

**7^e Conférence Africaine sur la Population
Johannesburg, Afrique du Sud, 30 novembre -
4 décembre 2015**

**Séance 15
Déterminants du comportement sexuel des jeunes**

Sexualité prémaritale et utilisation du préservatif parmi les jeunes en Côte d'Ivoire

Elise KACOU^{1,2}

¹ Ecole Nationale Supérieure de Statistique et d'Economie Appliquée (ENSEA)

² Institut de Démographie de l'Université de Paris 1 (IDUP)

Introduction

Parallèlement à la propagation du VIH/Sida, la littérature met en évidence une augmentation de l'activité sexuelle pré-nuptiale des jeunes en Afrique subsaharienne (Djamba, 1997, Thariat, 1999 ; Bozon et Hertrich, 2001 ; Beninguisse, 2007 ; Rossier et al., 2013), une entrée en vie sexuelle précoce (Calvès et Meekers, 1997) et des comportements à risque comme la non utilisation de préservatifs lors des rapports sexuels exposant ainsi les adolescents et les jeunes aux IST/Sida (Anoh et Talnan, 2005 ; Rwenge, 2012 ; Guillaume, 2000).

Le développement de la sexualité pré-nuptiale en Afrique est confirmé par de nombreux travaux dont ceux de Bozon et Hertrich (2001) portant sur quinze pays. Il ressort que dans la plupart de ces pays africains, un tiers au moins des femmes des jeunes générations ont eu leurs premiers rapports au moins deux ans avant leur premier mariage alors que cette situation était exceptionnelle vingt-cinq ans plus tôt.

Pour les jeunes célibataires qui sont sexuellement actifs, le préservatif demeure la seule méthode de prévention contre la transmission du Sida et des autres IST. Cependant, son utilisation systématique à chaque rapport sexuel n'est pas encore effective chez les jeunes quand bien même les rapports sexuels sont à haut risque d'infection à VIH (partenaires multiples, occasionnels, partenaires non marital et non cohabitant, etc.).

En Afrique, l'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels reste globalement faible et très variable selon les pays. En Zambie, plus de 70% des jeunes célibataires affirment avoir utilisé cette méthode lors de leur dernier rapport sexuel, contre plus de 50% au Gabon et au Zimbabwe. Par contre, ils sont moins de 30% à dire la même chose au Sénégal et au Togo et encore moins nombreux dans d'autres pays comme l'Egypte (Finger et Pribila, 2003). En se basant sur des données relatives aux pays francophones d'Afrique subsaharienne, Rwenge (2013) confirme la faiblesse de la fréquence d'utilisation des préservatifs aux premiers rapports sexuels par les adolescents et les jeunes. En Côte d'Ivoire, la situation n'est pas plus reluisante puisque selon les résultats de l'EDS de 2012, moins de la moitié (48,7%) des jeunes de 15-24 ans ont utilisé le préservatif lors des derniers rapports sexuels à risques. Dans un tel contexte, comment peut-on prétendre à une génération sans VIH/Sida, si l'utilisation du préservatif n'est pas systématique chez les jeunes célibataires sexuellement actifs ?

I. Qu'entend t-on par sexualité prénuptiale?

L'importance et la croissance de l'activité sexuelle des adolescents et des jeunes avant le mariage, en Afrique, ne fait plus aucun doute (Delaunay, 1994 ; Wellings et al., 2006). Une enquête réalisée en 1982 dans la ville d'Ibadan, au Nigéria confirmait le niveau élevé et croissant de l'activité sexuelle des adolescents et jeunes célibataires (Nichols et al., 1986). Des études récentes (Rossier et al., 2013) révèlent même que l'activité sexuelle prénuptiale est une pratique généralisée en milieu urbain, parmi les jeunes instruits et aisés.

