

UNIVERSITE PROTESTANTE AU CONGO

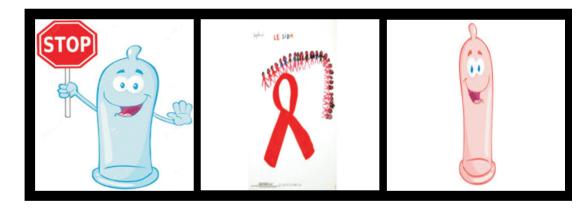
ECOLE DOCTORALE



Network of Drotestant Universities of Africa

D U D A Déseau des Universités Drotestantes d'Afrique

MARKETING SOCIAL ET COMPORTEMENTS SEXUELS A RISQUE DES ADOLESCENTS CONGOLAIS FACE AUX IST/VIH/SIDA.



Thèse présentée et soutenue pour l'obtention du grade de Docteur (Ph. D) en Administration des Affaires

Par:

MABIKA KALANGA Wivine

Diplômée d'Etudes Approfondies

Jury: Professeur MUSENGA TSHIMPANGILA (Président)

Professeur MUSANGU LUKA (Secrétaire)

Professeur JOSE MARIA MELLA (Membre)

Professeur ILASHI UNSHENGWO (Promoteur)

Professeur MUNYANGA MUKONGO (Membre)

Epigraphe

I vous parlez à vos enfants de sexe, ils essaieront. Si vous leur parlez de MST, ils sortiront et en attraperont. Aussi incroyable que cela puisse paraître, la plupart des oppositions à l'éducation sexuelle sont basées sur la supposition que l'information est nuisible. Mais la recherche dans ce domaine révèle qu'au contraire, c'est l'ignorance et la curiosité non résolue et non pas l'information qui sont nuisibles. Notre échec à dire aux enfants ce qu'ils veulent et ce qu'ils ont besoin de savoir est une des raisons pour lesquelles nous avons le plus fort taux de grossesses chez les adolescentes non mariées et le plus fort taux d'avortement de tous les pays développés dans le monde. ».

Dr. Sol Gordon

Professeur honoraire à l'Université de Syracuse, et expert en éducation sexuelle (1986).

Dédicace

Α

Mon autre moi-même Siloé Israël MUKOKO;

Mes quatre enfants, dons du ciel, Précieux, Honey, Oritia et Eben MUKOKO ;

Ma mère Marie Lucienne NDAYA WA LESA;

Mon frère Dr. Eric MABIKA ainsi que son épouse Nath MABIKA IZIA ;

Ma sœur Laetitia MABIKA,

Ma belle-mère Germaine DIVUANDILA;

Mon oncle évangéliste Claude KABUNDI WA LESA et son épouse Angel WA LESA;

Mes neveux Heredi et Merya MABIKA;

Pour tant d'amour, d'encouragements et des prières.

A vous, je dédie ce travail.

In Memoriam

n mémoire de mon héros, mon cher et aimable père, Joël Celemoth MABIKA —ma- MAKIOBO que la terre a arrachée à notre affection depuis maintenant cinq ans.

Paix à ton âme.

Remerciements

u terme de cette thèse, je tiens à remercier tous ceux, d'une manière ou d'une autre, ont contribué à sa réalisation.

Je tiens de tout cœur à exprimer ma profonde gratitude à mon comité d'encadrement, je cite les professeurs Ilashi Ushengwo (promoteur), Muanza Kabangu et Musangu Luka (membres), pour la disponibilité, les orientations, l'esprit critique et la curiosité intellectuelle qui n'ont permis d'aller vite que prévu.

Merci d'avoir cru en moi, tous vos apports chacun à son niveau, ont apporté une aide non mesurable pour la réalisation de ce travail.

Je remercie l'Université Protestante au Congo au travers de son comité de gestion et de l'Ecole Doctorale de la faculté d'Administration des Affaires et Sciences Economiques, pour le cadre et la formation doctorale de qualité mis à notre disposition.

La réalisation de cette thèse a été effective grâce au soutien financier de Pain pour le monde au travers du Réseau des Universités Protestantes d'Afrique. Merci à son Secrétaire exécutif le professeur Tagou et son équipe.

Ce travail n'aurait pu être possible sans la participation des adolescents, des parents pour les mineurs, des responsables des écoles, églises et centres des jeunes. Ces personnes que nous avons rencontrées lors de nos enquêtes de terrain à Mbandaka, Lubumbashi et Kinshasa.

Votre apport est impossible d'être quantifier, mais, j'ai la certitude que sans chacun de vous, je n'aurais jamais pu arriver à la fin de ce travail.

J'exprime envers vous tous, ma gratitude pour le temps et la disponibilité et un merci particulier aux adolescents qui ont acceptés de partager avec nous leur intimité.

Je remercie aussi les membres du comité scientifique de l'Ecole Doctorale de la FASE/UPC pour les orientations, remarques, suggestions et critiques qui ont permis d'enrichir ce travail.

Un regard particulier aux professeurs Muayila Kabibu, Kanyama Kalonda et Aliango Marachto pour des grands moments de discussions et d'orientations.

Merci aux professeurs José Maria Mella de l'Université Autonome de Madrid (Espagne) pour sa disponibilité et accompagnement lors de mon séjour rédactionnel, Miguel Ponce de l'Université d'Alcala (Espagne) pour sa contribution grandiose dans la réalisation du cadre conceptuel et l'enrichissement par les explications sur les modèles théoriques, méthodologie et modèle de marketing social, Dr. Antonio Gerbase de la Chaire Unesco France et Université Paris Diderot pour sa disponibilité dans la conception du modèle de marketing social.

Je remercie du fond du cœur mon jeune frère l'assistant Alain Mujinga pour sa contribution particulière dans la réalisation de ce travail.

Milles merci à vous tous qui avaient été là pour m'encourager, me soutenir dans ce travail combien fastidieux. Je pense en premier lieu aux couples Bijou et Papy Bonkafo, André et Betty Kawaya ainsi que Roger et Laure Kapangu. En deuxième lieu, je pense à Jolie Mbelembe, Béatrice Mugaruka, Kermelis Makaya, Thérèse Pongi, Leonin Nkongo, Luc Bondala, stephane Baule, aux collègues doctorants et à l'église évangélique la

GRACE. Un merci particulier à monsieur Prosper Kindu pour la mise en forme de ce travail.

La liste étant longue, je ne saurai remercier chacun individuellement, mais à travers ces lignes, je vous prie chacun en son titre et qualité de recevoir ma profonde gratitude.

MABIKA KALANGA Wivine

Liste des abréviations

ACMS: Association Camerounaise pour le marketing social

CAID : Cellule d'analyse des indicateurs de développement

CDV: Centre de dépistage volontaire

CNLS: Conseil national de lutte contre le Sida

CS: Centre de santé

DSCRP : Document de stratégie de croissance et de réduction de

la pauvreté

DSCRP2 : Document de stratégie et de croissance et réduction de

la pauvreté deuxième génération

HGR : Hôpitaux généraux de référence

IST: Infections sexuellement transmissibles

OMS: Organisation mondiale de la santé

PAG: Programme d'action du Gouvernement

PCA: Paquet complémentaire d'activités

PDS: Plan directeur de développement

PMSC: Programme de marketing social au Cameroun

PNS: Politique nationale de la santé

PNLS: Programme national de lutte contre le Sida

PSI: Population services international

PVVIH: Personne vivant avec le VIH

RDC: République Démocratique du Congo

ROCARE : Réseau ouest et centre africain de recherche en

éducation

SRSS: Stratégie de renforcement du système sanitaire

SIDA: Syndrome de l'immunodéficience acquise

TS: Travailleuses de sexe

UNFPA: Fonds des nations unies pour la population

ZS : Zone de santé

Liste des tableaux

Tableau I : Variables des quelques campagnes de marketing social
concernant les comportements sexuels à risque des adolescents et
jeunes face aux IST/VIH/SIDA en Afrique SubsaharienneI16
Tableau 2: Ethnies choisies et leurs attitudes face à la virginité
féminine
Tableau 3 : Répartition de l'échantillon selon le site, le sexe et
l'âge169
Tableau 4 : Quartiers sélectionnés pour l'enquête par villeI70
Tableau 5 : Taux de participation des adolescents à l'enquête175
Tableau 6 : Opérationnalisation des variables
Tableau 7: Variables et signes attendus des facteurs
socioculturels
Tableau 8: Variables et signes attendus des facteurs
socioéconomiques
Tableau 9: Variables et signes attendus des facteurs
institutionnels
Tableau I0: Variables et signes attendus des facteurs individuels
et psychologiques
Tableau II: Variables et signes attendus des variables modératrices
Tableau 12: Répartition des adolescents selon les variables
socioculturelles
Tableau 13 : Répartition des ménages des enquêtés selon la source
d'approvisionnement en eau et sites de sa provenance222
Tableau 14 : Répartition des ménages des enquêtés selon les types
de toilettes utilisées
Tableau 15 : Répartition des ménages des enquêtés en fonction de certaines caractéristiques du logement224
Tableau I6 : Répartition des ménages des enquêtés en fonction de quelques biens possédés226

Tableau 17 : Répartition des adolescents selon le niveau de vie du
ménage par province
Tableau 18: Répartition des adolescents selon l'occupation du
tuteur
Tableau 19: Répartition des adolescents selon les variables
institutionnelles230
Tableau 20: Répartition des adolescents selon les variables
individuelles et psychologiques231
Tableau 2I: Répartition des adolescents selon les variables
modératrices233
Tableau 22 : Répartition des adolescents selon les comportements
sexuels à risque234
Tableau 23: Répartition des adolescents pour les variables
quantitatives235
Tableau 24: Analyse bi-variée des variables socioculturelles et
l'âge aux premiers rapports sexuels236
Tableau 25 a : Analyse bi-variée des variables socioéconomiques /
Niveau de vie du ménage et âge aux premiers rapports sexuels238
Tableau 25 b : Analyse bi-variée des variables socioéconomiques/
Occupation du tuteur et âge aux premiers rapports sexuels239
Tableau 26 : Analyse bi-variée des variables institutionnelles et
l'âge aux premiers rapports sexuels240
Tableau 27 : Analyse bi-variée des variables individuelles comme
psychologiques et l'âge aux premiers rapports sexuels241
Tableau 28 a : Analyse bi-variée des variables socioculturelles
multinomiales et le multipartenariat sexuel/Test Kruskal-
wallis243
Tableau 28 b : Analyse bi-variée des variables socioculturelles
binaires et le multipartenariat sexuel/ Test Chi2244
Tableau 29 a : Analyse bi-variée des variables socioéconomiques et
le multipartenariat sexuel/ Test de Kruskal-wallis245

Liste des figures

Figure I : Carte de la RDC avec les 26 provinces38
Figure 2 : Cadre conceptuel de l'étude
Figure 3 : Modèle de croyances à la santé
Figure 4 : Modèle de l'action raisonnée
Figure 5 : La théorie de l'auto-efficacité
Figure 6 : théorie du comportement planifié
Figure 7: Cadre psychosocial multi-domaine du risque chez
l'adolescentIII
Figure 8 : La théorie des stades de changement
Figure 9 : La théorie de la communication pour le changement de
comportement vis-à-vis du VIH114
Figure 10 : Le modèle de la réduction des risques du Sida116
Figure II : Modèle de Processus Parallèle Etendue
Figure 12 : Modèle de Hiérarchie des effets118
Figure 13 : Théorie de l'innovation
Figure 14 : Carte de prévalence du VIH par province155
Figure 15 : Cartographie ethnique de la cuvette centrale161
Figure 16 : Cartographie ethnique de l'Ubangi162
Figure 17 : Cartographie ethnique du Kwango-Kasaï163
Figure 18 : Cartographie ethnique du Nord-Katanga
Figure 19 : Cartographie ethnique du Sud-Katanga 165
Figure 20 : Cartographie des sites de provenance des adolescents
de la ville de Kinshasa171
Figure 2I: Cartographie des sites de provenance des adolescents
de la ville de Lubumbashi
Figure 22: Cartographie des sites de provenance des adolescents
dans la ville de Mbandaka
Figure 23 : Schéma d'analyse

Figure	24:	Plan	de	Marketing	social	d'identification	des
détermi	inants	des co	mpo:	rtements sexu	uels à ris	sque	264
Figure 2	25 : T	héorie	de 1'	action planif	iée		274

Liste des images

Image I: Campagne de lutte contre le VIH/SIDA par l'ambassade des USA en Namibie (2015)89
Image 2 : UNFPA, OMS&ONUSIDA : Déclaration de position sur les préservatifs et la prévention du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles et des grossesses non désirées (2015)
Image 3 : Clément Guillet. Le Sida, mieux vaut (bien) le prévenir. Paris, 201290
Image 4: Arayaa: 5 raisons pour lever le tabou autour de la sexualité des adolescents au Bénin, 201590
Image 5: Slogan de la campagne CONDOMIZE au Togo/2015
Image 6 : Rencontres des adolescents dans un site de provenance de la commune de Kamalondo/Lubumbashi
Image 7 : Site de provenance des adolescents dans la commune de Katuba/Lubumbashi
Image 8: Site de provenance/Ecole Mwuine Ntanda/Katuba/Lubumbashi
Image 9: Arbre à problème des déterminants des comportements sexuels à risque des adolescents

Liste des encadrés et Graphique

Encadré I : Campagne sociale88
Encadré 2: Méthodes du marketing social et marketing
commercial92
Encadré 3 : Marketing social : menace du secteur commercial97
Encadré 4 : Exemple d'une campagne de marketing social du préservatif
Encadré 5 : Ecrits anthropologiques sur les mœurs sexuelles et ethnies sous étude
Graphique I : Indice de vie du ménage252

Résumé

Objectif: L'objectif de cette recherche était d'identifier les déterminants des comportements sexuels à risque chez les adolescents de 13-19 ans face aux IST/VIH/SIDA et de proposer un modèle de marketing social pour faire face à cette situation.

Méthodes et matériels : Pour la collecte des données, une méthode de recherche mixte a été utilisée, des entretiens semi-directifs et enquêtes ont été menés à Mbandaka, Lubumbashi et Kinshasa durant une période allant de février à septembre 2017.

L'échantillon est composé de 30 adolescents pour le volet qualitatif et de I.I99 pour le volet quantitatif, tous célibataires, âgés de I3 à I9 ans, appartenant aux ethnies mongo, ngbaka, hemba, lubakat, kuba et luntu.

Les adolescents étaient recrutés dans les écoles, les églises, centres des jeunes et rarement dans les bars et boites de nuit.

L'étude est basée sur une combinaison de deux modèles théoriques : de croyance à la santé (Rotenstock, 1966 ; 1974 ; Becker et al., 1984) et psychosocial multi-domaine du risque chez l'adolescent (Bruchon-Schweitzer et al., 1994).

Nous avons recouru à l'analyse du contenu pour analyser les données du volet qualitatif et multivariée pour les données quantitatives. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel STATA 14.

Résultats : Les résultats de cette étude montrent que sur (75, 48%) des adolescents étaient sexuellement actifs au moment de l'enquête, (75,40%) l'étaient de manière précoce, le multipartenariat sexuel au cours de douze derniers mois était à (55,96%) et la non-utilisation du préservatif aux derniers rapports sexuels à (54,96%).

