

La vulnérabilité des adolescents béninois au VIH-SIDA

[Vulnerability of Benin's adolescents to HIV-AIDS]

Yves Charbit¹, Alphonse Mingnimon Affo², Souraya Hassan³, and Rigobert C. Tossou²

¹CEPED, Université Paris Descartes, France

²Centre de formation et de recherche en matière de population (CEFORP) Université d'Abomey-Calavi (UAC), Benin

³Souraya Hassan, Chef section UNICEF Cotonou, Benin

⁴Faculté des sciences agronomiques (FSA) Université d'Abomey-Calavi (UAC), Benin

Copyright © 2020 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: *Background:* This article examines the vulnerability of adolescents of Benin to HIV / AIDS. It seeks to understand the measures in which certain socio-demographic and contextual variables which operationalize vulnerability shed light on the situation of adolescents in Benin.

Method: To test the basic hypothesis, we compared the descriptions of 15-19 and 20-24 years olds interviewed as part of the MICS-Benin-2014 survey through descriptive and explanatory analyzes.

Results: Analyzes reveal that with the exception of adolescent girls living in the most disadvantaged areas, in-depth knowledge of the sexual transmission of HIV / AIDS is generally good among adolescents. However, socio-demographic differences are less marked in terms of knowledge of mother-to-child transmission of HIV. On the other hand, many adolescents who have been tested for HIV have little regard for the result. This behavior, which is linked to the level of education and to the department for both sexes and in addition to the standard of living for adolescent girls, gives an overview of gender disparities and the extent of the gaps in obligations towards them to reduce the HIV infection.

Conclusion: Develop strategies to improve knowledge about HIV and reduce the stigma on testing.

KEYWORDS: vulnerability, adolescents, HIV/AIDS, Benin.

RESUME: *Contexte:* Cet article examine la vulnérabilité des adolescents béninois au VIH/Sida. Il cherche à appréhender les mesures dans lesquelles certaines variables sociodémographiques et contextuelles qui opérationnalisent la vulnérabilité éclairent la situation des adolescents au Bénin.

Méthode: Pour tester l'hypothèse de base, nous avons comparé à travers des analyses descriptives et explicatives les déclarations des 15-19 ans et 20-24 ans interrogés dans le cadre de l'enquête MICS-Bénin-2014.

Résultats: Les analyses révèlent qu'à l'exception des adolescentes qui vivent dans les milieux les plus défavorisés, la connaissance approfondie de la transmission sexuelle du VIH/Sida est dans l'ensemble bonne chez les adolescents. Cependant, les différences sociodémographiques sont moins marquées en ce qui concerne la connaissance de la transmission mère-enfant du VIH. Par ailleurs, beaucoup d'adolescents ayant fait le test du VIH se préoccupent peu du résultat. Ce comportement qui est lié au niveau d'instruction et au département pour les deux sexes et en plus le niveau de vie chez les adolescentes donne un aperçu des disparités de genre et de l'ampleur des gaps d'obligation à leur égard pour réduire l'infection au VIH.

Conclusion: Développer des stratégies pour améliorer les connaissances sur le VIH et réduire la stigmatisation sur le dépistage.

MOTS-CLEFS: vulnérabilité, adolescents, VIH/SIDA, Bénin.

1 INTRODUCTION

Cet article s'inscrit dans le prolongement du livre sur l'adolescence au Bénin, une première grande synthèse démographique sur le sujet réalisée par Yves Charbit (2018). La vulnérabilité des adolescents à l'égard du VIH/Sida figure parmi les trois thèmes développés dans ce livre.

Sous le leadership de l'ONUSIDA (2015), la propagation du VIH s'est beaucoup ralentie dans le monde ainsi que les nouvelles infections et décès liés au sida depuis le pic de l'épidémie. De nos jours, la riposte est orientée vers la fin de l'épidémie d'ici à 2030. En Afrique subsaharienne, on estime à 1,4 million le nombre des nouvelles infections à VIH en 2014 soit une chute de 41% depuis 2000. Cependant lors de la 21^{ème} Conférence internationale sur le Sida en 2016 à Durban, il a été rappelé qu'en dépit des progrès remarquables réalisés dans la lutte contre le sida, la maladie reste la deuxième cause de mortalité des 10-19 ans dans le monde et la première cause de mortalité dans cette tranche d'âge en Afrique avec un nombre de décès qui a plus que doublé depuis 2000 parmi les adolescents de 15 à 19 ans. En 2015, on comptait en moyenne 29 nouvelles infections toutes les heures dans cette tranche d'âge avec les jeunes filles qui représentent 65% des nouvelles infections chez les adolescents dans le monde et 75% en Afrique subsaharienne.

La situation épidémiologique du VIH/Sida au Bénin selon le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) est caractérisée par une prévalence stable depuis 2002 à 1,2% dans la population générale (1,4% chez les femmes et 1,0% au sein des hommes). Il convient de souligner que ces résultats cachent quelques disparités. Par exemple, de récents travaux ont mis en évidence des écarts significatifs dans la tendance évolutive de la prévalence de l'infection au VIH chez les gestantes au Bénin de 2006 à 2015 notamment dans les départements et selon le milieu de résidence (Sossa et al., 2018). Comme ailleurs en Afrique, la prévalence du VIH est beaucoup plus élevée parmi les populations à hauts risque¹ et faible (0,2 %) chez les jeunes de 15-24 ans (CNLS, 2016; INSAE et ICF, 2013). D'après le CNLS (2016, op.cit.), les facteurs socio-économiques et culturels ainsi que la constitution physiologique des femmes participent de la vulnérabilité au VIH. Ces facteurs rendent les femmes dépendantes des hommes violent ainsi leurs droits essentiels, les exposent également à toute sorte d'abus² (CNLS, 2016, op.cit.; PRB, 2015,). D'après Desgrées du Loû et Ferry (2006), la sexualité des jeunes se développe sous l'influence des pairs, bien souvent dans une certaine précarité économique et sociale et est vécue comme une des étapes initiatiques du passage à l'âge adulte.

