du Loû Annabel (éd.), Ferry Benoît (éd.), Groupement d'intérêt scientifique INED, IRD, Paris I, Paris V, Paris X, 273 p.

CHARBIT YVES, 1999, Théorie de la modernisation et interdisciplinarité : vers une démographie compréhensive In : Chaire Quetelet 1997 : théories, paradigmes et courants explicatifs en démographie / Tabutin, Dominique (dir.) ; Gourbin, Catherine (dir.) ; Masuy Stroobant, Godelieve (dir.) ; Schoumaker, Bruno (dir.) Chaire Quetelet 1997 : Théories, Paradigmes et Courants Explicatifs en Démographie, Louvain-la-Neuve (BE), 1997/11/26-28 Louvain-la-Neuve (BE) ; Paris (FR) : Academia-Bruylant ; L'Harmattan, 1999.- pp : 307-329

DE LOENZIEN MYRIAM, 2002, Connaissances et attitudes face au VIH/sida Paris (FR) : L'Harmattan, - 288 p.

DIDAY EDWIN ; 1977, LEBART, LUDOVIC, L'analyse des données La Recherche (FR), 1977, 8, n° 74.- p. 15-25

DIDAY, EDWIN ; LEMAIRE, J. ; POUGET, J. ; TESTU, F., 1982, Eléments d'analyse de données, Paris (FR) : Dunod, 1982.- 464 p.

EVINA AKAM ET ANTOINETTE ALAM-BELECK ARROGA, 1998, Vie féconde des adolescentes en milieu urbain camerounais, Institut de formation et de recherche démographiques: graph., tabl. ; Les cahiers de l'IFORD ; Yaoundé : 117 p.

GALLANT OLLIVIER, 2001, Adolescence, post-adolescence, jeunesse: retour sur quelques interprétations, in Revue française de Sociologie, 42-4, Paris pp : 611-640.

KISHORD S. ET NEITZEL K., 1997, Statut des femmes et dynamique familiales, Séminaire CICRED, PP 377-431.

LYDIE NATHALIE ET GARENNE MICHEL, 2001, Genre et Sida, Dossiers du CEPED N° 67, Paris 37 p.

MASUY-STROOBAND, GODELIEVE, 1989, Pratique de l'analyse des données en démographie et sciences sociales. Notes de cours, Institut de Formation et de Recherche Démographique/IFORD, Yaoundé, Cameroun, pagin. multipl.

MBOUP, GORA, 1989, Utilisation du concept de modernisation dans les études de fécondité. Un essai d'évaluation critique, Montréal (CA) : Université de Montréal, 1989.- 67 p.

MENDRAS HENRI ET FORSE MICHEL, 1983, le Changement social. Tendances et paradigme, Armand colin.

NATIONS UNIES, 1994, Conférence internationale sur la population et le développement (1994 : Le Caire, Egypte), Rapport de la Conférence.: - 170 p. multigr. ; 30 cm A/CONF. 171/13, 18 octobre 1994

PARSONS TALCOOTT, 1955, The. Kinship System of de Contemporary United States., in F. Bourricaud, Eléments pour une sociologie de l'action, Paris, Plon.

Schoumaker Bruno, 1999, Indicateurs de niveau de vie et mesure de la fécondité :

TABUTIN, DOMINIQUE, 2000, La ville et l'urbanisation dans les théories du changement démographique / - Louvain-la-Neuve : Université catholique de Louvain, Département des sciences de la population et du développement (SPED), - (Document de travail / SPED ; 6) - 38 p. : tabl. , 21 cm.

THIAUDIERE CLAUDE, 2002, Sociologie du Sida, Editions La Découverte, Paris, 128 p.

TOULEMON LAURENT, 1995, Régression logistique et régression sur les risques. Deux supports de cours, Paris INED. (Dossiers et Recherches, n° 46).

VIMARD PATRICE, 1997, Modernisation, crise et transformation familiale en Afrique subsaharienne In : Familles du Sud / Gautier, Arlette (ed.) ; Pilon, Marc (ed.), Autrepart - Les Cahiers des Sciences Humaines (FR), 1997, n° 2.- p. 143-159

Wakam, Jean, 1997, Modernisation et nucléarisation familiale en Afrique : cas du Cameroun, de la Côte d'Ivoire et du Sénégal, Louvain-la-Neuve (BE) : UCL / Université Catholique de Louvain : Institut de Démographie, 32 p. multigr.

Annexe

Tableau 2.16 : Typologie des adolescents et jeunes selon le statut de modernisation

CARACTERISTIQUES	DEGRE DE MODERNISATION			% du Total
	Faible	Moyen	Elevé	
NIVEAU D'INSTRUCTION				
Sans instruction	(++)	(-)	(0)	52,3
Primaire	(-)	(+)	(=)	19,8
Secondaire ou plus	(0)	(+)	(++)	27,9
Ensemble	NA	NA	NA	100
NIVEAU D'URBANISATION				
Très faible	(++)	(-)	(0)	55,6
Faible	(=)	(+)	(0)	14,6
Moyen	(0)	(+)	(++)	10,7
Elevé	(0)	(-)	(++)	19,1
Ensemble	NA	NA	NA	100
NIVEAU DE VIE				
Très bas	(+)	(--)	(0)	17,4
Bas	(++)	(-)	(--)	25,6
Moyen	(-)	(++)	(++)	52,5
Elevé	(--)	(=)	(+)	4,5
Ensemble	NA	NA	NA	100
% SELON LE NIVEAU DE VIE	49,5	30,7	19,8	100
EFFECTIFS DES ENQUETES	1904	1184	761	3849

NA : Non applicable

Légende de la représentativité des groupes pour les différents attributs :

(0) Aucun individu du groupe ne possède l'attribut ; (--) Proportion nettement inférieure à la moyenne de l'ensemble des enquêtés (figurant dans la dernière colonne du tableau) ; (-) Proportion inférieure à la moyenne de l'ensemble des enquêtés ; (=) Proportion presque égale à la moyenne de l'ensemble des enquêtés ; (+) Proportion supérieure à la moyenne de l'ensemble des enquêtés ; (++) Proportion nettement supérieure à la moyenne de l'ensemble des enquêtés.

Sources : calculs effectués à partir de la base de données de la troisième enquête démographique et de santé de 2005.