Pour le volet qualitatif, les entretiens ont révélés les éléments suivants comme déterminants des comportements sexuels à risque des adolescents :

- Précocité des rapports sexuels : La démission des parents de leur rôle d'éducateurs numéro I, la pression d'une autorité familiale, la pression des pairs et l'influence du partenaire, la recherche des moyens de subsistances, l'offre de téléphone Android aux mineurs et manque de contrôle de leur contenu par les parents et la fréquentation des maisons closes.
- Le multipartenariat sexuel au cours de douze derniers mois : la recherche de la satisfaction sexuelle et l'acquisition de l'expérience, la permission des parents à recourir au multipartenariat et la décentralisation des tâches financières pour le partenaire.
- La non-utilisation du préservatif aux derniers rapports sexuels : la réduction du plaisir sexuel, la crainte de perdre le partenaire, la confiance au partenaire, les préjugés et dépendance financière.

Les résultats du modèle Probit et Logit ordonné (Multisex) montrent ce qui suit :

■ Précocité des rapports sexuels : fréquentation des boites de nuit, consommation de la cigarette, tuteur (mère, grandsparents et connaissances), avoir parlé de la sexualité avec le père, ethnie (mongo), religion (protestante, catholique et musulmane), survie avec le père sous le même toit, âge (17, 18, 19 ans), niveau d'instruction (primaire, secondaire et aucune), milieu de résidence (Kinshasa), occupation du tuteur (policier) influencent positivement la précocité des rapports sexuels.

Par contre les variables : âge (14, 15, 16 ans), ethnie (bena demba précisement bakuba et bakua luntu), survie avec la mère sous le même toit, avoir parlé de la sexualité avec la

mère, tuteur (père), sexe (M) influencent négativement la précocité des rapports sexuels.

• Multipartenariat sexuels au cours de douze derniers mois : ethnie (mongo, ba hemba, balubakat, bena demba spécifiquement bakuba), religion (protestante et musulmane), fréquentation des boites de nuit et consommation de la cigarette influencent positivement le multipartenariat sexuel.

Par contre les variables : sexe (M), âge (14, 15, 19 ans), ethnie (bakua luntu), occupation du tuteur (policier), avoir parlé de la sexualité avec la mère influencent négativement le recours au multipartenariat chez les adolescents.

Non-utilisation du préservatif aux derniers rapports sexuels : ethnies (toutes), religion (catholique, protestante et musulmane), tuteur (père, mère, grands-parents et connaissances), fréquentation des boîtes de nuit influencent positivement la non-utilisation du préservatif aux derniers rapports sexuels.

Par contre, les variables : sexe (M), âge (17 et 18 ans), niveau de vie du ménage, niveau d'instruction (primaire, secondaire et sans niveau), survie avec le père sous le même toit, avoir parlé de la sexualité avec la mère, avoir parlé de la sexualité avec le père, consommation de la cigarette influencent négativement la non-utilisation du préservatif aux derniers rapports sexuels.

Par ailleurs, les autres variables du modèle n'ont pas été statistiquement corrélées aux comportements sexuels à risque chez les adolescents.

Les résultats de cette étude ont aidé à la conception du modèle de marketing social nommé : Programme de prévention des IST/VIH/SIDA par les pairs, en sigle « 3XP » pour pallier à ces comportements sexuels à risque chez les adolescents.

Mots clés: Marketing social, comportements sexuels à risque, adolescent, Congolais, IST, VIH/SIDA.

INTRODUCTION GENERALE

a pandémie du VIH/SIDA est un véritable désastre humain, social et économique dont les conséquences, pour les individus, les collectivités et les pays, sont incalculables. Aucune autre maladie n'a aussi cruellement mis en lumière les disparités et les inégalités qui existent en matière d'accès aux prestations de santé, d'opportunités économiques et de protection des droits fondamentaux de la personne humaine (OMS, 2003).

Ainsi, Rinn (2002) enrichit en montrant que de tous les problèmes majeurs marquant le monde actuel (guerres, famines, conflits ethniques, etc.) le plus sérieux est le Sida et ce dernier provenant pour la plupart des cas d'un comportement malsain en matière de sexualité, lequel comportement caractérise les adolescents dans le monde.

L'Afrique est le continent qui compte un plus grand nombre de jeunes au monde. Par conséquent, elle a l'obligation de garantir un avenir meilleur à sa jeunesse par le fait qu'elle constitue le moteur de développement futur et la génération des dirigeants, travailleurs, parents, etc.

Cependant, cette jeunesse passe par une période de transition vers l'âge adulte, l'adolescence, période pendant laquelle, l'individu construit ses attitudes, valeurs et normes comportementales pouvant orienter son avenir (Guiella, 2012; UNAIDS, 2008; Yakam, 2001).

L'adolescence est aussi une période de toutes les occasions (rencontres) susceptibles d'exposer l'adolescent à plusieurs fléaux qui le conduisent à adopter, pour la plus part des cas, des comportements peu muris et souvent à risque en provenance des influences positives et négatives de la société, de la pression des pairs et aussi de la tentation à l'expérimentation (Guiella, 2012; Baxen et Breidlid, 2009; Yakam, 2001).

C'est à cette période que peut commencer l'activité sexuelle.

Pour l'organisation mondiale de la santé (OMS, 2011), l'adolescence est une étape de la vie dont la tranche d'âge se situe entre I0 et I9 ans et c'est une période de préparation à l'âge adulte au cours de laquelle ont lieu des étapes clés du développement (Guiella, 2012; UNFPA. &PRB, 2012; Bambara, 2011).

A ce stade de la vie, l'adolescent subit plusieurs transformations tant biologiques que physiologiques, lesquels changements déclenchent chez lui le développement de la maturation sexuelle (Kalambayi, 2007).

A cause de la prise de risque qui le caractérise, il peut se livrer à une sexualité débridée et tomber victime des infections sexuellement transmissibles telle que l'infection au VIH.

D'ailleurs, la sexualité des adolescents est devenue une préoccupation majeure des gouvernements, ONG, etc. parce que les comportements sexuels à risque chez les adolescents persistent malgré des nombreuses campagnes de sensibilisation.

En effet, on estime à 1,3 million le nombre d'adolescents décédés en 2015. Le Sida reste l'une des premières causes de cette mortalité selon le septième bilan concernant les enfants et le SIDA intitulé « Pour chaque enfant : mettre fin au SIDA » (Les Nations Unies en RDC, 2017).

Par ailleurs, en 2016, 2,1 millions d'adolescents âgés de 10 à 19 ans vivaient avec le VIH, soit une augmentation de 30 % par rapport à 2005. Entre 2010 et 2016, la tendance observée, eu égard aux nouveaux cas d'infection au VIH parmi les adolescents plus âgés (15 à 19 ans), allait d'une augmentation de 27 % en Europe de l'Est et en Asie centrale à une diminution de 21 % en Afrique de l'Est et australe (Unicef, 2017; OMS, 2017).

Depuis l'an 2000, on compte 5,7 millions de nouveaux cas d'infection chez les adolescents. Compte tenu d'une « explosion de la part des jeunes dans la population » en Afrique, la région la plus touchée, l'Unicef estime qu'en l'absence de mesures correctives, les nouveaux cas d'infection chez les adolescents ne cesseront de

s'accroître dans les dix prochaines années, pour culminer à 3,5 millions d'ici 2030. Les nouvelles infections à VIH parmi les adolescents pourraient augmenter de 13 % chaque année d'ici 2030 (Onusida, 2017).

Encore selon l'Unicef (2017), dans les deux prochaines années, si les nouveaux cas d'infection continuent à augmenter au même rythme, le nombre d'adolescentes et de jeunes femmes séropositives s'élèvera à 320.000 d'ici 2030, par rapport aux 100.000 envisagés par l'initiative Accélérer la riposte.

En 2016, seuls 41 pays ont fourni des données ventilées sur le traitement des adolescents, dans ces pay. Le taux médian d'infection était faible et ne s'élevait qu'à 36 % (Unicef, 2017).

Depuis 2010, les décès liés au sida parmi les adolescents n'ont diminué que de 5 %, tandis qu'ils ont été réduits de moitié chez les enfants (UNICEF, 2017).

Les jeunes filles représentent 65% des nouvelles infections chez les adolescents dans le monde et en Afrique subsaharienne 3 adolescents sur 4 nouvellement infectés par le sida en 2015 étaient des filles, précise l'Unicef (2017).

De la même source, une enquête réalisée par l'agence onusienne auprès de 52.000 jeunes dans I6 pays du monde a révélé que 68% des personnes interrogées ne voulaient pas faire le test du sida de crainte d'un résultat positif et de crainte d'être stigmatisées.

De tout ce qui précède, soulignons qu'au plan mondial, on enregistre, chaque année, 49 naissances pour 1000 jeunes filles âgées de 15 à 19 ans (OMS, 2016). Or, environ une personne sur 6 dans le monde est un adolescent. Autrement dit, on compte 1,2 milliard de jeunes entre 10 et 19 ans.

Ces statistiques revèlent et légitiment l'intérêt que suscite, aujourd'hui, le marketing social pour la santé. Son but est de sensibiliser les individus pour prévenir l'adoption des

comportements nocifs (tels que le tabagisme, l'usage de la drogue, l'alcool au volant, les rapports sexuels non protégés, la maternité précoce, etc.) mais aussi de changer ces comportements là où ils ont déjà été adoptés (Ilaria Dell'Acqua, 2013).

Toute fois même si elles sont limitées, les données disponibles sur les adolescents révèlent des tendances inquiétantes en ce qui concerne l'accès au traitement et les décès liés au sida

Malgré des grands progrès dans la lutte contre le SIDA à l'échelle mondiale, malheur est de constater que la lutte est encore loin d'être terminée, en particulier, en ce qui concerne les enfants et les adolescents. Car a déclaré Anthony Lake, Directeur Général de l'Unicef : « Toutes les deux minutes, un nouvel adolescent, le plus souvent une jeune fille, est infecté par le VIH. Si nous voulons en finir avec le SIDA, nous devons redonner à cette bataille toute l'urgence qu'elle mérite et redoubler nos efforts pour venir en aide à chaque enfant et adolescent. »

Notre travail est motivé par cet appel à redonner l'urgence à la bataille contre le Sida et à l'aide à apporter aux enfants et aux adolescents. Par ailleurs, il touche à l'intime de l'homme, lequel intime rend le Sida tabou par le fait que dans nos sociétés, surtout africaines, il n'est pas facile de parler du sexe et, surtout encore d'en parler avec les adolescents.

Ainsi, il nous incombe de faire du marketing social. Celuici recourt aux principes et techniques du marketing dans le but d'amener un public à accepter, rejeter, modifier ou délaisser volontairement un comportement dans son intérêt, dans l'intérêt d'un groupe ou dans l'intérêt de l'ensemble de la société (Gallopel-Morvan, 2003).

Il est d'un grand apport pour plusieurs raisons. L'on peut citer :

Le marketing social vise à influencer un public-cible afin qu'il accepte, rejette, modifie ou abandonne volontairement un comportement bénéficiant à un

individu, à un groupe ou à la société dans son ensemble (Kotler et al. 2002). De ce fait, il se fonde sur le principe qu'un public cible a la capacité de prendre des décisions et de faire de choix .Il ne s'agit pas d'étudiants à éduquer ou de récalcitrants à corriger. Ainsi, le marketing social corrige l'idée de paternalisme selon laquelle les experts savent ce qui est mieux et ont la légitimité pour dire aux gens comment se comporter.

Autrement dit, il préconise une approche centrée sur le public cible. Il cherche à cerner le profil de chaque public cible (ses besoins, ses attentes, son milieu de vie, ses habitudes médiatiques, ses perceptions et les obstacles à l'adoption de certains comportements) afin de comprendre ce qu'il veut avant de pouvoir lui fournir le soutien dont il a besoin.

- ➤ Il s'ensuit une augmentation des programmes ayant pour objectif un changement de comportement du segment choisi.
- Le marketing social permet de donner aux praticiens un cadre d'action pour résoudre les problèmes sociaux et changer les comportements (Gallopel, 2003).

Nous avons ciblé les adolescents dans notre thèse, car l'adolescence est l'âge de toutes les possibilités, lesquelles possibilités peuvent amener toute sorte de perversités et voir à la mort.

En effet, à ce moment de la vie, des grands changements s'opèrent : le développement de l'identité sexuelle, la solidification des liens d'amitié, la tendance à goûter aux boissons alcoolisées, à la cigarette voir aux drogues.

Par ailleurs, la sexualité transcende les différences religieuses, raciales et culturelles. Elle est, quels que soient la couleur de la peau, le sexe, le dieu vénéré ou la manière dont les différentes cultures la représentent, un sujet qui suscite des questionnements.

Enfin, les adolescents sont au cœur de la pandémie mondiale du VIH/SIDA et justifient la lutte acharnée contre cette terrible maladie (Unicef, 2002).

Certes, informer les individus du risque et des dangers qu'ils encourent ne suffit pas pour modifier leurs comportements, mais il serait nécessaire de trouver les facteurs qui engendrent chez eux l'adoption de ces comportements (Godin, 1991) et Du Plessis et al. (1993).

En RDC, rares sont les études orientées vers l'identification des comportements sexuels à risque des adolescents et proposant un modèle préventif. Or, pour concevoir des campagnes de sensibilisation efficaces, il faut, au préalable, connaître les éléments moteurs d'adoption des comportements que l'on souhaite modifier. Ceci est la raison fondée de la réalisation de cette thèse.

De ce fait, nous présentons un modèle de marketing social appuyé par le « Programme de Prévention des IST/VIH/SIDA par les Pairs » (en sigle 3XP). Nous nous référons aux comportements sexuels à risque et à la théorie du comportement planifié pour deux raisons :

- D'abord, afin d'aider les adolescents, soit à retarder leur premier rapport sexuel (pour ceux qui ne sont pas encore sexuellement actifs), soit à utiliser le préservatif (pour ceux qui sont déjà sexuellement actifs).
- Ensuite, afin d'aider les praticiens et le gouvernement dans la formulation de politiques de prévention efficace et à long terme des comportements sexuels à risque des adolescents face aux IST/VIH/SIDA.

CHAPITRE PREMIER

MISE EN CONTEXTE DE LA RECHERCHE ET PROBLEMATIQUE

ans ce chapitre, il est question de présenter d'abord, le contexte dans lequel vit l'adolescent en Afrique subsaharienne, en général, et en République Démocratique du Congo en particulier, ainsi que les problèmes qui lui appartiennent en rapport avec les IST/VIH/SIDA, et ensuite la problématique de notre étude, les questions de recherche, les objectifs de la recherche, la contribution de notre étude, ainsi que l'organisation de notre étude.

I.I. Mise en contexte de la recherche

Nous allons commencé dans le premier point par faire la présentation de la République Démocratique du Congo, dans ses aspects géographiques, sociodémographiques et culturels, caractéristiques des ménages, niveau d'instruction et milieu de résidence, exposition aux médias, les contextes économique, sanitaire et puis parler de l'adolescent et ses différents enjeux et enfin abordé les comportements à risque des jeunes face au VIH/SIDA en RDC.

I.I.I. Présentation du contexte de la recherche

Notre recherche a été réalisée en République Démocratique du Congo, dont nous présentons les aspects géographiques, sociodémographiques et culturels, les caractéristiques des ménages, le niveau d'instruction, le milieu de résidence, exposition aux médias, les contextes économique et sanitaire.

I.I.I.I. Présentation géographique

La République Démocratique du Congo, a connu quatre dénominations à savoir : l'Etat indépendant du Congo (avant 1908), le Congo Belge (1908-1960), la République Démocratique du Congo (1960-1971) et le Zaïre (1971-1997) et enfin, la République Démocratique du Congo de (1997 à nos jours).

Sa capitale est Kinshasa, ancienne Léopoldville.