Compte tenu de l'enjeu majeur que constitue la pauvreté en Afrique subsaharienne, la vulnérabilité a été retenue comme principale problématique dans les analyses. De manière générale, pour tout être humain, la vulnérabilité est fonction des risques encourus, de son exposition au risque, des moyens matériels dont il dispose et de ses savoirs et compétences pour y faire face et s'y adapter. Dans la perspective du cycle de vie, les données sociodémographiques révèlent que l'adolescence, comme d'ailleurs la petite enfance et la vieillesse, est une période de forte vulnérabilité et celle-ci est de nature à la fois sociobiologique et socio-économique. L'exploitation des données de l'enquête MICS 2014 a permis de mettre en évidence quatre dimensions de la vulnérabilité au moment de l'adolescence: l'âge; le sexe et les inégalités de genre; les conditions socioéconomiques et la quatrième qui est de nature plus macro sociologique met en jeu l'urbanisation comme facteur d'aggravation ou de réduction.

Le présent article ambitionne de vérifier dans quelle mesure certaines variables sociodémographiques (sexe, département, milieu de résidence, niveau d'instruction) et contextuelles (pauvreté), qui opérationnalisent la vulnérabilité éclairent la situation des adolescents au Bénin. L'hypothèse générale est que les adolescents, qui connaissent mal la transmission du SIDA et qui font rarement les tests de dépistage, sont de fait vulnérables au risque d'infection au VIH, et que leur vulnérabilité varie selon leurs caractéristiques résidentielles, socio-culturelles et économiques.

Faut-il rappeler que la population béninoise est majoritairement jeune (65,5% de moins de 25 ans). Les 15- 24 ans représentent 18% de la population totale (INSAE, 2017). La vulnérabilité est devenue l'une des caractéristiques de cette jeunesse béninoise. Elle se traduit par: la violence basée sur le genre devenue omniprésente aussi bien en milieu de travail que dans le système éducatif, le mariage précoce/forcé, les grossesses précoces, les IST/VIH/Sida, diverses prises de risques qui entretiennent des malentendus ou conflits avec leur entourage, etc. L'omniprésence de la vulnérabilité au sein des adolescents et jeunes s'entretient dans un contexte où le taux de chômage et de sous-emploi sont élevés. La pauvreté, la dépendance économique, les moyens de subsistance précaires et la marginalisation compromettent la lutte contre le VIH au sein de la

¹ Professionnelles de sexe (15,7 %), camionneurs (3,2 %), homosexuels (7,7 %), les consommateurs de drogues injectables (4,7%), les tuberculeux (15,0 %).

² Viols, harcèlement sexuel, rapports sexuels non consentants, mariages forcées et précoces, lévirat, etc.

population générale et des adolescents et jeunes en particulier qui faisaient face à des défis spécifiques à leur catégorie sociale: limitation des droits aux informations et aux services inclusifs de santé sexuelle et de la reproduction.

2 DEMARCHE METHODOLOGIQUE

2.1 DONNÉES ET POPULATION CIBLE

Les données proviennent de l'enquête MICS³ 2014 (INSAE, 2015). Le (s) module (s) sur le VIH a/ont été administré (s) aux femmes et aux hommes de 15-49 ans. Les questions de ce module se réfèrent souvent au Virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

2.2 DÉFINITION DES VARIABLES

Variable dépendante: la vulnérabilité des adolescents et jeunes béninois illustrée par les connaissances du VIH et les comportements par rapport au test de dépistage.

La définition de la connaissance approfondie utilisée dans le cadre de l'Enquête est la suivante: (i) n'avoir qu'un seul partenaire fidèle et non infecté; (ii) utiliser un préservatif à chaque fois (à chaque rapport sexuel); (iii) savoir qu'une personne apparemment en bonne santé peut être séropositive; et (iv) rejeter les deux idées fausses les plus courantes localement sur la transmission/prévention du VIH. Au Bénin certaines personnes croient que le VIH peut être transmis par des moyens surnaturels ou par des piqûres de moustiques. Ces croyances sont erronées car elles n'ont pas été prouvées par une étude scientifique. Quant aux comportements par rapport au test de dépistage, ceux reflétant la vulnérabilité sont les comportements à risques marqués par les rapports sexuels avec prise de risque des adolescentes.

Variables indépendantes: celles retenues sont: le sexe, le département, le milieu de résidence, l'instruction et la pauvreté.

2.3 MÉTHODES

Les méthodes descriptives et explicatives (régression logistique binaire) ont été utilisées pour mettre en évidence la vulnérabilité des adolescents en termes de connaissances du VIH/Sida et de comportements par rapport au test de dépistage. De manière systématique, les jeunes femmes et hommes adultes (20-24 ans) et l'ensemble des femmes et hommes (15-49 ans) ont été pris comme groupes de contrôle afin de vérifier si les adolescents présentaient ou non une vulnérabilité spécifique liée à leur âge.

