



School of Public Health

National University of Rwanda

**Etude sur la sexualité chez les adolescents vivant avec
le VIH (13-19 ans). Cas de la clinique du TRAC *Plus*.**

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de Maîtrise en Santé Publique par

DUSHIMIYIMANA Donatha

Directeur : BASINGA Paulin MD, MSc, PhD

Coo Directrice : NYIRAZINYOYE Laetitia, MSc, PhD

Kigali, Juin 2010

SUMMARY

Aim of the study: HIV pandemic remains a major challenge to public health worldwide, and young people have been strongly affected. Approximately 11.8 million people of 15-24 years are living with HIV/AIDS, and half of all new infections worldwide occur among young people [4]. Young HIV positive are also concerned about whether they could one day marry or have children [6]. This state of mind of young HIV positive has attracted interest in us to conduct a survey of adolescents living with HIV in order to collect information about their sexual and reproductive health and to assess their perceptions of sexuality and with the aim of contributing to improving their care and to reduce the spread of HIV.

Our main concern was to analyze the perceptions of adolescents living with HIV cope with sexual health and their share in the fight against the spread of HIV. In our study, we also aim to identify the factors that influence high risk sexual behavior among youth.

Methodology: This is an observational and cross-sectional study. It was conducted among 197 HIV+ adolescents, including 183 adolescents for the quantitative section and 14 adolescents for the qualitative part. Data collection was done using an anonymous and pre-coded questionnaire, and anonymous interview guide. The analysis focused on the description of the study population and different variables were analyzed according to the study objectives. The statistical test of Pearson Chi square and odds ratio were used to compare frequencies and to identify factors influencing sexual intercourses among HIV+ adolescents.

Results: Of the 197 adolescents who participated in the study, 19% had already sex, and 93% desired to get married. However, according to in-depth interviews, HIV+ adolescents tended to be hopelessness and frustrated when it comes to expressing their perceptions regarding the development of their sexual and reproductive health.

During the investigation, HIV+ adolescents said they were uncomfortable when they were in relationship with their HIV negative fellows. Around 76% preferred to marry a HIV positive partner; and only 46% of respondents had disclosed their HIV status to members of their families or friends.

After controlling predictor's factors of having sex among young HIV positive, we found that HIV positive adolescents who had parents without work are twice likely to have sex than those whose parents are employed. Also, respondents aged 16-19 years had seven times greater the risk having sexual intercourse than those aged 13-15 years.

Conclusion: The results of our study have provided a better understanding of problems of adolescents infected with HIV as regards to sexual and reproductive health. This study confirms that there are important problems in sexual and reproductive health needs of HIV infected adolescents. This allows us a practical basis for initiating discussions on how existing programs could be strengthened to enable HIV+ youths live their sexual and reproductive lives without compromising their health and that of others.

RESUME

But de l'étude : La pandémie du VIH reste un défi majeur pour la santé publique dans le monde entier et les jeunes ont été fortement touchés. En effet, environ 11,8 millions de personnes de 15 à 24 ans vivent avec le VIH/sida, et la moitié de toutes les nouvelles infections dans le monde surviennent chez des jeunes [4]. Les jeunes VIH positif sont aussi inquiets de savoir s'ils pourraient un jour se marier ou avoir des enfants [6]. Cet état d'esprit des jeunes VIH positifs a suscité en nous l'intérêt à mener une étude auprès des adolescents vivant avec le VIH afin de collecter les informations sur leur santé sexuelle et reproductive et d'évaluer leurs perceptions face à la sexualité, et ce dans le but de contribuer à l'amélioration de leur prise en charge et à la réduction de la propagation du VIH.

Notre but principal était de dégager les perceptions des adolescents vivant avec le VIH face à la santé sexuelle et leur part dans le cadre de lutte contre la propagation du VIH. Dans notre étude, nous avons aussi l'objectif de déterminer les facteurs qui influencent les comportements sexuels à risques chez les jeunes VIH+.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude d'observation à visée descriptive transversale. Elle a été menée auprès de 197 adolescents VIH+, 183 ont fait l'objet d'une étude quantitative et 14 ont participé à la partie qualitative. La collecte des données a été faite à l'aide d'un questionnaire anonyme précodé et d'un guide d'interview anonyme. L'analyse a porté sur la description de la population d'étude et puis les différentes variables ont été analysées selon les objectifs assignés à l'étude. Le test statistique de Chi carré de Pearson et odds ratio ont été utilisé pour comparer les fréquences et identifier les facteurs influençant les rapports sexuels chez les adolescents VIH positifs.

Résultats : Parmi les 197 personnes qui ont participé dans l'étude, 19% des adolescents enquêtés ont déjà eu des rapports sexuels, 93% ont un envie de se marier, mais selon les entretiens approfondis certains des jeunes VIH+ éprouvent un sentiment de désespoir et de frustration quand il s'agit d'exprimer leurs perceptions par rapport à l'épanouissement de leur santé sexuelle et reproductive.

Lors de l'enquête, les adolescents ont déclaré qu'ils sont inconfortables quand ils sont en relation de copinage avec ses camarades VIH-, 76% préférèrent se marier avec un partenaire VIH positif, seulement 46% des enquêtés ont révélé leur statut sérologique aux membres de leur famille ou amis.

Après le contrôle des facteurs prédictifs d'avoir fait des rapports sexuels chez les jeunes VIH positifs, nous avons constaté que les jeunes VIH+ qui ont des parents sans travail ont deux fois plus de chance de faire des rapports sexuels que ceux qui ont des parents employés. Aussi, les répondants âgés de 16-19 ans ont 7 fois plus de chance d'avoir fait des rapports sexuels que ceux qui sont âgés de 13 à 15 ans.

Conclusion : Les résultats de notre étude ont fourni une meilleure compréhension des problèmes de santé sexuelle et reproductive des adolescents infectés par le VIH. Cette étude confirme qu'il existe d'importants problèmes sur les besoins en santé sexuelle et reproductive des jeunes VIH+. Cela nous permet donc une base concrète pour susciter des discussions sur la façon dont les programmes existants pourraient être renforcés pour permettre aux jeunes VIH+ de pouvoir vivre pleinement leur vie sexuelle et reproductive sans compromettre leur santé et celle des autres.

DEDICACE

A mon Dieu Tout Puissant

A mon père regretté

A mes Sœurs et Frères regrettés

A ma très chère mère

A toute ma famille

A toutes mes amis

Ce mémoire est dédié

REMERCIEMENTS

Au terme de notre travail, nous tenons à présenter nos profonds sentiments de reconnaissances à tous ceux qui ont contribué d'une façon ou d'une autre à la réalisation de ce travail.

Nos remerciements s'adressent au TRAC Plus, qui nous a octroyé le financement d'études. Nos vifs remerciements s'adressent également au corps professoral de l'Ecole de Santé Publique de l'UNR pour l'effort consenti à notre égard tout au long de notre encadrement.

Un hommage particulier est rendu à Dr BASINGA Paulin et Dr NYIRAZINYOYE Laetitia qui, malgré leurs multiples responsabilités ont accepté de diriger ce travail. Leur encadrement tout au long de l'élaboration de ce travail nous a été très utile et bénéfique jusqu'à son aboutissement.

Nos sentiments de reconnaissance s'adressent à Mr NYANDWI Alpio, DUSABE Gloriose, MUKAMUKIZA Clarisse, KAMUKUNZI Mechthilde, MUKABUTERA Assumpta ainsi que toute la promotion pour votre accompagnement et votre appui tant technique que moral.

Nos vifs remerciements sont adressés à chacun des adolescents qui ont accepté de répondre à notre questionnaire. Nous voudrions également exprimer nos profondes reconnaissances à l'OMS/Kigali, programme d'appui à la recherche, du généreux appui financier qu'il nous a accordé.

Nous exprimons de tout cœur notre profonde gratitude à ma très chère mère pour tout appui aussi bien moral que matériel. Nos sentiments de reconnaissance vont également à notre chère famille Pasteur KABERUKA Célestin, qui nous a témoigné beaucoup d'amour, d'encouragements et ses conseils durant notre formation.

Enfin, toute autre personne qui, de près ou de loin, aurait contribué à la réalisation de ce travail, trouve ici l'expression de notre profonde gratitude.

Que Dieu vous bénisse.

DUSHIMIYIMANA Donatha

SIGLES ET ABREVIATIONS

ARN	: Acide Ribonucléique
ARV	: Antirétroviral
EDSR	: Enquête Démographique et de Santé au Rwanda
FHI	: Family Health International
FOSA	: Formation Sanitaire
IMPACT	: Implementing AIDS Prevention and Care Project
KHI	: Kigali Health Institute
MINEDUC	: Ministère de l'éducation
MINISANTE	: Ministère de la Santé
MRS	: Medical Record System
OMS	: Organisation Mondiale pour la Santé
ONUSIDA	: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PVV	: Personnes Vivant avec le VIH
SIDA	: Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
TRAC <i>Plus</i>	: Center for Treatment and Research on AIDS, Malaria, Tuberculosis and Other Epidemics.
UNR	: Université Nationale du Rwanda
VIH	: Virus d'Immuno Déficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Répartition des enquêtés selon les caractéristiques sociodémographiques	20
Tableau 2. Caractéristiques socio-économiques	21
Tableau 3. Les connaissances des adolescents sur les modes de transmission du VIH.	22
Tableau 4. Les connaissances des adolescents sur les méthodes de prévention du VIH	23
Tableau 5. Attitudes des adolescents VIH+	24
Tableau 6. La vie sexuelle chez les adolescents VIH+	26
Tableau 7 Avoir fait des rapports sexuels en fonction des facteurs sociodémographiques	27
Tableau 8 Avoir fait des rapports sexuels en fonction des facteurs socio-économiques.	28
Tableau 9 Avoir fait des rapports sexuels en fonction de connaissances et attitudes envers le VIH	29
Tableau 10 Facteurs prédictifs d'avoir fait des rapports sexuels chez les jeunes VIH positifs	31

TABLES DES MATIERES

SUMMARY	<i>ii</i>
RESUME	<i>iv</i>
DEDICACE	<i>vi</i>
REMERCIEMENTS	<i>vii</i>
SIGLES ET ABREVIATIONS	<i>viii</i>
LISTE DES TABLEAUX	<i>ix</i>
TABLES DES MATIERES	<i>x</i>
I. INTRODUCTION	1
1.1. Enoncé du problème	1
1.2. Intérêt du sujet	4
1.2.1. Intérêt Personnel.....	4
1.2.2. Intérêt scientifique.....	5
1.3. Définition des concepts utilisés.....	5
1.3.1. La sexualité.....	5
1.3.2. L'adolescence:	6
1.3.3. Le VIH/SIDA:	6
1.4. Cadre conceptuel	7
1.5. Revue de la littérature.....	9
1.5.1. Aperçu général sur la jeunesse et le VIH/SIDA.....	9
1.5.2. La santé sexuelle et le VIH chez les adolescents.....	9
1.5.2.1. Au niveau mondial	9
1.5.2.2. En Afrique.....	11
1.6. Objectifs du travail	13
1.6.1. Objectif global.....	13
1.6.2. Objectifs spécifiques	13
II. METHODOLOGIE	14
2.1. Description du milieu d'étude	14
2.2. Type d'étude	14
2.3. Variables de l'étude	15
2.3.1. Variable dépendante	15
2.3.2. Variables indépendantes.....	15
2.4. Population d'étude	15
2.4.1. Facteurs d'inclusion	15
2.4.2. Facteurs d'exclusion.....	16
2.5. Collecte de données:	16
2.5.1. Enquête quantitative	16
2.5.2. Enquête qualitative	16
2.5.3. Matériels utilisés.....	17
2.6. Plan d'analyse des données	17

