

« Messages d'informations sur le Sida et modèles sexués de prévention des risques à Antananarivo (Madagascar) »

Clotilde BINET

CERPOS – Université Paris X

Bénédicte GASTINEAU

LPED - IRD

Introduction

Comportements, normes et représentations de la sexualité chez les jeunes en Afrique

Traditionnellement, en Afrique, le mariage précoce des jeunes filles, dès la puberté, permettait de gérer les risques de sexualité et donc de grossesse prémaritales (Delaunay, Guillaume, 2007). L'émergence d'une période d'adolescence – entre la puberté et le mariage – est relativement récente. Elle est liée à l'urbanisation, l'industrialisation et l'allongement de la scolarisation des jeunes. La possibilité pour les adolescents de prolonger leur éducation et d'accéder à des emplois dans des secteurs d'activité modernes, non agricoles, a modifié les règles d'entrée en vie adulte, un mariage, une maternité ou une paternité précoces devenant des obstacles à la scolarisation ou à une entrée sur le marché du travail pour les femmes (Caldwell et *al.*, 1998). On observe alors un recul de l'âge d'entrée en union dans beaucoup de pays (Westoff, 2003) et s'écoule une période, plus ou moins longue selon les sociétés, entre la puberté et le mariage durant laquelle les jeunes filles célibataires peuvent avoir une vie sexuelle. Dans la quasi-totalité des pays d'Afrique sub-saharienne, malgré une tendance au recul de l'âge à la première relation sexuelle, on constate une augmentation et une intensification de la sexualité prémaritale chez les femmes et encore plus chez les jeunes hommes (Delaunay et Guillaume, 2007).

Néanmoins, des données récentes des enquêtes nationales démographiques et de santé font apparaître qu'au cours des 5 ou 10 dernières années, la proportion de femmes sexuellement actives (pour l'ensemble des femmes et pour les jeunes femmes) a décliné dans 12 pays d'Afrique de l'Est et du Sud (Westoff, 2007). Ces changements récents peuvent être mis en relation avec les hautes prévalences du Sida dans cette partie du continent et avec les messages de prévention qui prônent l'abstinence (Westoff, 2007). Dans de nombreux pays d'Afrique Subsaharienne, les campagnes de prévention contre le VIH ont reposé sur un message simple « ABC » : « Abstinence, Being Faithful and Condom Use », « Abstinence, fidélité et utilisation du préservatif ». En effet, face à la diffusion du Sida, l'abstinence prémaritale est mise en avant dans les programmes de santé comme le « bon moyen » de se prémunir contre la contamination. Toutefois, si l'évolution de l'utilisation du préservatif est bien documentée, tandis qu'on sait peu de chose sur la façon dont la promotion de l'abstinence et de la fidélité affecte les normes et les comportements sexuels des populations jeunes (Hearst, Chen, 2004). C'est donc l'objet du présent article, de mesurer le poids de ces discours autour de l'abstinence et du préservatif sur les normes et les comportements des jeunes. Nous faisons l'hypothèse que les messages de prévention envers le VIH transmettent et renforcent des modèles sexués de prévention des risques, reposant sur un déni de la sexualité prémaritale pour les filles et une reconnaissance de celle des garçons qui sont les seuls à avoir un accès légitime aux moyens de prévention comme le préservatif.

Rares sont les recherches qui ont déjà montré de telles relations. Au Cap, en Afrique du Sud, une étude a révélé que les jeunes filles qui avaient une bonne perception du risque de contamination du VIH-Sida entraient significativement plus tard en vie sexuelle. Chez les adolescents en revanche, ce message avait beaucoup moins d'impact car la croyance que les hommes « ont besoin de relations sexuelles » et la forte pression des pairs étaient plus fortes que la peur du risque de contamination (Anderson et al., 2007). À Madagascar, dans la province de Toamasina, une recherche récente a montré que les garçons étaient plus à même que les filles d'utiliser un préservatif et que leur niveau d'utilisation dépendait étroitement de leur perception du risque de contracter une MST ou le Sida, contrairement aux filles pour lesquelles la prévention par le préservatif dépendait plutôt de leur connaissance des risques de contracter une MST ou le Sida (Meekers et al., 2005).

Ces résultats indiquent que les comportements de prévention des hommes et des femmes sont très différents et fortement influencés par les messages autour de la sexualité masculine et féminine. Leurs messages reposent sur une représentation sexuée des besoins qui viennent renforcer des inégalités de genre déjà présentes dans les modèles « traditionnels » : l'abstinence y est souvent présentée comme une méthode féminine de prévention et le préservatif comme une méthode masculine. Il paraît donc nécessaire de questionner leur validité au regard des modèles de genre qu'elles véhiculent, ces différences contribuant à renforcer des modèles de gestion des risques sexuels, néfastes à une prévention efficace du VIH ou des grossesses précoces.

L'étude porte sur Madagascar, pays à très faible prévalence du Sida, à forte prévalence d'IST mais où les moyens octroyés à la prévention du Sida sont élevés. Notre recherche porte sur une population cible de ces programmes : la population étudiante d'Antananarivo, la capitale de Madagascar.

Madagascar : sexualité des adolescents et programmes de lutte contre le VIH

Madagascar est relativement épargné par l'épidémie de Sida. Les récentes données recueillies auprès des femmes enceintes fréquentant les services prénataux de Madagascar permettent d'estimer une prévalence nationale du VIH chez les femmes de 0,2%, mais la prévalence atteint 1,1% à Sainte Marie (Ile du Nord Est) et 0,8% à Morondava (ville du Sud-Ouest) (Ministère de la Santé et du Planning familial de Madagascar, 2005). Sur l'ensemble du territoire, la proportion des adultes de 15-49 ans infectés est estimée à 0,5% (ONUSIDA, 2007).

Cette faible prévalence n'empêche en rien une forte mobilisation des pouvoirs politiques et agences internationales pour la lutte contre le Sida à Madagascar, qui redoutent une diffusion rapide de l'épidémie dans un pays où la sexualité est souvent considérée comme très permissive. Cette mobilisation se caractérise par des campagnes de sensibilisations très appuyées auprès des populations « à risques » : prostituées, migrants et routiers, adolescents. Depuis le début des années 2000, des moyens importants y sont consacrés. En 2005, la Banque Mondiale a concédé un prêt de plus de 30 millions de dollars au gouvernement malgache pour ces activités. Entre 2005 et 2008, le PNUD a financé à hauteur de 600 000 dollars des projets de lutte contre le Sida. De nombreuses autres agences, ONG, associations sont mobilisées¹.

L'abstinence est au centre des messages d'information et de lutte contre le Sida à destination des jeunes à Madagascar. En 2001, le Ministère de la Santé définit avec l'agence de coopération américaine (USAID) un cadre stratégique pour la santé de la reproduction des jeunes (Ministère de la Santé, USAID, 2001). Parmi les objectifs annoncés, il s'agit « d'informer les jeunes sur les mérites de l'abstinence sexuelle, de la monogamie et de l'usage

¹ Des informations détaillées sur les programmes de lutte contre le Sida à Madagascar et leur financement peuvent être consultées sur les sites internet des différentes organisations (PNUD, Banque mondiale, FNUAP, etc.).

des préservatifs » (p.6), de « *soutenir les autres façons de démontrer son affection sans faire de rapport sexuel* » (p.6)². Dans le cadre de ce programme, des « passeports » pour les jeunes sont édités (Ministère de la santé, Ministère de l'Enseignement secondaire et de l'éducation de base, 2003). Il s'agit d'un carnet de 33 pages donnant des informations et des conseils sur la santé et la sexualité. L'abstinence est fortement conseillée et divers avantages en sont présentés : elle protège contre les maladies, contre la grossesse, elle permet de faire durer la relation amoureuse, etc. Une sorte de contrat d'abstinence est même proposé au jeune qui doit s'engager en signant ce contrat à rester vierge jusqu'au mariage. À aucun moment au fil des trente pages, on ne parle de contraception et le préservatif est présenté comme s'adressant à ceux qui n'ont pas su s'abstenir. Les autres documents et supports (brochures, clip vidéo, etc.) mis à disposition des jeunes à Madagascar reposent sur le triptyque « abstinence, fidélité, préservatif ».

Un autre acteur important de la prévention contre le Sida à Madagascar est l'organisation américaine *Population Services International* (PSI). Elle anime *Top-réseaux*, un réseau de médecins sur l'ensemble du territoire formés aux questions de santé de la reproduction des adolescents. Les jeunes adolescents dans la capitale connaissent PSI aussi pour sa participation au programme intitulé « Ankoay » (attends que je sois prêt).