Si par le passé, les premiers rapports sexuels coïncidaient avec le mariage, aujourd'hui, il existe un décalage entre les deux occurrences. En effet, du fait de plusieurs facteurs dont l'urbanisation, la modernisation des modes de vie, la crise économique, la généralisation de la scolarisation notamment celle de la jeune fille, les mariages des jeunes générations ne sont plus aussi précoces qu'autrefois. On assiste donc une longue période de célibat caractérisée par une sexualité prénuptiale due à la hausse de l'âge au mariage et à l'écart qui se creuse entre l'âge au premier rapport sexuel et celui de la mise en union (Delaunay et Guillaume, 2007 ; Beninguisse, 2007 ; Rossier et al., 2013 ; Bakass et al., 2013). Cette période de sexualité préconjugale n'est pourtant pas sans risque pour les jeunes dans la mesure où leurs rapports sexuels ne s'inscrivent pas dans un cadre « formel », ils échappent ainsi à tout contrôle, laissant libre cours à des comportements peu responsables. Cette observation est corroborée par Delaunay et Guillaume (2007), lorsqu'elles soulignent que cette période de sexualité juvénile autonome, échappant au contrôle des aînés, aboutit à une plus grande individualisation des comportements. Ainsi, les jeunes cumulent plusieurs comportements sexuels dits « à risque » : précocité de l'entrée en vie sexuelle, développement du multipartenariat sexuel, intensité de l'activité sexuelle prénuptiale et non utilisation du préservatif car comme le soulignent Rossier et al. (2013) les rapports sexuels des jeunes africains restent insuffisamment protégés.

Tous ces comportements sexuels sont qualifiés de « à risque » puisqu'il s'agit d'un ensemble de pratiques et d'acte sexuels qui ont la particularité de soumettre l'individu à un risque, celui de contracter les IST/Sida. Au-delà même du risque de transmission sexuelle de l'infection à VIH et des autres IST, la sexualité prémaritale des adolescents et des jeunes a de lourdes répercussions sur l'individu, sa famille et l'ensemble de la communauté. Ce sont notamment les cas croissants de grossesses non désirées, d'avortements clandestins, de complications à l'accouchement, de mortalité infantile et d'infection par des maladies sexuellement transmissibles.

II. Conséquences liées à la sexualité prémaritale des jeunes

La généralisation des relations sexuelles préconjugales des adolescents et des jeunes provoque un certain nombre de préoccupations liées aux risques sanitaires qui lui sont associées : infection à VIH, IST, grossesses prénuptiales non désirées, avortements (Adjamagbo et al.,

2004). Effectivement, cette sexualité prémaritale est couramment le lieu de prises de risque, les moyens de protection étant absents lors des rapports sexuels (Bajos, 2006).

II.1 Les grossesses pré-nuptiales : le plus souvent précoces et/ou non désirées

Dans de nombreuses régions d'Afrique subsaharienne y compris en milieu rural, on assiste au déclin de la nuptialité précoce (Kuate-Defo, 2000). Ce déclin va transposer l'initiation sexuelle de la sphère conjugale à la sexualité prémaritale (Birungi et al., 2012). Au nombre des conséquences de cette activité sexuelle préconjugale, notons les grossesses pré-nuptiales dont certaines sont le plus souvent précoces et/ou non prévues.

Dans le monde, près de 16 millions de jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans donnent naissance à un enfant chaque année et 95% de ces naissances surviennent dans des pays en développement. La grossesse précoce chez les adolescentes est plus fréquente dans les populations pauvres, moins éduquées et vivant dans des zones rurales (OMS, 2012). Les chercheurs suggèrent d'autres explications à cela : le besoin de prouver sa fertilité, l'ignorance, l'acceptation réduite des méthodes contraceptives « modernes », la rareté des services de planning familial, etc. (Yakam, 2007).

La maternité des adolescentes n'a pas toujours été un problème dans les sociétés d'Afrique subsaharienne. En effet, par le passé, les mariages étant précoces, les naissances des jeunes filles avaient le plus souvent lieu dans le cadre d'une union formelle (Meekers, 1994). Mais avec le recul de l'âge au mariage des jeunes allongeant ainsi leur période de célibat, on remarque de nos jours, une augmentation de la sexualité pré-nuptiale dans des contextes où, comme le soulignent Hertrich et Pilon (1997), l'utilisation de la contraception moderne reste très faible. On observe donc, en Afrique subsaharienne, des taux élevés de grossesses non désirées chez les jeunes filles avec le risque que ces grossesses conduisent à des avortements (Biddlecom et al., 2008). Selon ces auteurs, alors que 35% des grossesses chez les 15-19 ans sont non désirées ou non programmées, 22 % se terminent par un accouchement et 13% à un avortement.