3 RESULTATS

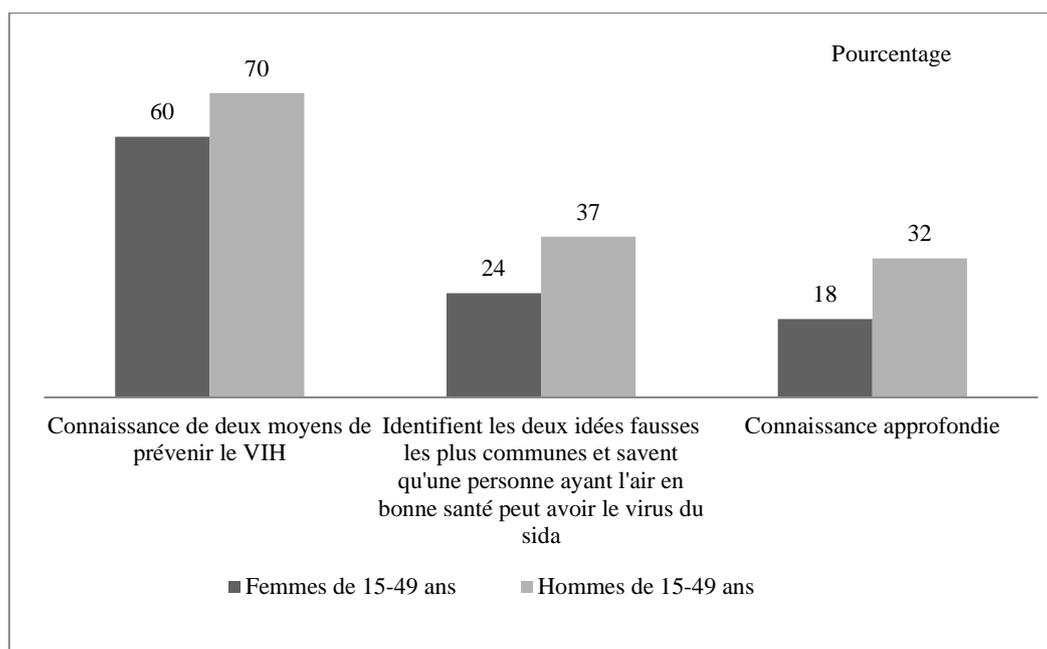
3.1 CONNAISSANCE DU VIH

Au Bénin, les jeunes de 15-24 ans constituent une population à risque dans la mesure où ils entretiennent des relations sexuelles à hauts risques. D'après l'enquête MICS (INSAE, 2015), 64% des jeunes femmes de 15-24 ans ont tenu ce genre des rapports sexuels au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête (INSAE, 2015). Cette section examine leur niveau de connaissance du VIH.

3.1.1 CONNAISSANCE DE LA TRANSMISSION DU VIH

Les critères de connaissance correcte de la transmission mère-enfant retenus par l'enquête MICS 2014 sont: durant la grossesse; durant l'accouchement; par l'allaitement.

³ Enquête par grappes à indicateurs multiples



Graphique 1: Répartition (%) des répondants (femmes et hommes) selon leur niveau de connaissance approfondie de la transmission du VIH

Source: Rapport MICS 2014

ENSEMBLE DES MERES, ADOLESCENTES ET JEUNES ADULTES

Le graphique 1 révèle que la connaissance approfondie⁴ des méthodes de prévention et de transmission du VIH est faible notamment chez les femmes. Quant à la connaissance des moyens de prévention, 60% de femmes et 70% d’hommes connaissent les deux principaux moyens de prévenir la transmission du VIH (« n’avoir qu’un seul partenaire fidèle et non infecté”, et « utiliser un préservatif chaque fois».

Le tableau 1 confirme la faible connaissance approfondie du VIH. En effet, dans les trois groupes de femmes, deux sur dix ont une connaissance approfondie des modes de transmission. La connaissance varie selon le département, le milieu de résidence, le niveau d’instruction et les quintiles de bien-être économique. Mais elle est globalement plus améliorée en milieu urbain où la prévalence chez les 15-24 ans reste élevée à 0,8% contre 0,4% en milieu rural (INSAE et ICF, 2013). Le déficit de connaissance correcte s’observe beaucoup parmi les femmes analphabètes et de niveau primaire (trois fois moins que celles de niveau secondaire) et dans les quintiles les plus pauvres (40% les plus pauvres).

⁴ Connaissance approfondie ici = (i) n’avoir qu’un seul partenaire fidèle et non infecté ; (ii) utiliser un préservatif à chaque fois ; (iii) savoir qu’une personne apparemment en bonne santé peut être séropositive ; et (iv) rejeter les deux idées fausses les plus courantes localement sur la transmission/prévention du VIH.