Les messages de prévention contre le VIH-Sida diffusés à Madagascar encouragent donc les jeunes à s'abstenir de relations sexuelles jusqu'au mariage. À Antananarivo, ces messages passent par les deux canaux suivants : les spots et émissions radio ou télévisées et les documents distribués en très grande quantité dans les écoles, associations, etc. L'organisation américaine *Population Services International* (PSI) compte parmi ces nombreuses activités à Madagascar du *counseling* et de l'éducation sur le Sida *via* des *spots* radio, une émission hebdomadaire à la radio, à la télévision et des *talk-shows*. Les activités de PSI « visent à encourager les jeunes à retarder le début de l'activité sexuelle et à diffuser des messages de prévention contre les IST-Sida pour les jeunes déjà sexuellement actifs. » (PSI, 2007). Lors des enquêtes et des entretiens, plusieurs adolescents ont fait référence à la campagne d'information de PSI intitulé « *C'est mon choix* » qui a pour objectif de promouvoir le retard de l'activité sexuelle, l'abstinence, la fidélité et la réduction du nombre de partenaires. C'est dans ce cadre que sont distribués les « passeports pour les jeunes » et les « cartons rouges ». Ces « cartons rouges » sont très caractéristiques des programmes contre le Sida à destination des jeunes. Ils sont distribués uniquement aux jeunes filles qui doivent pouvoir l'utiliser pour dire « non » ou « stop » aux jeunes hommes qui solliciteraient une relation sexuelle. Les messages et campagnes d'information apparaissent alors très sexués et la responsabilité du respect de l'abstinence semble revenir uniquement aux jeunes filles. Les hommes bénéficient eux du préservatif, toujours présenté comme « recours », s'ils ne peuvent pas s'abstenir.

Les messages sur l'abstinence sexuelle avant le mariage reçoivent en apparence un écho favorable de la part des jeunes et de leurs parents. Ceci s'explique par le fait que le maintien de la virginité des filles jusqu'au mariage reste un idéal dans la capitale. Alors que jusqu'au XIX^{ème} siècle, la sexualité précoce était plutôt encouragée (Ravelomanana, 2007) car elle permettait de tester la fertilité des femmes avant l'entrée en union, les normes ont évolué sous l'influence de la christianisation et la colonisation à la fin du XIX^{ème} siècle. L'idéal de la femme, mère et épouse, et de la chasteté a été largement diffusé par les religieux et les colons européens. Aujourd'hui, les femmes évitent tant que possible les grossesses pré-nuptiales car

² Il faut souligner ici l'influence majeure de l'organisation Américaine dans la définition de ces campagnes de prévention. L'abstinence sexuelle est présentée comme une valeur religieuse, ce qui n'est pas anodin dans un pays où la majeure partie de la population est catholique. Ces modèles font donc écho à des valeurs en pleine expansion, et sont particulièrement présentes dans la capitale, Antananarivo. Bien que le modèle traditionnel malgache ne stigmatise pas la sexualité en-dehors du cadre exclusif du mariage, l'influence ancienne du catholicisme et du protestantisme sur les valeurs relatives à la sexualité est incontestable, notamment dans la province d'Antananarivo.

elles peuvent entraîner leur marginalisation voir leur rejet de la famille : « La famille (*de l'adolescente enceinte*) peut être la proie d'un sentiment de honte pour sa fille. Ce comportement aboutit parfois au rejet de l'adolescente » (Maroantsetra, 1995). Les jeunes filles enceintes sont parfois contraintes d'abandonner leurs études pour se marier. Le mariage précipité a pour but d'« éviter l'opprobre de la société ». Les jeunes redoutant considérablement ce mariage forcé, c'est une raison supplémentaire pour éviter les grossesses non désirées.

Cependant, les comportements sexuels des jeunes célibataires sont loin d'être en accord avec la norme prônant l'abstinence sexuelle. Certes, l'entrée en vie sexuelle est relativement tardive dans la capitale – l'âge médian au premier rapport sexuel est de 18,9 ans pour les femmes et de 18,4 ans pour les hommes – mais les premières expériences sexuelles se font fréquemment avant le début d'une union. Près de deux ans séparent l'âge médian au premier rapport sexuel de l'âge médian à la première union des femmes (21,6 ans en 2003/04). D'après l'Enquête démographique et de santé (2003/04), une femme sur quatre âgée de 15 à 19 ans a eu des relations sexuelles (tableau 1). Entre 20 et 24 ans, c'est le cas d'un peu plus de 60% des femmes. L'entrée en vie sexuelle des femmes est donc assez tardive. Le calendrier des femmes est légèrement plus précoce que celui observé dans les années 1990 (19,6 ans en 1992 et 19,4 ans en 1997).

TABLEAU 1 : PROPORTIONS DE FEMMES CÉLIBATAIRES VIVANT DANS LA CAPITALE AYANT EU DE RELATIONS SEXUELLES SELON LE GROUPE D'ÂGES

Groupes d'âges	EDS 1992	EDS 1997	EDS 2003/04
15-19	25,3	23,6	16,7
20-24	51,8	52,5	62,5

Sources : Nos calculs d'après les enquêtes démographiques et de santé (1992, 1997, 2003/04)

Données et méthodologie

L'enquête *Sexetan* (SEXualité des ETudiants à ANtanarivo : Normes et comportements), financée et réalisée par l'Institut de recherche pour le développement (IRD), a été conduite en mars 2006 auprès des étudiants de la capitale d'Antananarivo inscrit à l'université d'Ankatsoa. L'enquête a été administrée par auto-passation auprès des étudiants au cours de la visite médicale de la rentrée universitaire. Cette visite obligatoire pour tous les étudiants se déroule dans les locaux des services de santé de l'université. L'enquête a concerné près de 1900 étudiantes et un peu plus de 900 étudiants inscrits à l'université³. L'échantillon a été constitué de façon aléatoire et stratifié par niveau d'études. L'objectif initial de cette enquête était de mieux comprendre les comportements sexuels de cette population dans un contexte d'augmentation importante du recours à l'avortement.

Les variables contenues dans cette enquête sont par plusieurs aspects originaux. En effet, elles s'intéressent non seulement aux comportements sexuels, contraceptifs et féconds et aux connaissances mais laissent aussi une large place à un panel d'informations sur les attitudes et les opinions sur la sexualité, sur la perception générale des risques associés à la sexualité et sur la manière dont sont perçues les positions des femmes et des hommes dans les décisions relatives à la sexualité. Par conséquent, elle donne des informations directes sur les

³ La taille de l'échantillon féminin est largement supérieure à celle des enquêtés hommes car l'enquête visait également à estimer le recours à l'avortement. L'échantillon des « filles » devait donc être suffisamment important pour garantir un nombre minimum d'étudiantes concernées par le sujet.

fréquentations amoureuses prémaritales, sur les comportements sexuels (nombre de partenaires, relations sexuelles forcées, imposées à d'autres etc.) et féconds (histoire génésique, avortements), et renseignent les opinions et attitudes par le biais de questions à composante plus qualitative.

Pour comprendre les représentations de la sexualité féminine et masculine chez les étudiants, nous avons mené une analyse factorielle des correspondances multiples sur les variables qualitatives de cette enquête⁴. L'AFCM est particulièrement adaptée pour mesurer les associations entre un nombre important de variables qualitatives nominales et ordinales. Elle est une méthode de condensation de l'information, établie à partir de la méthode des distances au chi², et repose sur un mode de représentation graphique des résultats. Treize variables, rendant compte des perceptions de l'activité sexuelle prémaritale, de la connaissance de la contraception et du préservatif et des comportements sexuels ont été sélectionnées. Ces variables comportaient trois modalités à l'exception de la variable « groupes d'âges » à deux modalités définissant par conséquent un espace à 38 modalités. Les échantillons pour les filles et les garçons ont été traités séparément mais en intégrant les mêmes variables, ce qui permet de comparer les résultats observés.

Une trentaine d'entretiens qualitatifs menés auprès de filles et de garçons ont complété cette enquête. L'objectif de ces entretiens était de replacer les décisions sexuelles et contraceptives dans leur contexte relationnel. Ces entretiens ont été réalisés en février 2007 après une première exploitation des enquêtes quantitatives. Ils se sont déroulés en langue malgache puis ont été retranscrits et traduits en français.