La République Démocratique du Congo, est le deuxième pays d'Afrique par la superficie (2 345 410 km2). Elle est, aussi appelée le Congo-Kinshasa à la différence du Congo-Brazzaville en République du Congo, elle est limitée au nord par la République Centrafricaine et le Soudan, au sud par la Zambie et l'Angola, à l'est par l'Ouganda, le Rwanda, le Burundi et la Tanzanie et à l'ouest par le Congo Brazzaville, et est considérée comme le premier pays francophone du monde après la France (Kasoroto Tumbwe, 1999).

Elle s'étend de l'Atlantique à la région des Grands Lacs et se situe au centre du continent africain.

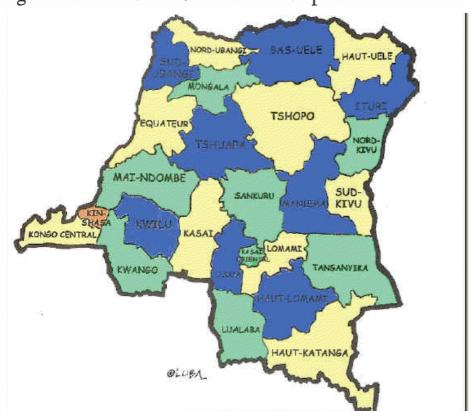


Figure I: Carte de la RDC avec les 26 provinces

Après cette présentation géographique, nous passons à la présentation des différents contextes du milieu dans lequel vit l'adolescent en RDC à savoir : le contexte sociodémographique et culturel, les caractéristiques du ménage, le niveau d'instruction et le

milieu de résidence, l'exposition aux médias, les contextes économique et sanitaire.

I.I.I.2. Contexte sociodémographique et culturel

Selon l' (EDS-RDC II, 2013-2014), de 13,5 millions en 1958, la population congolaise a augmenté rapidement, passant de 21,6 millions en 1970 (Ministère de l'Intérieur, 1970.), à 30,7 millions en 1984 (Institut National de la Statistique, 1992), date de l'unique recensement scientifique de la population (RSP) réalisé dans le pays.

Depuis lors, pendant près de 30 ans, les statistiques de la population utilisées proviennent des projections établies par l'Institut National de la Statistique (INS) à partir des données de ce recensement scientifique.

Ainsi, en 2012, la population totale de la RDC était estimée à 77,8 millions d'habitants, avec un taux de croissance moyen de 3,4 %. Mais, le département des affaires économiques et sociales des Nations Unies (2018), renseigne qu'elle est actuellement de 83 767 053 millions d'habitants avec un taux de croissance de 3,16%.

La RDC reste sous-peuplée avec seulement 24 habitants au kilomètre carré.

Du point de vue de la répartition de la population par milieu de résidence, les résultats du Recensement Scientifique de la Population (RSP) de 1984 indiquaient qu'environ 70 % de la population congolaise vivaient en milieu rural contre près de 30 % en milieu urbain.

Mais avec les multiples mouvements de population occasionnés par les conflits armés de ces dernières années, la proportion de la population vivant en milieu urbain a augmenté.

La ville province de Kinshasa se caractérise par une très forte densité, avec 577 habitants au kilomètre carré.

Généralement, la population de la RDC se caractérise par son extrême jeunesse. En effet, la proportion de personnes de moins de 20 ans est estimée à 61 % de la population totale du pays dont 52 % ont moins de 15 ans et la population d'âge économiquement actif (20-64 ans) représente 37 % de la population totale.

La RDC se caractérise par une grande diversité culturelle et linguistique. En termes de composition ethnique, elle compte quelques 40 ethnies et plus de 400 tribus qu'on peut catégoriser en quatre principaux groupes ethniques, à savoir les Bantous (majoritaires), les Nilotiques, les Soudanais et les Pygmées.

Le Français est la langue officielle en République Démocratique du Congo. De plus, 4 langues nationales sont parlées : le Kikongo (à l'ouest), le Lingala (à Kinshasa et au nordouest), le Swahili (à l'est) et le Tshiluba (au centre sud).

I.I.I.3. Caractéristiques des ménages (EDS-RDC II, 2013-2014)

La proportion de ménages utilisant de l'eau potable est passée de 46 % en 2007 à 49 % en 2013. Cette proportion est passée de 24 % à 32 %, en milieu rural et de 80 % à 85 % en milieu urbain.

L'accès à des installations sanitaires hygiéniques, qui est un des Objectifs du Millénaire pour le Développement, reste limité en RDC. En effet, seuls 18 % des ménages (21 % en milieu urbain et 17 % en milieu rural) utilisent des toilettes familiales.

Par ailleurs, Seuls I4 % des ménages (42 % en milieu urbain contre 0,4 % en milieu rural) ont de l'électricité dans leur logement.

Concernant la cellule familiale, un chef de ménage sur quatre (25 %) est de sexe féminin.Un ménage compte en moyenne 5,3 personnes (5,7 en milieu urbain et 5,1 en milieu rural). Entre 2007 et 2013, la taille moyenne des ménages n'a pas varié (5,4 et 5,3).

I.I.I.4. Niveau d'instruction et milieu de résidence (EDS-RDC II, 2013-2014)

Le niveau d'instruction d'une population témoigne des progrès accomplis par celle-ci en matière de scolarisation et de développement. Il contribue donc à l'amélioration des conditions de vie des ménages en particulier et de la société, en général.

Il influence aussi le comportement procréateur, l'utilisation de la contraception moderne, le rapport à la santé, le comportement en matière de santé.

Ansi dit, la situation de la RDC se présente de la manière suivante :

Dans l'ensemble :

- ♣ 80 % d'enfants âgés de 6-II ans fréquentent l'école primaire. Ce taux net est légèrement plus élevé chez les garçons (82 %) que chez les filles (79 %).
- Par rapport au milieu de résidence, on note que ce taux est nettement plus élevé en milieu urbain (87 %) qu'en milieu rural (77 %).
- ♣ On observe également des écarts importants entre les provinces : c'est au Nord-Kivu que le taux net de fréquentation scolaire au niveau primaire est le plus élevé (85 %) de la RDC. À l'opposé, le Katanga est la province qui présente le taux net de scolarisation le plus faible (73 %) de la République.
- De plus, on note que la province Orientale, le Sud-Kivu, le Kasaï Occidental et le Katanga présentent des taux nets de fréquentation scolaire inférieurs à la moyenne nationale estimée à 80 %.

a) Situation en rapport avec le taux brut de scolarisation au niveau primaire

En ce qui concerne le taux brut de scolarisation au niveau primaire, on constate qu'il s'établit à II8 % pour l'ensemble de la population. La valeur du taux brut supérieure à celle du taux net (80 %) indique qu'un nombre important de personnes qui n'ont pas l'âge du niveau primaire fréquentent ce niveau. Cette situation révèle l'inefficacité ou les dysfonctionnements structurels du système éducatif.

- Selon le sexe, on note que le taux brut de scolarisation masculin (120%) est supérieur au taux féminin (116 %). Il semblerait donc qu'il y ait plus de garçons que de filles qui fréquentent l'école primaire alors qu'ils n'ont pas l'âge officiel de la fréquenter.
- Les résultats selon le milieu de résidence font apparaître un taux brut de scolarisation plus élevé en milieu urbain (121%) qu'en milieu rural (117 %).
- → Dans les provinces, on note que c'est au Bas-Congo et au Nord-Kivu (125 % dans les deux cas) que le taux brut de fréquentation scolaire (125%) est le plus élevé alors qu'il est le plus faible (101 %) dans le Katanga.

b) Situation de scolarisation au niveau secondaire

En outre, la fréquentation scolaire au niveau secondaire est beaucoup plus faible puisque seulement 43 % des jeunes de 12-18 ans le fréquentent.

- Ce taux net est beaucoup plus élevé en milieu urbain (59%) qu'en milieu rural (34 %). Dans les provinces, il varie de 30 %, dans la province du Kasaï Oriental, à 66 % à Kinshasa.
- Il est plus élevé chez les garçons (49%) que chez les filles (37 %).

Le taux brut atteint 58 % dans l'ensemble de la République. L'écart entre les milieux de résidence est important (76 % en milieu urbain contre 47 % en milieu rural). Le taux brut est également plus élevé chez les garçons (69 %) que chez les filles (47 %). Ce taux indique la faible fréquentation du niveau secondaire.

c) Parité du genre par rapport à la fréquentation scolaire

L'indice de parité du genre est le rapport entre le taux net de fréquentation scolaire des filles et celui des garçons. Plus il est proche de I moins l'écart de fréquentation scolaire entre garçons et filles est important et un indice égal à I,0 indique l'égalité totale.

- En RDC, cet indice de parité du genre est estimé à 0,97. Ceci montre qu'au niveau primaire, les filles ont moins d'accès à l'éducation que les garçons.
- 4 Au niveau secondaire, l'écart entre la fréquentation scolaire des filles et des garçons est plus élevé (indice de 0,68).
- ← Cet indice est plus faible en milieu rural (0,53) qu'en milieu urbain (0,84).
- Selon les provinces, au niveau primaire, on note qu'à l'exception du Nord-Kivu (I,0), du Katanga (I,02) et du Kasaï Occidental (I,09) où l'indice de parité est égal ou légèrement supérieur à I, celui-ci est légèrement inférieur à I dans le reste des provinces.
- Au niveau secondaire, seule la ville province de Kinshasa présente un indice légèrement supérieur à I (1,01). Dans toutes les autres provinces, ce dernier est inférieur à I. Ilest au Maniema (0,53) et dans la province orientale (0,52). D'où, l'écart de fréquentation de l'enseignement secondaire entre filles et garçons y est encore important.

I.I.I.5. Exposition aux médias (EDS-RDC II, 2013-2014)

L'exposition aux médias ne nécessite pas la possession d'une radio, d'un téléviseur ou l'achat d'un journal. Car, on peut y avoir accès chez des amis ou des voisins.

Cette exposition, relais important pour l'éducation, la sensibilisation et la diffusion d'informations dans tous les domaines, notamment dans ceux de la santé et, en particulier, de la planification familiale, varie selon l'âge, le milieu de résidence et le niveau d'instruction.

- Selon l'âge, on constate que chez les femmes, les jeunes générations sont relativement plus exposées aux médias que les plus âgées. En effet, les proportions de femmes exposées à aucun média varient de 62 % chez les I5-I9 ans à 74 % chez celles de 45-49 ans. Chez les hommes, on ne note pas de tendance très nette, les écarts selon l'âge étant très faibles et irréguliers.
- Selon les provinces, les résultats mettent en évidence l'écart existant entre la ville de Kinshasa et les autres provinces. En effet, I4 % d'hommes sont habituellement exposés aux trois médias (radio, télévision et journal) à Kinshasa contre au plus 9 % ailleurs. Chez les femmes, la proportion varie d'un maximum de 5 % à Kinshasa à moins d'un pour cent dans les provinces de Maniema, du Kasaï Oriental et du Bas-Congo.
- Le niveau d'instruction influence également de manière positive le niveau d'exposition aux médias. Que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, ceux ayant le niveau secondaire ou plus sont les plus fréquemment exposés aux trois médias : 89 % de femmes sans niveau d'instruction ne sont exposées à aucun média contre 50 % de celles ayant un niveau secondaire et 15 % parmi celles ayant un niveau supérieur. Ces proportions sont respectivement de 70 %, 42 % et 10 % pour les hommes.

I.I.I.6. Contexte économique (EDS-RDC II, 2013-2014 ; Banque mondiale, 2018)

Après une période de prospérité héritée de la colonisation jusqu'au début des années 1970, l'économie congolaise a connu pendant plus de 3 décennies, une situation de crise profonde.

Cette crise est caractérisée notamment par une croissance négative et une instabilité monétaire due essentiellement à une forte baisse de la production, des recettes budgétaires et des investissements, mais aussi à un endettement considérable évalué, au 31 décembre 2005, à 10,8 milliards de dollars américains (EDS-RDC II, 2013-2014).

Cette situation a été, en grande partie, responsable de la paupérisation de la grande majorité de la population congolaise qui s'est traduite, entre autres par l'accès de plus en plus difficile aux services sociaux de base (eau, électricité, soins de santé primaires, scolarisation des enfants, etc.).

Cependant, l'environnement macro-économique a bien évolué par une stabilité des prix intérieurs et du taux de change ainsi que par le maintien de la croissance économique amorcée depuis 2003.

La croissance du PIB réel de la RDC est remontée à 3,4 % en 2017, après avoir chuté de 6,9 % en 2015 à 2,4 % en 2016 (son plus bas niveau depuis 2001). Une progression qui s'explique par la hausse des cours des matières premières et l'augmentation de la production minière nationale, et notamment du cuivre et du cobalt qui assurent 80 % des recettes d'exportation (Banque mondiale, 2018).

La situation des finances publiques s'était dégradée en 2016, avec un déficit budgétaire ressortant à 0,3 % du PIB. Elle s'est redressée en 2017 en affichant un excédent modeste de 0,1 %, tandis que les pouvoirs publics s'attachaient à contenir leurs dépenses pour faire face à l'épuisement des réserves internationales et au rétrécissement de la marge de manœuvre

budgétaire. La tendance à la baisse des recettes intérieures depuis 2014 (de 14,3 à 8,2 % du PIB en 2017) a entraîné une forte réduction des dépenses de l'État, au détriment des investissements publics et des ressources allouées au secteur social (Banque mondiale, 2018).

En l'absence d'accès aux marchés financiers nationaux et internationaux, le gouvernement de la RDC a dû réduire drastiquement les dépenses publiques afin de contenir son déficit et limiter son financement monétaire par la banque centrale.

La reprise des exportations, conjuguée à la maîtrise sévère des dépenses publiques, a conduit à une légère amélioration du déficit des transactions courantes, qui s'est établi à 3,1 % du PIB en 2017, contre 3,6 % en 2016. Ce redressement a atténué les tensions sur le marché des changes au deuxième semestre 2017, alors que le franc congolais avait chuté de 28 % par rapport au dollar au premier semestre. Les réserves en devises représentaient 3,8 semaines d'importations à la fin de l'année 2017. Le durcissement des contraintes budgétaires n'a cependant pas permis de juguler l'inflation, qui atteignait 54,7 % fin 2017.

Le gouvernement a par ailleurs initié des réformes sectorielles pour renforcer la gouvernance et la transparence dans les industries extractives (secteurs forestier, minier et pétrolier) et améliorer le climat des affaires. La quasi-totalité des contrats signés par le gouvernement sont désormais accessibles au public.

La RDC prend part à l'Initiative pour la transparence des industries extractives (ITIE) et publie dans ce cadre des rapports réguliers sur les recettes tirées des ressources naturelles. Le gouvernement doit toutefois accomplir des efforts supplémentaires pour systématiser les mécanismes de mise en concurrence dans l'attribution des contrats miniers, pétroliers et forestiers.

I.I.1.7. Contexte sanitaire (EDS-RDC II, 2013-2014)

L'évolution historique du système sanitaire de la RDC a été marquée par le caractère institutionnel et l'initiative des pouvoirs publics.

À son accession à l'indépendance, la RDC a hérité d'un système de santé basé essentiellement sur des hôpitaux et dispensaires appuyés par des équipes mobiles de lutte contre les grandes pandémies.

Mais, elle connut, immédiatement après, les multiples crises politiques accompagnées de l'effondrement progressif de l'économie, et, par conséquent, celui du secteur de la santé.

C'est ainsi que les nombreux hôpitaux et dispensaires du pays se sont retrouvés démunis d'équipements appropriés, en médicaments. Les zones rurales ont été les plus touchées.