2.7.	Considérations éthiques	18
2.8.	Faiblesse de l'étude	19
2.9.	Utilisation des résultats attendus	19
III.	RESULTATS	20
3.1.	ANALYSE QUANTITATIVE	20
3.1.1.	Description de la population d'étude.....	20
3.1.1.1.	Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée.....	20
3.1.1.2.	Caractéristiques socio-économiques	21
3.1.1.3.	Connaissances et attitudes vis-à-vis du VIH/SIDA.	22
3.1.1.3.1.	Les connaissances des adolescents sur les modes de transmission du VIH... 22	
3.1.1.3.2.	Les connaissances des adolescents sur les méthodes de prévention du VIH. 23	
3.1.1.3.3.	Attitudes des adolescents VIH+	24
3.1.1.4.	La vie sexuelle chez les adolescents VIH+	25
3.1.2.	ANALYSE BIVARIEE.....	27
3.1.2.1.	Rapports sexuels et facteurs sociodémographiques	27
3.1.2.2.	Rapports sexuels et facteurs socio-économiques.	28
3.1.2.3.	Rapports sexuels en fonction de connaissances et attitudes envers le VIH	28
3.1.3.	ANALYSE MULTIVARIEE	30
3.2.	ANALYSE QUALITATIVE	32
3.2.1.	Connaissance sur la santé sexuelle et reproductive chez les adolescents HIV+.	32
3.2.2.	Perceptions sur le copinage des adolescents	33
3.2.2.1.	Attitudes/perceptions vis-à-vis du copinage	33
3.2.2.2.	Les défis de copinage pour les adolescents HIV+	34
3.2.3.	Les perspectives dans l'avenir.....	35
3.2.4.	Les besoins ressentis par les jeunes.....	36
3.2.5.	Perceptions sur le mariage.....	36
3.2.6.	Conseils aux autres jeunes VIH+	37
IV.	DISCUSSION DES RESULTATS.....	38
4.1.	Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude.....	38
4.2.	Facteurs associés aux rapports sexuel chez les adolescents VIH+.....	39
4.3.	La santé sexuelle et reproductive	40
V.	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	42
5.1.	Conclusion.....	42
5.2.	Recommandations	43
VI.	BIBLIOGRAPHIE	44
VII.	ANNEXES	45

I. INTRODUCTION

1.1. Enoncé du problème

L'infection du VIH est un problème sérieux de santé publique au monde entier. Le nombre des personnes vivant avec le VIH dans le monde a continué d'augmenter en 2008, pour atteindre un total estimé de 33,4 millions, adultes 31,3 millions et 2,1 millions enfants moins de 15 ans. Le nombre total des personnes vivant avec le virus en 2008 était plus de 20% plus élevé que celui enregistré en 2000, 2,7 millions de personnes ont été nouvellement infectées en 2008, 2 millions de personnes sont décédées de maladies liées au sida en 2008 [1].

A l'échelle mondiale on estime qu'en 2007, 33 millions de personnes vivaient avec le VIH; 2,7 millions de personnes ont été infectées par le virus et 2 millions de personnes sont décédées de causes liées au VIH [2]. L'Afrique subsaharienne reste la région la plus fortement touchée par le VIH, On estime que 1,9 millions de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH en 2007, ce qui porte à 22 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH. Deux tiers (67%) du total mondial de personnes vivant avec le VIH se trouvent dans cette région, et trois quarts (75%) de tous les décès dus au sida en 2007 s'y sont produits.[3]

Les jeunes ont été fortement touchés par l'épidémie d'infection à VIH/sida à l'échelle mondiale. Selon le rapport d'ONUSIDA, environ 11,8 millions de personnes de 15 à 24 ans vivent avec le VIH et la moitié de toutes les nouvelles infections dans le monde surviennent chez des jeunes [4].

Le VIH/SIDA touche l'enfant dans son corps et au niveau psychologique. Il impose des remaniements psychologiques importants, source d'angoisse, qui gêne son développement et son intégration sociale.

L'ONUSIDA et l'OMS estimaient fin 2005, 2,3 millions d'enfants de moins de 15ans infectés par le VIH (dont 2 millions vivant en Afrique sub-saharienne), 700 000 nouvelles infections et 570 000 décès d'enfants. On estime qu'en 2008, 4,9 millions de jeunes âgés de 15 à 24ans vivaient avec le VIH dans des pays à revenu faible et intermédiaire [5].

Dans la plupart des cas, les adolescents atteints du VIH ont été contaminés par un virus sexuellement transmissible sans avoir jamais eu eux-mêmes de rapports sexuels. Ces derniers ont besoin d'un soutien axé sur leur développement sexuel et leurs émotions en matière de la sexualité. Les jeunes en général et les adolescents en particulier sont confrontés à une multitude de problèmes aussi variés tels que les relations sexuelles précoces, les grossesses non désirées, les avortements dangereux, les viols, les infections sexuellement transmissibles et notamment l'exposition au VIH/SIDA.

Une étude a été faite en Côte-d'Ivoire sur le développement psycho-sexuel d'adolescents positifs au VIH, les jeunes étaient inquiets de savoir s'ils pourraient un jour se marier ou avoir des enfants [6].

Selon une étude qui a été faite en Uganda[7], 80% des adolescents vivant avec le VIH ont le souci au sujet d'infecter quelqu'un d'autre, 57% ont l'inquiétude que les autres personnes peuvent découvrir qu'ils sont VIH+, 51% ont le souci au sujet de révéler le statut du VIH aux amis, 61% n'ont jamais révélé leur statut sérologique à quelqu'un et 50% ont le souci au sujet de faire des rapports sexuels.

D'après cette étude, 37% des enquêtés préfèrent quelqu'un comme partenaire sexuel qui est VIH-, ces derniers ont besoin de quelqu'un qui est en bonne santé. Tandis que 34% préfèrent un partenaire sexuel qui est VIH+, donc celui qui est dans la même situation qu'eux, alors que 83% de ces adolescents n'ont pas le désir de faire le rapport sexuel ou d'avoir l'ami/amie dans l'avenir[7].

Au Rwanda, le VIH/SIDA est devenu une menace de la vie quotidienne pour toutes les couches de la population. La prévalence nationale du VIH est de 3% et les femmes sont plus atteintes que les hommes, 3,6% contre 2,3% [8] .

L'épidémie du VIH/SIDA a un effet dévastateur sur l'économie et sur le système de santé du pays. On estime que 49 000 personnes sont décédées chaque année du sida et des causes liées au sida, en outre, on comptait à partir de 2003, 260 000 enfants orphelins du sida, bien que l'on pense que ces chiffres sont sous-estimés[9] .

Plus de vingt ans après l'épidémie du VIH, un bon nombre des jeunes sont morts, d'autres vivent avec le VIH durant toute leur vie. Suite à un accroissement du nombre des personnes infectées par le VIH; devant ce phénomène, on constate que ces jeunes gens ont des problèmes psychosociaux voir même affectifs sur leur avenir; ceux-ci quelques fois causent le problème d'adhérence au traitement antirétroviral et d'autres qui n'arrivent pas à intégrer convenablement leur statut sérologique. Comme conséquence on en citera : l'auto stigmatisation, l'anxiété, l'angoisse et la dépression.

En 2005 la Clinique du TRAC *Plus* a instauré le programme d'annonce de la séropositivité chez les enfants vivant avec le VIH et leur suivi dans les groupes de soutien. Car la majorité de ces derniers ne savaient rien en rapport avec leur maladie, leurs parents/tuteurs ont peur de les annoncer suite aux différentes réactions et la culpabilité parentale.

A travers les groupes de soutien, les enfants font l'expérience de vivre positivement leur séropositivité. Ils partagent leurs expériences de vie avec le VIH et découvrent qu'ils ne sont pas seuls au monde qui ont le VIH. La stratégie de mise en place pour l'annonce du diagnostic de séropositivité du VIH chez l'enfant consiste à aider ce dernier à acquérir et maintenir des compétences lui permettant une gestion optimale de sa vie avec la maladie. Ceci aide le patient et sa famille et/ou son entourage à comprendre la maladie et les traitements, prendre en charge son état de santé, conserver et/ou améliorer sa qualité de vie [10]. Les autres sites ARVS du pays ont commencé ce programme d'annonce, suite à l'initiation de la Clinique du TRAC *Plus*.

Avec la prise des médicaments antirétroviraux, les enfants qui ont été nés avec l'infection du VIH ou qui ont été contaminés aux bas âges ont plus de chances d'allongement de l'espérance de vie, due à l'arrivée des nouvelles thérapies antirétrovirales.

Selon le rapport de TRACnet, en novembre 2009, 75217 patients étaient sous traitement ARVS au Rwanda, dont 6558 enfants et 68659 adultes [11]; ceci a ouvert des perspectives d'avenir pour cette population et favorise l'éclosion de la problématique sexuelle de cette dernière. La littérature sur la sexualité des jeunes séropositifs est assez pauvre, surtout en matière de la santé sexuelle et reproductive, leurs perceptions et besoins. Ceci nous a fait penser à cette génération future du pays qui est la jeunesse d'aujourd'hui, leurs perceptions surtout en matière de la santé sexuelle. Ce qui nous amène à nous poser la question suivante: Quelles sont les perceptions des adolescents vivant avec le VIH face à la santé sexuelle et leur part dans le cadre de lutte contre la propagation du VIH? Pour répondre à cette question, une étude sur la sexualité chez les adolescents vivant avec le VIH a été nécessaire.

1.2. Intérêt du sujet

1.2.1. Intérêt Personnel

L'étude portant sur la problématique de la sexualité chez les adolescents vivant avec le VIH a été choisie pour sa pertinence en matière de la santé sexuelle et reproductive.

L'autre raison importante qui nous a poussé à faire cette étude est que le sujet cadre avec notre expérience professionnelle dans un centre de prise en charge et suivi des personnes vivant avec le VIH où nous nous retrouvons presque tous les temps avec les adolescents souffrant du VIH. C'est pour cela que nous nous sommes décidés d'y consacrer notre travail de recherche afin de pouvoir acquérir les connaissances les plus approfondies particulièrement sur les perceptions des jeunes adolescents vivant avec le VIH face à la sexualité. Nous avons pu formuler des recommandations, ces dernières aideront dans l'élaboration et la planification des activités de lutte contre la pandémie surtout à l'égard des catégories les plus vulnérables.

1.2.2. Intérêt scientifique

Le sujet choisi entre dans la ligne de notre formation en santé publique, il permettra d'identifier et comprendre les problèmes des adolescents vivant avec le VIH face à la santé sexuelle et reproductive. Ainsi les résultats de cette recherche vont orienter les responsables des programmes de prise en charge des personnes vivant avec le VIH, enrichir les connaissances scientifiques sur la situation de la santé sexuelle et reproductive chez les adolescents vivant avec le VIH.

Ils aideront aussi les futurs chercheurs qui voudront poursuivre l'étude dans ce domaine, puisque la science est dynamique et cherche toujours à améliorer les connaissances existantes. Ces résultats vont permettre aussi d'identifier les aspects qui ont besoin de plus d'efforts dans la conception des programmes adaptés à cette population pour arriver au changement dans le but d'améliorer leurs conditions de vie et de réduire la vitesse de propagation du VIH dans la population.

1.3. Définition des concepts utilisés.

1.3.1. La sexualité

La sexualité couvre une dimension large car elle concerne toutes les manifestations des sentiments tendres, des pratiques sexuelles, du partage d'expérience, de l'éducation à la vie sexuelle, des risques, des tabous : les baisers, la reproduction, les embrassades, les caresses, la masturbation, l'amitié, les grossesses, les rapports sexuels, l'adolescence, le VIH, le SIDA, la séduction, l'amour, le plaisir charnel, le viol, ont tous attrait à la sexualité. Il ne faut pas confondre sexualité et rapport sexuel.[12]

La sexualité désigne l'ensemble des comportements qui concernent la satisfaction de l'instinct sexuel. De nombreux aspects entrent en jeu, et parfois en conflit : le plaisir, la procréation, la santé, mais aussi les aspects relationnels et sociaux, légaux, les interdits moraux ou religieux [13]

D'une manière plus large, la sexualité peut également se définir comme une « pratique sociale » engendrant des comportements sexuels dans lesquels s'inscrivent, pour un individu donné, des

orientations sexuelles et, à l'échelle de la société, des normes sociales structurées autour de contraintes historiques ou religieuses, médicales ou légales [13].