TABLEAU 2 : QUELQUES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION ENQUÊTÉE SELON LE SEXE

Caractéristiques sociodémographiques	Étudiantes	Étudiants
Âge médian	22,9 ans	23,9 ans
Répartition par niveau d'études (%)		
Année 1	50,3	56,3
Année 2	32,1	16,2
Licence	13,4	18,0
Maîtrise	4,11	8,2
Troisième cycle	0,05	1,3
Proportion des enquêtés qui sont célibataires (%)	97,1	98,6
Répartition par situation de résidence (%)		
Vit en résidence universitaire	19,7	17,7
Vit chez ses parents	55,0	54,5
Vit en couple	2,6	1,4
Vit avec des amis	3,9	5,6
Vit seul(e)	8,2	11,8
Autre	10,6	9,0
Proportion d'enquêtés ayant déjà eu des relations sexuelles (%)	51,0	70,4
Âge moyen aux premières relations sexuelles (parmi les enquêtés ayant déjà eu des relations sexuelles)	18,6	17,7
Nombre moyen de partenaires sexuels par enquêtés depuis la première relation sexuelle (parmi les enquêtés ayant eu des relations sexuelles)	1,8	4,6
Effectifs	1900	900

Source : Nos calculs d'après l'enquête Sexetan

⁴ Nous avons utilisé la procédure HOMALS du logiciel statistique SPSS.

La quasi-totalité des étudiant(e)s enquêtés sont en première et deuxième année d'université et leur âge moyen est de 23 ans pour les filles et de 24 ans pour les garçons. Ces étudiants sont majoritairement célibataires et, par conséquent, vivent, pour la plupart d'entre eux, chez leurs parents. Néanmoins, environ 20% d'entre eux sont logés en résidence universitaire. À Antananarivo, la décision de faire des études universitaires s'inscrit dans le cadre d'un projet professionnel spécifique. S'il n'est pas rare que les enfants suivent des études secondaires, la proportion de ceux qui atteignent l'université est plus restreinte. À l'âge auquel la plupart des jeunes femmes et des jeunes hommes entrent en union⁵, les étudiants et les étudiantes d'Antananarivo retardent volontairement leur mariage pour s'investir dans leurs études. À ce titre, c'est une population très sensible aux messages de prévention sur la sexualité hors mariage. Pour ces jeunes femmes, il est important d'éviter une grossesse qui remettrait en question la poursuite d'un projet professionnel.

Cela n'empêche pas les étudiants et les étudiantes de connaître une vie amoureuse et sexuelle. Dans notre échantillon, la majorité des étudiants ont déjà eu des relations sexuelles. Des différences sont notables entre les filles et les garçons : seulement la moitié des filles avaient déjà eu des relations sexuelles au moment de l'enquête contre près de trois garçons sur quatre. Le nombre moyen de partenaires sexuels est également beaucoup plus élevé pour les garçons (4,6) que pour les filles (1,8), suggérant des normes très différentes dans les modèles d'entrée en vie sexuelle.

Résultats

Analyse bivariée

Un des premiers résultats est que l'abstinence sexuelle avant le mariage est un idéal partagé par les garçons et par les filles. Seuls 8% de l'ensemble des enquêtés sont « tout à fait d'accord » sur le fait que les garçons et les filles peuvent avoir des relations sexuelles avant d'être mariés. Cependant, comme on pouvait s'y attendre, l'interdit de la sexualité prémaritale ne s'applique pas de la même façon pour les deux sexes et les perceptions dépendent aussi du sexe du répondant (tableau 3). Tout d'abord, la tolérance de la sexualité prémaritale est un peu plus importante quand elle concerne les jeunes hommes. Vingt-et-un pour cent des enquêtés (deux sexes confondus) sont tout à fait d'accord pour que les hommes célibataires aient une vie sexuelle. Le chiffre est de 11% lorsqu'il s'agit des filles.

Ensuite, la tolérance varie selon le sexe de l'enquêté : en règle générale les garçons sont plus tolérants vis-à-vis des relations sexuelles prémaritales (tableau 3). Les étudiantes et les étudiants acceptent plus facilement la sexualité masculine. Ainsi, 12% des étudiantes et 30% des étudiants sont tout à fait d'accord avec le fait qu'un garçon célibataire ait des relations sexuelles.

L'enquête *Sexetan* permet de préciser et de nuancer ces résultats en introduisant le fait qu'un célibataire puisse avoir des relations sexuelles dans « certaines circonstances ». L'enquête qualitative a permis de préciser ensuite ce que les enquêtés entendaient par « circonstances ». Toutefois, même avec cette nuance possible, les filles jugent négativement la sexualité prémaritale féminine plus souvent que les garçons, elles sont 40% à penser qu'une femme non mariée doit s'abstenir de toute relation sexuelle, et 30% qu'un garçon célibataire doit rester abstinent. Pour les étudiants les chiffres sont respectivement de 32% et 24%.

⁵ D'après l'enquête démographique et de santé 2003/04, l'âge médian à la première union à Antananarivo est de 21,6 ans pour les femmes et de 26,4 ans pour les hommes.

TABLEAU 4 : RÉPARTITION DES ÉTUDIANTS ET DES ÉTUDIANTES SELON LEURS OPINIONS ENVERS LA SEXUALITÉ PRÉMARITALE, LEUR CONNAISSANCE DES USAGES DU PRÉSERVATIF ET LEURS PERCEPTIONS DES RISQUES

	Étudiants	Étudiantes
Opinions à propos de la sexualité prémaritale		
<i>concernant les filles</i>		
tout à fait d'accord	17,6	5,2
dépend des circonstances	50,8	54,8
pas du tout d'accord	31,6	40
Total	100	100
<i>concernant les garçons</i>		
tout à fait d'accord	30,1	12
dépend des circonstances	45,7	58,6
pas du tout d'accord	24,2	29,3
Total	100	100
Le préservatif n'est pas une méthode de contraception		
tout à fait d'accord	52	46,6
pas du tout d'accord	20,1	14,5
ne sait pas	27,7	38,8
Total	100	100
Perceptions du risque		
<i>Risque de grossesse en cas de rapport non protégé</i>		
nul	1,4	1,0
faible	4,1	2,0
moyen	33,3	25,4
élevé	45,1	50,7
ne sait pas	16,1	20,9
Total	100	100
<i>Risque de MST/Sida pour un garçon en cas de rapport non protégé</i>		
nul	0,8	1,0
faible	5,2	1,4
moyen	27,2	16,4
élevé	52,7	55,2
ne sait pas	14,2	26
Total	100	100
<i>Risque de MST/Sida pour une fille en cas de rapport non protégé</i>		
nul	0,4	0,6
faible	3,0	1,3
moyen	22,9	17,4
élevé	47,8	59,9
ne sait pas	25,9	20,9
Total	100	100
Effectifs	940	1897

Source : Nos calculs d'après l'enquête SEXETAN

Cette différence dans les perceptions se retrouve dans les comportements : les filles ont leurs premières relations sexuelles plus tardivement que les garçons et elles ont aussi moins de partenaires sexuels (tableau 2). En moyenne, au moment de l'enquête, une fille (ayant déjà eu des relations sexuelles) a eu 1,8 partenaire contre 4,6 pour les garçons. L'utilisation du préservatif en dépend : 40% des filles ont déjà utilisé au moins une fois un préservatif, contre 70% des garçons. Il est tout à fait intéressant que noter que cette différence s'explique en partie par le nombre de partenaires sexuels (tableau 5). Lorsqu'ils n'ont eu qu'un seul partenaire, les filles et les garçons se distinguent peu. À partir de deux partenaires, le taux d'utilisation s'élève mais davantage pour les garçons que pour les filles : près de trois garçons sur quatre ayant eu deux partenaires sexuels ont déjà utilisé un préservatif contre seulement une fille sur deux ayant eu deux partenaires sexuels. Ensuite, plus les étudiants ont eu des partenaires, plus ils ont une forte probabilité d'avoir utilisé un préservatif et à nombre de partenaire équivalent, il n'y a pas de différence entre les sexes.

TABLEAU 5 : PROPORTION DES FILLES ET GARÇONS ENQUÊTÉS (%) QUI ONT DÉJÀ UTILISÉ UN PRÉSERVATIF PARMIS CEUX QUI ONT DÉJÀ EU DES RELATIONS SEXUELLES SELON LE NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS

Nombre de partenaires	% des garçons	% des filles	Effectifs Garçons	Effectifs Filles
1	54,7	49,9	106	497
2	73,8	56,6	107	212
3	75,6	75,0	90	76
4	88,7	94,1	62	34
5	82,4	76,5	34	17
6 et plus	83,5	82,3	97	17
Total	68,7	40,5	496	853

Source : Nos calculs d'après l'enquête SEXETAN

La protection contre le risque d'IST/Sida se fait principalement par l'utilisation du préservatif. C'est d'ailleurs son principal usage pour les étudiant(e)s qui envisagent que rarement de l'utiliser comme méthode de contraception. Seulement la moitié des étudiants et des étudiantes considère que le préservatif protège également d'une grossesse et plus du quart des étudiants et plus du tiers des étudiantes n'ont pas pu déterminer si le préservatif était ou non une méthode de contraception (tableau 7). Ainsi, l'exposition à des messages d'information sur le VIH semble limiter leurs connaissances effectives du préservatif lequel est pourtant aussi un moyen de se protéger des grossesses.