Actuellement, le Ministère de la Santé Publique est structuré en trois niveaux, à savoir : le niveau central, le niveau intermédiaire ou provincial et le niveau périphérique.

Le niveau central est constitué du Cabinet du Ministre, du Secrétariat général qui compte 13 directions et 52 programmes spécialisés et des hôpitaux nationaux. Il a une responsabilité normative, de régulation et de prestation des soins tertiaires.

Il définit les politiques, les stratégies, les normes et les directives. Il assure un appui conseil, le contrôle de conformité et le suivi de la mise en œuvre des politiques et directives en provinces.

Le niveau intermédiaire compte II inspections provinciales de la santé, 65 districts sanitaires et des hôpitaux provinciaux. Il assure un rôle d'encadrement technique, le suivi et la mise en œuvre des directives et politiques au niveau des Zones de Santé (ZS).

Il a aussi pour mission d'offrir, à travers l'hôpital provincial, les soins de santé de référence secondaire.

Le niveau périphérique comprend 516 zones de santé avec 393 Hôpitaux Généraux de Référence (HGR) opérationnels et 8 504 aires de santé dont 8 266 disposent d'un Centre de Santé (CS).

Il est chargé de la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires sous la supervision et l'encadrement du niveau intermédiaire.

La mission d'un centre de santé est d'offrir à la population les soins de santé qui relèvent du Paquet Minimum d'Activités (PMA), tandis que celle de l'hôpital général de référence du niveau primaire est d'offrir les soins qui relèvent du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) et d'apporter un appui au développement des PMA de qualité dans les centres de santé.

La Politique Nationale de la Santé (PNS) adoptée en 2001, met l'accent sur les soins de santé primaires. L'unité opérationnelle de mise en œuvre de la PNS est la zone de santé. La mise en œuvre de cette PNS a démarré avec le Plan Directeur de Développement Sanitaire (PDDS) de 2000-2009.

Le financement de ce PDDS a été essentiellement extraverti. Étant donné la structure de l'aide internationale dont la plus grande partie est destinée à la lutte sélective contre la maladie, la plupart des zones de santé mises en place pour offrir des soins de santé à la fois globaux, continus et intégrés, ont fini par céder à la fragmentation.

En vue de faire face à cette situation, le Ministère de la Santé Publique et ses partenaires ont adopté, en 2006, la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) dont le but est d'améliorer l'offre et l'utilisation des soins de santé par l'ensemble de la population congolaise.

Pour ce faire, la SRSS prévoit comme axes stratégiques :

- le développement de la Zone de Santé (ZS) qui en constitue l'axe stratégique de base,
- le renforcement de la gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé,
- le développement des ressources humaines,
- la réforme du secteur du médicament,
- la rationalisation du financement de la santé.
- la collaboration intra et intersectorielle.
- le renforcement de la recherche sur le système de santé en vue d'une amélioration de la pertinence des politiques, stratégies et normes du secteur de la santé.

La première édition de la SRSS était déjà cooptée dans le Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCRP 2006-2008) comme contribution du secteur de la santé aux efforts du Gouvernement destinés à lutter contre la pauvreté.

Sa mise en œuvre s'est faite entre 2006 et 2009 à travers des Plans d'Actions Prioritaires (PAP), dont la mise en œuvre fut le premier Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) de 2011 à 2015.

En ce qui concerne les adolescents, la République Démocratique du Congo a élaboré un programme national de santé de la reproduction, dans lequel, la santé des adolescents constitue l'une des missions les plus importantes.

Des stratégies pour la réalisation de cette mission s'appuient sur la promotion de l'éducation à la vie familiale, l'amélioration de l'offre des services en direction des jeunes, le renforcement du système de collecte de données et de la recherche concernant la santé de la reproduction des jeunes.

Depuis la création du programme de santé des adolescents en 2002, une approche intégrée de la santé de la reproduction a été appliquée à tous les domaines de la santé et du développement des adolescents.

Depuis 1994, les besoins des adolescents et leurs droits de recevoir les informations et les services qui leur permettent de maîtriser leur vie sexuelle et reproductive de façon responsable et éclairée ont été au centre des débats.

Toutefois, ces stratégies sont restées non opérationnelles sur terrain, car la situation des adolescents congolais est encore alarmante. En effet, les problèmes de ces derniers sont divers et variés d'un endroit à l'autre. Il peut s'agir des grossesses non désirées, des interruptions volontaires des grossesses, la sexualité irresponsable, etc., dans un contexte de manque ou d'insuffisance d'éducation, des conditions socio-économiques médiocres, de la pression des pairs ou de manque de soutien familial.

I.I.2. L'adolescent et ses différents enjeux

Les programmes de protection sanitaire se développent. Cependant, les besoins des adolescents en matière de sexualité précoce et responsable demeurent moins satisfaisants que ceux de tout autre groupe d'âge.

L'OMS (2011; 2014) considère que l'adolescence est la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans (Bambara, 2011; Gueilla, 2012; UNFPA&PRB, 2012). L'OMS (2016) poursuit en disant que, l'adolescence est une période de préparation à l'âge adulte au cours de laquelle ont lieu des étapes clés du développement.

Elle représente une période de transition critique dans la vie et se caractérise par un rythme important de croissance et de changements.

En parcourant les écrits, le concept de l'adolescent est défini selon trois approches (biologique, psychologique et sociale). Sur le plan biologique, elle traduit l'apparition et la maturation des caractères sexuels secondaires. En psychologie, c'est un mécanisme de construction identitaire (l'adolescent n'étant plus un enfant, se construit une identité pour être un adulte). Au plan social, l'adolescence est une période au cours de laquelle l'enfant socio-économique dépendant se transforme en un adulte indépendant, responsable, sociable, apte à gérer son propre avenir (Dehne et Riedner, 2001; Miangotar, 2010; Fondation Pfizer, 2013; Camara, 2017).

Le début de l'adolescence est marqué par la puberté, les limites entre la fin de cette période (maturation pubertaire) et le statut du jeune adulte sont souvent floues (Fondation Pfizer, 2013), ce qui fait de lui, un concept méconnu en Afrique.

Elle dépend à la fois de la dimension biologique, psychologique ou sociale du développement d'un individu à l'autre et d'une culture à l'autre (Moreau, 1998). Dans les sociétés traditionnelles africaines, la fin de l'adolescence est acquise après les rites initiatiques.

Aux cérémonies rituelles, les adultes vont intégrer les adolescents au groupe social en leur imposant des épreuves violentes qui exigent une soumission totale. Les épreuves auxquelles l'adolescent est soumis concernent directement le corps (Camara, 2017). Le corps reçoit les marques tangibles qui vont faire entrer l'adolescent dans la lignée des sexes et des générations (génération des adultes). C'est pendant ces cérémonies d'initiation que l'adolescent reçoit l'enseignement destiné à l'introduire aux secrets de la tradition (Balland, 2015). Cette phase de transition de la vie équivaut à un processus de socialisation.

L'adolescence est, dans la plupart des cas, une période difficile, et elle peut parfois catalyser un ensemble de problèmes (UNESCO, 2013). À la recherche d'indépendance, l'adolescent

prend parfois les risques qui peuvent avoir des conséquences lourdes non seulement sur sa santé physique et psychosociale, mais aussi sur le développement socioéconomique de la société (Rwenge, 2013). Les difficultés comportementales auxquelles sont confrontés les adolescents font de cette phase de transition un sujet complexe qui suscite des débats. Une meilleure description de la vie sexuelle de l'adolescent au moyen du recueil d'information contribue à mieux comprendre les facteurs qui influencent les comportements sexuels de ces derniers.

De ce qui précède, la grande question qu'on se pose est celle de savoir « pourquoi cibler les adolescents dans la présente thèse ? ». En guise de réponse :

- Notre planète abritait 1,2 milliard de jeunes de 10 à 19 ans (Unicef, 2011). Ces adolescents étaient nés ou ont vécu l'essentiel de leur vie à l'ombre de la Déclaration du Millénaire, un traité international sans précédent qui, depuis l'an 2000, œuvre en faveur d'un monde meilleur pour tous.
- Les adolescents sont aussi au cœur de l'épidémie mondiale de VIH après les jeunes. En effet, on estimait à 2,I millions d'adolescents (entre I,4 et 2,6 millions) âgés de I0 à I9 ans, vivant avec le VIH, dont les deux tiers des filles et beaucoup d'entre eux ne recevaient pas les soins et le soutien nécessaires pour rester en bonne santé et empêcher sa transmission (OMS, 2016).
- L'adolescence marque une deuxième vague de vulnérabilité au VIH, causée par de nombreux facteurs, dont, l'accès difficile aux services à cet âge.
- L'adolescence n'est pas seulement l'âge de toutes les fragilités, c'est aussi l'âge de tous les possibles (OMS, 2011).

Les adolescents dont l'activité sexuelle est précoce ont une probabilité plus élevée d'avoir des rapports sexuels avec des partenaires à haut risque ou avec des partenaires multiples et sont moins susceptibles d'utiliser des préservatifs.

En Afrique subsaharienne, selon l'ONUSIDA 2013, entre 2001 et 2012, le nombre annuel de nouvelles infections à VIH chez les adultes et les enfants avait diminué de 50 % ou plus dans 26 pays. Mais d'autres pays ne sont pas en passe d'atteindre cet objectif, d'où, la nécessité d'intensifier les efforts de prévention. Car, des études récentes dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne font état d'une diminution de l'usage du préservatif et/ou une augmentation du nombre de partenaires sexuels (ONUSIDA, 2013).

Paradoxalement selon la source précédente, dans divers pays d'Afrique subsaharienne, il a été enregistré une diminution notable de la prévalence du VIH chez les jeunes des deux sexes (15-24 ans), prévalence qui a chuté de 42 % entre 2001 et 2012. En dépit de ces tendances favorables, le taux de prévalence du VIH chez les jeunes femmes demeure plus du double de celui des hommes en Afrique subsaharienne. Ceci induit une augmentation des comportements sexuels à risque dans plusieurs pays.

Le taux de mortalité parmi les adolescents séropositifs n'avait pas diminués contrairement à ce que l'on avait observé dans d'autres populations. Alors que dans le monde le nombre de décès liés au VIH avait reculé de 30% globalement entre 2005 et 2012, il avait augmenté de 50% chez les adolescents au cours de la même période (OMS, 2013).

Les causes semblent être, une augmentation significative du nombre de partenaires sexuels dans certains pays (Afrique du Sud, Burkina Faso, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Guyane, Ouganda, Rwanda, République-Unie de Tanzanie et Zimbabwe), et une baisse de l'utilisation du préservatif dans d'autres (Côte d'Ivoire, Niger, Ouganda et Sénégal).

Parmi les difficultés persistantes auxquelles sont confrontées les actions de prévention du VIH destinées aux adolescents et aux jeunes, on peut citer un accès insuffisant à une éducation et aux services de santé de qualité et adaptés aux jeunes dans les domaines de la reproduction, de la sexualité et du VIH, ainsi que la violence sexuelle à l'égard des jeunes femmes et des filles (ONUSIDA, 2013).

D'ailleurs, en Afrique, la majorité des adolescents porteurs du virus sont des jeunes filles ayant eu des relations sexuelles non protégées, très tôt, et parfois sous la contrainte (OMS, 2013). Elles sont considérablement plus touchées et comptent pour 7 sur 10 des nouvelles infections parmi les 15-19 ans (Perioli, 2015).

Nous avons ciblé les adolescents dans notre thèse, car nous osons croire que l'adolescence est l'âge de toutes les possibilités, lesquelles possibilités peuvent amener ces jeunes gens à toutes sortes de perversités et voir même à contracter les IST/VIH/SIDA, car à ce moment de la vie, des grands changements sont subit entre autre : le développement de l'identité sexuelle, la solidification des liens d'amitié et la tendance à essayer en groupe et pour la première fois les boissons alcoolisées, la cigarette voir les drogues et tout autre comportement nocif.

Le Fonds Mondial (2010) enrichit en nous renseignant que le VIH nous affecte tous, notamment nos conjoints, nos partenaires et nos enfants et que plus de la moitié des 60 millions de personnes qui ont été infectées par le VIH au cours des 20 dernières années avaient entre 15 et 24 ans.

De tout ce qui précède, les adolescents ont été complètement absents des plans nationaux pour la santé pendant des décennies, déplore le Dr Flavia Bustreo, Sous-Directeur général à l'OMS. «Des investissements relativement faibles, axés sur les adolescents, permettront de former des adultes en bonne santé et

autonomes qui prospèrent et apportent une contribution positive à leurs communautés, mais aussi d'avoir des générations futures en meilleure santé, avec d'énormes bénéfices à la clé.», (OMS, 2017).

Jadis, plusieurs campagnes de marketing social ciblaient un large public. Ils ne mettaient pas l'accent particulier sur les besoins spécifiques des adolescents.

Conscients de l'enjeu majeur que représente leur santé, les gouvernements en Afrique sub-Saharienne, aidés par les organismes non gouvernementaux et la communauté internationale, ont inscrit la promotion de stratégies efficientes en santé sexuelle et reproductive des adolescents comme haute priorité dans leurs agendas (Guiella, 2012).

Les programmes actuels de marketing social sont plus focalisés sur les adolescents à cause des principaux problèmes de santé qui les entourent à savoir : les IST/VIH/SIDA. Bien que le nombre global de décès liés au VIH ait diminué de 30% par rapport au niveau record atteint en 2006, les estimations laissent supposer que les décès liés au VIH chez les adolescents sont en hausse. Cet accroissement qui s'est surtout manifesté dans la région africaine de l'OMS, peut fort bien refléter le fait que si davantage d'enfants ayant contracté le VIH survivent à l'adolescence, ils n'obtiennent pas tous les soins et le soutien dont ils ont besoin pour rester en bonne santé et empêcher la transmission (OMS, 2016).

Or, l'une des cibles spécifiques de l'objectif de développement durable relatif à la santé (ODD3) consiste, d'ici 2030, à mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et à combattre l'hépatite, les maladies transmissibles.

Car, le nombre des nouvelles infections par le VIH chez les adolescents devrait passer de 250 000 en 2015 à environ 400 000 par an d'ici 2030 si les progrès pour atteindre ce groupe

d'âge faiblissent, d'après un nouveau rapport publié par l'UNICEF (UNICEF, 2017).

Tout ceci fait réfléchir, alors que les pays émettent des stratégies de prévention, les adolescents restent de plus en plus plongés dans une sexualité irresponsable, est-ce par l'inefficacité des programmes des campagnes préventives ou par autres éléments que cette situation reste à désirer.

I.I.3. Les adolescents, le Sida et autres comportements sexuels à risque en RDC

La RDC dénombre 16,4 millions d'adolescents âgés de 10 à 19, 8,2 millions représentent le nombre de filles et 8,19 millions le nombre de garçons, et la plupart des adolescents congolais entretiennent très tôt des relations sexuelles non protégées (EDS-RDC II, 2013-2014).

Selon la source précédente, environ 65 % des adolescents ont déjà eu leurs premières relations sexuelles. Ceci peut expliquer la forte prévalence du VIH chez eux : 0,5 % des jeunes de 10 à 19 ans sont séropositifs, avec une disparité entre les filles (0,7 %) et les garçons (0,2 %).

Les données montrent que le nombre d'adolescents congolais âgés de 15 à 19 ans vivant avec le VIH est en évolution, de 21 300 en 2001 à 37 000 en 2014. Les décès causés par le VIH chez les adolescents sont également en hausse, passant de I 100 en 2001 à I 600 décès en 2014 (Les Nations Unies en RDC, UNICEF, 2017).