Pour la majorité des personnes, la définition habituelle de la sexualité est plus vague, et recouvre d'une manière assez lâche tout ce qui a plus ou moins directement ou indirectement rapport avec les organes génitaux, les zones érogènes et le plaisir particulier provenant de ces régions corporelles.

1.3.2. L'adolescence:

C'est la période de la vie entre la puberté et l'âge adulte, entre 10 ans et 18 ans environ l'adolescence est l'âge où l'on commence à se poser des questions sur soi et sur le monde, on pense beaucoup à son avenir et à se qu'on deviendra plus tard quand on sera rentré dans le monde des adultes [14].

C'est une période transitoire importante et souvent délicate dans la vie d'un enfant. L'entrée dans le monde de l'adolescence est marquée par la puberté, période où de nombreux changements physiques, sexuels, psychologiques et émotionnels apparaissent sous l'action de certaines hormones. C'est une période où les premières émotions amoureuses apparaissent [13].

Les âges de l'adolescence varient selon la culture : aux Etats-Unis, elle est considérée comme ayant commencé à l'âge de 13 ans et achevée à 19 ans ; dans les pays occidentaux, cette phase se traduit souvent par des relations conflictuelles avec les parents, dont l'autorité est rejetée. Elle se traduit également par cette période de développement correspond approximativement à la période entre 10 et 19 ans selon l'OMS [15].

1.3.3. Le VIH/SIDA:

Le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) est le virus responsable du SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquise) qui est un état affaibli du système immunitaire humain qui le rend vulnérable à de multiples infections opportunistes, responsable d'infections graves et causant la mort du malade [16].

Le virus du SIDA fait partie de la famille des lentivirus. Il s'agit d'un virus possédant un génome sous forme d'ARN, contenu dans une capsid protéique, elle même entourée par une enveloppe

formée d'une membrane lipidique. Deux types de VIH sont actuellement reconnus: VIH-1 et VIH-2, au niveau mondial tout comme au Rwanda, le virus prédominant est le VIH [16].

1.4. Cadre conceptuel

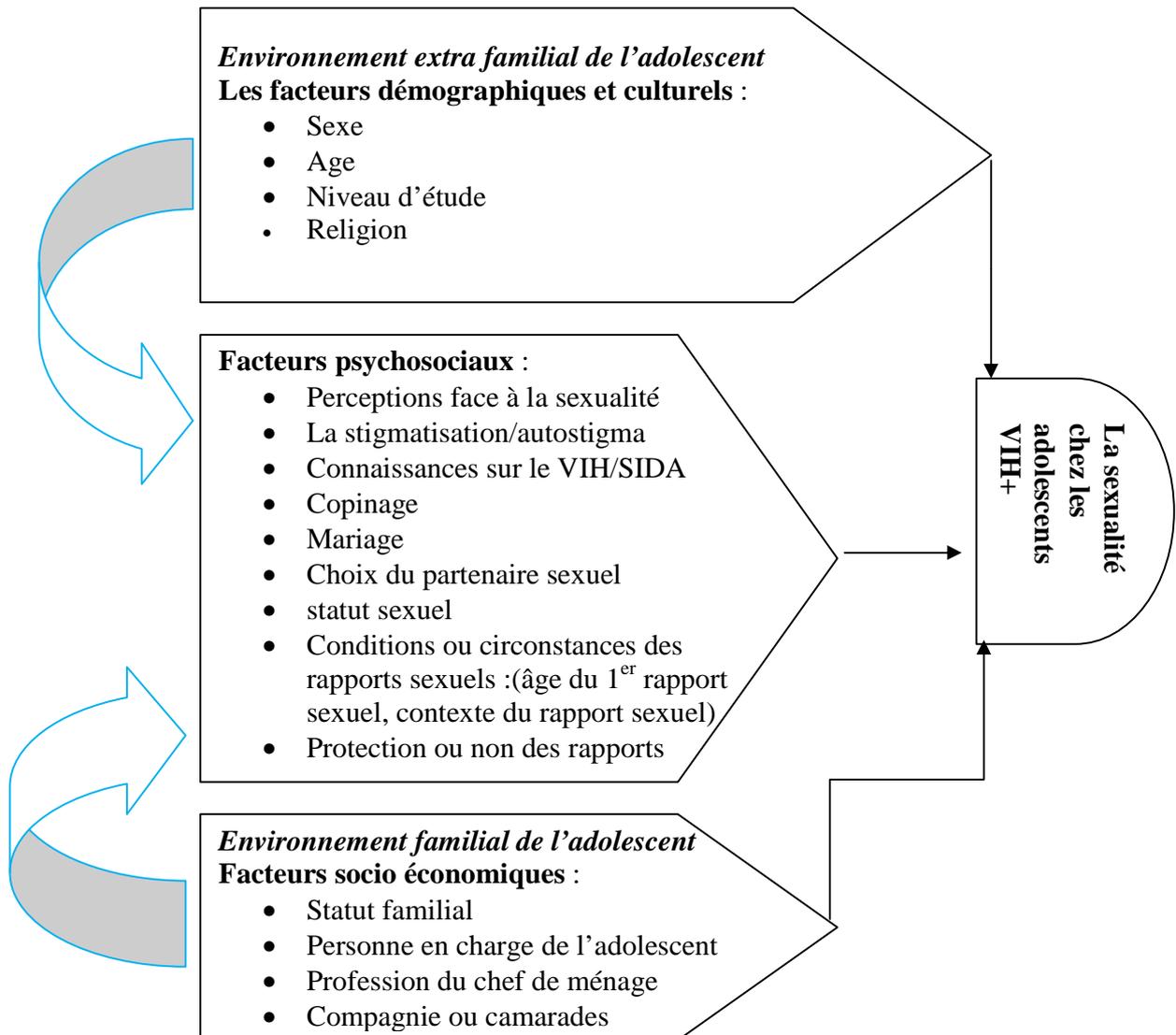
Cette partie nous montre les différents facteurs qui peuvent avoir une influence sur les comportements sexuels des adolescents vivant avec le VIH. Il facilite aussi la compréhension des problèmes abordés en rapport avec la sexualité chez les adolescents.

Nous avons décrit deux grandes parties entre autre : l'environnement extra familial de l'adolescent et l'environnement familial de l'adolescent.

Concernant l'environnement extra familial, il comprend deux grands groupes de facteurs : les facteurs démographiques et culturels ainsi que les facteurs psychosociaux. Tous ces facteurs ne sont pas directement liés à la famille, mais plutôt à l'individu et à la société, ils peuvent influencer les comportements sexuels des jeunes.

Pour les premiers facteurs nous citons par exemple le sexe, l'âge, le niveau d'études, compagnie ou camarades et la religion. Concernant les facteurs psychosociaux, il s'agit des perceptions des adolescents VIH+ face à la sexualité, la stigmatisation/auto-stigma, les connaissances sur le VIH/SIDA, le copinage, le mariage, le choix du partenaire sexuel, le statut sexuel, les conditions ou circonstances des rapports sexuels, l'âge du 1^{er} rapport sexuel et l'utilisation ou non du condom.

Pour ce qui est de l'environnement familial de l'adolescent, il décrit les facteurs qui sont directement liés à la famille et qui peuvent jouer un rôle sur les comportements sexuels des adolescents. Ce sont surtout les facteurs socioéconomiques : le statut familial de l'adolescent (orphelin ou non), la personne responsable de l'adolescent et la profession du chef de ménage. Tous ces facteurs ci-haut cités, sont illustrés dans le schéma ci-après :



1.5. Revue de la littérature

1.5.1. Aperçu général sur la jeunesse et le VIH/SIDA

Les jeunes entre 15 et 24 ans représentent environ 45% des nouvelles infections au VIH à l'échelle mondiale. On estime que 370 000 enfants de moins de 15 ans ont été infectés par le VIH en 2007 à l'échelle mondiale, le nombre d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH a passé de 1,6 million en 2001 à 2 millions en 2007. Près de 90% d'entre eux vivent en Afrique Subsaharienne [3].

Les jeunes de 15 à 24 ans sont les plus menacés, la moitié des nouvelles infections dans le monde se déclarent chez eux et représentent en même temps le plus grand espoir d'inverser le cours de la pandémie. Ce sont leurs actes qui forgeront l'avenir. L'expérience le prouve: les rares pays qui ont réussi à faire baisser leur prévalence nationale du VIH sont ceux qui ont convaincu leur jeunesse d'adopter des comportements plus sûrs. L'Afrique subsaharienne abrite près des deux tiers des jeunes vivant avec le VIH environ 6,2 millions dont 75% sont de sexe féminin [17].

1.5.2. La santé sexuelle et le VIH chez les adolescents.

1.5.2.1. Au niveau mondial

La plupart des jeunes sont actifs sexuellement à l'adolescence, souvent avant leur quinzième anniversaire. L'urbanisation croissante, la pauvreté, les conflits d'opinion sur les valeurs et les comportements liés au sexe, le rejet des canaux d'information traditionnels sur la sexualité et la reproduction encouragent chez les adolescents l'activité sexuelle avant le mariage [18].

Dans beaucoup de pays, la majorité des jeunes a déjà eu des expériences sexuelles avant 20 ans, et les relations sexuelles avant le mariage sont communes chez les adolescents de 15-19 ans. Des enquêtes révèlent que 73 % des garçons et 28 % des jeunes filles de ce groupe d'âge à Rio de Janeiro ont eu des relations sexuelles avant le mariage, contre 59 % et 12 % respectivement à Quito [6].

Dans une étude faite dans des écoles au Brésil, 36 % des filles rapportent avoir eu des relations sexuelles avant l'âge de 13 ans. Dans certaines parties du monde comme en Inde par exemple où l'on dispose de peu de preuve de l'activité sexuelle des jeunes et où l'initiation sexuelle est censée avoir lieu dans le contexte du mariage, des études indiquent qu'environ un adolescent non marié sur quatre rapporte avoir eu une expérience sexuelle [6]

La recherche montre que les adolescents qui commencent tôt leur vie sexuelle active ont plus de chances d'avoir plusieurs partenaires sexuels et parmi eux des personnes déjà exposées au risque de VIH. Il n'est guère probable qu'ils utilisent un préservatif. Des études conduites en Argentine, au Pérou et en République de Corée signalent également un recours inconstant au préservatif avec un partenaire régulier ou avec des partenaires occasionnels [19].

Les infections sexuellement transmissibles notamment le VIH sont très fréquentes chez les jeunes de 15 à 24 ans, dans certains pays en développement, jusqu'à 60 % des nouvelles infections au VIH touchent les jeunes de 15-24 ans [6] .

Suite à l'épidémie du VIH, des enfants se sont retrouvés infectés, en particulier par transmission du virus de la mère à l'enfant, mais grâce aux progrès des traitements antirétroviraux, plusieurs de ces jeunes sont aujourd'hui des préadolescents et des adolescents.

Une étude exploratoire auprès de neuf adolescents Montréalais vivant avec le VIH permet de dégager les problèmes particuliers qu'ils rencontrent : répercussions entourant l'annonce du diagnostic d'infection, préoccupations touchant le dévoilement à l'entourage, en particulier le groupe des pairs, craintes liées à l'établissement des relations intimes ou aux projets de parentalité ainsi qu'à l'exercice de la sexualité et la prévention. Cette étude exploratoire met en évidence certains des enjeux auxquels ils sont confrontés dans leur développement psychosexuel [19].

1.5.2.2. En Afrique

Dans de nombreux pays, les jeunes deviennent sexuellement actifs à un âge précoce. En Ouganda, près de 50 % des jeunes gens et près de 40 % des jeunes filles rapportent avoir eu des relations sexuelles avant l'âge de 15 ans ; à Dar es Salam 60 % des garçons de 14 ans et 35 % des filles disent être sexuellement actifs, au Ghana 31 % des garçons et 47 % des jeunes filles de 15-19 ans étaient déjà sexuellement actifs [6].