Certaines grossesses pré-nuptiales s'inscrivent dans le cadre d'une stratégie féminine visant à aider à sceller une éventuelle union. C'est ce que confirme Meekers (1994) lorsqu'il écrit ceci : « From this perspective, premarital pregnancies are a result of conscious, rational decision ». En d'autres termes, les jeunes filles sont conscientes des risques qu'elles prennent sauf qu'en cas de grossesses pré-nuptiales, la suite du scénario est presque entièrement dictée par la volonté de l'homme (Rossier et al., 2013). Du coup, la suite des événements devient complexe en cas de refus de paternité (rejet de la famille, stigmatisation sociale, déscolarisation, avortement, abandon du bébé en cas d'accouchement).

Traditionnellement le mariage est le seul espace socialement reconnu dans lequel doit s'exercer la maternité. De ce fait, les grossesses hors mariage sont susceptibles d'occasionner le rejet de la famille (Mondain et al. 2005). En effet, la grossesse avant le mariage est souvent très mal perçue par certaines communautés en Afrique, pouvant même entraîner le risque pour la jeune fille d'être expulsée du domicile paternel. La jeune fille peut alors se trouver livrée à elle-même dans des conditions économiques précaires. Perçue comme une source de honte, la

jeune mère s'expose à l'opprobre, sa réputation est ternie, elle court le risque de rester célibataire, ou d'être obligée d'épouser l'auteur de sa grossesse.

Par ailleurs, une grossesse non prévue et illégitime peut également présenter pour les jeunes filles en scolarité un risque d'abandon scolaire, réduisant considérablement leurs perspectives d'avenir, notamment celle de trouver un emploi stable. De ce fait, les grossesses d'adolescentes sont considérées comme un problème social, à cause de leur association avec la pauvreté, association attribuée à la déscolarisation qui accompagne potentiellement la grossesse et les limitations d'opportunités de carrière qui en résultent (Yakam, 2007).

Dans les pays où les grossesses sont interdites en milieu scolaire³, les filles enceintes sont obligées d'interrompre leurs études, comme le réaffirment Nichols et al. (1986, p.100) « Most schools in Nigeria do not permit pregnant girls to remain enrolled, so pregnant adolescents is likely to have postpone or abandon her education ». Dans certains cas, les abandons scolaires peuvent concerner les garçons. En effet, les adolescents/jeunes auteurs de grossesse peuvent voir leur statut « d'enfants » passer à celui d'adultes avec des responsabilités parentales qui y sont associées. Certains sont donc obligés de quitter prématurément l'école pour le monde du travail. Ces abandons scolaires sont une perte énorme en terme de gaspillage de capital humain autant pour les jeunes que pour que la société dans la mesure où il n'y aura pas de retour sur les investissements consentis aussi bien au niveau familial qu'au niveau gouvernemental pour la formation de la jeunesse.

II.2 Avortements clandestins à risque

L'avortement est un phénomène qui a pris de l'ampleur dans plusieurs pays africains au cours des dernières décennies mais il n'existe pas de données officielles sur cette pratique. Les restrictions légales à l'avortement en Afrique expliquent la rareté des données sur le sujet et leur manque de représentativité. Les quelques études ponctuelles disponibles ne fournissent qu'une mesure partielle de l'ampleur du phénomène et il demeure toujours difficile de collecter des informations sur cette pratique et d'en estimer les niveaux (Guillaume, 2000 ; 2005). Dans maintes de pays africains, les Interruptions Volontaires de Grossesses (IVG) étant interdites par la loi, des grossesses pré-nuptiales se soldent souvent par des avortements clandestins pratiqués en dehors des structures sanitaires ou même dans un environnement sanitaire inadéquat, dans des conditions d'hygiène souvent déplorables et par des personnes n'ayant pas reçu la formation nécessaire ou n'ayant reçu aucune formation (copine, voisine, etc.). En Afrique subsaharienne, plus d'une grossesse sur 10 chez les 15–19 ans se termine par un avortement (Biddlecom et al., 2008). Les niveaux élevés d'avortement chez les adolescentes et les jeunes filles célibataires notamment en milieu urbain sont souvent attribués un accès difficile aux centres de planification familiale à cause de la réprobation sociale de la sexualité hors union (Mensch et al., 2006).