Tableau 1. Connaissance approfondie de la transmission du VIH par les femmes

	Adolescentes (N= 3115)		Jeunes femmes (N=2765)		Ens. des femmes (N=15815)	
	Sexe	M/Enf	Sexe	M/Enf	Sexe	M/Enf
Tous	21,6	54,9	20,5	58,5	18,0	60,6
Département						
Alibori	22,7	45,5	9,8	47,8	10,6	51,1
Atacora	26,9	49,4	29,3	61,4	24,9	53,9
Atlantique	14,9	70,4	18,6	74,9	13,8	75,4
Borgou	22,7	38,7	22,4	33,6	18,4	36,8
Collines	23,2	55,4	22,2	56,0	18,6	62,3
Couffo	23,5	57,7	23,2	54,2	19,9	60,9
Donga	30,9	41,5	32,0	47,9	26,5	47,9
Littoral	23,6	62,2	25,9	65,3	23,5	67,6
Mono	26,1	61,3	23,3	62,8	21,2	65,4
Ouémé	21,2	50,9	24,2	71,0	18,7	67,0
Plateau	14,2	44,3	14,6	54,9	13,6	57,6
Zou	14,6	68,1	9,6	59,7	9,3	67,3
Milieu de résidence						
Urbain	23,8	55,2	25,8	59,2	21,5	61,5
Rural	19,5	54,5	16,8	57,6	14,6	59,7
Instruction de la femme						
Aucune	10,4	43,7	11,4	55,7	11,2	58,9
Primaire	14,0	54,9	16,9	60,4	16,8	63,2
Second. 1	30,5	61,2	27,9	59,5	29,6	61,2
Sec. 2 ou +	36,5	58,5	44,1	60,8	40,9	63,1
Indice de bien-être économique						
Le plus pauvre	16,1	52,4	12,7	52,5	11,9	56,2
Second	16,0	52,4	17,7	56,0	13,3	58,3
Moyen	23,5	55,0	19,8	59,9	15,9	61,3
Quatrième	23,7	56,4	20,1	60,8	19,1	62,2
Le plus riche	25,9	56,8	31,4	60,4	26,7	63,6

Source: MICS 2014

Bien que la plupart n'ont pas encore vécu la maternité, cinq à six adolescentes, jeunes adultes ou femmes de tous âges sur dix connaissent les modes de la transmission mère-enfant du VIH. Les différences notées pour la transmission sexuelle fluctuent entre quatre à sept adolescentes sur dix avec une connaissance plus améliorée en milieu urbain et favorisé (aisé).

ENSEMBLE DES HOMMES, ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES

Le tableau 2 indique que les adolescents et les autres hommes connaissent mieux les modes de transmission sexuelle du VIH que les femmes. La connaissance varie selon le département, le milieu de résidence, le niveau d'instruction et les quintiles de bien-être économique, mais les écarts sont moins marqués entre les catégories sauf pour les départements. Comme cela était prévisible, la connaissance des modes de transmission mère-enfant est moins bonne chez les hommes par rapport aux femmes avec des écarts plus faibles entre catégories.

Tableau 2. Connaissance approfondie de la transmission du VIH par les hommes

	Adolescents		Jeunes hommes		Ens. des hommes	
	Sexe	M/Enf	Sexe	M/Enf	Sexe	M/Enf
Tous	31,4	45,8	35,0	53,6	31,7	53,9
Département						
Alibori	42,1	44,3	26,8	61,9	39,1	57,6
Atacora	81,7	48,0	68,2	47,6	68,3	54,5
Atlantique	25,2	37,7	28,3	54,4	28,4	53,1
Borgou	19,2	52,2	32,5	55,1	20,2	52,4
Collines	44,3	48,0	51,9	69,4	37,0	62,2
Couffo	26,1	62,2	46,6	50,5	36,3	63,3
Donga	38,6	38,6	35,3	44,2	38,9	46,0
Littoral	44,7	46,3	35,1	52,7	39,7	50,6
Mono	30,8	54,0	40,0	58,4	44,9	60,8
Ouémé	13,7	50,7	28,9	66,4	20,1	62,5
Plateau	2,4	28,4	19,6	23,0	10,7	33,3
Zou	10,2	36,4	14,4	53,1	10,1	46,5
Milieu de résidence						
Urbain	31,3	44,1	41,0	53,7	37,2	52,5
Rural	31,5	47,5	27,7	53,6	26,0	55,4
Instruction de l'homme						
Aucune	23,8	38,0	21,9	62,3	22,4	58,3
Primaire	20,6	47,7	24,7	53,6	22,8	58,6
Second. 1	34,7	49,7	33,7	50,3	35,7	51,0
Sec. 2 ou +	46,2	39,0	46,7	51,6	52,2	45,0
Indice de bien-être économique						
Le plus pauvre	25,3	43,3	32,2	51,2	22,4	55,3
Second	32,5	51,8	29,5	53,6	26,5	56,6
Moyen	31,1	53,1	30,0	55,6	25,0	58,8
Quatrième	31,3	42,8	33,2	48,7	35,2	51,8
Le plus riche	37,4	38,1	47,7	57,6	46,2	48,2

Source: MICS 2014

3.1.2 CONNAISSANCE DES RESULTATS DU TEST DE DEPISTAGE DU VIH

Afin de se protéger et de ne pas contaminer d'autres personnes, il est important pour chacun de connaître son statut VIH ce qui constitue un facteur essentiel dans la décision de se soigner. Selon le rapport MICS 2014, globalement, 62% des femmes et 50% des hommes savent où se faire dépister, alors que 46% et 28% respectivement se sont fait dépister. En revanche, 41% des femmes et 26% des hommes connaissent le résultat de leur test le plus récent. Au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, une faible proportion de femmes et d'hommes ont effectivement fait le test de dépistage (respectivement 16% et 8%). Parmi ces personnes, 14% de femmes et 8% d'hommes connaissent leur résultat (INSAE, 2015, op.cit.).