Les jeunes kinois sont massivement opposés à la sexualité préconjugale. Cette opposition se révèle de façade, car non seulement la majorité est sexuellement active, mais surtout s'initie précocement. Près de 70 % des filles comme des garçons étaient déjà sexuellement actifs au moment de l'enquête et 1 jeune sur 2 s'était initié avant l'âge de 16,7 ans pour les filles et de 16,9 ans pour les garçons [20].

A Kisumu, au Kenya, 25% des jeunes garçons sexuellement actifs et 33% des jeunes filles déclaraient n'avoir pas utilisé de préservatif lors de leur première expérience sexuelle ni lors des suivantes.

Au Rwanda deux enquêtes d'envergure nationale réalisées en 2000 montrent que les premiers rapports sexuels surviennent relativement tôt chez certains adolescents. L'une montre que 29% des garçons et 12% des filles de 15-19 ans non mariés sont sexuellement actifs et l'autre révèle que 14% de l'ensemble des filles et 21% de l'ensemble des garçons de 15-19 ans sont sexuellement actifs. En définitive et pour cette dernière enquête, 36% des filles et 37% des garçons de 15-24 ans sont sexuellement actifs [21].

Les enquêtes comportementales au Rwanda montrent surtout un niveau d'utilisation des condoms extrêmement faible. Ainsi, de l'EDS 2005, il ressort que seulement 16% des filles de 15-19 ans et 4% de celles de 20-24 ans ont utilisé un condom au cours du dernier rapport sexuel. Ces proportions sont de 36% et 15% chez les garçons de ces tranches d'âge respectives [21].

Selon une étude qui à été faite en Ouganda chez les adolescents infectés par le VIH, la plupart des programmes suppose que des jeunes infectés par le VIH restent asexués, les prestataires des services et les conseillers disent généralement aux adolescents infectés de ne pas s'engager dans des relations sexuelles. Par contre les données qualitatives indiquent que de nombreux adolescents ont estimé que les relations sexuelles sont inévitables et l'abstinence de rapports sexuels est presque impossible: "*Le sexe est quelque chose de tout le monde, très peu peuvent l'éviter ... il est naturel. Il n'est pas facile de l'éviter.* » (Homme, Groupe de discussion n ° 1, Mildmay Centre)", 41% des enquêtés ont estimé qu'il n'ya aucune raison pour quelqu'un qui vit avec le VIH de ne pas avoir des rapports sexuels, 33% ont déclaré avoir eu des rapports sexuels, 73% de ces derniers étaient consensuels. Parmi ceux qui avaient déjà eu des rapports sexuels, seulement environ un tiers (37%) ont déclaré utiliser une méthode pour prévenir l'infection à VIH ou la réinfection. Plus d'un tiers a révélé leur statut sérologique à leurs partenaires (38%). La divulgation de la séropositivité a été l'une des plus grandes craintes des adolescents (51%) craignaient de révéler leur statut à des amis [22].

Les conséquences du VIH/SIDA peuvent être profondes chez les jeunes, le VIH a non seulement de terribles conséquences pour l'individu chez qu'il provoque de graves maladies et parfois la mort, mais il peut aussi provoquer des réactions sociales négatives. Il s'est avéré alors nécessaire de disposer de plus d'informations sur le niveau de connaissances, d'attitudes et de perceptions des adolescents vivant avec le VIH face à la sexualité. La présente étude va permettre de disposer ces informations.

1.6. Objectifs du travail

1.6.1. Objectif global

L'étude a pour but de collecter les informations sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents vivant avec le VIH en vue de contribuer à l'amélioration de leur prise en charge et à la réduction de la propagation du VIH.

1.6.2. Objectifs spécifiques

- 1) Identifier les principaux problèmes chez les adolescents VIH+ en matière de la santé sexuelle et reproductive.
- 2) Evaluer les perceptions des adolescents vivant avec le VIH face à la sexualité et leur contribution dans la lutte contre la propagation du VIH/SIDA.
- 3) Déterminer la proportion des adolescents vivants avec le VIH qui ont déjà eu des rapports sexuels.
- 4) Déterminer les facteurs qui influencent les comportements sexuels à risque chez les adolescents vivants avec le VIH.
- 5) Proposer des recommandations au TRAC *Plus* sur la prise en charge des problèmes liés à la sexualité des adolescents vivant avec le VIH.

II. METHODOLOGIE

2.1. Description du milieu d'étude

Le TRAC *Plus* se trouve dans le centre ville de Kigali, dans le secteur Nyarugenge, Mairie de la Ville de Kigali. Le TRAC *Plus* est une Institution du Ministère de la santé chargée du traitement et de la recherche sur le VIH/SIDA, Malaria, Tuberculose et les autres épidémies. L'organe d'administration du Centre est composé par le Directeur Général ainsi que le conseil de l'administration. Le Directeur Général et les directeurs des unités doivent avoir une expertise en matière de la recherche sur le VIH/SIDA et autres maladies, être capables de collaborer avec les autres institutions au niveau national, régional et international. La Clinique du TRAC *Plus* est l'un des départements du TRAC *Plus*.

Les principales missions de TRAC *Plus* sont les suivantes :

1. Servir d'organe de préservation de la santé et de recherche en matière de prévention et de lutte contre le SIDA, la Malaria, la Tuberculose et autres épidémies ;
2. Assurer la promotion de la recherche sur la lutte contre le SIDA, la Malaria, la Tuberculose et les autres épidémies;
3. Coordonner et superviser les activités de traitement et de recherche sur le SIDA, la Malaria, la Tuberculose et les autres épidémies dans le pays;

Au mois de Septembre 2009, la Clinique du TRAC Plus avait 1028 adultes sous ARVs, 267 enfants âgés de moins de 15 ans sous ARV et 182 adolescents (13-19 ans) sous traitements ARVs [23].

2.2. Type d'étude

Pour atteindre les objectifs de notre recherche, nous avons réalisé une étude descriptive transversale, nous avons combiné deux approches différentes : la recherche quantitative et la recherche qualitative. Cette approche méthodologique que nous avons utilisée tout au long de notre travail de terrain a utilisé plusieurs techniques : le questionnaire, les interviews approfondis, l'analyse et compilation des données recueillies.

2.3. Variables de l'étude

2.3.1. Variable dépendante

- Avoir fait des rapports sexuels

2.3.2. Variables indépendantes

- **Les facteurs Sociodémographiques** : âge, sexe, niveau d'études, religion, statut familial
- **Les attitudes et connaissances face au VIH/SIDA** : modes de transmission, méthodes de prévention, etc.
- **Perceptions des adolescents VIH+ face à la sexualité (amour et copinage)** : Existence des rapports sexuels précoces, le statut sexuel actuel (actif ou inactif), besoin d'un partenaire sexuel dans l'avenir, choix d'un partenaire sexuel (VIH+/VIH-), mariage, ses sentiments envers leurs camarades VIH négatifs.

2.4. Population d'étude

Cette étude a porté sur la population totale de 197 adolescents de 13-19 ans suivis à la clinique du TRAC *Plus* dans le programme de prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Quelques soit leur traitement ARVs, Prophylaxie ou sans traitement et leur sexe.

Ici, nous avons préféré d'étudier toute la population, raison pour laquelle il n'est pas nécessaire de recourir à la technique d'échantillonnage pour déterminer la taille de l'échantillon. Néanmoins les résultats de cette étude ne pourront être généralisé que pour la population des adolescents traités à la clinique du TRAC *Plus*.

2.4.1. Facteurs d'inclusion

- Etre suivi dans le programme de prise en charge de la clinique du TRAC *Plus*,
- Tous les adolescents de 13-19 ans.

2.4.2. Facteurs d'exclusion

- Les adolescents absents pendant la période de l'étude.
- Les incapacités comme les sourd- muets.
- Les adolescents qui sont dans les groupes de soutien mais qui ne sont pas suivis dans le programme de prise en charge à la clinique du TRAC *Plus*.

2.5. Collecte de données:

2.5.1. Enquête quantitative

L'enquête quantitative a été centré surtout aux déterminants sociodémographiques des comportements sexuels à haut risque, les attitudes et connaissances face au VIH/SIDA chez les adolescents vivant avec le VIH. La collecte des données a eu lieu au courant du mois d'Avril 2010 à l'aide d'un questionnaire individuel semi-structuré administré par l'enquêteur auprès des enquêtés.

2.5.2. Enquête qualitative

Afin de compléter les résultats de l'analyse quantitative, les entretiens approfondis ont été menés auprès des adolescents vivant avec le VIH afin de recueillir les plus amples informations. Le recours à ce type d'enquête qualitative est justifié par la sensibilité de notre thème de recherche. En fait, si certains aspects de la sexualité peuvent être abordés en groupe, d'autres par contre, nécessitent des entretiens individuels afin de mieux recueillir les informations les plus riches.

Les thèmes abordés sont :

- La santé reproductive chez les adolescents HIV+.
- Les perceptions au tour du copinage et mariage chez les adolescents HIV+ ;
- Les perceptions sur les risques encourus dans la pratique de la sexualité chez les adolescents HIV+ et leurs perspectives dans l'avenir.

Les entretiens approfondis ont été menés auprès de 14 adolescents dont 7 filles et 7 garçons. Ces derniers ont été sélectionnés à l'aide de la méthode de sondage aléatoire simple. Pour chaque âge (13-19 ans) une fille et un garçon étaient sélectionnés.

2.5.3. Matériels utilisés

- Un questionnaire individuel. Cet outil s'est construit à partir des objectifs de l'étude, il s'est inspiré également au modèle du questionnaire qui est utilisé par FHI/IMPACT dans les enquêtes répétées de surveillance comportementales au sein de populations exposées au VIH/SIDA/IST. Il s'est inspiré aussi du questionnaire qui a été utilisé par TRAC *Plus* dans l'enquête faite sur l'évolution des connaissances et comportements relatifs au VIH/SIDA chez les jeunes, les professionnelles de sexe et les camionneurs du Rwanda entre 2000 et 2006.
- L'OpenMRS : la base des données des patients suivis à la clinique du TRAC *Plus* nous a servi de base pour sélectionner notre population d'étude.

Pour le traitement du texte, nous avons utilisé le Microsoft Word version 2007. Le logiciel Epi-info version 3.3.2 a été utilisé pour la saisie des données, SPSS version 16.0 a été utilisé pour l'analyse des données quantitatives. Le logiciel ATLAS-TI a été utilisé pour l'analyse des données qualitatives, enfin le logiciel Excel version 2007 pour faire des tableaux.

2.6. Plan d'analyse des données

Concernant l'analyse des données, nous avons fait la description de la population d'étude, les différentes variables ont été analysées selon les objectifs assignés à l'étude en vue de montrer la distribution de chacune des variables.

L'analyse a porté sur les fréquences de chaque variable, les données ont été analysées globalement. Il a été également question de vérifier si les caractéristiques des enquêtés (tels que l'âge, la religion, le niveau d'instruction, le statut matrimonial, etc.) ont une influence sur les autres variables de l'étude.

Nous avons utilisé aussi le test statistique du chi-carré de Pearson avec un seuil de signification de 5% pour tester du niveau de signification statistique des résultats qu'on a obtenu. Les résultats significatifs sont ceux dont le P- value est inférieur à 0,05. Ensuite la régression logistique a été utilisée afin de vérifier s'il y a une relation significative entre les facteurs sociodémographiques, attitudes et connaissances face au VIH/SIDA et les comportements sexuels chez les adolescents vivant avec le VIH. Les données ont été présentées sous formes des tableaux.

L'analyse thématique des données qualitatives a été utilisée également en vue d'évaluer les perceptions des adolescents VIH+ en rapport avec la sexualité.

2.7. Considérations éthiques

Avant la collecte des données, il a été nécessaire d'avoir l'autorisation du Comité Nationale d'Ethique. Certains aspects qui ont été abordés par la présente étude touchent l'intimité des enquêtés et surtout des filles. D'où la nécessité du formulaire de libre consentement qui nous a permis de recueillir des données sans aucunement blesser ni frustrer l'interlocuteur. Ces aspects comme par exemple :

1. Avoir fait les rapports sexuels,
2. Age du début des rapports sexuels,
3. Utilisation des préservatifs, etc.

Comme notre étude concerne les adolescents VIH+ âgés de 13 à 19ans, ces derniers sont des mineurs, nous avons fait recours au consentement éclairé signé par les parents ou tuteurs avant de les interroger. Les noms des participants n'ont pas été mentionnés sur les questionnaires.