Le constat est que, le système de santé ne parvient pas à s'adapter aux besoins des adolescents, les empêchant de consulter les services de santé (conseil, dépistage et traitement).

Or, selon l'enquête démographique et de santé /RDC II, 2013-2014, l'accès à l'information est également un problème majeur, en particulier en ce qui concerne les informations

élémentaires sur la prévention du VIH. Neuf adolescents sur 10 en RDC, ignorent les modes de transmission du VIH.

Le taux de prévalence chez les adolescents de 10 à 19 ans était de 0,5%. Cette prévalence est 3 à 4 fois plus élevée chez les filles (0,7%) et chez les garçons 0, 2% (PNMLS, 2016).

Le niveau des connaissances du mode de transmission et de prévention du VIH/SIDA était très limité: 90 % de filles et 78% de garçons avaient soufflèrent d'un manque d'informations sur la prévention de l'infection du VIH/SIDA. En 2013, 50. 000 adolescents âgés de 10 à 17 ans étaient exposés au risque d'être infecté par le VIH/SIDA par manque de connaissances sur la maladie (Unicef Congo, 2013).

En dépit des efforts fournis par les autorités, force est de constater que les adolescents continuent à adopter des comportements sexuels à risque en RDC.

Notons aussi que les conditions difficile de vie des adolescents les poussent à avoir des comportements sexuels à risque et cela avec plusieurs partenaires.

En République Démocratique du Congo, l'EDS-RDC II, 2013-2014 montre que, les adolescents sont sexuellement actifs avant 15 ans, sur ce, l'âge médian des premiers rapports sexuels est estimé à 17 ans. Ils sont très défavorables à l'utilisation du préservatif avec respectivement 30,7% chez les garçons, 24,1% chez les filles et 27,4% dans l'ensemble.

Ces statistiques font réfléchir car, les personnes de moins de 20 ans représentent 61% de la population totale en RDC, soit 52% de moins de 15 ans.

Voici d'une manière générale le contexte épidémiologique et à risque dans lequel évoluent les adolescents en Afrique Subsaharienne en général et en RDC en particulier.

Dans un contexte pareil, il est important de souligner les tendances observées concernant les comportements sexuels des adolescents. La première est celle qui considère comme antique et disqualifiante la virginité et le report des premiers rapports sexuels. D'où quelques adages lui sont attribués :

« Osota^I », « Law Bat² », « Uko wa thinyi³ », « Moseka⁴ », « Wenza ufua, kuyi wenza ufua⁵ » etc. Malgré tout ceci, l'abstinence et le recours au préservatif restent les seuls moyens pour prévenir les IST et VIH/SIDA parmi les adolescents en RDC.

De ce fait, les adolescents Mongo, Ngbaka, Hemba, Lubakat, Demba (spécifiquement les Kuba) et Bakua luntu âgés de I3 à I9 ans étaient au centre de notre réflexion à cause des mœurs sexuelles qui les régissent (soit mœurs permissives ou rigides en matière de sexualité).

C'est dans le souci d'identifier les facteurs qui expliquent les comportements sexuels à risque des adolescents en occurrence : précocité des rapports sexuels, multipartenariat sexuel et non-utilisation du préservatif afin de proposer un modèle de marketing social efficace partant des vrais déterminants de ces comportements que nous souscrivons cette thèse.

Ainsi dit, pour mieux approfondir notre étude, nous allons dans les lignes qui suivent, faire un état de la question sur la problématique de la sexualité des adolescents et des comportements sexuels à risque en Afrique Subsaharienne en général et en RDC en particulier.

Les études sur la sexualité sont confrontées à plusieurs tendances à cause de la multiplicité et de la diversité tant au niveau

¹ Adage kinois pour disqualifier les adolescents qui s'abstiennent des relations sexuelles.

² Adage lushois pour qualifier d'inexistant l'adolescent qui s'abstient des relations sexuelles.

³ Adage lushois pour désigner de moins que rien l'adolescent qui s'abstient des relations sexuelles.

⁴ Adage lingala pour se moquer des adolescentes vierges.

⁵ Adage demba pour signifier que nous mourrons tous de la même façon, sans distinction d'avoir ou non posé l'acte sexuel.

des objectifs de recherche, des méthodes qu'à celui des champs de références théoriques (Calves, 1995).

La grande difficulté dans la réalisation de études dans ce domaine, relève du fait que, c'est le non-sexuel (socio-économique ou démographique) qui construit le sexuel (Bozon, 2001), et aussi, les études sur la sexualité, ne doivent pas s'écarter de constructions sociales spécifiques, c'est-à-dire, les constructions locales (Le Gall, 2001).

De ce qui précède, nous avons passés en revue quelques travaux :

Boileau, (2006), dans sa thèse sur les déterminants des comportements sexuels à risque pour le VIH/SIDA chez les jeunes femmes et hommes de Bamako a voulu dresser le profil des risques sexuels des jeunes bamakois(es) de 15 à 24 ans et de développer des modèles théoriques permettant d'illustrer les mécanismes de prise de risque sexuel avec une perceptive de genre.

Pour cet auteur, les déterminants des comportements sexuels des jeunes femmes et hommes se retrouvent au niveau contextuel interpersonnel et personnel, partant de cela, il existe des distinctions considérables entre genre.

La limite de cette étude au niveau qualitatif est la construction des groupes de discussion avec des personnes qui se connaissent. Parce que le fait de se connaitre peut empêcher les participants de dévoiler réellement le fond de leurs pensées par peur d'être jugé par les pairs.

Pour pallier cette limite, étant donné que le sujet traité touche à l'intime de l'homme (sexualité), nous avons opté pour des entretiens individuels afin de créer un climat de confiance et de confidentialité entre les participants.

Une autre limite de l'étude de Boileau est de cerner les facteurs qui influencent la prise de décision « individuelle » en matière de sexualité. Pour pallier cette limite, nous avons dans notre étude élargie les sphères de la sexualité au niveau non seulement individuel mais aussi contextuel (socioculturels, économiques et institutionnels).

Le fait de mettre plus un accent sur le genre en matière de la sexualité est encore une limite, car, la sexualité est vécue entre deux sexes (masculin et féminin) et non seulement féminin. Pour y remédier, nous avons travaillé avec les femmes et les hommes dans notre étude.

• L'étude de Fatouma Camara (2017) avait pour objectif de décrire le comportement sexuel à risque chez les adolescents scolarisés en Guinée et en donner une explication. Elle a porté spécifiquement sur les adolescents scolarisés, alors que les comportements sexuels à risque sont adoptés par les adolescents scolarisés ou non.

Pour pallier cette limite, nous avons travaillé avec les adolescents scolarisés et non scolarisés pour identifier de manière complète les déterminants de leurs comportements sexuels à risque.

Au niveau méthodologique en ce qui concerne la variable dépendante multipartenariat au cours de douze derniers mois précédant l'enquête, il n'est pas seulement utile de savoir si les adolescents recourent au multipartenariat ou pas, mais de faire recourt au nombre de partenaires sexuels au cours de la période sous étude.

Pour ce faire, l'auteur a utilisé le Khi deux pour déterminer l'association entre les variables indépendantes et le multipartenariat, nous avons dans notre étude recouru au test de Kruskal-wallis étant donné que la variable dépendante (multipartenariat) est une variable qualitative à plus de deux modalités.

 Kalambayi Banza et Duchene (2006) ont trouvé dans leur étude que les jeunes habitaient avec leurs parents biologiques à Kinshasa et aussi qu'aucune corrélation n'existe entre le niveau de vie et la catégorie socioéconomique dans cette ville.

Ces auteurs ont travaillés avec les jeunes ressortissant, pour la majorité, de deux provinces voisines (Bas-Congo et Bandundu) et majoritairement membres des ethnies opposées à la sexualité préconjugale, principalement pour les filles.

Pour pallier à cette limite, nous avons opté dans notre étude, de travailler aussi avec les adolescents membres des ethnies aux mœurs sexuelles permissives (non exigeantes ou autorisant la sexualité préconjugale).

• Kalau Mutej (2013) cherchait à identifier les facteurs socio-familiaux associés aux comportements sexuels à risque des adolescents à Lubumbashi. Dans son étude, l'auteur fixe l'âge de la précocité des rapports sexuels à I6ans, alors que nous avons fait recourt à l'âge fixé par le législateur congolais en matière de nuptialité en RDC pour fixer cet âge à < 18 ans.

Cette manière de faire permettrait de pallier aux discussions sur l'âge de la précocité des rapports sexuels soulevées dans la plupart des travaux empiriques sur les déterminants des comportements sexuels à risque des adolescents.

Cette étude n'a pas pris en compte la variable ethnie, nous avons fait recourt à cette variable dans notre étude.

La liste n'étant pas exhaustive, notre différenciation avec les études antérieures se situe aux niveaux des approches explicatives des comportements sexuels à risque des adolescents (Come et al. 2016; Kangah, 2016; Gueilla, 2012; 2013; Noumbissie, 2010; Rwenge, 2010, etc.).

De ces études, trois approches explicatives en ressortent à savoir : approches socioculturelles, économiques et institutionnelles. Ainsi, aucune étude réalisée en milieu africain jusqu'à ces jours à notre connaissance, n'a tenue compte de la dernière approche, qui est plus utilisée comme recommandations, ce qui fait d'elle la moins représentée dans la littérature. Ces études se sont davantage orientées vers les deux premières.

Nous nous sommes dans notre étude orientée aussi vers cette approche qui pour les études antérieures suppose que l'activité sexuelle des jeunes en milieu urbain serait aussi fonction de l'importance que les décideurs accordent aux lois et programmes les concernant.

Les variables exposition au cours d'éducation sexuelle institutionnel et aux médias (canaux par lesquels les messages préventifs peuvent passer) et la fréquentation des centres de santé sexuelle et de la reproduction par les adolescents ont été analysées dans notre étude pour voir l'influence de cette approche (institutionnelle) sur les comportements sexuels à risque des adolescents.

Une autre démarcation est que ces études, proposent une mise en place des programmes préventifs pour pallier aux comportements sexuels à risque chez les adolescents, après identification des déterminants de ces comportements et se limitent à cela sans elles-mêmes en créer un.

Nous avons aussi sélectionné trois variables modératrices (âge, niveau d'instruction et croyances religieuses) pour voir leur effet modérateur sur l'adoption des comportements sexuels à

risque chez les adolescents et le choix de ces variables a été motivé pour plusieurs raisons :

- L'âge: Cette variable est déterminante de l'exposition des adolescents aux IST/VIH/SIDA par le fait qu'il renseigne du début de la vulnérabilité par une sexualité précoce.
 - Le fait modérateur de cette variable conduit à penser que plus l'âge de l'adolescent augmente, plus il prend conscience de sa vulnérabilité et peut par conséquent adopter des comportements sexuels à moindre risque.
- Le niveau d'instruction : Est une variable qui donne à l'adolescent la possibilité d'avoir des connaissances sur les IST/VIH/SIDA et sur les conséquences de l'adoption des comportements sexuels à risque. Ainsi, plus le niveau d'instruction augmente, plus ce dernier prend conscience de risque encourus.
- La religion: Cette variable a une vision de la sexualité trop rigide (la virginité ou chasteté avant le mariage et la fidélité après le mariage), elle inculque des normes et croyances à ses adeptes, ce qui fait d'elle une variable à effet protecteur par le fait de l'interdiction des certains comportements nocifs.

I.2. Problématique

Jadis, dans les sociétés traditionnelles, surtout africaines, les vieux constituaient l'instance inspiratrice et garante de la bonne conduite morale et philosophique du groupe social d'un côté, de l'autre côté, les ainés avaient l'obligation d'encadrer les jeunes, ainsi, les vieux comme les ainés, poursuivaient une mission, celle d'enseigner aux jeunes, les valeurs traditionnelles à diverses occasions et cela dans tous les domaines, y compris la sexualité.

Dans ces sociétés, l'éducation sexuelle des jeunes se faisait empiriquement : les enfants voyaient les bêtes s'accoupler, et les femelles mettre bas, ..., d'ailleurs, le folklore rustique permettait, ou même stimulait, l'expression sexuel (Knibiehler, 1996).

Aujourd'hui, ce mode d'information s'appauvrit dans les sociétés modernes, qui étalent un silence de plomb sur la sexualité. L'usage s'impose de préserver l'innocence des filles en les privant délibérément de tout savoir.

Les adolescents sont confrontés à une société de plus en plus dépourvue de normes, de cadres fortement influencés par un commerce libéral d'une pornographie trop accessible, ou de publicités hyperérotisantes, qui désinforment sexuellement celui ou celle qui n'a pas reçu d'information précise sur la sexualité et capable de poser un regard critique (Anne Richard, 2012).

Cette désinformation met en danger les adolescents qui y trouvent des « normes » pornographiques et non le reflet d'une sexualité épanouissante.

Or, à cette étape de la vie, les différents changements tant biologiques que physiques liés à la maturation de leurs organes peuvent les conduire à adopter des comportements peu muris et surtout à risque et aussi à cause entre autre, de la dégradation si remarquable des conditions socio-économiques.

Ainsi dit, l'adolescence ne se caractérise pas uniquement par les changements physiques typiques, mais il s'agit également d'un moment de la vie rempli de transformations émotionnelles et psychologiques aussi importantes que celles qui sont d'ordre physiques, c'est une période: d'éventuel repli sur soi, d'expérimenter de nouvelles choses (d'initier de nouvelles expériences), de découverte par soi-même, de recherche de soi, d'opposition, de remise en cause de l'ordre établi, de construction de soi, de briser les tabous, l'interdit, de toute puissance, de satisfaction de sa curiosité.

Il n'en reste pas moins que la plupart des adolescents continuent à se tourner vers leurs parents en cas de stress majeur et naturellement, le jeune est donc enclin à se détourner de ses parents pour investir de nouvelles sphères relationnelles. Ce transfert peut parfois poser problème, selon les modalités relationnelles qui ont été mises en place au sein de la famille (Miljkovitch, 2017).

Partant de toutes ces caractéristiques, la santé à l'adolescence est menacée de différentes façons par l'avènement de nouveaux styles de vie. Ils font face aux risques tels que les grossesses prématurées ou indésirables, les IST et le VIH/SIDA, etc.

L'adolescence, même vécue dans les meilleures conditions est souvent une période agitée. , les adolescents sont assaillis d'émotions et de sentiments nouveaux. Chaque jour, ils subissent des pressions de la part de leurs encadreurs, milieux sociaux à travers l'école, le cinéma, la musique, l'Internet et la fréquentation des hauts lieux de perversité. Elle est une période de transition habituellement marquée par le stress et l'anxiété (Bozon, 1994).

Malheureusement, les jeunes manquent souvent d'expériences pour gérer les stress et l'anxiété de façon constructive. Sans une direction appropriée ils peuvent facilement adopter des comportements destructeurs (la consommation de la drogue, la violence ou le vagabondage sexuel).

Dès nos jours, les problèmes des adolescents transcendent les barrières économiques, sociales et raciales, c'est devenu un fléau mondial difficilement contrôlable. Nous assistons actuellement à l'hyper sexualisation⁶ des adolescents qui se traduit par un

L'hyper sexualisation consiste à donner un caractère sexuel à un comportement ou à un produit qui n'en a pas en soi. C'est un phénomène de société selon lequel de jeunes adolescentes et adolescents adoptent des attitudes et des comportements sexuels jugés trop précoces. Cette hyper sexualisation se caractérise par un usage excessif de stratégies axées sur le corps dans le but de séduire et apparaît comme un modèle de sexualité réducteur, diffusé par les industries à travers les médias, qui s'inspire des stéréotypes véhiculés par la

habillement malsain avec le nombril à l'air, le pantalon taille basse, des maquillages exagérés, chemise avec thorax dehors, etc., c'est avec ces modes d'habillement hyper sexualisés que les adolescents entrent dans l'adolescence et découvre leur propre identité sexuelle.