D'une manière générale, les étudiants et les étudiantes ont une bonne perception des risques auxquels ils s'exposent en ayant des rapports sexuels non protégés (tableau 6). Environ la moitié des filles et des garçons déclarent qu'ils s'exposent à un risque élevé de grossesse ou d'IST-Sida en cas de rapport sexuel non protégé. Moins de 1% estime que ce risque est nul et moins de 5% le qualifie de faible. Notons toutefois qu'une partie de la population étudiante semble ne pas avoir été touchée par ces campagnes d'information. Environ 20% des filles et 15% des garçons ignorent les niveaux de risques auxquels ils s'exposent en cas de rapport sexuel non protégé. Les hommes connaissent plus fréquemment les risques pour eux-mêmes que pour les filles et inversement les étudiantes sont mieux informées sur les risques qu'encourent les femmes que pour ceux qu'encourent les hommes (tableau 6). Ce résultat renforce l'idée que ces jeunes ont accès à des messages très sexuels et que les informations sur les risques d'IST/Sida concernent en général moins les filles que les garçons.

Analyse multivariée

Les résultats de l'analyse factorielle des correspondances multiples permettent de dégager les principales associations existantes entre la perception des risques liés à une activité sexuelle non protégée, les représentations sociales de la sexualité et l'expérience sexuelle des étudiants. Quelques variables ont été ajoutées à celles présentées précédemment. L'étude des opinions envers la sexualité prémaritale est affinée par l'introduction de variables sur la nature des relations entre garçons et filles : deux variables permettent de mieux cerner la perception des liens entre le sentiment amoureux et la sexualité pour les filles d'une part et les garçons d'autre part⁶, une autre variable présente la perception du risque de rupture auquel s'expose une fille qui refuse des relations sexuelles à son petit ami⁷. En vue de compléter les informations sur la connaissance de la contraception et du préservatif, une variable sur la perception des risques sanitaires associés à l'utilisation de la contraception a été introduite.

Bien que l'analyse ait été menée séparément entre les étudiants et les étudiantes, les deux dimensions retenues dans l'univers des variables proposées sont identiques. Les valeurs propres de ces deux dimensions sont respectivement de 0,222 et de 0,186 pour les étudiants, la première dimension représentant 54% de l'inertie du nuage et la seconde 46% et de respectivement 0,246 et de 0,188 pour les étudiantes, la première dimension représentant 57% de l'inertie du nuage et la seconde 43%.

Les contributions de chaque variable à ces deux dimensions sont présentées dans le tableau suivant :

	Étudiants		Étudiantes	
	Dimension 1	Dimension 2	Dimension 1	Dimension 2
Opinions à propos des filles	17,6	0,7	13,0	6,0
Opinions à propos des garçons	19,0	0,5	12,8	5,7
Filles amoureuses pour avoir des RS	10,3	0,2	13,0	3,6
Garçons amoureux pour avoir des RS	8,8	0,3	12,3	3,8
Si la fille refuse d'avoir des RS, elle risque que son petit ami la quitte	1,4	0,1	0,7	0,2
Le préservatif n'est pas une méthode de contraception	0,9	8,2	5,4	1,5
la contraception est dangereuse pour la santé	0,0	5,9	2,2	0,8
Groupe d'âges	0,0	0,0	0,0	0,2
Risque de MST pour les filles*	7,9	25,7	10,3	28,1
Risque de MST pour les garçons*	8,3	32,3	9,2	27,4
Risque de grossesse*	6,2	25,1	10,3	18,1
Nombre de flirts**	9,9	0,1	4,3	1,2
Nombre de partenaires sexuels***	9,7	1,0	6,5	3,5
Total	100	100	100	100

* Dans l'analyse multivariée, la perception du risque a été recodée en trois modalités : « faible à moyen », « élevée », « ne sait pas ».

⁶ Garçons et filles devaient répondre pour eux-mêmes et pour l'autre sexe à la question : « est-il nécessaire d'être amoureux pour avoir des relations sexuelles ? ». Trois modalités de réponses étaient envisagées : absolument nécessaire, pas du tout nécessaire, pas absolument nécessaire mais c'est mieux.

⁷ Garçons et filles devaient se prononcer sur le risque de rupture induit par le fait qu'une jeune fille refuse des relations sexuelles à son petit ami. Trois modalités de réponse étaient envisagées : elle prend un risque, ça dépend des sentiments du garçon, elle ne prend aucun risque.

*** Le nombre de flirts est une variable qualitative ordinale à trois modalités : aucun, un à trois, quatre et +.*

**** Le nombre de partenaires sexuels est une variable qualitative à quatre modalités : aucun, un partenaire, deux et +.*

La première dimension est principalement définie par les opinions des étudiants et des étudiantes à l'égard de la sexualité prémaritale féminine et masculine. Pour les étudiants, ces deux variables expliquent à elles seules près de 40% de cet axe. Pour les étudiantes, la première dimension est définie par leurs opinions à l'égard de la sexualité prémaritale féminine et masculine mais également par leur perception des relations entre amour et sexualité. Ces quatre variables expliquent près de 50% de cet axe.

La seconde dimension est définie par leurs représentations des risques associés à une sexualité non protégée, et notamment par le risque de contracter une MST. Ces trois variables expliquent à elles seules près de 80% de l'axe pour les étudiants et plus de 70% de l'axe pour les étudiantes.

Les résultats de l'AFCM sont présentés sous la forme de deux graphiques correspondant aux étudiants (fig. 1) et aux étudiantes (fig.2). La position des modalités en fonction des deux axes correspondant aux deux dimensions retenues permet de mieux comprendre les principales associations et oppositions de ces modalités. Pour les étudiants comme pour les étudiantes, la perception de l'usage du préservatif et de la contraception est relativement peu discriminante sur ces deux axes, de même que la perception des risques associés au refus d'avoir des relations sexuelles.

Les étudiants

D'une manière générale, les variables d'opinions envers la sexualité prémaritale sont fortement corrélées entre elles contrairement aux trois variables sur le risque qui sont indépendantes des autres variables (fig. 1). La première dimension ressort comme la plus significative car elle discrimine un nombre important de modalités. Sur cet axe, deux groupes se distinguent : un premier groupe peut être défini par la condamnation de la sexualité prémaritale ; un second groupe par une position très favorable à la sexualité prémaritale.

Pour le premier groupe, leur condamnation de la sexualité prémaritale est également fréquemment associée à une faible expérience amoureuse (aucune petite amie déclarée) et par une perception des relations entre sexualité et amour très distendue. La modalité « il n'est pas nécessaire (pour un garçon ou une fille d'être amoureux(se) pour avoir des relations sexuelles » est caractéristique de ce groupe. Cette association entre ces modalités des trois variables montre que la perception de la sexualité par ceux qui la condamnent est loin d'être romantique. La valeur associée à la virginité ne semble pas rendre compte d'un lien étroit entre amour et sexualité. Ce sont généralement aussi des étudiants qui n'ont eu aucune expérience amoureuse ou sexuelle. Pourtant, ce groupe se distingue peu par leur appréciation des risques liés à la sexualité : il ne s'agit pas nécessairement d'étudiants qui connaissent bien les risques auxquels ils sont exposés en ayant des rapports sexuels non protégés.

Ce n'est pas le cas du deuxième groupe, constitués de ceux qui sont très favorables à la sexualité prémaritale. Chez ces étudiants, on retrouve très fréquemment des individus qui associent amour et sexualité et des individus qui ont une mauvaise perception des risques liés à la sexualité non protégée. Les étudiants les plus exposés ne sont donc pas nécessairement les mieux informés.

La seconde dimension dissocie nettement les modalités associées au risque de contracter une MST ou au risque de grossesse. Un premier groupe est composé par la modalité « ne sais pas » : les étudiants qui ont déclaré ne pas savoir le risque qu'ils prenaient en ayant des rapports sexuels non protégés sont à même d'avoir donné cette réponse pour les trois risques

envisagés. Ces modalités se situent à droite sur la dimension 1, donc plutôt du côté des étudiants qui réprouvent l'activité sexuelle prémaritale mais l'association entre ces modalités est faible. À l'opposé sur cette dimension se trouve les modalités correspondant à une estimation élevée des risques pris.