Etant donnée que certains de ces aspects peuvent toucher le fort intérieur des interviewés et ainsi occasionner les différentes réactions voir même les traumatismes, les interviews ont été menés au sein de la clinique du TRAC *Plus*, pour que ceux qui peuvent être émotionnellement touchés on les réfère aux conseillers ou aux psychologues cliniciens du centre.

2.8. Faiblesse de l'étude

A cause du temps limité imparti à l'étude et aux moyens financiers, nous nous sommes limités à la clinique du Trac *Plus*, alors que nous devrions faire une grande étude de comparaison entre les adolescents VIH+ suivis à la Clinique du TRAC *Plus* et dans les autres sites de prise en charge des personnes vivant avec le VIH, avec les adolescents VIH négatifs.

2.9. Utilisation des résultats attendus

Comme le présent travail est réalisé dans le cadre du mémoire pour l'obtention du diplôme de Maîtrise en Santé publique dispensé par l'Ecole de Santé Publique/ Université National du Rwanda, les copies imprimées lui seront envoyées, dans un format exigé par l'Université. Les copies du rapport final seront données au Comite Nationale d'Ethique, au Ministère de la santé pour utilisation des résultats et aux programmes de prise en charge des personnes vivant avec le VIH tel que le TRAC *Plus* pour qu'ils puissent élaborer des projets d'interventions y relatifs.

III. RESULTATS

L'enquête a été réalisée auprès des adolescents vivant avec le VIH suivis à la clinique du TRAC *Plus*. Nous avons étudié la population totale de 197 adolescents âgés de 13-19 ans, dont 183 qui ont été interrogés dans la première partie quantitative et 14 adolescents dans la partie qualitative.

3.1. ANALYSE QUANTITATIVE

3.1.1. Description de la population d'étude

3.1.1.1. Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

Les résultats du tableau 1 nous montrent que les filles sont plus nombreuses que les garçons (53%). Nous avons divisé notre population d'étude en deux tranches d'âge, les résultats montrent que plus de la moitié de nos enquêtés se trouvent dans la première tranche d'âge de 13-15 ans (53.6%). L'âge minimal est de 13 ans, l'âge maximum est de 19 ans et l'âge moyen est de 15.6 ans. Presque la majorité des enquêtés fréquente l'école, plus de la moitié des enquêtés sont à l'école secondaire. Selon la religion, les catholiques représentent presque la moitié par rapport aux autres religions (48.5%) et les sans religions représentent une partie non négligeable.

Tableau 1. Répartition des enquêtés selon les caractéristiques sociodémographiques

Variables sociodémographiques	Fréquence (n=183)	%
Sexe		
Garçons	86	47
Filles	97	53
Age		
13-15 ans	98	53.6
16-19 ans	85	46.4
Frequencation de l'école		
Oui	172	94
Non	11	6
Niveau d'instruction		
Primaire et moins	85	46.4
Secondaire et plus	98	53.6
Religion		
Catholique	87	48.5
Protestante+adventiste	64	35.0
Musulmane	19	10.4
Pas de religion et autres	12	7.1

3.1.1.2. Caractéristiques socio-économiques

Selon le statut familial, les orphelins de père et de mère représentent presque la moitié des enquêtés (48.6%), mais les orphelins de père sont plus nombreux par rapport aux orphelins de mère. Ceux qui ont au moins un parent représentent un sur deux. Les résultats nous montrent que presque un sur trois des enquêtés vivent avec leurs grands-mères, tantes, oncles et une autre partie vit avec au moins un parent. Tandis que pour ceux qui vivent avec les deux parents sont très peu. Quant à la profession des parents/tuteurs, presque un sur trois des enquêtés représente la proportion des parents/tuteurs sans travail. Par contre, plus de la moitié représente ceux qui ont n'importe quel travail, entre autre les fonctionnaires, les petits commerçants, agriculteurs et autres (63.4%).

Tableau 2. Caractéristiques socio-économiques

Variables socio-économiques	Fréquence (n=183)	%
Statut familial		
Au moins un parent	94	51.4
Pas des parents	89	48.6
Personne qui vit avec l'enfant		
Vit avec au moins un parent	90	49.2
Vit avec frères / sœurs, oncles, tantes, grand mère	79	43.2
orphelinat, camarades et Autres	14	7.7
Profession des parents/tuteurs		
Avoir n'importe quel travail	116	63.4
Pas de travail	67	36.6

3.1.1.3. Connaissances et attitudes vis-à-vis du VIH/SIDA.

3.1.1.3.1. Les connaissances des adolescents sur les modes de transmission du VIH.

Les résultats du tableau 3 relatif aux indicateurs de connaissance des jeunes sur le VIH/SIDA, indiquent qu'en général le niveau de connaissance des jeunes est élevé. La majorité des enquêtés affirment qu'une personne en bonne santé peut être porteuse du VIH et peut le transmettre à quelqu'un (64%), presque la totalité de nos enquêtés connaissent qu'une femme enceinte VIH+ peut transmettre le virus à son enfant (97%). La majorité sait que l'enfant né d'une mère VIH+ peut attraper le virus par l'allaitement maternel. Par contre, la minorité des enquêtés confirme d'autres moyens de contamination non prouvés par les scientifiques (méthodes erronées). Une petite proportion (3%) affirme qu'en partageant le repas avec une personne infectée par le VIH, on peut contracter le virus. Très peu d'adolescents affirment que le moustique transmet le virus du sida et 2% des enquêtés dit qu'on peut attraper le virus du VIH par la sorcellerie.

Tableau 3. Les connaissances des adolescents sur les modes de transmission du VIH.

Contamination du VIH	Oui	
	Fréquence	%
Une personne en bonne santé peut être porteuse du VIH	118	64
Une femme enceinte VIH+, peut-elle transmettre le virus à son enfant	173	95
Une femme VIH+ peut-elle transmettre le virus à son enfant par le sein	177	97
Risque de contaminer quand vous partagez un repas avec quelqu'un	5	3
Un élève VIH+ on doit lui permettre de continuer à fréquenter l'école	182	99
Par les piqûres de moustiques	7	4
Par injections avec une aiguille utilisée chez une autre personne	178	97
Par la sorcellerie	40	22
En serrant la main d'une personne infectée	3	2

3.1.1.3.2. Les connaissances des adolescents sur les méthodes de prévention du VIH

En général, la majorité des adolescents VIH+ connaissent les 4 méthodes de prévention du VIH à savoir : l'utilisation correcte du condom, la fidélité à un partenaire non infecté, l'abstinence sexuelle et éviter l'échange d'objets tranchants contaminés par le sang. Cependant, 40% préconise d'éviter la transfusion sanguine.

Concernant la protection contre la coïnfection du VIH, la plupart des enquêtés préfère l'utilisation correcte du condom et l'abstinence sexuelle. Quant aux moyens de protéger les autres contre le VIH, presque la totalité des enquêtés affirment les quatre méthodes de prévention et la limitation du nombre des partenaires sexuels.

Tableau 4. Les connaissances des adolescents sur les méthodes de prévention du VIH

	Oui	
	Fréquence	%
Moyens de prévention du VIH		
Utiliser le condom	177	97
Etre fidele a un partenaire	159	87
S'abstenir de tout rapport sexuel	175	96
Eviter la transfusion sanguine	74	40
Eviter objets tranchants souilles	154	84
Se protéger contre la coïnfection du VIH		
En utilisant correctement un condom à chaque rapport	172	94
En évitant les piqûres des moustiques	38	21
En ayant un seul partenaire fidèle	48	26
En s'abstenant de tout rapport sexuel	173	95
Seulement en priant	16	9
Moyens de protéger les autres		
Utilisation du condom	174	95
Fidélité	162	89
Abstinence	180	98
Eviter les objets tranchants	168	92
Limiter le nombre de partenaires	156	85

3.1.1.3.3. Attitudes des adolescents VIH+

D'après les résultats du tableau 5, la majorité de nos enquêtés n'a pas encore révélé leur statut sérologique à quelqu'un (54%), mais presque la moitié a révélé leur statut sérologique. A peu près la majorité de ces derniers ont révélé ce statut aux amis ou aux membres de la famille. Concernant les attitudes envers leurs camarades VIH-, la majorité se sent à l'aise envers les autres (89%). Par contre, une proportion non négligeable (8%) se sent frustrée envers ses camarades VIH- et une autre se sent stigmatisée.

Tableau 5. Attitudes des adolescents VIH+

	Fréquence	Pourcentage
Révélation du statut sérologique (n=181)		
Oui	84	46
Non	99	54
Personne à qui a été révélé le statut sérologique (n=84)		
Ami	43	51
Membre de la famille	37	44
Autres	4	5
Attitudes envers les autres VIH-(n=183)		
Rejetés	2	1
Stigmatisés	4	2
Frustrés	15	8
A l'aise	162	89

3.1.1.4. La vie sexuelle chez les adolescents VIH+

Le tableau ci-après nous montre que 1/5 des enquêtés a déjà eu des rapports sexuels au moins une fois dans la vie (19%). Pour la majorité de ces derniers, les rapports sexuels étaient volontaires, mais il y a une proportion non négligeable (6%) de ceux qui ont été violés. Parmi ceux qui ont eu des rapports sexuels, plus de la moitié ont utilisé le préservatif, à-peu-près un sur deux n'a pas eu des rapports sexuels protégés (47%). Parmi ceux qui ont utilisé le condom, plus de la moitié la décision a été venue d'eux-mêmes. La majorité a commencé les rapports sexuels à la troisième tranche d'âge de 14-19 ans (70%), l'âge moyen au premier rapport sexuel est de 13.5. La plupart de ces derniers ont eu des rapports sexuels avec des partenaires de même âge qu'eux.

Parmi ces enquêtés, presque un tiers a un copain/copine (39%), à-peu-près la majorité ont l'envie de se marier (93%), parmi ces derniers plus de la moitié préfère se marier avec un partenaire VIH+ (76%), donc la personne qui a le même statut sérologique qu'eux. C'est la minorité qui préfère un partenaire VIH- (24%). Quant aux raisons qui peuvent les empêcher de se marier, à-peu-près la moitié des enquêtés ne présente aucune raison. Tandis (54.6) présentent différentes raisons pouvant les empêcher de se marier. Entre autres il y a ceux qui ont peur de contaminer les autres, peur d'affaiblissement de l'organisme et ceux qui ont été dégoûtés de la vie.

Tableau 6. La vie sexuelle chez les adolescents VIH+

	Fréquence	Pourcentage
Avoir fait des rapports sexuels (n=183)		
Oui	34	19
Non	149	81
Rapports sexuels étaient volontaires (n=34)		
Oui	32	94
Non	2	6
Utilisation du condom (n=34)		
Oui	18	53
Non	16	47
Proposition d'utilisation du condom (n=18)		
Moi-même	11	61
Mon (ma) partenaire	4	22
Décision conjointe	3	17
Age au premier rapport sexuel (n=34)		
≤ 6 ans	5	15
7-13 ans	5	15
14-19 ans	24	70
Age du partenaire sexuel (n=34)		
10 ans de plus que vous	3	9
Plus de 5 ans	6	18
Moins de 5 ans	5	15
même âge que vous	15	44
Moins âgé que vous	3	9
Avoir un(e) copain ou copine (n=183)		
Oui	71	39
Non	112	61
Envie de se marier (n=183)		
Oui	171	93
Non	12	7
Partenaire préféré(n=171)		
Partenaire VIH-	41	24
Partenaire VIH+	130	76
Raison pouvant empêcher de se marier (n=183)		
Ceux qui ont une raison	100	54.6
Aucune raison	83	45.4

3.1.2. ANALYSE BIVARIEE

3.1.2.1. Rapports sexuels et facteurs sociodémographiques

Les résultats du tableau 7 nous montrent que l'âge a une influence statistiquement très significative sur le fait d'avoir fait des rapports sexuels avec un P. value de 0.000. Parmi ceux qui ont fait des rapports sexuels, plus de la moitié se trouve dans la 2eme tranche d'âge (16-19 ans). Le niveau d'études a aussi une influence significative, la majorité a un niveau secondaire et plus. Tandis que pour la religion la relation n'est pas très significative, la proportion est presque égale chez les catholiques que chez les protestants+adventistes.