ENSEMBLE DES MERES, ADOLESCENTES ET JEUNES ADULTES

Parmi celles testées au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, une faible proportion de femmes (10,4 %) et surtout d'adolescentes (5,8%), et encore davantage de jeunes adultes (14,0%), connaissent le résultat du dernier test effectué (tableau 3). Les effets de l'urbanisation et surtout du niveau d'instruction et de la richesse sont très nets. Les différences entre départements, bien que modestes sont réelles. Ainsi la vulnérabilité des adolescentes est aggravée par: l'âge et la pauvreté socioéconomique et celle liée à l'éducation.

ENSEMBLE DES HOMMES, ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES

Le tableau 4 confirme la moindre implication des hommes lorsqu'il s'agit de connaître les résultats du test annihilant quasiment les effets de l'urbanisation, du niveau d'instruction et de la richesse.

Tableau 3. Connaissance des résultats du test de dépistage du SIDA par les femmes

	Adolescentes (N= 3115)	Jeunes adultes (N=2765)	Ens.des femmes (N=15815)
Total	5,8	14,0	10,4
Département			
Alibori	10,1	10,2	7,9
Atacora	7,7	11,9	9,6
Atlantique	4,6	19,7	14,3
Borgou	4,9	9,5	6,8
Collines	5,9	10,9	7,9
Couffo	6,9	9,3	10,3
Donga	6,4	11,0	7,3
Littoral	5,6	19,3	14,6
Mono	4,1	14,5	9,8
Ouémé	5,7	20,9	10,9
Plateau	1,0	5,2	5,7
Zou	6,9	14,6	13,4
Milieu de résidence			
Urbain	7,1	17,0	13,3
Rural	4,6	10,7	7,6
Instruction de la femme			
Aucune	3,9	9,4	7,4
Primaire	2,8	11,4	10,8
Second.1	7,1	17,8	12,6
Sec.2 ou +	14,0	24,0	24,1
Indice de bien-être économique			
Le plus pauvre	3,0	7,1	5,0
Second	3,9	8,5	6,9
Moyen	5,5	13,0	8,7
Quatrième	6,0	12,8	11,0
Le plus riche	9,2	23,3	17,7

Source: MICS 2014

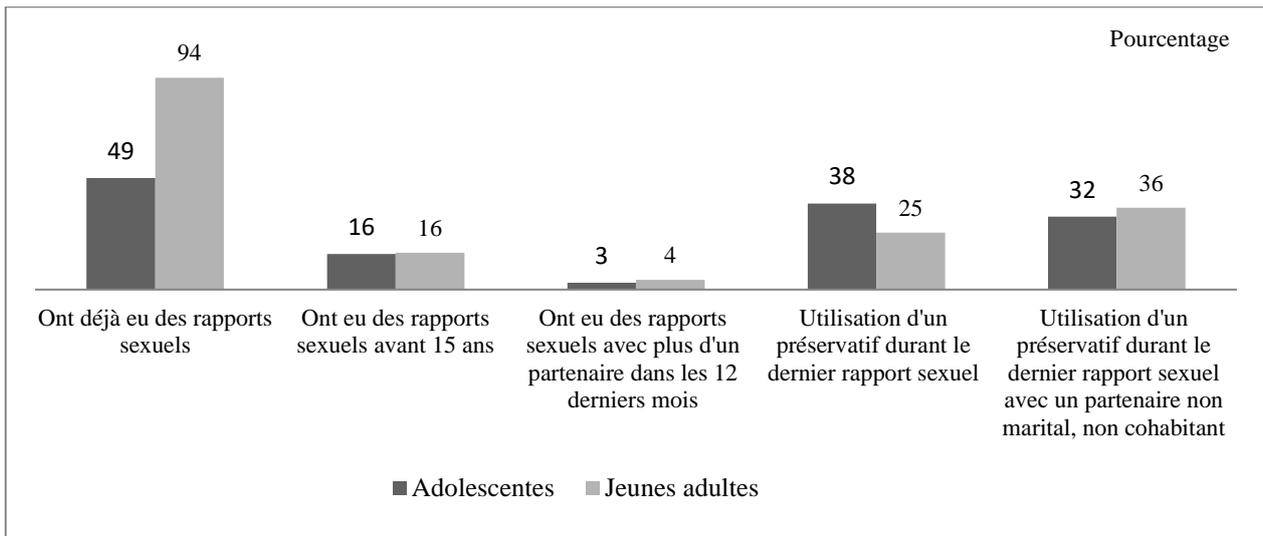
Tableau 4. Connaissance des résultats du test de dépistage du SIDA par les hommes

	Adolescents (N=1058)	Jeunes adultes (N=735)	Ens.des h.s (N=4371)
Total	5,6	7,6	7,5
Département			
Alibori	27,6	39,5	22,2
Atacora	9,8	9,8	7,2
Atlantique	4,5	5,1	7,7
Borgou	3,3	1,1	4,5
Collines	1,6	7,8	5,3
Couffo	0,0	0,0	2,3
Donga	7,7	7,2	11,9
Littoral	4,7	16,4	16,9
Mono	4,3	10,8	7,8
Ouémé	1,4	3,3	3,2
Plateau	3,1	2,6	3,5
Zou	1,3	2,7	1,8
Milieu de résidence			
Urbain	6,0	10,3	10,9
Rural	5,2	4,4	4,0
Instruction de l'homme			
Aucune	6,2	9,9	3,5
Primaire	1,3	4,9	4,2
Second.1	6,6	2,7	7,4
Sec.2 ou +	8,6	10,9	17,6
Indice de bien-être économique			
Le plus pauvre	5,4	4,9	3,3
Second	5,1	8,5	4,9
Moyen	5,2	2,7	3,7
Quatrième	4,2	5,9	6,9
Le plus riche	8,0	15,2	16,6

Source: MICS 2014.