Selon les résultats d'une étude menée, à l'échelle nationale, en Côte d'Ivoire par Vroh et al. (2012), le profil des femmes ayant avorté est dominé par les femmes âgées de moins de

³ Les législations se sont assouplies maintenant mais certaines filles préfèrent abandonner l'école à cause de la honte

25 ans (65,3 %), non scolarisées (36,8 %), célibataires (58,9 %). A l'exception du niveau d'instruction, cette étude vient corroborer les résultats trouvés précédemment par Guillaume et Desgrès du Lou (2002). À Abidjan, des enquêtes auprès de femmes en consultation dans les centres de santé montrent que l'avortement concerne surtout les femmes de moins de 25 ans célibataires et d'un niveau d'instruction élevé. Une autre étude réalisée au Togo par N'Bouke et al. (2012) confirme un recours plus fréquent à l'avortement chez les jeunes comparativement à l'ensemble de la population féminine en âge de procréer. Les auteurs révèlent également qu'à Lomé, 39 % des femmes de 15 à 24 ans, qui ont été enceintes au moins une fois, ont déclaré avoir déjà eu recours à un avortement.

Les avortements clandestins, effectués en violation des législations en vigueur, ne sont pas sans risque pour les jeunes filles. Elles peuvent être victimes de complications car elles avortent à des durées tardives et avec des méthodes dangereuses surtout l'indigénat, les médicaments en surdosage et les produits chimiques (Guillaume, 2004). Ces complications peuvent avoir des conséquences à long terme sur la santé des femmes ou sur leur fertilité, mais aussi provoquer leur décès. Dans ce contexte, un nombre important des décès maternels pourrait être attribuable aux avortements, comme le souligne Guillaume (2000). En effet, 70% des décès maternels survenus dans les trois CHU en Côte d'Ivoire entre 1989 et 1992 seraient consécutifs à des avortements provoqués.

III. Données et méthodologie

Dans le cadre de cette communication, les données de l'EDS-MICS 2011-2012, portant sur 2553 jeunes célibataires de 15- 24 ans sexuellement actifs, sont utilisées. Du point de vue méthodologique, nous combinons l'analyse descriptive et la régression logistique pour analyser les facteurs associés à l'utilisation du préservatif chez les jeunes célibataires.

IV. Résultats

- ***Allongement de la période de sexualité pré-nuptiale***

Dans quelques pays d'Afrique subsaharienne et d'Amérique Latine couverts par le programme EDS, nous avons retenu l'enquête la plus récente pour analyser la durée de la période de sexualité pré-nuptiale. De prime abord, on constate que la période préconjugale s'est allongée dans certains pays africains et latino-américains. Par exemple, en Côte d'Ivoire, alors que cette période n'atteignait même pas deux ans pour la génération féminine de 45-49 ans, elle est passée à 3,6 ans pour les 25-29 ans soit un écart de 1,8 ans. En Amérique latine, l'augmentation est plus significative au Brésil que dans les autres pays. Toutefois, on pourrait se demander si cette période est-elle synonyme de relations instables avec divers partenaires ponctuels ou réguliers ? Selon Bozon et Hertrich (2001), cette phase peut correspondre vraisemblablement à des fiançailles sexualisées et prolongées avec le ou la futur(e) conjoint(e) mais aussi à des relations sexuelles ponctuelles avec un ou plusieurs partenaires ou même à une expérience se soldant par à une grossesse non suivie de mise en union. Dans le

contexte actuel de l'épidémie de VIH/Sida, cette sexualité préconjugale n'est pas sans risque pour les jeunes.