Tableau 7 Avoir fait des rapports sexuels en fonction des facteurs sociodémographiques

Facteurs socio-demographiques	avoir fait des rapports sexuels		Chi2	P.Value
	Non	Oui		
Sexe			0.567	0.451
Masculin	72(83.7%)	14(16.3%)		
Feminine	77(79.4%)	20(20.6%)		
âge			21.642	0.000***
13-15 ans	92(93.9%)	6(6.1%)		
16-19 ans	57(67.1%)	28(32.9%)		
Niveau d'etudes			6.700	0.010*
Primaire et moins	76(89.4%)	9(10.6%)		
secondaire et plus	73(74.5%)	25(25.5%)		
Religion			3.530	0.317
Catholique	74(85.1%)	13(14.9%)		
protestant + adventiste	49(76.6%)	15(23.4%)		
Musulman	14(73.7%)	5(26.3%)		
Pas de religion et autres	12(92.3%)	1(7.7%)		

3.1.2.2. Rapports sexuels et facteurs socio-économiques.

D'après les résultats du tableau ci-dessous, nous remarquons que le statut familial de l'enfant a une influence statistiquement très significative d'où la majorité des enquêtés qui ont fait des rapports sexuels sont des orphelins. En outre, la personne qui est en charge de l'enfant joue aussi une influence significative, la majorité de ceux qui ont fait des rapports sexuels ne vit pas au moins avec un parent. Nous avons trouvé également que chez la profession des parents/tuteurs il y a une relation significative avec un P. Value de 0.010.

Tableau 8 Avoir fait des rapports sexuels en fonction des facteurs socio-économiques.

Facteurs socio-économiques	Avoir fait des rapports sexuels		Chi2	P.Value
	Non	Oui		
Statut familial			10.360	0.001**
Avoir au moins un parent	85(90.4%)	9(9.6%)		
Pas de parent	64(71.9%)	25(28.1%)		
Personne en charge de l'enfant			8.648	0.013*
vit avec au moins un parent	81(90.0%)	9(10.0%)		
vit avec sœurs/frères, grand-mère, tante/oncle	58(73.4%)	21(26.6%)		
Orphelinat, camarades et autres	10(71.4%)	4(28.6%)		
Profession des parents/tuteurs			6.682	0.010*
avoir n'importe quel travail	101(87.1%)	15(12.9%)		
pas de travail	48(71.6%)	19(28.4%)		

3.1.2.3. Rapports sexuels en fonction de connaissances et attitudes envers le VIH

En observant les résultats ci-après, nous constatons que le niveau de connaissance en matière du VIH en ce qui concerne la prévention il n'y a pas de relation avec le fait d'avoir fait de rapports sexuels. Tandis que pour la connaissance de se protéger contre la coïnfection, il ya une relation très significative dont le P. value est de 0.007, la majorité de ceux qui ont fait des rapports sexuels ont une connaissance inférieure à 60%. Avoir un copain ou copine joue une influence statistiquement très significative sur le fait d'avoir fait des rapports sexuels.

Tableau 9 Avoir fait des rapports sexuels en fonction de connaissances et attitudes envers le VIH

Connaissance et attitudes envers le VIH	avoir fait des rapports sexuels		Chi2	P.Value
	Non	Oui		
Connaissance prévention			3.733	0.053
<80%	78(76.5)	24(23.5%)		
=>80%	71(87.7%)	10(12.3%)		
Connaissance se protéger contre la coïnfection			7.153	0.007**
<60%	86(75.4%)	28(24.6%)		
=>60%	63(91.3%)	6(8.7%)		
connaissance protéger les autres			0.030	0.863
<80%	16(80.0%)	4(20.0%)		
=>80%	133(81.6%)	30(18.4%)		
les raisons pouvant empêcher de se marier			0.363	0.547
ceux qui ont une raison	83(83.0%)	17(17.0%)		
Aucune raison	66(79.5%)	17(20.5%)		
Avoir un copain/copine			7.053	0.008**
Oui	51(71.8%)	20(28.2%)		
Non	98(87.5%)	14(12.5%)		

3.1.3. ANALYSE MULTIVARIEE

Après l'analyse des facteurs prédictifs d'avoir fait des rapports sexuels chez les jeunes VIH positifs, les résultats du tableau10 décrivent les résultats des deux modèles de régression logistique d'estimation des facteurs influençant le fait d'avoir eu des rapports sexuels chez les jeunes adolescents vivant avec le VIH.

Dans le premier modèle nous avons inclus tous les variables explicatives sans condition et dans le deuxième modèle nous avons utilisé le « step wise » approche en ne retenant que les facteurs qui étaient significatifs à 5%. Nous interprétons les résultats du deuxième modèle.

Les jeunes VIH+ qui ont des parents sans travail ont deux fois plus la chance de faire des rapports sexuels que ceux qui ont des parents employés. Aussi, après avoir contrôlé les autres variables, les répondants âgés de 16-19 ans ont 7 fois plus de chance d'avoir fait des rapports sexuels que ceux ayant entre 13 et 15 ans.

Tableau 10. Facteurs prédictifs d'avoir fait des rapports sexuels chez les jeunes VIH positifs

VARIABLES	Model 1 : Tous les variables			Model 2 : Step wise (5% probabilité d'enlever)		
	odds ratio	95% Confid.Inter.	p value	odds ratio	95% Confid.Inter.	p value
Connaissance sur prévention (> 80% comparé à =< 80%)	0.541	(0.200 - 1.467)	0.227			
Connaissance se protéger contre la coinfection (> 60% comparé à =< 60%)	0.429	(0.134 - 1.370)	0.153			
Connaissance protéger les autres (> 80% comparé à =< 80%)	2.233	(0.545 - 9.148)	0.264			
Niveau d'études (secondaire et plus comparé à primaire et moins)	0.402	(0.111 - 1.453)	0.165			
Religion/protestant + adventiste (catholique = référence)	2.447*	(0.888 - 6.742)	0.0837			
Religion/Musulman (catholique = référence)	3.158	(0.798 - 12.488)	0.101			
Religion/Pas de religion et autres (catholique = référence)	0.424	(0.0430 - 4.1820)	0.462			
profession des parents/tuteurs (avoir au moins un travail comparé à pas de travail)	2.202	(0.815 - 5.949)	0.119	2.540**	(1.130 - 5.708)	0.0241
les raisons pouvant empêcher de se marier (pas de raison comparé à ceux qui ont au moins une raison)	0.573	(0.225 - 1.456)	0.242			
Personne en charge de l'enfant (un membre de famille comparé à ceux qui ont au moins un parent)	1.195	(0.438 - 3.261)	0.728			
personne en charge de l'enfant (orphelinat comparé à ceux qui ont au moins un parent)	1.372	(0.597 - 3.153)	0.457			
Age (16-19 ans comparé à 13-15 ans)	10.71***	(2.734 - 41.935)	0.000665	7.347***	(2.835 - 19.036)	0.000
Sexe (fille comparé aux garçons)	1.171	(0.473 - 2.897)	0.733			
avoir un copain (oui comparé à non)	1.403	(0.514 - 3.829)	0.508			
Observations	183			183		

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1 95% CI in parenthesis

3.2. ANALYSE QUALITATIVE

Pour compléter les résultats et les tendances issues des données quantitatives de notre étude, nous avons menée des entretiens approfondies auprès de 14 adolescents VIH+, dont 7 filles et 7 garçons. Les entretiens approfondis avec ces adolescents étaient essentiellement centrés sur quatre thèmes : La santé reproductive chez les adolescents HIV+, les perceptions sur le copinage chez les adolescents HIV+, et leurs perspectives dans l'avenir. Ci-après, nous revenons sur les principaux résultats qui sont ressortis de nos entretiens avec ces jeunes adolescents VIH+.

3.2.1. Connaissances sur la santé sexuelle et reproductive chez les adolescents HIV+.

Dans l'ensemble, les adolescents VIH+ ont déclaré qu'ils croient que leur santé sexuelle et reproductive évolue et fonctionne exactement comme celle des adolescents non infectée par le VIH. De même, à travers nos entretiens, nous avons remarqué que les adolescents VIH+ ont de bonnes connaissances sur la santé sexuelle et reproductive. En effet, la plupart des adolescents sont capables de distinguer la santé sexuelle et reproductive des rapports sexuels ; et de citer les bonnes pratiques qui peuvent aider la personne à préserver sa santé sexuelle et reproductive, qu'elle soit VIH+ ou VIH-.

Cependant, compte tenu de leur situation d'avoir été infectée par le VIH, les jeunes VIH+ éprouvent un sentiment de frustration quand il s'agit d'exprimer leurs perceptions par rapport à l'épanouissement de leur santé sexuelle et reproductive. En fait, ils ont affirmé qu'il leur arrive de se sentir moins préoccupés par l'épanouissement de leur santé sexuelle et reproductive parce qu'ils pensent qu'ils n'auront pas un bon avenir comme les autres jeunes VIH-.

Cette attitude apparaît dans ces propos d'un garçon âgé de 19 ans : *« C'est très difficile pour nous parce qu'il est rare que croyions en notre avenir. C'est la raison pour laquelle nous ne nous en soucions pas. Et d'ailleurs, on nous donne moins d'informations là-dessus ».*

3.2.2. Perceptions sur le copinage des adolescents

3.2.2.1. Attitudes/perceptions vis-à-vis du copinage

Dans un premier temps, les adolescents VIH+ affirment qu'ils ont besoin de vivre l'aventure de copinage comme tout le monde. Telle est la position de plusieurs adolescents VIH+ avec qui nous sommes entretenus. Garçon âgé de 19 ans « *Le Copinage, c'est nécessaire. Tu ne peux pas t'en passer ; chaque personne doit avoir des amis* ». Fille âgée de 13 ans) « *Pour moi, le copinage ça ne fait rien. Il faut laisser les jeunes s'épanouir* ».

Dans le même ordre d'idée, nous avons trouvé qu'il y avait des adolescents VIH+ qui sont convaincus que le copinage chez les jeunes pourrait tendre vers les rapports sexuels et/ou évoluer et tendre vers le mariage. Cette position est lisible dans ces commentaires émis par ces adolescents :

Garçon âgé de 13 ans : « *Pour moi, aimer ou avoir un copain/copine signifie s'aimer entre vous jusqu'à ce que vous ayez des rapports sexuels ou que vous vous mariez* ». Fille âgée de 19 ans « *Pour moi, les jeunes pensent que le copinage signifie avoir des rapports sexuels. Et même quand vous discutez avec la plupart d'entre eux, tu sens que votre amour ou copinage ne durera pas si vous ne cédez pas aux rapports sexuels* ».

Les adolescents VIH+ sont aussi conscients des déceptions et des dangers qui peuvent surgir dans le copinage. Ils ont également évoqué la tendance actuelle au copinage transgénérationnel, où l'on trouve les personnes âgées qui cherchent à séduire les jeunes adolescents et ainsi les entraîner dans des rapports sexuels précoces. Garçon âgé de 15 ans : « *Souvent, on constate beaucoup de déceptions, la fille ou le garçon ne veut pas rester fidèle et attaché à son copain ou à sa copine. Cela arrive surtout quand les deux sont pauvres ou n'ont pas d'argent* ». Fille âgée de 14 ans : « *Dans ces derniers temps, je connais des jeunes de mon âge qui ont des copains plus âgés, et ces derniers trompent les premiers au point de les entraîner dans des rapports sexuels* ».