Pour les étudiants, la perception des risques liés à une sexualité non protégée est relativement indépendante de leurs représentations de la sexualité. Toutefois, il est notable que ce sont les étudiants les plus favorables et les plus engagés dans une vie sexuelle qui ont la perception la plus mauvaise de ces risques.

Les étudiantes

Concernant les étudiantes, le modèle de relations entre les variables est davantage significatif, un nombre plus important de modalités étant discriminantes au niveau des deux dimensions (fig. 2). Un premier groupe peut être défini, au niveau de la première dimension, par la condamnation de la sexualité prémaritale. Comme pour les étudiants, la condamnation de la sexualité prémaritale est fréquemment associée à une perception des relations entre sexualité et amour très distendue et à une faible expérience amoureuse (aucun petit ami déclaré). Ces étudiantes n'ont généralement pas eu de relations amoureuses ou sexuelles. À l'exact opposé se situe les étudiantes s'étant déclarées tout à fait favorables à l'activité sexuelle prémaritale et étant généralement elles-mêmes expérimentées sexuellement.

Cette première dimension oppose également les étudiantes ayant une perception des risques faible à élevée et les étudiantes n'ayant pu se prononcer sur les risques auxquels elles s'exposent. La perception d'un risque faible à moyen est plus fréquent chez les étudiantes qui sont engagées et d'accord avec la sexualité prémaritale, tandis que l'absence de perception déclarée semble relativement aléatoire dans la population au regard des variables prises en compte. De plus, contrairement aux étudiants, les étudiantes qui sont opposées à l'activité sexuelle prémaritale se situent plus nettement du côté de celles qui ont une perception élevée des risques associés à la sexualité non protégées.

Un troisième groupe d'étudiantes se distinguent : celles qui pensent qu'il est nécessaire d'être amoureuse de son partenaire pour avoir des relations sexuelles sont fréquemment celles qui pensent que la contraception n'est pas dangereuse pour la santé et que le préservatif n'est pas une méthode de contraception. Si ce groupe ne se distingue pas nettement par leur niveau de perception des risques, cette forte association entre ces modalités tendrait à montrer qu'elles sont sensibles aux messages d'information sur le Sida, qui identifient amour et sexualité féminine par le biais des messages autour de la fidélité et limitent le rôle du préservatif à la protection des MST et du Sida.

Ces résultats confirment l'analyse précédente : il existe bien des relations étroites entre la perception de la sexualité prémaritale (être favorable ou non) et les comportements sexuels effectifs. La perception des risques varie elle davantage selon le jugement envers la sexualité prémaritale (favorable ou non) pour les étudiantes que pour les étudiants. Pour les filles, leurs attitudes semblent déterminées moins par les normes sociales que par les discours entendus et véhiculés autour de la sexualité par les programmes de prévention contre le Sida.

FIGURE 1 : REPRÉSENTATION GRAPHIQUE DES DEUX DIMENSIONS DU PLAN D'ANALYSE FACTORIELLE DES CORRESPONDANCES MULTIPLES CONCERNANT LES ÉTUDIANTS

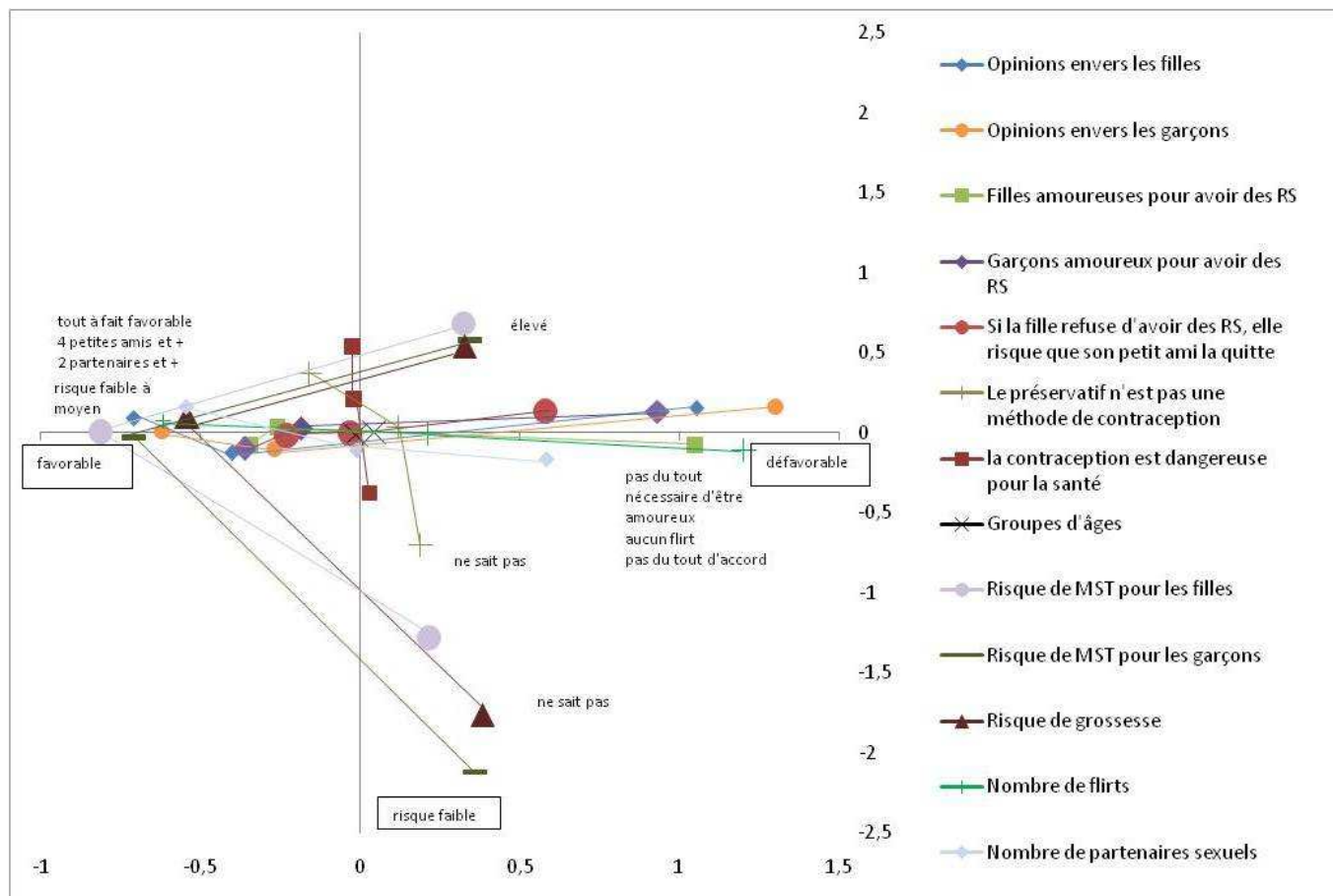
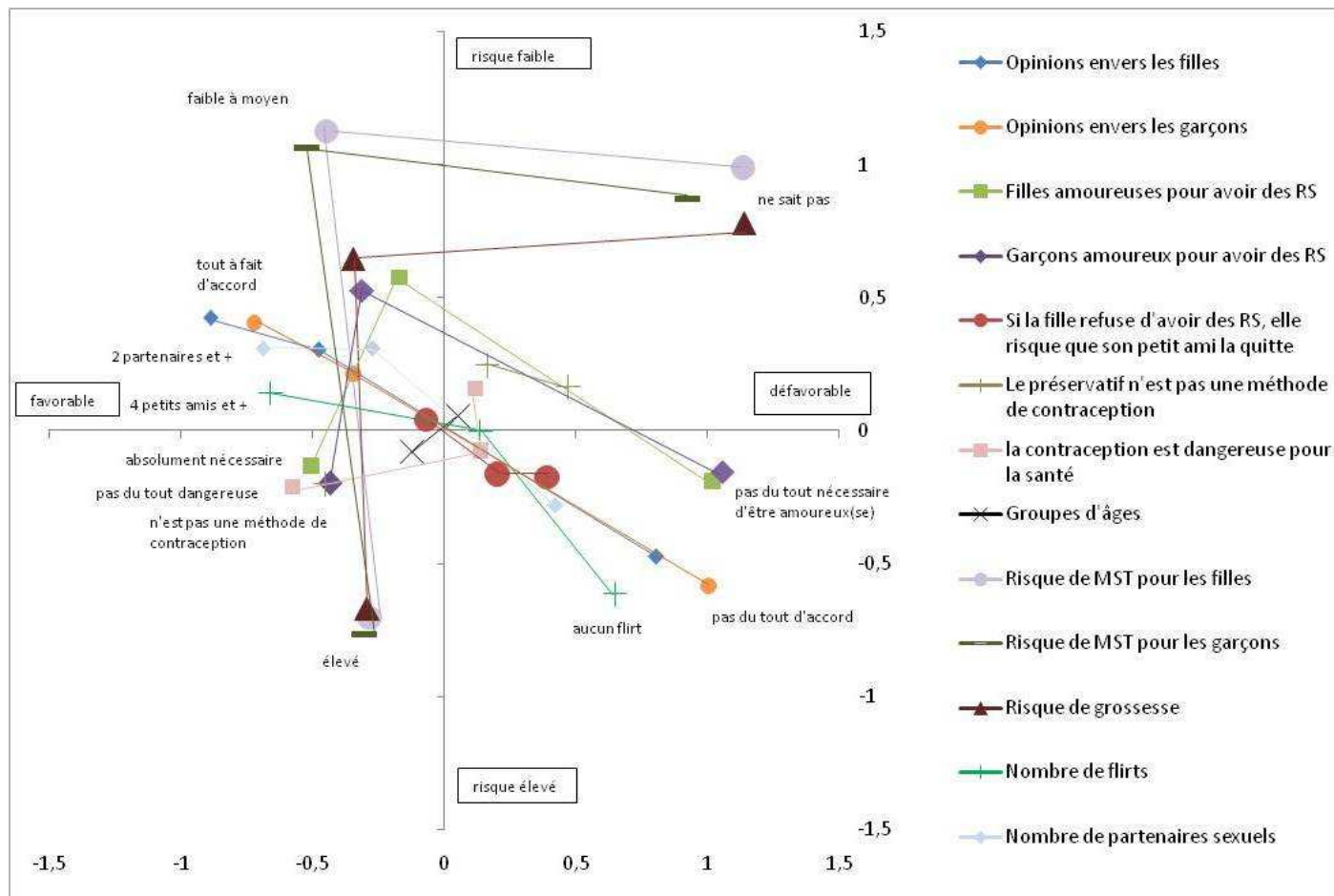