3.2 COMPORTEMENT SEXUEL LIE À LA TRANSMISSION DU VIH

Promouvoir un comportement sexuel plus sûr est essentiel pour réduire l'infection au VIH. L'utilisation de préservatifs pendant les rapports sexuels à risque est importante pour réduire la propagation du VIH. L'Enquête MICS 2014 fournit plusieurs données sur les comportements sexuels qui peuvent permettre de mettre en évidence la prise de risque par les adolescentes. La figure 2 en donne une certaine illustration.



Graphique 2: Répartition (%) des répondants (adolescentes et jeunes adultes) sexuellement actifs selon leur niveau de prise de risque

Source: MICS 2014

Elle montre que l'immense majorité des jeunes adultes sont sexuellement actifs (contre la moitié des adolescentes). L'utilisation du préservatif est plus fréquente chez les adolescentes que chez les jeunes adultes (38% contre 25%). Mais s'agissant de celles qui ont eu un rapport sexuel à risque, les jeunes adultes se protègent mieux (36% contre 32%). Etant plus souvent mariées que les adolescentes, les jeunes femmes adultes ont donc moins de raison de se protéger lors de relations sexuelles avec leur conjoint, alors que les adolescentes sont rarement mariées. Dans le cas de leurs relations occasionnelles, la vulnérabilité des adolescentes joue pleinement car elles sont moins en capacité d'imposer l'utilisation du préservatif à leur partenaire. L'écart de 13 points en faveur des adolescentes s'est inversé de 4 points en leur défaveur. En termes de vulnérabilité globale, mesurée sur les deux situations, l'écart total est de 17 points.

3.3 ANALYSE DES REGRESSIONS LOGISTIQUES SUR LES PROBABILITES DE NE PAS OBTENIR LES RESULTATS DU TEST DE DEPISTAGE.

Le tableau 5 montre que le niveau d'instruction vient en première position dans l'explication du comportement. Les femmes sans instruction ont plus de chance (1,3 fois) de ne pas obtenir le test de dépistage du VIH. Ensuite c'est le département et la plupart des départements sont concernés surtout le Plateau (près de 16 fois plus de chance), puis le Littoral (6 fois). La relation est néanmoins significative concernant l'indice de richesse où les chances de ne pas obtenir les résultats du test baissent avec l'augmentation du niveau de vie (3 fois moins chez les plus riches par rapport au plus pauvres).

Tableau 5. Risque pour une adolescente de ne pas connaître le résultat du test de dépistage (Régression logistique binaire)

		Significativité	Exp (B)
Département de résidence	Alibori (Référence)	,000	-
	Atacora	,190	1,545
	Atlantique	,000	4,549
	Borgou	,001	3,379
	Collines	,025	2,424
	Couffo	,067	1,837
	Donga	,081	2,056
	Littoral	,000	6,075
	Mono	,002	4,169
	Ouémé	,000	3,477
	Plateau	,000	15,897
	Zou	,022	2,363
Instruction de la femme	Aucune (Référence)	,000	-
	Primaire	,250	1,397
	Secondaire 1	,015	0,558
	Second.2 ou +	,000	0,271
Indice de richesse	Le plus pauvre (Référence)	,004	-
	Second	,462	0,775
	Moyen	,063	0,548
	Quatrième	,020	0,473
	Le plus riche	,001	0,327
a. Introduction des variables au pas 1: Niveau d'instruction			
b. Introduction des variables au pas 2: Département de résidence			
c. Introduction des variables au pas 3: Indice de richesse			

Pour les adolescents, les variables les plus discriminantes sont aussi le niveau d'instruction, et le département. Les adolescents de niveau primaire ont plus de chances de ne pas obtenir les résultats du test que ceux de niveau plus élevé. La relation est significative dans tous les départements. Les adolescents qui résident dans les départements de l'Ouémé et de Zou ont respectivement 91 et 88 fois plus de chances de ne pas obtenir les résultats du dépistage.

Tableau 6. Risque pour un adolescent de ne pas connaître le résultat du test de dépistage (Régression logistique binaire)

		Significativité	Exp (B)
Département	Alibori (Réf.)	,000	-
	Atacora	,000	7,813
	Atlantique	,000	24,553
	Borgou	,000	22,244
	Collines	,000	65,610
	Couffo	-	-
	Donga	,000	9,659
	Littoral	,000	27,496
	Mono	,000	26,707
	Ouémé	,000	90,841
	Plateau	,000	30,687
	Zou	,000	87,819
Instruction de l'homme	Aucune (Réf.)	,000	-
	Primaire	,705	0,762
	Secondaire 1	,000	0,129
	Sec. 2 ou +	,000	0,097
a. Introduction des variables au pas 1: Département de résidence.			
b. Introduction des variables au pas 2: Niveau d'instruction de l'homme.			