3.2.2.2. Les défis de copinage pour les adolescents HIV+

Nos entretiens avec les participants ont aussi ressorti un certain nombre de défis auxquels les jeunes VIH+ sont confrontés dans leurs aventures de copinage. Dans un premier temps, les jeunes VIH+ reconnaissent que leur copinage est en quelques sortes très limité dans la mesure où ils éprouvent beaucoup de peines lorsqu'ils tentent d'entretenir une aventure de copinage avec un autre jeune qui n'est pas VIH+. En d'autres termes, leur copinage est limité à cause du fait qu'ils sont VIH+. Fille âgée de 16 ans : *«Le copinage n'est pas assez fréquent chez les jeunes VIH+ comme c'est le cas chez les jeunes VIH-. Ces premiers n'aiment pas s'aventurer dans le copinage alors que ces derniers ont beaucoup de copains».*

Par ailleurs, les jeunes VIH+ préfèrent entretenir les relations de copinage entre eux plutôt que d'être copain ou copine avec quelqu'un d'autre qui n'est pas lui aussi VIH+. Cette préférence est en grande partie dictée par la peur d'être rejeté par les copains non VIH+ une fois qu'on aura appris que l'autre copain vit avec le VIH. Cela étant, on sent chez ces jeunes VIH+ un sentiment de frustration et de stigmatisation. Garçon âgé de 18 ans : *« C'est souvent difficile pour nous les jeunes VIH+. De fois, on sent qu'on aimerait bien être copain ou copine avec un autre jeune VIH-, mais la révélation de notre statut sérologique freine tout. Notre premier obstacle dans le copinage avec les jeunes VIH- est que nous nous gardons de révéler notre état de santé à nos copains VIH-, et cela constitue un lourd fardeau pour nous. A vrai dire, ce n'est pas une chose facile pour nous de dire à nos copains VIH- toute la vérité sur notre statut sérologique».*

Fille âgée de 14 ans : *«Le plus grand obstacle pour moi est qu'on ne peut même pas souvent donner baiser à son ami VIH- de peur de l'infecter. Et il arrive même que ton copain ou copine vient te faire un baiser comme tout le monde le fait et toi tu lui donnes juste la main et il/elle commence à se faire des interrogations sur tes réactions. Et lorsqu'il/elle se lamente en disant tu lui refuse souvent des bisous et que l'un de tes amis qui te connais très bien lui explique pourquoi tu as l'habitude de lui refuser des bisous, il t'abandonne directement de peur que tu ne l'infecte pas. Quand vous êtes copain/copine avec quelqu'un d'autres qui n'est pas VIH+ comme vous, vous ne vous sentez pas libre et épanoui ».*

Garçon âgé de 13 ans : *« Avoir des copains VIH+ ? Nous en avons mais le fait de vivre avec le VIH nous restreint dans nos copinages parce qu'on craint que tôt ou tard ton copain ou ta copine saura la vérité sur ton état de santé ».*

En plus des sentiments de frustration et d'inquiétude éprouvés par les interviewés lorsqu'il s'agit de nouer des relations de copinages avec leurs amis VIH-, les adolescents VIH+ affichent un sentiment de déception ou de désintérêt en ce qui a trait aux relations amoureuses et de copinage. Garçon âgé de 17 ans : *« Quand on est conscient qu'on souffre du VIH, on est souvent poussé à penser qu'on ne se mariera pas. L'obstacle majeur pour les jeunes VIH+ est qu'ils craignent de prendre correctement les antirétroviraux à cause de leur quantité, et ils les abandonnent en se disant qu'ils les prendront demain ou après-demain, d'où ils finissent par tomber malade. L'autre obstacle est qu'un jeune VIH+ peut complètement refuser de prendre les médicaments en pensant qu'il ne sert à rien de prendre les antirétroviraux puisqu'il ne sera jamais guéri, qu'il ne se mariera pas, et qu'il ne lui reste qu'à attendre la mort ».*

Fille âgée de 18 ans : *« Quand tu sais que tu es VIH+ et qu'une personne VIH- te demande l'amour ou le copinage tu commences à penser à ce qui t'arrivera au moment où il découvrira que tu es VIH+ et tu te décourages immédiatement. Ce n'est pas facile de vivre en société compte tenu du risque de stigmatisation. Nous ne révélons pas notre statut sérologique à n'importe qui, sauf à nos amis intimes ».*

3.2.3. Les perspectives dans l'avenir

Malgré l'état de santé et les difficultés rencontrées dans les rapports de copinage et d'amour avec les jeunes VIH-, les adolescents VIH+ ne désespèrent pas complètement. La plupart d'entre eux ont en tête des plans pour l'avenir. L'un des projets auxquels ces adolescents tiennent beaucoup ce sont les études. Ces jeunes nous ont dit qu'ils ont besoin de poursuivre les études, ce qui leur permettra de mieux préparer leur avenir, de se prendre en charge et de prendre en charge les autres. D'autres jeunes envisagent de se marier et de fonder des foyers. Il y en a également qui entendent combattre l'auto-stigmatisation. Fille âgée de 16 ans : *« Mon plan pour l'avenir est de poursuivre mes études. Après, je pourrai m'engager dans l'enseignement ou dans le commerce ».* Garçon âgé de 18 ans) : *« Le plan pour mon avenir est de terminer les études d'abord. Après, je verrai comment mettre*

en pratiques ce que j'aurai appris en classe, et ce pour venir en aide à ma famille et à mon pays. Dans mon avenir, j'envisage aussi de travailler pour ma patrie et de venir en aide aux enfants qui vivent avec le VIH ainsi que les autres orphelins ». Fille âgée de 14 ans : «Pour moi, ce qui compte c'est de poursuivre mes études sans me soucier du fait que je suis infectée par le VIH. Dès que j'aurai fini mes études, je chercherai un emploi pour gagner de l'argent ; lorsque tu as de l'argent, tu vis bien et personne ne peut penser que tu es VIH+. Je ne me soucierai jamais de mon infection par le VIH ».

3.2.4. Les besoins ressentis par les jeunes

Dans l'ensemble, les jeunes VIH+ ont plusieurs besoins mais les plus essentiels sont : le besoin d'avoir les moyens suffisants leur permettant de poursuivre et de terminer leurs études, les conseils et les informations sur leur santé sexuelle et reproductive, et le besoin d'avoir un copain intime à qui on peut raconter tous ses secrets. Un garçon âgé de 13 ans : *«Ce dont j'ai besoin pour le moment c'est de trouver quelqu'un qui peut prendre en charge les frais de scolarité jusqu'à la fin de mes études »*. Un garçon âgé 19 ans : *«Ce que je demande à l'Etat ou à tout autre bienfaiteur c'est de m'aider de façon à me rendre capable de prendre en charge moi-même »*. Une fille âgée de 19 ans *«Nous avons besoin d'améliorer nos connaissances sur la santé sexuelle et reproductive »*. Un garçon âgé de 17 ans *«Il faut avoir un copain intime qui puisse de donner des conseils, et à qui tu peux raconter tes propres secrets que tu ne pourrais pas divulguer à n'importe qui »*.

3.2.5. Perceptions sur le mariage

Les avis des jeunes VIH+ sur le mariage sont partagés. La plupart trouve le mariage comme une bonne chose mais certains trouvent que le mariage ne leur sera pas facile, surtout à cause de leur statut sérologique. Garçon âgé de 13 ans : *«Le mariage c'est bon, et moi aussi je me marierai. Mais l'obstacle dans tout ça est que ton fiancé peut refuser de te marier une fois qu'il découvre ton statut sérologique »*. Garçon âgé de 19 ans : *«Les bienfaits du mariage? C'est de l'espoir qu'on trouve dans le fait d'avoir la famille et tes enfants. Mais le problème majeur c'est la personne à laquelle vous voulez vous marier parce que vous ne lui dites pas directement que vous êtes VIH+. Une autre difficulté pour le mariage, c'est peut-être la pauvreté »*.

Fille âgée de 15 ans : *«C'est bon de se marier parce que tu deviens heureux quand tu as des enfants. C'est bon d'avoir des enfants et le mari avec qui vous vivrez à jamais »*. Fille âgée de 18 ans : *«Quand tu penses que tu peux donner naissance à un enfant infecté et que tu peux mourir sans l'avoir élevé, tu te sens moins intéressé par le mariage. Alors on se dit a quoi bon de se marier si l'on est VIH+»*.

3.2.6. Conseils aux autres jeunes VIH+

Les participants ont aussi prodigué des conseils à leurs pairs. En général, ils ont conseillé à leurs pairs d'éviter de mauvais compagnons, de privilégier le copinage/mariage/amitié entre eux, de continuer à prendre correctement les médicaments et de suivre scrupuleusement les conseils des prestataires des soins. Garçon âgé de 14 ans : *«Il faut continuer d'éviter de mauvais compagnons. Et quand tu vas penser à te marier, il faudrait que tu choisisses une personne qui est aussi VIH+. Il faut aussi se respecter mutuellement. C'est aussi important de révéler de statut à son copain/copine avant d'arriver au point de se marier»*. Garçon âgé de 17 ans : *«Je leur conseillerais de discuter d'abord avec le médecin avant de planifier le mariage. Deuxièmement, il faut aussi vérifier si tu es financièrement capable de te marier. Et si tu penses à te marier a une femme/homme qui est aussi VIH+, et il faut aussi continuer à prendre les médicaments correctement »*. Fille âgé de 17 ans : *«Au moment tu penses à te marier, tu dois être prudent et éviter de penser que tu pourrais mourir sans élever ton enfant. Il faut aussi utiliser le préservatif, planifier les naissances et suivre les conseils des prestataires des soins »*.

IV. DISCUSSION DES RESULTATS

4.1. Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

Au total, notre étude a concerné 197 adolescents VIH+ suivis à la Clinique du TRAC *Plus* dont 183 pour la partie quantitative et 14 adolescents pour la partie qualitative. Des caractéristiques sociodémographiques de nos enquêtés, on retiendra surtout un taux de scolarisation très élevé. En effet, plus de 94% des enquêtés fréquentent l'école, dont 44% qui fréquentent l'école primaire contre 51% qui fréquentent l'école secondaire et plus. Ces taux élevés de scolarisation s'expliquent par la politique mise en place par le Gouvernement du Rwanda où l'on promeut l'éducation pour tous et la gratuite des frais de scolarité de l'enseignement de base jusqu'à neuf ans.

S'agissant du statut familial, nous avons constaté qu'environ un sur deux enquêtés (48.6%) est orphelin de père et de mère alors que seulement 13% ont les deux parents. Compte tenu du fait que la plupart de ces enfants sont nés des parents VIH+ et qu'ils ont probablement été infectés par leurs mères, il y a lieu de supposer que leurs parents sont morts du SIDA.

Par ailleurs, les résultats montrent aussi que les orphelins de père (31%) sont plus nombreux que les orphelins de mère (8%). Cette différence s'explique par le fait que les hommes sont biologiquement plus vulnérables que les femmes à la mortalité.

Pour ce qui est des attitudes vis-à-vis de leur statut sérologique, les jeunes VIH+ auprès desquels nous avons mené notre enquête affichent un sentiment de sérénité et ne se montrent pas affaiblis par le fait de vivre avec le VIH. En effet presque neuf sur 10 jeunes enquêtés ont déclaré qu'ils se sentent à l'aise dans leurs rapports avec les autres personnes non infectées par le VIH. De même, il convient de signaler que presque un jeune sur deux a déjà révélé son statut sérologique et que plus d'un jeune sur deux a révélé son statut à un ami en dehors des membres de sa famille.

Au sujet de la vie sexuelle chez les adolescents enquêtés, un sur cinq jeunes a déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels, et plus de 9 sur dix jeunes ont affirmé que ces rapports sexuels qu'ils ont eus étaient volontaires. Compte tenu de leur âge au premier rapport sexuel, on se rend compte que les jeunes VIH+ commencent les rapports sexuels au très bas âge et que, par là, ils éprouvent les

mêmes besoins sexuels que les autres jeunes VIH-. En effet, il faut noter que presque la moitié de ceux qui ont eu des rapports sexuels (44%) l'ont fait avec des partenaires du même âge. Ici, il faut aussi souligner que la proportion de ceux qui ont utilisé le condom lors de leurs premiers rapports sexuels est très faible compte tenu du risque de transmission de l'infection du VIH.