FIGURE 2 : REPRÉSENTATION GRAPHIQUE DES DEUX DIMENSIONS DU PLAN D'ANALYSE FACTORIELLE DES CORRESPONDANCES MULTIPLES CONCERNANT LES ÉTUDIANTES



Discours autour de la sexualité, perceptions des risques et choix contraceptifs

Pour beaucoup d'étudiants, avoir des relations sexuelles prémaritales dépend des circonstances et de la relation avec le partenaire. Si la norme d'abstinence est intégrée, elle est remise en question par le vécu des individus sans pour autant être complètement reniée. Les entretiens qualitatifs ont permis de préciser le jugement porté sur la sexualité prémaritale et ensuite de présenter les circonstances pouvant justifier ces relations.

La plupart des jeunes enquêtées portent un jugement très négatif sur les filles célibataires qui ont une vie sexuelle. Dans les entretiens, elles sont qualifiées par les filles de « *pas sérieuses* » ; « *elles ne pensent qu'à la mode ou à l'argent, car souvent les hommes, avant de demander des relations sexuelles aux filles, ils leur promettent des cadeaux* » ; « *ce sont des filles qui prennent les garçons pour des passe-temps* ». De plus, certaines filles ont avancé l'idée que « *les hommes n'aiment pas les filles qui ne sont pas vierges* ».

Les garçons prennent aussi en compte une autre dimension : ils font le lien entre relations sexuelles prémaritales et risque de stérilité. Les femmes stériles seraient « *celles qui ont eu beaucoup de partenaires* ». Or plus que tout les hommes redoutent la stérilité des femmes, dont ils identifient clairement deux causes : les maladies sexuellement transmissibles et l'avortement. L'abstinence avant le mariage est pour eux le meilleur moyen de se prémunir de ces deux causes : « *Moi, je ne veux pas rencontrer une fille comme ça [une fille qui a déjà eu des relations sexuelles], car il y a un risque qu'elle ait déjà été enceinte ou qu'elle ait attrapé une maladie* ». Selon un garçon enquêté, un homme peut tout à fait refuser d'épouser une femme, s'il sait que la femme est stérile car elle « *a mené une vie de débauche, ou qu'elle a pratiqué souvent l'avortement, alors là à leur place, je n'accepte pas de me marier à une femme pareille. Mais par contre si la stérilité de la femme est de naissance, là je pourrais l'accepter* ». Cette opinion est partagée par plusieurs des hommes enquêtés.

Les entretiens ont permis aussi de préciser quelles étaient les circonstances pour lesquelles les adolescents trouvaient légitimes d'avoir des relations sexuelles prémaritales. Au vu des jeunes, l'existence d'un projet de mariage constitue la seule « *bonne raison* » de s'engager dans des relations sexuelles. Les filles célibataires affirment très clairement qu'elles peuvent s'engager dans une vie sexuelle si la relation avec leur petit ami dure depuis « *longtemps* » et elles ont un projet d'union avec ce partenaire : « *dès le début de notre rencontre nous avons envisagé de nous marier [...] Notre première relation sexuelle... Je ne me souviens pas très bien, c'était peut être cinq mois après notre première rencontre. Il me l'avait demandé plusieurs fois, mais j'avais toujours refusé, alors quand j'ai été sûre et certaine qu'il m'aimait vraiment, j'ai accepté sa demande. [...]. Lui était demandeur car d'après lui, le fait d'accepter une relation sexuelle est une marque d'amour. Au début je n'ai pas accepté mais quand notre relation a eu suffisamment duré, j'étais rassurée sur ses sentiments et ses projets et là que j'ai accepté sa demande* ». La durée de la fréquentation, la confiance qui s'établit dans le couple sont des facteurs qui favorisent l'engagement dans des relations sexuelles : « *Il me l'avait demandé plusieurs fois, mais j'avais toujours refusé. Quand j'ai été sûre et certaine qu'il m'aimait vraiment, j'ai accepté sa demande* ». La confiance dans la relation et dans la fidélité du partenaire est donc un déterminant important de cette décision chez les femmes : « *Nous parlions souvent de sexualité et, au début, nous étions d'accord qu'on n'aurait des relations sexuelles qu'après notre mariage mais, au fil des temps, j'ai constaté qu'il était sérieux et qu'il serait fidèle, alors nous nous sommes décidés à franchir le pas* ». Le projet de mariage apporte une certaine garantie aux jeunes filles qui s'engagent dans des relations sexuelles de ne pas être abandonnées par leur petit ami en cas de grossesse (Binet, 2008).

Dans les entretiens, les garçons ont souvent un double discours sur la question de l'abstinence. Tout d'abord, ils valorisent l'abstinence avant le mariage : « *attendre d'être certain de ses sentiments envers la fille pour lui proposer d'avoir des relations sexuelles est*

une preuve d'amour », « *il faut respecter le choix des filles qui te refusent d'avoir des relations sexuelles avant le mariage, il ne faut pas les forcer* ». Ce sont généralement les hommes qui demandent à leur compagne d'avoir des relations sexuelles. Celles-ci refusent fréquemment et c'est après de nombreuses discussions que le pas est finalement franchi, comme le raconte ce jeune homme : « *C'est moi qui ai décidé en premier d'avoir des relations sexuelles. Lorsque je lui ai proposé, elle a d'abord refusé parce qu'elle n'était pas encore prête. J'ai vraiment respecté son choix et, finalement, elle a accepté. Nous l'avons fait deux ans après le début de notre relation* ». Ensuite, les garçons tiennent un discours très différent sur les « *femmes de passage* » - qu'elles soient des prostituées, des femmes célibataires ou des femmes mariées - avec qui ils peuvent avoir des relations sexuelles sans qu'il n'y ait nul projet de mariage. Ainsi, ils peuvent entretenir plusieurs relations parallèles – une petite amie avec qui ils ont des projets de mariage et avec qui ils respectent une abstinence sexuelle et des partenaires sexuelles occasionnelles – et considéré différemment la sexualité selon le type de partenaire – « *il est bien d'être abstinent avec sa future femme* » versus « *on peut s'autoriser des femmes de passage pour prendre du plaisir* ». Un jeune homme à qui on demandait pourquoi ils n'avaient pas de relations sexuelles avec sa petite amie nous répond : « *Vous voyez, c'est différent entre aimé et être attiré, quand tu aimes la personne, tu n'oses pas demander d'avoir des relations sexuelles* ».