Tableau 1: Durée de la sexualité prénuptiale chez les femmes dans quelques pays d'Afrique subsaharienne

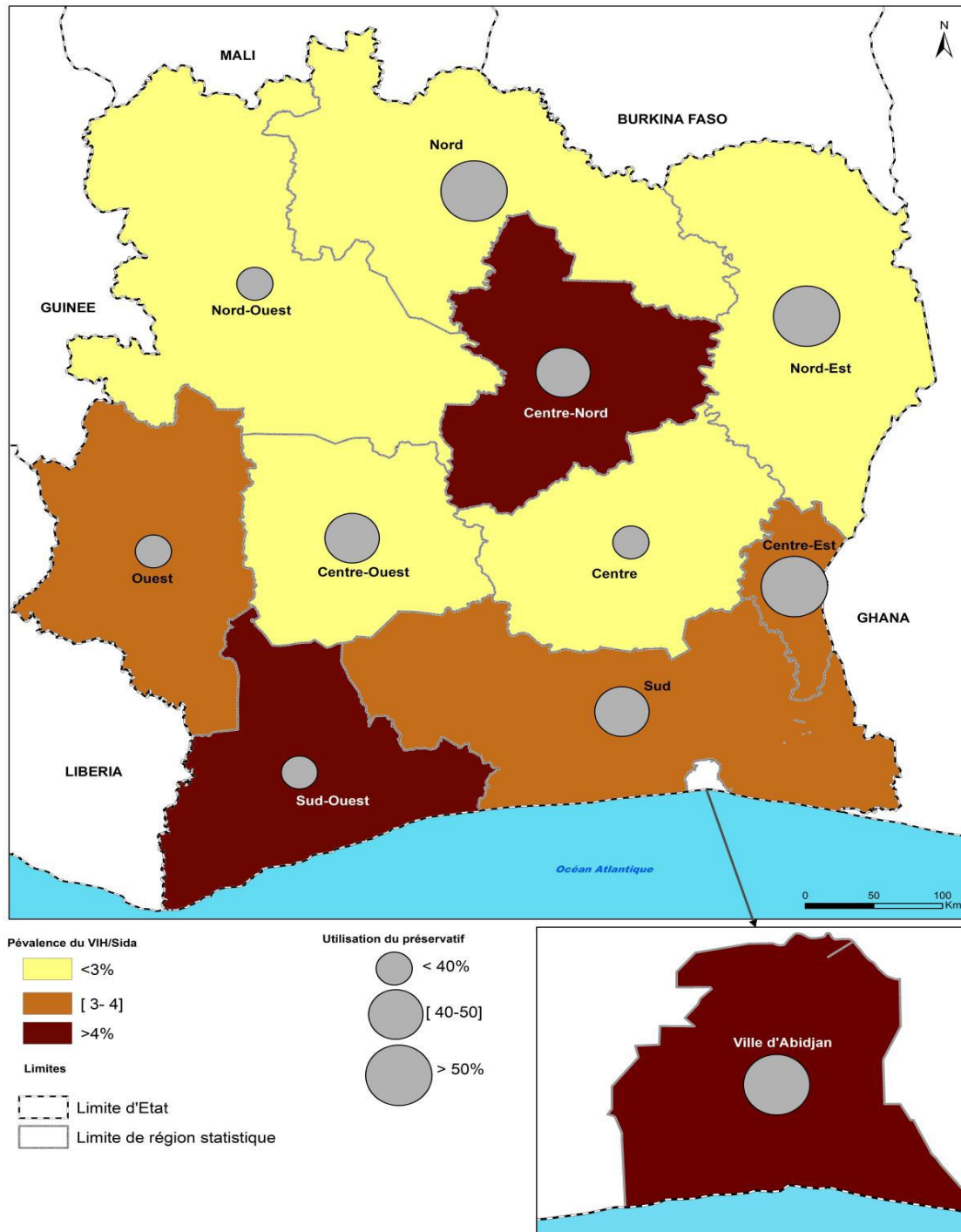
| Pays | Année d'enquête | Age médian au premier mariage | | Age médian au premier rapport sexuel | | Durée de la sexualité prénuptiale | |
|------------------------------|-----------------|-------------------------------|-----------|--------------------------------------|-----------|-----------------------------------|-----------|
| | | 25-29 ans | 45-49 ans | 25-29 ans | 45-49 ans | 25-29 ans | 45-49 ans |
| | | A | B | C | D | A-C | B-D |
| Afrique subsaharienne | | | | | | | |
| Bénin | 2011-12 | 19,3 | 20,8 | 18,2 | 18,9 | 1,1 | 1,9 |
| Cameroun | 2011 | 19,0 | 17,9 | 17,3 | 17,0 | 1,7 | 0,9 |
| Cote d'Ivoire | 2011-12 | 20,5 | 18,8 | 16,9 | 17,0 | 3,6 | 1,8 |
| Gabon | 2012 | 22,1 | 19,6 | 17,1 | 16,3 | 5,0 | 3,3 |
| Kenya | 2008-09 | 20,2 | 18,9 | 18,3 | 17,7 | 1,9 | 1,2 |
| Madagascar | 2008-09 | 18,4 | 18,9 | 17,2 | 17,3 | 1,2 | 1,6 |
| Ouganda | 2011 | 18,2 | 17,9 | 17,0 | 16,8 | 1,2 | 1,1 |
| Amérique latine | | | | | | | |
| Bolivie | 2008 | 21,1 | 20,6 | 18,8 | 18,7 | 2,3 | 1,9 |
| Brésil | 1996 | 21,0 | 21,6 | 18,8 | 20,7 | 2,2 | 0,9 |
| Colombie | 2010 | 21,4 | 22,0 | 17,6 | 19,0 | 3,8 | 3,0 |
| Guatemala | 2002 | 18,9 | 18,9 | 18,1 | 18,2 | 0,8 | 0,7 |