4 DISCUSSION

Les adolescents et jeunes sont à l'avant-garde d'un changement social rapide mais ils sont également confrontés à d'importants défis Sociodémographiques. Les résultats montrent que le niveau d'instruction et le département de résidence influencent la tendance au refus d'obtenir le résultat du test de dépistage VIH. Ces résultats rejoignent et complètent deux analyses récentes réalisées à partir des données de l'EDSB-IV et dont l'une a permis d'appréhender les déterminants du refus du test de dépistage du VIH chez les femmes gestantes. Ces déterminants sont par ordre d'importance: le déficit d'autonomisation, la culture (groupe ethnique), le niveau de vie du ménage, la stigmatisation, le degré de modernité (y compris le niveau d'instruction) et la connaissance de la Prévention de transmission mère-enfant du VIH (A. Affo & P. Acotchéou, 2019). La seconde a montré qu'avoir un niveau d'instruction élevé, être fréquemment exposé aux médias et professer la foi chrétienne déterminaient l'attitude bienveillantes à l'égard des personnes vivant avec le VIH (Affo & al., 2019). Dans un contexte où le Sida est qualifié de maladie des déviants, on peut comprendre que les hommes éprouvent des difficultés à affronter les conséquences éventuelles de leurs comportements sexuels. La crainte de la stigmatisation (y compris l'auto-stigmatisation) en cas d'infection au VIH est générale au sein des répondants (ONUSIDA, 2005; Skinner et Mfecane, 2004). D'après des travaux réalisés sur les personnes vivant avec le VIH au Québec, les attitudes stigmatisantes par rapport à ces personnes semblent nuire au recours au test de dépistage dans la population générale (Beaulieu, 2014).

Les résultats indiquent que les chances de ne pas obtenir les résultats du test baissent avec l'augmentation du niveau de vie. Cette situation traduit non seulement les liens entre le VIH/Sida et la pauvreté mais aussi la mauvaise gouvernance sanitaire marquée par les dysfonctionnements institutionnels⁵, la mauvaise qualité des prestations, le clientélisme, etc. qui affaiblissent les capacités des structures de lutte notamment les services de dépistage et de prise en charge (CNLS, 2008) dans un contexte général de faible fréquentation des structures sanitaires en Afrique de l'Ouest (De Keyser, 2010; Doumbouya, 2007).

Les résultats révèlent qu'une proportion importante d'adolescents et d'adolescentes ne se préoccupe pas de connaître le résultat du test de séropositivité lorsqu'il a été effectué. Ce comportement de refus du test dans cinq départements (Couffo, Collines, Ouémé, Zou, Plateau) est en-dessous de la moyenne nationale. Il peut traduire soit, la peur d'être stigmatisé en cas

⁵ Insuffisance de ressources humaines, matérielles et financières

d'infection au VIH, soit une désinvolture, soit un déni du risque d'infection au VIH dans un contexte où certaines croyances considèrent le Sida comme « maladie de la honte ». Les résultats qui mettent en relief l'insouciance des adolescents par rapport aux résultats du test de VIH peuvent expliquer en apparence une sorte d'irresponsabilité à l'égard de leur sexualité mais ils peuvent résulter également des préoccupations liées aux normes sociales et au genre et qui offrent plus de privilèges et de possibilités aux hommes de gérer librement leur vie sexuelle (Babalola et Kouadio, 2012). L'une des solutions à la faible fréquentation des structures sanitaires pour se prémunir des maladies invalidantes réside dans la couverture sanitaire universelle qui reste un défi pour sortir le Bénin des pays à faible indice de développement humain. Enfin les écarts de comportements entre adolescentes et adolescents en ce qui concerne le refus du test de dépistage du VIH reflète une disparité de statut avec un arbitrage plutôt favorable aux garçons en termes de liberté par rapport à la sexualité.

Sur un autre plan, il convient de souligner que les médicaments seuls ne peuvent pas améliorer la santé dans les pays les plus pauvres, il est donc nécessaire de multiplier les stratégies de communications adaptées aux besoins des plus vulnérables (DGPD, 2017; Fondation Sanofi espoir, 2013). En dehors du développement des technologies biomédicales notamment les progrès enregistrés dans la prise en charge des personnes malades du Sida à travers l'administration des Anti Rétroviraux, des initiatives de soutiens nutritionnels, socioéconomiques et psychosociaux des personnes vivant avec le VIH sont développées par endroits avec l'appui des organismes non étatiques. Par ailleurs, il est possible de vivre avec le VIH/Sida pendant longtemps sous certaines conditions thérapeutiques. C'est pourquoi comme le suggèrent Diarra et Moumouni et al. (2008), considérer le Sida comme toute maladie chronique pourrait être une priorité en termes de communication et d'information pour améliorer la vie des personnes qui en sont porteuses et au-delà, celle de l'ensemble de la population.

En termes de perspectives et en référence aux objectifs «90-90-90»⁶ de l'ONUSIDA, les interventions de lutte contre le VIH continuent d'être déployées sur le terrain par les acteurs non étatiques sous la supervision des gouvernants. Les nouvelles mobilisent non seulement les jeunes mais davantage les populations à haut risque d'infection comme les travailleuses de sexes, les personnes ayant des rapports sexuelles avec d'autres personnes de même sexe, les utilisateurs de drogues injectables, etc. Les stratégies utilisées comprennent: le renforcement de capacité et la responsabilisation des acteurs; le plaidoyer; le développement d'approche sexo-spécifique relative au respect des droits humains pour la mise en œuvre des actions la réduction des barrières fondées sur les inégalités de genre et d'exclusion; le suivi-évaluation; la recherche etc. Les activités sont axées sur des modules d'intervention comme: le paquet complet de services de prévention au profit des cibles (communication pour le changement de comportement et communication pour le changement social); la distribution de produits de santé, l'autotest, le dépistage par les pairs éducateurs; l'appui et le soutien aux Personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et le renforcement de capacité des sous-récepteurs pour réduction de la consommation des stupéfiants. Les résultats seront appréciés à travers des investigations de grande envergure comme les enquêtes de surveillance de deuxième génération qui associent la sérologie aux aspects comportementaux.