Cette appréciation de la sexualité implique une double stratégie de prévention des risques de grossesses et d'infections sexuellement transmissibles. Les relations sexuelles avec la jeune fille « future épouse » sont que très rarement protégées efficacement. Les jeunes utilisent des méthodes naturelles telles que la méthode du calendrier ou le retrait. La survenue d'une grossesse ne ferait que précipiter le mariage. À l'opposé, les jeunes hommes enquêtés semblent prendre des précautions lorsqu'il s'agit de relations passagères. L'histoire de ce garçon, comparable à plusieurs autres, est une illustration de ce fait : « *On s'est rencontrés en 2004, elle avait passé ses vacances dans notre région. Ensuite elle est revenue pendant les vacances de Pâques en 2005, et c'est à ce moment là que nous avons eu notre premier rapport sexuel, pour la première fois. C'est moi qui lui ai demandé car ce sont toujours les hommes qui décident en premier, parce que si les hommes ne prennent pas de décisions, les filles ne s'empressent pas trop pour le faire, alors les hommes doivent demander en premier. Il y avait une discussion. Au début je n'ai reçu que des bises, puis elle est partie, ensuite je lui ai dit que : « la prochaine fois si tu reviens, j'ai envie que nous ayons des relations sexuelles », elle était tout de suite d'accord. Nous n'utilisons pas de préservatif, sinon elle va penser que je ne l'aime pas si j'utilise des préservatifs. Moi j'aime utiliser les préservatifs lorsque je sors avec des filles passagères comme les prostituées parce que le SIDA est répandu et par prévention, je dois faire attention. Mais je n'utilise pas de préservatifs avec ma vraie petite amie. J'ai déjà eu des rapports sexuels avec plusieurs femmes, que ce soit avant elle et même actuellement, pendant que je sors avec elle. Je ne me souviens plus mais j'ai eu de nombreuses relations sexuelles. Souvent, lorsqu'on sort en boîte, on rencontre des filles et on fait des rapports sexuels avec elles si elles sont d'accord. Je ne sais pas...mais j'ai eu environ... dans les vingtaines ou dans les trentaines de partenaires, c'est à ces moments là que j'utilise des préservatifs. »*

La norme de l'abstinence est donc différente selon qu'elle s'applique au genre féminin ou au genre masculin. L'abstinence pour les filles s'apparente à la virginité jusqu'au mariage, ou du moins jusqu'au projet de mariage. Pour les garçons, il s'agit plus d'une abstinence avec sa future épouse comme preuve de respect jusqu'au moment où celle-ci se dit prête à entrer en vie sexuelle. En dehors de la fréquentation officielle, vouée au mariage, les garçons s'autorisent des relations sexuelles avec des femmes « de passage ». C'est uniquement lors de ces relations que les garçons se protègent des risques d'IST ou de grossesse en utilisant des préservatifs.

Ce sont ensuite les modes de prévention contre ces risques qui diffèrent significativement selon le type de relation. Dans le cadre de relations amoureuses stables, les étudiants cherchent uniquement à se protéger du risque de grossesse et ont essentiellement recours à des méthodes contraceptives naturelles comme l'abstinence périodique. Le choix de la méthode est souvent fait par la femme et son partenaire s'aligne sur sa décision : *« Je n'ai jamais utilisé de méthodes modernes car je ne sais pas bien comment on les utilise. De plus, nous n'avons pas consulté de médecin alors c'est pour cela que nous avons décidé d'utiliser la méthode du calendrier. Il me demande toujours avant d'avoir une relation si je suis dans la période d'ovulation, puisque je suis la première responsable, alors c'est moi qui lui dis si nous pouvons le faire ou pas. »* Cette jeune femme explique pourquoi elle préfère utiliser l'abstinence périodique que le préservatif : *« Je le connais bien et, pour moi, le préservatif, c'est pour lutter contre les maladies. Nous, nous avons confiance l'un en l'autre et c'est pour cela que nous n'avons jamais discuté de cette méthode. »* Les hommes apportent le même type d'arguments : *« Pour moi, ce n'est pas la peine d'utiliser un préservatif si la fidélité règne et si tu as confiance en la personne avec qui tu as des relations sexuelles, d'autant plus si tu es sûr que c'est la bonne personne, je pense que ce n'est vraiment pas utile, on se fait confiance. »* Toutefois, les couples adaptent leurs pratiques contraceptives et le choix contraignant de l'abstinence périodique n'empêche pas quelques écarts qui sont alors protégés avec un préservatif. Comme le raconte ce jeune homme : *« Bien sûr, j'utilise les préservatifs lors de relations passagères mais, avec ma copine, je n'en utilise pas sauf si nous avons des rapports pendant sa période d'ovulation. C'est uniquement pour éviter la grossesse non désirée »*. La situation est complètement différente dans les relations amoureuses de passage, où il n'y a pas d'affection, ou de confiance mutuelle entre les partenaires. À ce moment-là, ce sont les hommes qui décident de la méthode contraceptive en utilisant un préservatif qui les protègent du risque d'IST : *« J'ai déjà utilisé des préservatifs. Si j'ai des rapports avec une autre femme que ma petite amie, j'utilise toujours des préservatifs. Comme ce n'est qu'une relation passagère, je n'ai pas besoin de savoir si je peux ou non lui faire confiance. »*

La communication sur les IST et l'offre de services de contraception aux célibataires participe à cet agencement des choix de contraception par les femmes et les hommes. Les garçons *via* notamment les nombreux programmes de prévention contre le Sida disposent de préservatifs. Ils sont peu coûteux, voire gratuits, facilement disponibles et distribués en grande quantité lors des grands événements à Madagascar (Journée internationale de lutte contre le Sida mais aussi les événements sportifs, la Journée de la Femme, etc.). Ils sont aussi en vente dans les pharmacies et les épicerie de quartier. Les filles ont beaucoup moins de possibilités : les méthodes modernes telles que la pilule ou le stérilet ont très mauvaise réputation et elles sont souvent « réservées » dans les faits aux femmes mariées, ayant déjà des enfants. Le personnel médical ayant été largement sensibilisé aux questions de VIH-Sida préconise presque exclusivement aux jeunes célibataires l'utilisation du préservatif mais les femmes déclarent dans les entretiens qu'elles ont très souvent « honte » de se rendre dans une boutique ou dans une pharmacie pour demander un préservatif car ce serait exposer aux yeux de tous leur sexualité : *« C'est toujours lui qui l'achète car je refuse d'aller en acheter, ça me fait honte, surtout quand il y a des gens qui me connaissent sur le lieu, car, évidemment, lorsque vous achetez un préservatif, cela veut dire pour tout le monde que vous avez des relations sexuelles. »* Par conséquent, elles n'ont souvent pas d'autres choix que les méthodes naturelles - dont l'abstinence et la méthode du calendrier- comme méthode de prévention des risques.

Discussion

Les résultats de cette recherche indiquent tout d'abord que l'entrée en vie sexuelle des adolescents, étudiant à Antananarivo, est toujours régie par des normes socioculturelles qui valorisent l'abstinence sexuelle avant le mariage ou plus exactement avant le projet de mariage,

en particulier pour les filles. Ensuite, l'enquête *Sextant* et les entretiens montrent l'influence importante des messages de prévention sur les normes et les comportements sexuels et contraceptifs des célibataires, lesquels contribuent à renforcer ces modèles sexuels de prévention des risques.

Le fait que, chez les jeunes femmes, les attitudes envers l'abstinence prémaritale et leurs comportements sexuels effectifs soient fortement associées à leur perception des risques de MST et de grossesse alors que ces relations sont beaucoup moins étroites pour les hommes s'explique en partie par les messages délivrés aux jeunes lors des campagnes d'information. Bien que le niveau d'information soit le même entre les garçons et les filles, les modes de prévention qui leur sont proposés sont très différents. Les messages recommandant l'abstinence sexuelle avant le mariage sont surtout orientés vers les filles alors que ceux parlant d'une sexualité protégée le sont vers les hommes. Il en est de même pour les outils de ces programmes tels le « carton rouge », destinés aux filles, et le préservatif à l'usage des garçons. Ces messages vont alors dans le sens des modèles présents dans de nombreux pays africains où la virginité et la fidélité (n'avoir qu'un partenaire sexuel) sont souvent valorisées pour les filles tandis qu'avoir plusieurs partenaires sexuelles est un signe de virilité pour les garçons (Rutenberget *al.*, 2003, Varga, 2003). Ils conduisent donc à stigmatiser les filles sexuellement actives. À l'instar de ce qu'observe Varga (2003) pour l'Afrique du Sud, les perceptions des adolescent(e)s malgaches sur les filles célibataires qui transgresseraient la norme de l'abstinence sont très négatives : elles sont de mauvaises filles, irresponsables, dévergondées.