Source: The DHS Program STA Tcompiler - <http://www.statcompiler.com>

- ***Faible niveau d'utilisation du préservatif malgré la forte prévalence du VIH/sida***

Avec une prévalence de 3,7%, la Côte d'Ivoire se situe dans la phase généralisée de l'épidémie selon la classification de l'ONUSIDA/OMS. De manière générale, toutes les régions ont un niveau de prévalence supérieure à 2%. Toutefois, les niveaux de prévalence les plus importants sont observés dans la ville d'Abidjan, au Centre-Nord et Sud-Ouest (avec San Pedro, la deuxième ville portuaire). Ces chiffres indiquent que toutes les couches de la population sont menacées mais certaines le sont davantage que d'autres notamment les jeunes de 15-24 ans. Malgré cette forte prévalence du VIH, l'utilisation du préservatif n'est pas régulière chez les jeunes. Ainsi, au dernier rapport sexuel, seulement près de la moitié des jeunes célibataires de 15-24 ans (47,1%) a déclaré avoir utilisé un préservatif. La situation est d'autant plus inquiétante dans certaines régions comme le Sud-Ouest et l'Ouest qui affichent une prévalence élevée et un faible niveau d'utilisation du préservatif.

Carte : Prévalence du VIH/Sida et niveau d'utilisation du préservatif parmi les jeunes



EDS-MICS 2011-2012, nos calculs

- **Utilisation du préservatif suivant les caractéristiques socio-démographiques**

Lorsqu'on s'intéresse aux groupes de jeunes célibataires sexuellement actifs, il ressort que l'utilisation du préservatif est plus élevée chez les plus jeunes (15-19 ans) aussi bien chez les

hommes que chez les femmes (Tableau 2). Aussi, l'utilisation du préservatif dans ce groupe de population augmente avec le degré d'urbanisation. Autrement dit, les jeunes qui résident en milieu urbain sont plus nombreux à utiliser le préservatif. En sus, l'usage du préservatif au dernier rapport sexuel augmente positivement avec le niveau d'instruction quel que soit le sexe. Toutefois, l'usage est plus élevé parmi les hommes par rapport aux jeunes femmes. En outre, on constate que le niveau de vie favorise l'utilisation du préservatif. Ainsi, les jeunes hommes vivant dans des ménages aisés sont plus nombreux à recourir au préservatif lors des derniers rapports sexuels.