Dans le même ordre d'idée, 39% des jeunes enquêtés ont affirmé entretenir des relations de copinage et plus de 9 sur 10 jeunes ont l'intention et l'envie de se marier. Cela confirme aussi l'attitude affichée chez ces jeunes pour un bon avenir. En fait, environ un sur deux jeunes enquêtés affirme qu'il n'y a aucune raison qui puisse l'empêcher de se marier, mais trois sur quatre participants préférerait se marier à un partenaire du même statut sérologique.

Toutefois, le niveau d'utilisation du condom (51%) constaté dans notre étude est légèrement supérieur à celui reporté dans les études BSS 2000 et 2006 auprès des jeunes au Rwanda. Dans les deux études, la proportion de ceux qui avaient utilisé le condom lors du dernier rapport sexuel avait évolué de 11 à 24% chez les filles, et de 20% à 41% chez les garçons en 2006.

4.2. Facteurs associés aux rapports sexuel chez les adolescents VIH+

L'âge (P. valeur 0.000), le Statut familial (P. valeur 0.001), niveau d'études (0.010), la personne en charge de l'enfant (P. Value 0.013), la profession des parents ou tuteur (P. Value 0.010), et la connaissance des moyens de se protéger contre la coïnfection (P. valeur 0.007) sont les facteurs qui se sont révélés significativement associés au fait d'avoir des rapports sexuels chez les adolescents VIH+ dans l'analyse bi variée. Après le contrôle de tous les facteurs prédictifs d'avoir fait des rapports sexuels chez les adolescents VIH+ par l'analyse multi variée, l'âge (P.valeur 0.000) et la profession des parents /tuteurs (P.value 0.0241) restent à avoir une influence significative.

Dans un premier temps, le nombre de ceux qui ont eu des rapports sexuels accroit en fonction de l'âge. En effet, la grande majorité des jeunes qui déclarés avoir eu des rapports sexuels ont entre 16 et 19 ans. Cela n'est pas étonnant dans la mesure où l'âge de ces derniers est l'âge où la personne commence à devenir sexuellement active.

Pour ce qui est du statut familial des adolescents enquêtés, nous avons constaté que la proportion de ceux qui ont déclaré avoir eu des rapports sexuels est presque trois fois supérieur chez les adolescents qui n'ont aucun parents que chez les adolescents qui ont au moins un parents. Nous pensons que cet état de chose pourrait être associé au manque d'éducation ou de suivi des parents ainsi que la pauvreté due à la situation d'orphelin.

Par ailleurs, le niveau de connaissance des moyens de se protéger contre la coïnfection semble aussi jouer un rôle dans la pratique des rapports sexuels. Apparemment, plus un jeune adolescent a moins de connaissances sur les moyens de se protéger contre la coïnfection plus il a tendance à faire des rapports sexuels.

4.3. La santé sexuelle et reproductive

Au cours des entretiens approfondis, nous avons trouvé qu'en général, les adolescents VIH+ ont de bonnes connaissances en matière de la santé sexuelle et reproductive. Ils ont déclaré qu'ils croient que leur santé sexuelle et reproductive évolue et fonctionne exactement comme celle des adolescents non infectés par le VIH. Ceci concorde avec les résultats d'une autre étude menée en Ouganda, qui stipule que les personnes vivant avec le VIH ont les mêmes droits que toute autre personne et donc ont des droits en matière de santé sexuelle et reproductive mais en plus ils ont des besoins sexuels au même titre que les personnes VIH-.

Par ailleurs, nous avons également constatée que le vécu des adolescents VIH+ en matière de la santé sexuelle et reproductive est souvent entaché par sentiments de frustration, d'inquiétude et de désespoir lorsqu'il s'agit de nouer les relations de copinage avec les adolescents VIH-. En effet, par contrainte de garder le secret de leur séropositivité et la peur de stigma, nos enquêtés ont déclaré qu'ils sont inconfortables quand ils sont en relation de copinage avec les copains VIH-. On suppose que c'est cette situation de frustration et d'inquiétude qui pousse les adolescents VIH+ à privilégier le copinage entre leurs pairs VIH+.

La combinaison de la méthode quantitative et qualitative nous a permis de mieux approfondir les connaissances sur les perceptions des adolescents VIH+ en matière de la santé sexuelle et reproductive. Les résultats quantitatives nous révèlent que la majorité des enquêtés ont un envie de se marier (93%), les entretiens approfondis nous ont montré aussi que certains des jeunes VIH+ éprouvent un sentiment de désespoir quand il s'agit d'exprimer leurs perceptions par rapport à l'épanouissement de leur santé sexuelle et reproductive. En fait, ils ont affirmé qu'il leur arrive de se sentir moins préoccupés par l'épanouissement de leur santé sexuelle et reproductive parce qu'ils pensent qu'ils n'auront pas un bon avenir comme les autres jeunes VIH-. Cela étant, bien que beaucoup de ces jeunes trouvent le mariage comme une bonne chose, certains trouvent que le mariage ne leur sera pas facile, surtout à cause de leur statut sérologique. Les données quantitatives nous montrent que 89% des enquêtés se sentent à l'aise envers leurs camarades VIH-; suite aux entretiens approfondis, certains de ces jeunes VIH+ reconnaissent que leur copinage est en quelques sortes très limité à cause de leur état de santé.

Les résultats de notre étude ont fourni une meilleure compréhension des problèmes de santé sexuelle et reproductive des adolescents infectés par le VIH. Cette étude confirme qu'il existe d'importants problèmes sur les besoins en santé sexuelle et reproductive des jeunes VIH+. Cela nous permet donc une base concrète pour susciter des discussions sur la façon dont les programmes existants pourraient être renforcés pour permettre aux jeunes VIH+ de pouvoir vivre pleinement leur vie sexuelle et reproductive sans compromettre leur santé et celle des autres.

V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

5.1. Conclusion

En guise de conclusion, notre étude a répondu aux objectifs qu'elle s'était assignés. Nous avons identifié les différents problèmes que rencontrent les adolescents VIH+, évalué leurs perceptions en matière de la santé sexuelle et reproductive ; ainsi que les facteurs qui peuvent influencer les comportements sexuels à haut risque chez les adolescents VIH+.

Les données de notre étude ont montré que les adolescents VIH+ ont des connaissances suffisantes en matière de la santé sexuelle et reproductive. Toutefois, compte tenu de leur état de santé d'avoir été infectée par le VIH, certains adolescents éprouvent un sentiment de frustration quand il s'agit d'exprimer leurs perceptions par rapport à l'épanouissement de leur santé sexuelle et reproductive. Ils ont affirmé qu'il leur arrive de se sentir moins préoccupés par l'épanouissement de leur santé sexuelle et reproductive parce qu'ils pensent qu'ils n'auront pas un bon avenir comme les autres jeunes VIH-. Les résultats nous ont montré que la majorité des enquêtés, soit 76 %, préfèrent se marier avec un partenaire VIH+.

Il y a un problème au niveau de dévoiler leur statut sérologique, compte tenu de la peur des réactions de l'autre et de conséquences de ce geste sur la relation affective ou sexuelle. Seulement 46% des enquêtés avaient déjà révélé leur statut sérologique.

En plus des sentiments de frustration et d'inquiétude éprouvés par les interviewés lorsqu'il s'agit de nouer des relations de copinages avec leurs amis VIH-, les adolescents VIH+ affichent un sentiment de déception ou de désintérêt en ce qui a trait aux relations amoureuses et de copinage.

Néanmoins, malgré les difficultés rencontrées dans les rapports de copinage et d'amour avec les jeunes VIH négatifs, les adolescents VIH+ ne désespèrent pas complètement. La plupart d'entre eux ont des plans pour l'avenir. L'un des projets auxquels ces adolescents tiennent beaucoup ce sont les études afin de mieux préparer leur avenir.

Parmi nos enquêtés, 19% ont eu des rapports sexuels. Après avoir contrôlé des facteurs prédictifs d'avoir fait des rapports sexuels chez les jeunes VIH positifs par l'analyse multi variée, nous avons constaté que les jeunes VIH+ qui ont des parents sans travail ont deux fois plus de chance de faire des rapports sexuels que ceux qui ont des parents employés. Aussi, les répondants âgés de 16-19 ans ont 7 fois plus de risque d'avoir fait des rapports sexuels que ceux qui sont âgés de 13 à 15 ans.

5.2. Recommandations :

- Renforcer les connaissances en matière de la santé sexuelle et reproductive auprès des prestataires des soins.
- Sensibiliser les adolescents VIH+ surtout ceux qui ont plus de 15 ans sur les conséquences des rapports sexuels non protégés pour eux et pour les autres ainsi que sur l'utilisation du condom.
- Soutenir et donner des conseils aux familles les plus pauvres afin d'éviter que leurs enfants tombent dans les comportements sexuels à haut risque.
- Renforcer le counseling chez les adolescents vivants avec le VIH et les groupes de soutien dans tous les FOSA
- Mener la recherche qualitative après une étude quantitative, afin de mieux enrichir les résultats quantitatifs.

VI. BIBLIOGRAPHIE

- [1] ONUSIDA. Le point sur l'épidémie de sida. (Décembre; 2009).
- [2] ONUSIDA. Le défi mondial du VIH. Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA (2008).
- [3] ONUSIDA. Situation de l'épidémie mondiale de VIH. Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA. (2008).
- [4] ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA. Résumé d'orientation : Edition spéciale 10ème anniversaire de l'ONUSIDA. (2006).
- [5] UNICEF. Enfants et SIDA. Quatrième bilan de la situation (2009).
- [6] Anonyme. <http://www.undp.org/hiv/publications/gender/adolesc.htm>. (consulté le 20/06/09).
- [7] Birungi H. Realities of adolescents perinatally infected with HIV in Uganda. (2008).
- [8] Institut National de la Statistique du Rwanda et ORC Macro. Enquête Démographique et de Santé (EDSR-III) – Rwanda 2005. (2006).
- [9] Institut National de la Statistique du Rwanda et al. Enquête sur la prestation des services de soins de santé 2007. (Rwanda; 2008).
- [10] Wibault S. Education thérapeutique de l'enfant vivant avec le VIH/SIDA, expérience de la clinique TRAC. ESTHER Luxembourg (Kigali ; 2006).
- [11] TRAC Plus. Rapport tracnet novembre. (Kigali ; 2009).
- [12] KHI. La santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents. (2005).
- [13] Anonyme. <http://fr.wikipedia.org/wiki> . (consulté le 21/06/09).
- [14] Anonyme. <http://www.france-jeunes.net/.htm> . (consulté le 15/09/09).
- [15] OMS. Les jeunes et la santé. Défi pour la société (Genève; 2003.).
- [16] TRAC. Guide de Traitement antirétroviral au Rwanda. (Kigali ; 2007).
- [17] ONUSIDA. 4ème Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA. (2004).
- [18] Anonyme. [www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_html_fr/GAR200407 fr. htm](http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_html_fr/GAR200407_fr.htm) (consulté le 05/09/09).
- [19] Anonyme. <http://www.cair.info/revue-adolescence-2005-3-p-755.htm>. (consulté le 12/09/09).
- [20] Kalambayi B. Sexualité des jeunes et comportements sexuels à risque à Kinshasa (R.D. Congo) : Université catholique de Louvain. (2007).
- [21] TRAC Plus. Rapport d'enquête "Evolution des connaissances et comportements relatifs au VIH/SIDA chez les jeunes, les professionnelles de sexe et les camionneurs du Rwanda entre 2000 et 2006 ». (Kigali; 2007).
- [22] Harriet Birungi. John Frank Mugisha al. Sexual and reproductive health needs of adolescents perinatally infected with HIV in Uganda. (Uganda July 2008).
- [23] TRAC Plus. Rapport tracnet. Kigali. (septembre, 2009).

ANNEXES