En outre, les hommes et les femmes ont accès à l'ensemble des messages et les interprètent de la même manière, ce qui conduit les femmes et les hommes à négocier la sexualité et la contraception exclusivement dans le cadre de l'information qu'ils ont reçue. Du côté des garçons, l'idéal de la virginité de l'épouse au moment du mariage est présenté non plus comme une valeur religieuse ou même sociale mais comme une précaution sanitaire, faisant écho aux discours des campagnes d'informations sur le Sida. L'abstinence avec une petite amie est donc légitime jusqu'au projet de mariage, pour garantir une union féconde, tout comme l'est leur propre sexualité occasionnelle dans le cadre de relations « de passage », les messages d'abstinence ne leur étant pas proprement destinés. Les femmes voient de leur côté le préservatif comme une méthode de prévention des risques d'IST/Sida essentiellement masculine, dont l'usage est réservé aux relations sexuelles occasionnelles et ne peut être envisagés comme une méthode légitime de contraception dans le cadre d'une relation amoureuse stable. En effet, la sexualité féminine est associée dans les programmes d'IEC à l'idée de fidélité, notion reprise par les femmes et les hommes lorsqu'ils évoquent la confiance mutuelle entre les partenaires dans la relation amoureuse, ce qui justifie donc pour les femmes et comme pour les hommes la non-utilisation du préservatif dans ces relations. Par conséquent, si les femmes décident des choix contraceptifs dans leurs relations amoureuses, elles n'ont un accès effectif qu'aux méthodes traditionnelles telles que l'abstinence périodique qui n'expose pas leur sexualité.

Les discours des jeunes hommes et femmes interrogés s'inscrivent bien dans le paradigme proposé par les programmes « ABC ». Le parcours jugé idéal est l'abstinence jusqu'à ce qu'un projet de mariage voit le jour, ou que la relation soit stable et durable, ensuite des relations sexuelles qui sont essentiellement protégées du risque de grossesse par le recours à l'abstinence périodique. Le préservatif est surtout utilisé dans le cadre de relations occasionnelles. Ce même fait a été constaté dans des contextes socioculturels et des prévalences de VIH très différentes de Madagascar (Adetunji, 2000). Les programmes de prévention contre le Sida ont certes simplifié l'accès aux préservatifs et permis à un certain nombre de garçons de se protéger lors des relations sexuelles qu'ils perçoivent comme risquées, c'est-à-dire les relations occasionnelles mais n'ont pas permis une véritable extension de leur usage au sein des couples stables.

Conclusion

Les programmes « ABC », diffusés dans les pays du Sud sont fortement imprégnés d'une certaine morale religieuse prônée par des bailleurs en majorité américains qui accordent une grande importance au respect de l'abstinence sexuelle prémaritale et ne présentent la sexualité des jeunes que comme un facteur de risque sanitaire. Les programmes et les messages qu'ils véhiculent apparaissent à bien des égards inadaptés aux besoins effectifs des populations adolescentes de ces pays. Il existe un décalage culturel important entre le modèle de relations entre les filles et les garçons valorisé par les messages de prévention contre le VIH-Sida et les normes et comportements effectifs. Ce décalage minimise l'efficacité de certains programmes.

Mais surtout, les messages conduisent la plupart du temps à renforcer des inégalités entre les hommes et les femmes dans l'accès à la contraception et l'épanouissement sexuel comme c'est le cas chez les étudiants d'Antananarivo. Les messages de type « ABC » stigmatisent les jeunes filles sexuellement actives et leur rendent l'accès aux moyens de prévention encore plus difficile, que ce soit les moyens de prévention contre le Sida ou contre les grossesses non désirées. Les programmes de lutte contre le Sida ont ainsi complètement occulté la question de la contraception des adolescentes en concentrant tous les moyens sur le préservatif, méthode de contraception masculine. Très peu d'attention n'est portée aux besoins des jeunes femmes en matière de prévention des grossesses. De plus on peut légitimement s'interroger sur la pérennité de tels programmes qui stigmatisent la sexualité et l'enferment dans un rôle strictement reproductif. Enfin, ces messages n'abordent pas la question de la sexualité non vaginale, qui permet aux filles de conserver leur virginité jusqu'au mariage mais les expose fortement aux MSTs et au Sida si elles n'ont pas recours aux moyens de prévention adéquats.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERSON K. G., BEUTEL A. M., MAUGHAN-BROWN B., 2007. « HIV Risk Perceptions and First Sexual Intercourse Among Youth in Cape Town South Africa », *International Family Planning Perspectives*, vol. 33, n° 3, pp.98-105
- BINET C., 2008. *Choix du conjoint et fécondité à Madagascar*, Thèse de Doctorat de démographie, Université Paris X, 371 p. + annexes.
- BLANC A. K., 2001. « The Effect of Power in Sexual Relationships on Sexual and Reproductive Health : A examination of the evidence », vol. 32, n° 3, pp. 189-213.
- CALDWELL J. C., CALDWELL P., CALDWELL B. K., PIERIS I., 1998. « The Construction of Adolescence in a Changing World : Implications for Sexuality, Reproduction, and Marriage », *Studies in Family Planning*, vol. 29, n° 2, pp. 137-153.
- DELAUNAY V., GUILLAUME A., 2007. « Sexualité et mode de contrôle de la fécondité chez les jeunes en Afrique Sub-saharienne », in *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud*, sous la direction de Adjamagbo A., Msellati P., Vimard P., Academia Bruylant, pp. 211-263.
- HEARST N., CHEN S., 2004. « Condom Promotion for AIDS Prevention in the Developing World : Is It Working ? », *Studies in Family Planning*, vol. 35, n° 1, pp. 39-47.
- JOHNSON-HANKS J., 2003. « Éducation, ethnicité et pratiques reproductives au Cameroun », *Population*, vol. 58, n° 2, pp. 171-200.

- MEEKERS D., GHYASUDDIN A., 1997. « Adolescent Sexuality in Southern Africa : Cultural Norms and Contemporary Behavior », *PSI Research Division Working Paper*, n° 2. Washington, DC : Population Services International, 30 p.
- MEEKERS D, SILVA M., KLEIN M., 2005. « Determinants of Condom Use among Youth in Madagascar », *Journal of Biosocial Sciences*, pp. 1-16
- MAROANTSETRA M, 1995. *Les grossesses précoces en milieu urbain : profil de la population vulnérable. Etude faite dans le dispensaire d'Antanimena*, Thèse de médecine, université d'Antananarivo, 210 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, USAID, 2001. *Santé de la reproduction pour les Jeunes. Cadres stratégiques*, Antananarivo, 15 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE ET DE L'ÉDUCATION DE BASE, *Passeport pour les Jeunes*, Antananarivo, 33 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU PLANNING FAMILIAL DE MADAGASCAR , 2005. *Résultats de l'enquête de surveillance biologique du VIH/sida et de la syphilis, année 2005*, Ministère de la Santé et du Planning familial. Antananarivo.
- ONUSIDA, 2007. *Le point sur l'épidémie de sida : rapport spécial sur la prévention du VIH : décembre 2007*, ONUSIDA, 60 p.
- POPULATION SERVICE INTERNATIONAL, 2007. *Madagascar*, http://www.psi.org/where_we_work/madagascar.html
- RAVELOMANANA J., 2007. « Regards croisés : la femme malgache vue par l'étranger à travers le temps », *Tsingy*, n° 5, pp. 51-72
- RUTENBERG N, KAUFMAN C E, MACINTYRE K, BROWN L et KARIM A. 2003. « Pregnant or positive : Adolescent childbearing and HIV risk in KwaZulu Natal, South Africa », *Reproductive Health Matters*, vol. 22, n° 11, pp. 122-133.
- VARGA C., 2003. « How Gender Roles Influence Sexual and Reproductive Health Among South African adolescents », *Studies in Family Planning*, vol. 34, n° 3, pp. 160-172.
- WESTOFF, C. F, 2003. *Trends in Marriage and Early Childbearing in Developing Countries*, DHS, Comparative Reports n° 5. Calverton, Maryland : ORC Macro, 63 p.
- WESTOFF C., 2007. « Recent Trends in Rates of Sexual Activity in Sub-Saharan Africa », *Journal of biosocial Science*, vol. 39, pp. 895-904.

Binet C., Gastineau Bénédicte (2008)

Messages d'informations sur le sida et modèles sexués de prévention des risques à Antananarivo (Madagascar)

Paris : AIDELF, 16 p. multigr.

Colloque de l'AIDELF : Démographie et Culture : Séance 11 : Cultures et Pratiques Sexuelles, 15., Québec (CAN), 2008/08/25-29