Tableau 2: Répartition (%) de jeunes (15-24ans) célibataires utilisant le préservatif lors des rapports sexuels selon les caractéristiques sociodémographiques et socioculturelles

| Groupe d'âge | Homme | Femme |
|-----------------------------|--------------|--------------|
| <i>15-19</i> | 63,6 | 43,0 |
| <i>20-24</i> | 58,4 | 34,4 |
| Prob. Khi ² | 0,148 | 0,001 |
| Milieu de résidence | | |
| <i>Urbain</i> | 70,6 | 45,9 |
| <i>Rural</i> | 43,3 | 25,6 |
| Prob. Khi ² | 0,000 | 0,000 |
| Niveau d'instruction | | |
| Aucun | 44,5 | 21,7 |
| Primaire | 53,5 | 36,7 |
| secondaire et plus | 68,2 | 52,0 |
| Prob. Khi ² | 0,000 | 0,000 |
| Niveau de vie | | |
| Pauvre | 42,8 | 22,1 |
| Intermédiaire | 57,4 | 32,7 |
| Riche | 70,6 | 49,9 |
| Prob. Khi ² | 0,000 | 0,000 |

Source: EDS-MICS, 2011-2012, nos calculs

Les résultats issus de la modélisation sont présentés au tableau 3. Le modèle est globalement significatif ($\text{Chi}^2 > \text{Pr} = 0,000$), ce qui veut dire qu'au moins une des variables indépendantes influence l'utilisation du préservatif au dernier rapport. En outre, l'analyse des facteurs associés à l'utilisation du préservatif chez les jeunes célibataires sexuellement actifs révèle des différences de comportement selon le niveau de vie du ménage, le milieu de résidence, la religion, le niveau d'instruction, le groupe d'âge et le sexe des jeunes, au seuil de 5%.

Le modèle multivarié final indique que le fait de vivre en milieu urbain influence l'utilisation du préservatif. Ainsi, par rapport aux jeunes du milieu rural, ceux de la ville ont 32% moins de chance d'utiliser le préservatif à leur dernier rapport sexuel. En outre, les jeunes résidant dans les ménages pauvres ont 43% moins plus de chances que leurs homologues vivant dans les ménages riches d'utiliser le préservatif au dernier rapport sexuel. En effet, les individus vivant dans la pauvreté ou menacés par la précarité sont vulnérables à lors des rapports sexuels et sont susceptibles d'avoir des rapports sexuels non protégés. Le niveau

d’instruction influence positivement l’utilisation du préservatif. En effet, les jeunes n’ayant aucun un niveau d’étude et de ceux de niveau primaire ont respectivement 61% et 34% moins de chance d’utiliser le préservatif au dernier rapport sexuel que ceux du niveau secondaire et plus.

Au niveau de la religion, les jeunes célibataires d’obédience chrétienne et les animistes ont 16% et 41% respectivement moins de chance d’utiliser le préservatif que ceux de confession musulmane. Le groupe d’âge a une influence sur le recours au préservatif. Ainsi, par rapport aux jeunes, les adolescents ont 1,42 fois plus de chance d’utiliser le préservatif. Les filles ont 58% moins de chance d’utiliser le préservatif que les hommes lors du dernier rapport sexuel. Les inégalités de genre influenceraient les comportements sexuels. En effet, compte tenu de leur faible pouvoir économique mais aussi de décision, les jeunes filles auraient un contrôle limité voire aucun contrôle sur leur sexualité. Ce résultat est conforme à ceux trouvés dans la littérature

Tableau 3: facteurs associés à l’utilisation du préservatif au dernier rapport

| Variables explicatives | Odds Ratio | p-value |
|--------------------------------------|------------|---------|
| Milieu de résidence | | |
| Urbain | Ref. | |
| Rural | 0,68 | 0,0120 |
| Niveau de vie | | |
| Pauvre | 0,57 | 0,0010 |
| Classe intermédiaire | 0,52 | 0,0000 |
| Riche | Ref. | |
| Niveau d’instruction | | |
| Aucun | 0,39 | 0,0000 |
| Primaire | 0,66 | 0,0000 |
| Secondaire et plus | Ref. | |
| Religion | | |
| Musulman | Ref. | |
| Chrétien | 0,84 | 0,1000 |
| Animiste et autre | 0,59 | 0,0000 |
| Connaissance complète du Sida | | |
| Complète | 1,07 | 0,5890 |
| Pas Complète | Ref. | |
| Exposition au média | | |
| Pas exposé | 0,77 | 0,0880 |
| Exposé | Ref. | |
| Groupe d’âge | | |
| 15-19 ans | 1,42 | 0,0000 |
| 20-24 ans | Ref. | |
| Sexe | | |
| Féminin | 0,42 | 0,0000 |
| Masculin | Ref. | |