Partant de ceci, l'adolescence étant une période charnière entre l'enfance et l'âge adulte pendant laquelle, il s'agit de passer du stade d'être dépendant à celui d'être autonome, voir responsable, prédispose l'individu en le poussant vers un partenaire sexuel et l'amenant à pouvoir se reproduire, cette maturation diminue en même temps le besoin de trouver en l'autre protection et sécurité et augmente l'autonomie et les capacités d'exploration.

Tous ces bouleversements peuvent les placer dans une situation de risque qui fait que les parents et les ainés ne les comprennent pas et de ce fait fragilise toute autorité sur eux en créant une sorte de rivalité réciproque.

Cette rivalité crée chez les adolescents une sorte de rébellion vis-à-vis des ainés surtout s'ils constatent que le comportement leur reproché par les ainés est le mode de vie de ces derniers et par là les adolescents arrêtent de se confier aux ainés.

Les parents sont les premiers éducateurs de leurs enfants, quand il s'agit des questions sensibles telle que la sexualité, ils se sentent démunis. En effet, la sexualité devient un sujet tabou eu égard à la pudeur.

Dans ces conditions, ils ont besoin d'un relai éducatif. Traditionnellement chez les africains, un tiers social de confiance intervenait pour expliquer aux enfants l'essentiel de la sexualité tel que ça se passait à l'occasion des rituels d'initiation. Or, actuellement, à cause des migrations et des mutations sociales, ces rituels ne sont plus d'actualité d'une façon systématique et qui

pornographie : homme dominateur, femme-objet séductrice et soumise (Centre de recherche et d'information des organisations des consommateurs, 2011).

pulse le cadre éducatif devenant mouvant, les parents deviennent de plus en plus, les seuls éducateurs de leurs enfants.

Ce tabou fait que certains adolescents n'ont pas des connaissances structurées sur la santé sexuelle et reproductive, mais plutôt, des connaissances erronées provenant des pairs.

Dans chaque société, les adolescents représentent l'avenir. Un renforcement de l'éducation et des mesures de santé publique permet d'améliorer considérablement leur santé et leur développement (Lancet, 2012).

De ce fait, Le processus d'apprentissage des normes et des valeurs nécessaires à une bonne intégration dans la société est pris en charge par différentes instances que l'on nomme « **agents de socialisation**.⁷ ». Parmi ces derniers on compte : la famille, l'école, les groupes de pairs, les médias, les différentes associations, les religions.

Mais, nous assistons à la désorganisation sociale qui entraine un relâchement qui se manifeste par le non-respect des normes traditionnelles et la perte d'intérêt à l'égard de l'initiation coutumière de la sexualité des adolescents et ceci conduit les adolescents à adopter ainsi de nouveaux comportements sexuels, dirigés vers la satisfaction des besoins personnels et la gratification individuelle.

La disparition de l'exigence de la virginité de la jeune fille dans les sociétés où elle était une condition pour le mariage est une des preuves du relâchement de la morale sexuelle traditionnelle (Gomis, 2014).

Les médias peuvent favoriser la précocité de l'activité sexuelle par l'introduction en Afrique en général et en RDC en particulier, de valeurs et modèles étrangers en matière de sexualité.

⁷ La socialisation est le processus d'acquisition des « manières de faire, de penser, de sentir » propres aux groupes, à la société où une personne est appelée à vivre. Rocher, 1970). Et par agents de socialisation on entend les personnes et les groupes de personnes qui influencent nos émotions, nos attitudes et nos comportements.

En outre, on note que le comportement sexuel des adolescents est souvent motivé par un intérêt économique ou social, et à cela s'ajoute, la recherche de la satisfaction de sa curiosité.

Pour l'auteur ci-haut, il y a des jeunes qui s'adonnent à l'activité sexuelle en échange de cadeaux, d'habits ou de sommes d'argent avec un ou plusieurs partenaires et cela souvent sans aucune protection au préalable.

C'est à ce niveau que le marketing social peut intervenir pour aider à changer le comportement en matière de santé et accroitre l'efficacité des campagnes de sensibilisation au niveau de la cible (Marchioli, 2006). Toutefois, les professionnels du marketing social sont confrontés aux problèmes suivants :

- I. Comment concevoir et mettre en œuvre des campagnes efficaces ?
- 2. Comment amener un individu à changer ses comportements en matière de santé et à adopter un comportement plus souhaité? Autrement dit, comment accompagner les campagnes de sensibilisation afin d'atteindre les objectifs escomptés ?
- 3. Comment rendre opérant ces campagnes en les réajustant par rapport aux objectifs fixés en cas de besoin ?

De ces problèmes, le deuxième constitue le fondement de notre thèse parce que, pour amener un individu à changer ses comportements en matière de santé et à adopter un comportement plus sécuritaire, il est important de connaitre, au préalable, ses motivations à adopter le comportement que l'on veut changer. Ses domaines d'intervention privilégiés concernent essentiellement la promotion de la santé (ex : la lutte contre le SIDA, le tabac,...), la prévention des risques (ex : sécurité routière), la protection de l'environnement (ex : gestion des déchets), la promotion des comportements citoyens (ex : solidarité intergénérationnelle, participation électorale, lutte contre les discriminations,...)- (Mourre, 2013).

Dans cet ordre d'idée, le marketing social propose une démarche en neuf étapes (Kotler et al. 2002 ; Gallopel, 2003) :

- I. l'analyse du problème social contre lequel le praticien veut lutter (par exemple : la prévention du tabagisme, la prévention des IST, etc.);
- 2. le choix de la cible d'action prioritaire (exemple : les jeunes fumeurs, les jeunes sexuellement actifs, etc.) ;
- 3. la fixation des objectifs (exemple: inciter les jeunes à arrêter de fumer, inciter les jeunes à avoir une sexualité responsable, etc.);
- 4. la connaissance de la cible (exemple : croyances, attitudes, valeurs, freins, motivations à l'égard du tabac ou de la sexualité précoce, etc.) ;
- 5. le choix d'un concept de campagne ;
- 6. le plan de campagne (exemple : campagne télévisée de prévention du tabagisme ou de l'utilisation du préservatif, etc.);
- 7. le pré-testage de la campagne ;
- 8. l'application, et enfin
- 9. l'évaluation des résultats.

Partant des comportements sexuels des adolescents, les rapports de l'ONUSIDA *et al.* (2014) renseigne que, le Sida est considéré comme le fléau le plus dévastateur, figurant parmi les principales causes de décès dans le monde.

En 2017, 36,9 millions [31,1 millions-43,9 millions] vivaient avec le VIH, et, 940.000 personnes sont décédés d'une ou des causes liées au VIH dans le mode à cette période (ONUSIDA, 2018; OMS, 2017).

En 2016, à l'échelle mondial, on estimait à 2,1 millions [1,4 millions- 2,6 millions], soit une augmentation de 30% par rapport à 2005, le nombre d'adolescents âgés de 10 à 19 ans

vivant avec le VIH, et, le nombre de décès imputable au Sida était de 150 par jour (OMS, 2017; Unicef, 2017).

Le VIH est également, l'une de cause de décès en Afrique (région la plus touchée) en général, et en RDC en particulier. En effet, notons qu'il y a eu 25,7 millions de personnes vivant avec cette pandémie en Afrique en 2017, (OMS, 2018), et en RDC, 381.187 personnes vivaient avec le VIH en 2016 (ONUSIDA/RDC, 2017).

Les femmes représentent plus de la moitié du nombre total des personnes vivant avec le VIH, ainsi, en 2016, 67% des nouvelles infections touchent celles âgées de 15 à 24 ans en Afrique subsaharienne. Ces femmes, contractent la maladie au contact d'hommes plus âgés, faisant ainsi ressortir de multiples préoccupations concernant à la fois la capacité des jeunes femmes et filles à négocier une sexualité sans risques (ONUSIDA, 2017).

Chez les adolescents, les filles y sont deux fois plus infectées que les garçons (Nations Unies, 2014). Ainsi, il apparaît que la situation est très préoccupante en Afrique, non seulement à cause de son ampleur, mais surtout à cause de ses implications dans la vie des populations et, globalement, dans le développement social et économique de ce continent.

La République Démocratique du Congo fait partie des pays à haut risque car l'utilisation du préservatif pendant le dernier rapport sexuel à haut risque, soit 6% est presque le plus faible de la région chez les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans, ce qui indique la faiblesse de leur pouvoir de négociation concernant leur santé (ONUSIDA, 2013).

La réticence des jeunes, l'indiscrétion des professionnels de santé, ainsi que le viol sont comptés parmi les limites de l'efficacité des mesures de prévention du VIH chez les adolescentes et les jeunes. De plus, la protection limitée de la confidentialité et du droit au secret médical des jeunes les dissuade d'avoir recours aux services médicaux spécialisés (ONUSIDA, 2012).

De cette réticence, découle le nombre de cas de SIDA qui ne cesse de croître. Le SIDA devient de ce fait, l'une de première cause de mortalité (Unicef Congo, 2013).

A Kinshasa, les adolescents sont sexuellement actifs avant 15 ans. Chaque type d'adolescents a un langage approprié pour justifier et argumenter ce comportement qualifié de « vie du jeune » dans la majorité des milieux des adolescents (Mabika, 2014).

L'âge moyen auquel les jeunes kinois filles et garçons, ont des relations sexuelles baisse de plus en plus. Il se situe autour de 12 ans. Or, la précocité des rapports sexuels est un facteur déterminant qui expose les adolescents aux IST et à l'infection du VIH. Autrement dit, le fait d'avoir des relations sexuelles alors que les organes génitaux ne sont pas encore matures, notamment pour les filles (Nzakuna, 2010; Petit, 2004) de ne pas utiliser correctement le préservatif lors des relations sexuelles à risque active transmission plus des IST/SIDA implique une (Ghebremichael, 2000; Pettifor et al. 2009).

Les adolescents ont des relations sexuelles avant le mariage et souvent avec plusieurs partenaires (EDS-RDC II, 2013-2014).

Ils ont érigé le slogan : « Nasalate, nazua zéro⁸ », en lingala et pensent que « Rien ne lui arriverait ». En plus, à chaque rapport sexuel, il y a un risque de grossesse et d'infection (Unicef, 2010).

A Lubumbashi, la situation des adolescents est aussi alarmante qu'à Kinshasa. Une adolescente lushoise sur dix, de 15 à 19 ans, résidant encore sous le toit parental, officiellement célibataire a déjà eu des rapports sexuels avec des partenaires « occasionnels », le plus souvent sans protection (Kalau – Mutej, 2013).

_

⁸ Littéralement : « la disqualification pour ceux qui s'abstiennent »

Par ailleurs, I5% des jeunes femmes de I5-24 ans résidant en milieu urbain avaient eu des rapports sexuels avant leur quinzième (I5ème) anniversaire de naissance. Ce taux était de 25% en milieu rural. Il était de 35% au Katanga, 29% dans la Province Orientale, I4% au Kasaï Oriental et I1% à Kinshasa (Unicef, 2010).

C'est pourquoi il faudrait que les adolescents, en République Démocratique du Congo, soient pleinement sensibilisés sur les risques d'une sexualité irresponsable et à risque. Et pour y arriver, il est important d'identifier avant tout ce qui pousse ces adolescents à adopter des comportements sexuels à risque (comportements destructeurs).

Un travail de sensibilisation est indispensable et nécessite la mutualisation des efforts.

I.2.I. Questions de recherche

De nombreux défis restent encore à relever en matière de sexualité chez les adolescents. Ainsi, la présente thèse tente de répondre aux préoccupations majeures sous forme des questions, principale et spécifiques.

I.2.I.I. Question principale

La question principale de cette thèse est la suivante :

• Quels sont les déterminants ou les facteurs influençant les comportements sexuels à risque des adolescents congolais à l'heure des IST/VIH/SIDA?

I.2.I.2. Questions spécifiques

Les questions spécifiques s'articulent comme suit :

- Quel est l'effet conjugué des facteurs socioculturels sur les comportements sexuels à risque des adolescents congolais?
- Quelles sont les caractéristiques liées au ménage et l'occupation du tuteur qui influencent les comportements sexuels à risque des adolescents congolais ?

- Quelles sont les influences des cadres institutionnels sur les comportements sexuels à risque des adolescents congolais ?
- Quelles sont les caractéristiques individuelles et psychologiques qui affectent les comportements sexuels à risque des adolescents congolais ?
- Quelles sont les effets des facteurs modérateurs sur les comportements sexuels à risque des adolescents congolais ?

I.3. Objectifs de la recherche

L'objectif principal que nous poursuivons dans la rédaction de cette thèse est :

• d'identifier et d'analyser les déterminants des comportements sexuels à risque des adolescents congolais et de proposer un modèle de marketing social visant à changer ces comportements.

Spécifiquement, les objectifs de cette thèse sont les suivantes :

- d'analyser l'effet des facteurs socioculturels sur les comportements sexuels à risque des adolescents congolais,
- d'analyser l'influence des caractéristiques liées au ménage sur les comportements sexuels à risque des adolescents congolais,
- d'analyser l'influence du cadre institutionnel sur les comportements sexuels à risque des adolescents congolais,
- D'analyser les caractéristiques individuelles et psychologiques qui affectent les comportements sexuels à risque des adolescents.
- d'identifier les effets des facteurs modérateurs sur les comportements sexuels à risque des adolescents congolais.

I.4. Cadre conceptuel d'identification des déterminants des comportements sexuels à risque des adolescents et hypothèses de l'étude

I.4.I. Cadre conceptuel d'identification des déterminants des comportements sexuels à risque des adolescents

Notre cadre conceptuel est une combinaison de deux modèles théoriques.

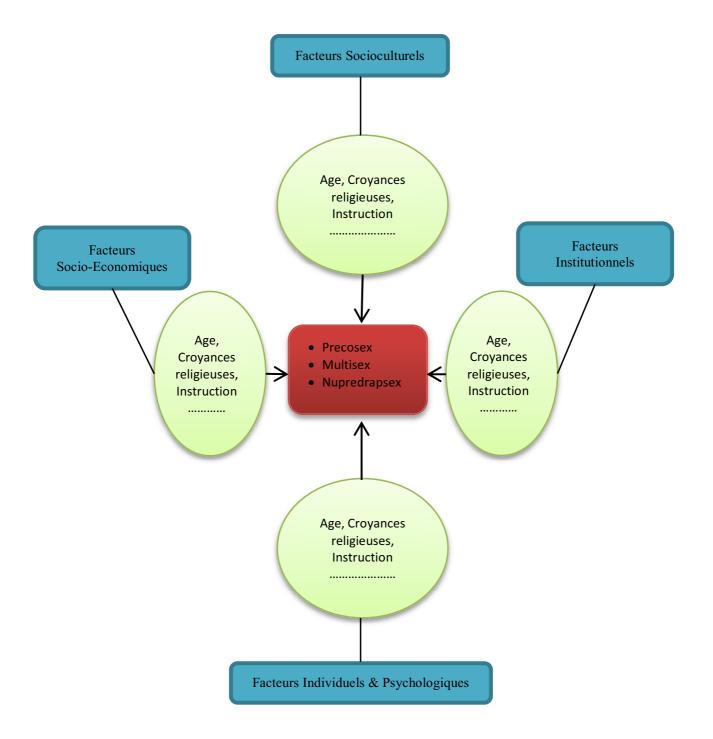
Nous nous sommes inspiré du modèle théorique du cadre psychosocial multi-domaines du risque chez l'adolescent (Bruchon-Schweitzer et al., 1994) qui implique à la fois l'étude des facteurs environnementaux du milieu dans lequel s'opère le comportement à changer, des facteurs individuels ayant un effet principal et des effets d'interaction sur la santé physique et le bien être psychique et sociodémographique, mais aussi l'exposition à divers facteurs de risque.