5 CONCLUSION

Les résultats révèlent que la connaissance approfondie de la transmission sexuelle du Sida est assez bonne parmi les adolescents, sauf dans certains départements et surtout parmi les adolescentes des milieux les plus défavorisés. Pour les garçons adolescents, les mêmes profils (pauvreté et analphabétisme) apparaissent. En revanche, s'agissant de la transmission mère-enfant du VIH, les différences sociodémographiques sont moins marquées. Il n'existe pas de différence selon le niveau de bien-être.

A la lumière de tout ce qui précède, il ressort que la mauvaise connaissance de la transmission du VIH/Sida par les adolescents induit l'indifférence par rapport au test de dépistage et traduit leur vulnérabilité qui varie selon leurs caractéristiques résidentielles, socio-culturelles et économiques. Il convient de rappeler que le contexte national est marqué par un engagement politique constant concrétisé par le déploiement d'importants efforts aussi bien au plan légal et réglementaire qu'au plan de l'élaboration et de la mise en œuvre de programmes/projets de lutte contre le VIH. Cependant, des goulots d'étranglement persistent. De nos jours, l'apparition de la pandémie de Covid-19 est une menace susceptible de perturber tout le système mis en place pour la lutte contre le VIH. Elle constitue encore un autre choc dans un contexte socio-économique exacerbant les vulnérabilités des adolescents et jeunes.

⁶ A l'horizon 2020, 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique. 90% de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti rétroviral durable. 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée.

REFERENCES

- [1] AFFO A. & ACOTCHEOU P, 2019 « Les obstacles à l'adhésion des femmes au Programme de Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) au Bénin », J. Rech. Sci. Univ. Lomé (Togo), Spécial 2019, 21 (2): 175-191.
- [2] AFFO M. A & al., 2019 « Genre et attitudes de stigmatisation à l'égard des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) au Bénin » African Population Studies, Vol 33, N°1, Feb 2020. P4751-4765.
- [3] BABALOLA, S. et KOUADIO, A-M. 2012. « Vulnérabilité des jeunes filles face au VIH/SIDA en Côte d'Ivoire: une analyse de genre », 53p.
- [4] BEAULIEU, M. 2014. « Attitudes stigmatisantes envers les personnes vivant avec le VIH: développement et validation d'un instrument de mesure intégrant un dispositif participatif », Thèse de doctorat (PhD) en Santé publique option Promotion de la santé, Faculté des études supérieures, Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique, 356p.
- [5] CHARBIT, Y. 2018. L'adolescence au Bénin, Paris, l'Harmattan, collections Population, 236p.
- [6] CNLS, 2016, « Rapport de suivi de la déclaration de politique sur le VIH/Sida au Bénin 2016 », Cotonou, 61p.
- [7] CNLS, 2008. « Rapport national de situation à l'intention de l'UNGASS », Cotonou, 62p.
- [8] DE KEYSER, V. 2010 « Soins de santé en Afrique sub-saharienne et mutualisation » Rapport d'initiative, Parlement européen Bruxelles, www.vdekeyser.be/.
- [9] DGPD, 2017. Evaluation de la vision Bénin 2025 Alafia, Cotonou, 107.
- [10] DIARRA, A. et MOUMOUNI, A. et al. (2008) « Le vécu quotidien des personnes vivant avec le VIH à Niamey » Niamey, Etudes et travaux du LASDEL, 50p.
- [11] DOUMBOUYA, M. L. 2007. « Pauvreté et accessibilité aux services de santé: le cas de la Guinée », Économie et Solidarités, volume 38, numéro 2, pp 137-153.
- [12] FONDATION SANOFI ESPOIR. 2013. « Agir pour réduire les inégalités en santé », Dossier de presse, 20p.
- [13] INSAE. 2017. Synthèse des analyses sur la population du Bénin: Tome 6 Caractéristique des groupes spécifiques, Cotonou, 20p.
- [14] INSAE. 2015. Enquête par grappes à indicateurs multiples 2014, Rapport final, Cotonou, 247p.
- [15] INSAE et ICF International. 2013. Enquête Démographique et de Santé du Bénin 2011-2012. Calverton, Maryland, USA: INSAE et ICF International, Rapport final, 551p.
- [16] ONUSIDA. 2015. Le sida en chiffre 2015, Genève, in www.unaids.org.
- [17] ONUSIDA. 2005. Stigmatisation, discrimination et violations des droits de l'homme associées au VIH: études de cas des interventions réussies, <http://www.unaids.org>.
- [18] PRB 2015. « Disparités entre milieu urbain et milieu rural en matière de santé et de développement », Washington, 20p, www.prb.org.
- [19] SKINNER, D. and MFECANE, S. 2004. « Stigma, discrimination and the implications for people living with HIV/AIDS in South Africa », Journal des aspects sociaux du VIH/SIDA, Vol. 1 n°3, novembre 2004.
- [20] SOSSA, J. C. et al. (2018) « Milieu de résidence et évolution de la prévalence du VIH chez les gestantes de 2006 à 2015 au Bénin », Mali Medical 2018 Tome XXXIII N°1.