Source: EDS-MICS, 2011-2012, nos calculs

Conclusion et recommandations

Sous l'effet de l'urbanisation croissante, l'élévation du niveau d'éducation surtout celle des filles et la crise économique qui retarde l'accès des jeunes à un emploi, on assiste à un recul de l'âge au mariage dans la majorité des pays, allongeant ainsi la durée d'adolescence sociale ou la période de célibat. Dès lors, on observe dans ces pays, une augmentation de la sexualité précoce des adolescents et des jeunes. Dans le contexte actuel de l'épidémie du VIH/Sida, cette sexualité n'est pas sans risque.

La présente étude a permis de montrer que l'utilisation du préservatif chez les jeunes célibataires sexuellement actifs est très faible, et encore plus chez les filles. Cependant un certain nombre de facteurs favorise son utilisation notamment le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le groupe d'âge qui ont été testés pour cette étude.

A l'issue de cette analyse, les principales recommandations formulées sont de :

- ✓ poursuivre et accentuer la sensibilisation sur l'utilisation du préservatif lors de rapport sexuel ;
- ✓ améliorer la scolarisation de la jeune fille en particulier ;
- ✓ intégrer des modules de formation dans le programme scolaire sur l'éducation sexuelle.

Références Bibliographiques

Djamba Y. K. 1997. Financial capital and premarital sexual activity in Africa: The case of Zambia. *Population Research and Policy Review*, vol 16, N°3. pp. 243-257.

Thiriat M-P.1999. Les unions libres en Afrique subsaharienne. *Cahiers québécois de démographie*. Vol.28, N°1-2. Printemps-automne, pp.81-115.

Bozon M. et Hertrich V. 2001. Rapports de genre et initiation sexuelle en Afrique et en Amérique Latine. Une comparaison à partir de 20 enquêtes EDS. Communication au Colloque International « Genre, population et développement en Afrique », Abidjan, 16-20 juillet 2001, 26p.

Beninguisse G. 2007. Sexualité prémaritale et santé de la reproduction des adolescents et des jeunes en Afrique subsaharienne, pp.289-328. In Ferry B. (dir) *L'Afrique face à ses défis démographiques : un avenir incertain*. AFD, CEPED, Karthala.

Rossier C., Sawadogo N., Soubeiga A., 2013, Sexualités pré-nuptiales, rapports de genre et grossesses non prévues à Ouagadougou. In *Population* Vol 68 N°1, pp97-122. Ined Paris.

Calvès A-E et Meekers D. 1997. Gender differentials in premarital sex, condom use, and abortion: a case study of Yaoundé, Cameroon. PSI Research Division, Working paper, N°10, 31p.

Guillaume A. 2000. L'avortement en Afrique : mode de contrôle des naissances et problématique de santé publique. *La chronique du CEPED* N°37. 6p

Anoh A. et Talnan E. 2005. Age et usage du préservatif aux premiers rapports sexuels en milieu urbain en Côte d'Ivoire. Communication présentée au XXVème Congrès international de la population. 18 au 23 juillet 2005, Tours, France, 20p.

Rwenge M. 2012. Facteurs de risque de non-utilisation des condoms parmi les adolescents et jeunes de Mbalmayo au Cameroun. *African Population Studies* Vol 26, 1. 29p.

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

Nichols D, Ladipo OA, Paxman JM, Otolurin EO. 1986. Sexual behavior, contraceptive practice, and reproductive health among Nigerian adolescents. *Studies in Family Planning*, volume 17 N°2, pp100-106.