La majorité des variables utilisées dans notre étude sont issues de ce modèle. Celui-ci associé au modèle de croyance à la santé, HBM, (Rotenstock, 1966, 1974; Becker *et al.*, 1974, 1984) pour relever la perception des adolescents vis-à-vis du VIH.

Pour la compréhension de ces modèles nous avons fait recours aux travaux de Gueilla (2012), qui fait ressortir les liens entre les facteurs contextuels et facteurs individuels des jeunes en Afrique Subsaharienne, de Rwenge (2013) qui a utilisé le modèle de croyance à la santé pour analyser les prévalences des comportements sexuels à risque et leurs facteurs sociaux dans les pays francophones d'Afrique Subsaharienne parmi les adolescents et les jeunes en mettant en exergue les diversités entre les pays .

En résumé, le cadre conceptuel d'identification des déterminants des comportements sexuels à risque des adolescents de notre étude se schématise comme suit :

Figure 2: Cadre conceptuel de l'étude



Source : Conçu par nous-même à partir des modèles psychosocial multi-domaine du risque chez l'adolescent et de croyance à la santé (Bruchon-Schweitzer et Dantzer, 1994 ; Rotenstoch, 1966 ; 1974 ; Becker *et al.* 1994)

Selon le modèle proposé ci-haut, les facteurs socioculturels, socioéconomiques, institutionnels et individuels comme psychologiques déterminent les comportements sexuels à risque des adolescents. De manière précise, chaque type de facteur contribue à l'émergence de ces derniers :

- Les facteurs socioculturels : sont des variables ethnie, milieu de résidence et province de résidence, au niveau familial au travers des variables contrôle parental (connaissance des amis par les parents et connaissance de fréquentation par les parents), communication parent/adolescent sur la sexualité, survie avec le père sous le même toi et survie avec la mère sous le même toit et tuteur.
- Les facteurs socioéconomiques : au travers des variables conditions de vie du ménage, qui donne plusieurs opportunités aux adolescents, celles d'avoir la capacité de satisfaire à ses besoins, d'avoir une instruction, d'être exposé aux médias, etc., Cette variable présage de la qualité de vie du ménage.
- Les facteurs institutionnels : des variables exposition des adolescents au cours d'éducation sexuelle institutionnel, exposition aux médias et à la fréquentation des centres de santé sexuelle et de la reproduction qui créent des conditions susceptibles d'influencer les comportements des adolescents, leurs connaissances ainsi que leurs sensibilisations aux IST/VIH/SIDA.
- Les facteurs individuels et psychologiques: des variables sociodémographiques, connaissance des IST/VIH/SIDA, perception de sa vulnérabilité et de la perception de la gravité de la maladie qui inculquent à l'adolescent une connaissance conséquente lui permettant d'acquérir certaines perceptions vis —à-vis

des IST/VIH/SIDA et la consommation d'alcool, des cigarettes ainsi que la fréquentation des boites de nuit et leur fréquence qui l'expose aux comportements sexuels à risque.

Les variables modératrices : des variables âge, niveau d'instruction et croyances religieuses qui peuvent modérer l'adoption des comportements sexuels à risque des adolescents.

De tous ces facteurs découlera l'attitude des adolescents visà-vis des comportements sexuels à risque et des IST/VIH/SIDA.

En conclusion, les facteurs socioculturels, socioéconomiques, institutionnels, individuels et psychologiques déterminent directement ou indirectement les comportements sexuels à risque des adolescents. L'influence indirecte est due aux connaissances relatives aux IST/VIH/SIDA.

Les variables âge, niveau d'instruction et religion peuvent atténuer l'adoption des comportements sexuels à risque chez les adolescents.

A partir de ce cadre conceptuel, cette étude vérifie les hypothèses suivantes :

I.4.2. Hypothèses de l'étude

Celles-ci sont au nombre de cinq:

H1: Les facteurs socioculturels influencent les comportements sexuels à risque des adolescents.

H2: Les caractéristiques liées au ménage et l'occupation du tuteur influencent les comportements sexuels à risque des adolescents.

H₃: Les facteurs institutionnels influencent les comportements sexuellement à risque des adolescents.

H4: Les caractéristiques individuelles et psychologiques influencent les comportements sexuels à risque des adolescents.

Hs: Les variables modératrices atténuent l'adoption des comportements sexuels à risque.

I.5. Justification méthodologique

Notre étude repose sur des données primaires issues des enquêtes réalisées auprès des adolescents des villes de Mbandaka, Lubumbashi et Kinshasa. Elle est constituée de deux phases d'analyse, qualitative et quantitative. Plusieurs raisons ont motivé cette combinaison méthodologique.

En premier lieu, la phase qualitative nous a permis de nous situer dans le contexte de l'étude en nous entretenant avec les adolescents. En second lieu, les propos recueillis auprès des adolescents nous ont permis de mieux identifier et de comprendre les déterminants des comportements sexuels à risque de ces derniers et aussi l'ensemble de verbatim obtenu au niveau de la phase qualitative a guidé le développement du questionnaire pour la phase quantitative. En dernier lieu, quelques questions utilisées pour la partie quantitative proviennent des entretiens qualitatifs.

En ce qui concerne l'étude quantitative, trois indicateurs de risque sexuels propres aux adolescents proposés par l'ONUSIDA (2011) ont guidé notre réflexion à savoir : la précocité de rapports sexuels, le multipartenariat sexuel et la non-utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel.

Nos analyses se sont concentrées sur les trois indicateurs, des modèles de régression logistique (modèle probit et logit ordonné en ce qui concerne le Multisex) ont été développés pour chacun des indicateurs.

I.6. Contribution de l'étude

Enseigner aux gens des comportements sains ne peut se concevoir que dans une perspective de longue période. L'effort à fournir ou la douleur à supporter n'ont de sens que s'il en résulte, plus tard, un état de bien-être suffisamment désirable. C'est donc à condition que l'individu fasse la relation entre le comportement d'aujourd'hui et ses conséquences bénéfiques dans le futur que l'on pourra provoquer le changement (Jacques de Guise, 1995).

De ce fait, l'individu devra croire que son comportement présent aura des répercussions heureuses dans l'avenir. Dans les problèmes de prévention, cet acte de foi est même un acte de foi aveugle car l'effet bénéfique ne se produira pas ou ne sera pas perçu puisqu'il consiste justement à éviter qu'un événement malheureux ne survienne. L'acte posé aujourd'hui sera gratifiant parce qu'on croira qu'aucun changement indésirable ne se produira, enrichit l'auteur précèdent.

Pour cela, diverses stratégies se dessinent pour faire face à ce problème, l'une d'elles, consiste à faire appel aux croyances, il faudrait convaincre l'individu qu'un mal le menace, que cette menace est grave mais, qu'elle peut être tenue en échec si on adopte tel comportement. Aussi, l'appel aux croyances à lui seul ne suffirait pas dans un environnement corrompu à résoudre ce problème.

Raison pour laquelle, nous avons dans cette thèse, fait la combinaison des modèles multi domaine (Bruchon-Schweitzer 1994) et de croyance à la santé (Becker MH, 1974) afin d'identifier les facteurs explicatifs des comportements sexuels à risque des adolescents, c'est-à-dire les facteurs environnementaux et individuels qui n'ont pas été utilisées dans la plupart des études sur les comportements sexuels des adolescents en RDC et dans beaucoup d'autres pays d'Afrique Subsaharienne.

La combinaison des cadres d'étude (Mbandaka, Lubumbashi et Kinshasa) a apporté une connaissance approfondie sur ces déterminants. Par ailleurs, la mise sur pied du modèle de marketing social appuyé par le « Programme de Prévention des IST/VIH/SIDA par les Pairs » (3XP), pour la prévention des IST/VIH par les adolescents et pour les adolescents, constitue une nouvelle pierre à la contribution de prise en charge des comportements sexuels à risque des adolescents car l'adolescence

implique un nécessaire travail psychique lié à la maturation de l'individu, celui-ci étant confronté entre autre à la mutation des liens, à la question identitaire sexuée, aux rapports à la loi et à la mort. (E de Becker, 2018).

I.7. Organisation de l'étude

Cette étude est organisée en cinq chapitres, outre l'introduction et la conclusion générale. Le premier chapitre intitulé « Mise en contexte et problématique » présente le contexte de l'étude, la problématique ainsi que l'organisation de l'étude dans son ensemble. Le deuxième chapitre est consacré à la revue de la littérature théorique et empirique. Le troisième chapitre présente la méthodologie de l'étude. Le quatrième chapitre est consacré à la présentation des résultats de l'étude et du modèle de marketing social. Enfin, le cinquième chapitre et dernier présente la discussion des résultats et leurs implications.

CHAPITRE DEUXIEME

REVUE DE LA LITTERATURE THEORIQUE ET EMPIRIQUE

Il est toujours important de fixer les lecteurs sur les travaux antérieurs ayant trait à la thématique de la recherche, mais avant d'y arriver, nous avons trouvé important dans ce chapitre, de commencer d'abord en premier lieu par définir les mots clés de notre étude à savoir : marketing social, comportements sexuels à risque, adolescent et IST/VIH/SIDA.

En second lieu, faire une revue de la littérature des campagnes préventives ayant utilisées le marketing social pour faire face aux comportements sexuels à risque des jeunes et adolescents en Afrique Subsaharienne à cette heure des IST/VIH/SIDA, en troisième lieu, présenter les différents modèles de changement de comportement dans le domaine de la santé et enfin en quatrième lieu présenter une revue de la littérature empirique des travaux portant sur les déterminants des comportements sexuels à risque chez les adolescents.

II.I. Définitions des mots clés de l'étude

Plusieurs auteurs ont défini les mots clés de notre étude à savoir : le marketing social, les comportements sexuels à risque, l'adolescent, les IST et VIH/SIDA. Ainsi, nous allons passer en revue ces définitions.

II.I.I. Marketing social

Le concept de marketing social est né en 1971, Kotler et Zaltman (1971) le définissent le comme « la conception , la mise en œuvre et le contrôle de programmes développés afin de promouvoir l'acceptation de certaines idées sociales et qui impliquent des considérations de planification, tarification, communication, distribution et recherche marketing». En d'autres termes, le marketing social est cette façon de voir les causes sociales et de chercher comment pallier tous les maux qui guettent la société dans son ensemble.

Plusieurs chercheurs ont contribués successivement à l'évolution de la définition du marketing social dans le sens d'une précision de ses objectifs sociétaux (Andreasen, 1995 ; French et

Blair, 2005 ; Cheng, Kotler et Lee, 2011 ; Chandon, 2013) : « Il est un processus qui applique les principes et techniques du marketing pour créer, communiquer et créer de la valeur en vue d'influencer les comportements d'une population cible pour son propre bien et celui de la société ».

Selon Kotler et Lee (2008), il est « l'usage de techniques et de principes découlant du marketing commercial servant à agir sur un public-cible afin que celui-ci accepte volontairement, rejette, modifie ou abandonne un comportement donné pour le bénéfice d'individus, de groupes ou de la société ».

Dans cet ordre d'idée, pour Fox et Kotler (1980), la grande question que l'on se pose est celle de savoir si le marketing des organisations à but non lucratif (partis politiques) ou le marketing sociétal doivent être exclu du champ du marketing social. Ainsi, ce n'est plus l'acceptation de certaines idées sociales qui est le but du marketing social, mais les changements comportementaux. Ceux-ci peuvent être de quatre natures : acceptation d'un nouveau comportement, rejet d'un comportement potentiellement néfaste, modification du comportement actuel ou abandon d'un comportement acquis nuisible.

Selon Mourre (2013), le marketing social vient compléter quatre autres approches ci-dessous visant au changement social :

- L'approche juridique, elle consiste à faire évoluer les lois pour interdire ou rendre obligatoires certains comportements,
- * L'approche technologique, elle cherche à mettre en place des dispositifs facilitant l'adoption du comportement,
- L'approche économique, elle consiste à rendre plus ou moins accessibles financièrement certains biens pour en favoriser ou en freiner la consommation,

L'approche informative, elle consiste à communiquer des informations auprès du public cible afin qu'il change de luimême son comportement.

Soulignons la différence entre marketing commercial et marketing social. Le marketing commercial est orienté vers la concurrence entre entreprises, laquelle concurrence vise la maximisation du profit pour ces dernières, d'une part, et se fonde sur les désirs des clients d'autre part sur des produits et des services liés au domaine des affaires. Tandisque le marketing social vise le bien-être de sa clientèle en agissant au nom de la communauté.

Il se fonde sur les valeurs et les idéaux de la société. En d'autres termes, c'est le marketing du bien -être et son succès ne se mesure pas par l'argent mais par le changement de comportement de l'individu au sein de la société. Ainsi, il s'intéresse davantage à des notions intangibles comme le changement d'idées, d'opinions, d'attitudes et de styles de vie (Lefebvre et Flora, 1988).

Selon Kotler (2005), le facteur le plus distinctif entre le marketing social et commercial est le type de « produit vendu ». Dans le cas du marketing commercial, le processus marketing tourne essentiellement autour de la vente des produits et des services, tandis que dans le marketing social, le processus marketing est utilisé pour « vendre » un changement de comportement.

Par ailleurs, dans le marketing commercial, le but principal est le gain financier, tandis que pour le marketing social, le principal but est le gain (changement de comportement) de la société dans son ensemble.

En rapport avec la focalisation sur le gain financier, les hommes du marketing « commercial » favorisent le choix de segment cible pouvant engendrer le plus grand volume de bénéfices. Alors que dans le marketing social, les segments sont sélectionnés en fonction de la priorité du problème social, de la capacité à atteindre l'audience, de l'aptitude à changer de comportement.

Toutefois, dans les deux cas, les hommes de marketing cherchent à avoir le résultat à la hauteur de l'investissement. Ainsi, le marketing commercial est utilisé pour mieux vendre un produit et augmenter le profit. Tandisque le marketing social est utilisée pour une cause : réduction de la consommation du tabac, de l'alcoolisation excessive des jeunes, obésité, don du sang, paludisme, conduite en état d'ébriété, pollution atmosphérique, faim dans le monde, etc. Mais, le point commun entre le marketing social et le marketing commercial est l'utilisation des mêmes outils et la modification des comportements de la cible visée (Gallopel-Morvan, 2011).

De manière générale, nous pouvons retenir que le marketing social se caractérise par un cadre de réflexion et d'action planifié et systématique qui repose sur les principes et techniques du marketing commercial pour développer des programmes, services ou produits qui bénéficient à une population générale ou ciblée (Bryant et Coll, 2011 cités par Chandon, 2013).

De même que le marketing social se distingue du marketing commercial, de même, il se distingue des autres actions de santé publique qui peuvent être mis en place, comme des campagnes d'éducation, etc.

Andreasen (2002) explicite les critères qui permettent de distinguer l'originalité du marketing social par rapport à d'autres formes d'intervention de santé publique à savoir :

- L'orientation du consommateur comprenant un objectif comportemental (il ne s'agit pas seulement d'éduquer ou d'informer);
- La notion d'échange qui implique de raisonner en termes de valeur (bénéfices et sacrifices de l'offre);

- La segmentation et le ciblage de la population que la campagne veut toucher ;
- La prise en compte de la concurrence (Contre quelles pressions faut-il se positionner);
- ♣ Une déclinaison de la stratégie par les éléments du marketing mix, à l'instar des 4 P (produit, prix, place ou distribution et promotion ou communication) du marketing classique;
- ♣ Enfin, la mise en place d'un système d'information et de contrôle afin d'évaluer les résultats obtenus.

Ces critères ne sont pas toujours entièrement appliqués dans les interventions de santé publique. Mais, ils permettent, pour des méta- analyses, de repérer celles qui sont réellement fondées sur les principes et techniques de marketing social.

Encadré I: Campagne sociale⁹

La campagne sociale est couramment utilisée afin d'informer, de sensibiliser ou de modifier des comportements préjudiciables (Courbet, 2002; Gore et Bracken, 2005) et est mise à profit pour plusieurs causes à savoir : l'environnement, la démocratie, la santé ou la sécurité. Ainsi, le marketing social cherche à modifier non seulement le comportement de l'individu mais aussi celui des groupes, d'organisations ou des sociétés toutes entières et a donc une portée aux niveaux micro (individu), méso (groupe) et macrosocial(société)-Lawther et Lowry, 1995; Murray et Douglas, 1998.

La campagne sociale peut avoir deux objectifs (Coffman, 2002):

- Changer des comportements individuels à savoir : croyances, attitudes, changements (Ex : la participation électorale, le port du préservatif, la lutte contre le tabagisme, la prévention contre la conduite en état d'ivresse, etc.)
- Modifier l'opinion publique (perception, engagement, mobilisation) concernant par exemple : le soutien pour les garderies, les politiques sur les soins de santé, la perception des problèmes de santé mentale, les programmes scolaires, etc. (Frenette, 2010).

Trois étapes s'avèrent importantes quel que soit l'objectif de la campagne:

- La documentation, étape au cours de laquelle toutes les informations nécessaires à la campagne doivent être mises ensemble;
- La mise en œuvre. Durant cette étape tous les éléments nécessaires à la mise sur pied effective de la campagne doivent être pensées, créées et implantées à savoir : les stratégies argumentaires, la mise en forme du message et les techniques de diffusion ;

_

⁹ La campagne sociale est un extrant du marketing social. Elle est l'action communicationnelle concrète qui est mise en place afin d'en arriver à atteindre des objectifs précis (Lazard, 2004)

Enfin, l'évaluation. Il est important de toujours évaluer la campagne pour savoir si les objectifs ont été atteints ou pas.

Soulignions aussi, qu'il existe plusieurs techniques de diffusion d'une campagne sociale au travers de la publicité sociale à savoir : les imprimés, les messages radio, les reportages, les publicités télévisées ou sur le web, etc.

Ci-dessous sont présentées quelques images de diffusion de campagne sociale :



Image I: Campagne de lutte contre le VIH/SIDA par l'ambassade des USA en Namibie (2015).



Image 2: UNFPA, OMS&ONUSIDA: Déclaration de position sur les préservatifs et la prévention du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles et des grossesses non désirées (2015).





Image 3: Clément Guillet. Le Sida, mieux vaut (bien) le prévenir, Paris, 2012.



Image 4: Arayaa: 5 raisons pour lever le tabou autour de la sexualité des adolescents au Bénin, 2015

Face à la maladie, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1948), définit la prévention comme l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps. Et on distingue trois types de prévention :

- La prévention primaire : C'est un ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et à réduire l'apparition de nouveaux cas.

 Sont pris en compte ici la prévention des conduites individuelles à risque (Ex: inciter à mettre un préservatif);
- La prévention secondaire : Elle a pour but de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Elle recouvre les actes destinés à agir au début de l'apparition du trouble de la pathologie afin de s'opposer à son évolution ou encore de faire disparaître les facteurs de risque (Ex: inciter au dépistage);
- La prévention tertiaire : C'est celle qui cherche à limiter les conséquences négatives de la maladie et à réduire les complications ou rechutes consécutives à la maladie (Ex : favoriser l'accès aux soins et lutter contre les discriminations).

Bien que les hommes de marketing social et commercial reconnaissent tous le besoin d'identifier et de positionner leur « offre » par rapport à la concurrence, les concurrents ne sont pas les mêmes dans les deux cas. Ils diffèrent plutôt selon leur nature. En effet, dans le marketing commercial, les concurrents sont les autres organisations offrant des produits et des services similaires ou satisfaisant des besoins similaires.

Par contre, dans le marketing social, les concurrents sont les comportements actuels ou souhaités pour le public cible ainsi que les bénéfices perçus associés à ces comportements.

Encadré 2: Méthodes du marketing social et marketing commercial (Gallopel-Morvan, 2011)

Le marketing social utilise les mêmes méthodes que le marketing marchand à savoir :

- L'étude des publics (ceci se fait à l'aide de questionnaires, d'entretiens approfondis, etc.),
- L'analyse de l'environnement dans lequel s'inscrivent les comportements à modifier (le marketing déployé par les industriels du tabac ou de l'alcool pour inciter les jeunes à fumer et à boire),
- La mise en place de la segmentation (un programme différent selon le sexe, l'âge et le milieu social des individus),
- L'instauration d'une « offre » adaptée à la cible. Ainsi, pour la lutte contre le SIDA, le « produit » proposé est un préservatif et un test de dépistage du VIH. Ce « produit » peut être mis à la disposition de la cible visée dans les bars, les discothèques, les villages reculés d'Afrique, etc., et promu à travers des campagnes d'information et de sensibilisation via des médias, des brochures, des événements, etc.
- L'évaluation qui apporte des éléments de compréhension de l'échec ou du succès du programme de marketing social mis en place.

II. I.I.I. Les 5P du marketing social

La conception d'une campagne de marketing social implique du point de vue de l'organisme la définition de 5 P en partant de 4 P du marketing commercial dans lequel le produit désigne l'objet de la vente, le prix ce que le client paie, la place c'est le lieu de vente du produit et la promotion porte sur les démarches entreprises pour attirer l'acheteur. Les praticiens du marketing social ont ajouté un 5 ème P qui est la politique qui consiste pour le gouvernement de formuler des politiques et règles de prévention.

II.I.I.I. Le produit

Dans le marketing social, le produit social se trouve dans l'ordre de l'être et vise une dimension qualitative. C'est l'idée, la croyance ou l'habitude que le public peut accepter, adopter ou modifier afin de répondre à ses besoins.

Il peut s'agir d'un comportement lié à l'utilisation d'un objet. Par exemple, les campagnes anti-sida peuvent promouvoir l'usage du préservatif ou même le distribuer ; le planning familial propose souvent le recours à un stérilet ou à une pilule. Dans l'un ou l'autre cas, le marketing social ne porte pas sur la transaction économique. Il est donc antérieur. Il s'agit de persuader un non-utilisateur de changer son mode de vie ou ses valeurs (Beauchamp *et al.* 1991, p 294-295)

Kotler et Zaltman définissent le produit du marketing social comme des valeurs, des croyances, des tendances affectives, du comportement ou d'une combinaison quelconque de ces éléments (Kotler et Zaltman, 1971, p7).

II.I.I.2. Le prix

Le prix en marketing social, c'est ce que cela coûte au public cible, en terme d'habitudes, de mentalité à changer et de temps ou d'argent à consacrer, pour répondre à ses besoins. Le prix social consiste en l'abandon d'un état pour un autre.

Il y a plusieurs types de prix en marketing social:

- ✓ la somme d'inconvénients qu'on doit subir pour adopter un comportement : le temps, les efforts, la douleur,
- ✓ le coût objectif ou subjectif pour passer d'un état à un autre : l'inconfort cognitif, l'acquisition de nouvelles habitudes physiques ou mentales avec les répercussions qu'elles impliquent,
- ✓ Le coût qui réside dans l'abandon d'un état antérieur de bien-être en échange d'un mieux-être potentiel

En résumé, le changement de comportement est perçu comme un coût au même titre que l'abandon d'une somme d'argent contre un bien. Le coût du changement, c'est aussi le coût de la remise en question : il s'agit d'un effort d'analyse, de comparaison, de décision et de rupture avec le passé, de désapprentissage et de réadaptation aux réactions nouvelles que cela suscite dans l'entourage (Beauchamp, 1991,p 305).

II.I.I. I.3. La place

La place appliquée au marketing des idées et des comportements, c'est l'endroit où le média est utilisé pour transmettre le message. Il s'agit d'un réseau d'action, un réseau d'influence et un réseau d'information auxquels il faut ajouter un réseau de distribution classique lorsqu'un produit matériel est en cause (Beauchamp, 1991, p.305)

Le réseau d'action permet de faciliter l'accès à l'individu et à lui donner le maximum de moyens ou d'occasions pour passer à l'action. Il peut aussi servir à faire disparaître des comportements non désirés. La police, par exemple, constitue un réseau important de dissuasion des actes illégaux, que ce soit sur les routes, à des fins de sécurité, ou ailleurs pour assurer que les citoyens n'enfreindront pas les lois.

Le réseau d'influence consiste à former un personnel de vente et le positionner au sein de la population visée. Par exemple, les églises jouent le rôle de réseaux de distribution de services spirituels. Quant au réseau d'information, il utilise de supports matériels pour informer la population.

II.I.I.4. La promotion

La promotion, c'est le moyen de communication ou le message utilisé pour attirer l'attention sur le produit social qui est rappelons-le, une attitude, une valeur, une idée et non un objet matériel autonome. C'est sur ce produit qu'il faut construire un discours dont les conséquences heureuses ne sont pas perceptibles directement mais doivent être explicitées, l'individu n'acceptant, par exemple, de cesser de fumer qu'à condition d'imaginer le mieux-être qui en découlera. De même, c'est par la communication que l'idée de prévenir le sida possède une existence.

De ce qui précède, nous nous situons par rapport à la définition première de marketing social pour la définir comme un ensemble de techniques et méthodes issues du marketing commercial pour prédire, inciter et persuader l'adoption d'un comportement sain à une personne ou une communauté. Bref, c'est l'ensemble de techniques de marketing commercial pour résoudre les problèmes sociaux qui reposent essentiellement sur le changement de comportement.

II.I.I.5. La politique

Ce nouveau P stimule le changement social à l'aide des règles ou des politiques qui favorisent l'adoption volontaire d'un comportement (Rosa et Bellissimo, 2012)

Ainsi, du point de vue des publics cibles, il faudrait tenir compte de 4 C car comme en marketing commercial les 4 C permettent de mieux prendre en compte la dimension client au travers du consommateur (besoin du client, des attentes), du coût (ce qu'il en coûte pour satisfaire ses besoins et ses attentes), le côté pratique de ce qui lui est offert et la communication. Pour le marketing social, les 4 C dans la mise en place d'un programme s'articulent de la manière suivante (Gallopel-Morvan, 2011):

proposer un comportement (ce qui facilitera sa mise en place), pour un coût minimum pour le public, avec une capacité d'accès à ce comportement et une campagne de communication en lien avec la cible. Ainsi dit, l'élaboration d'une campagne de marketing social comprend six (6) étapes :

- Les préparatifs (enjeux, objectifs, concurrents, ressources, attitudes des publics cibles, etc.);
- La planification et l'élaboration de la stratégie (identification des publics cibles, méthodes d'évaluation des progrès, etc.) ;
- La conception du matériel et des activités (la teneur du message, activités médiatiques, événements, techniques promotionnelles, etc.);
- La rédaction du plan de marketing social (but, objectifs, publics cibles, calendrier, techniques promotionnelles, etc.);
- La mise en œuvre du programme de marketing social (lancement de la campagne);
- L'évaluation de résultats (compte rendu détaillé des bons et des moins bons coups en vue d'améliorer la future campagne).

Un plan du marketing social est donc flexible et répond à l'évolution des besoins de la collectivité.

Encadré 3: Marketing social: menace du secteur commercial (UNAIDS, 1999)

Dans le cadre de cette étude, les comportements sexuels à risque et les IST/VIH/SIDA sont au centre de notre réflexion. Pour ce faire, nous allons renseigner sur le fait que souvent praticiens du marketing social accusent les programmes de marketing social de concurrence déloyale avec le secteur marchand.

Etant donné que le préservatif reste le seul moyen de protection contre les IST/VIH/SIDA en dehors de l'abstinence et la fidélité, c'est l'impact de sa commercialisation que nous allons examiner.

Les programmes de marketing social se servent des ventes de préservatifs comme étalon pour mesurer leur succès. L'adoption de ce critère ne prend pour hypothèse que lorsque l'on achète un préservatif et on qu'on s'en sert. Dans bien de cas, les programmes de marketing social du préservatif (MSP) ont, en fait, contribué et stimuler les ventes à but lucratif en donnant de l'ampleur au marché et en accroissant la sensibilisation au produit (UNAIDS, 1999).

Le fait que ces programmes subventionnent des produits de qualité est taxé de sabotage au secteur marchand naissant. Or le rapport publié par le projet AIDSCAP entre 1991 et 1996 prouve le contraire. En effet, le projet Drammen Kommunale Trikk (DKT) de commercialisation sociale des préservatifs qui est un élément du programme d'AIDSCAP au Brésil collabore avec le secteur privé pour faciliter l'accès aux préservatifs dans les stations-services, les motels et les boîtes de nuit. Ainsi, ce et ce programme a redonné vie au marché commercial du préservatif en faisant une forte promotion de sa marque et en s'attaquant aux barrières douanières qui faisaient obstacle aux préservatifs

importés. En un an les ventes des préservatifs ont triplé et cinq nouveaux importateurs des préservatifs étaient apparus dans le marché brésilien.

En Haïti, le marketing social de Psi a aidé à la commercialisation des préservatifs plantè qui sont passés de 3.000 à plus de 400.000 entre 1991 et 1995 (AIDSCaptions, 1996).

Au Pakistan, le programme de marketing social soutient 70% du marché des préservatifs (Rahnan, 2007 cité par HIP, 2013). Et au Mali, il soutient 87% du marché des préservatifs. Or, le secteur commercial avec au moins 21 marques commerciales disponibles ne représente qu'une très faible part de marché (moins de 2% du marché total). D'où les deux, marketing social et commercial, contribuent ensemble à la croissance du préservatif afin de répondre aux besoins des différents segments.

Ces quelques exemples nous font voir l'impact positif du marketing social du préservatif (MSP) dans le secteur commercial.

II.I.2. Comportements sexuels à risque

Plusieurs auteurs ont donné beaucoup de définitions se rapportant au comportement sexuel. Pour Maïga (2003): « les comportements sexuels se rapportent à l'ensemble des conduites et pratiques en rapport avec le sexe ».

Pour Mboko (2008) il est un ensemble de réactions, d'attitudes et de conduites en rapport avec les relations sexuelles.

Pour Miangotar (2010) il englobe les activités à orientations sexuelles et pratiques contraceptives. Il est cependant mesuré par la précocité des rapports sexuels des adolescents, à l'usage du condom au cours des premiers rapports sexuels et

derniers rapports sexuels et au nombre de partenaires sexuels au cours de 12 derniers mois.

Selon Congo (1999 ; Lougoue, 2005), les comportements sexuels à risque seraient le regroupement d'un « ensemble d'actes qui ont la particularité de soumettre l'individu à un risque, en l'occurrence, au risque de contracter le VIH ».

Pour l'ONUSIDA (2011) un comportement sexuel à risque est définit comme étant celui qui donne lieu à au moins une des conditions suivantes : avoir eu plus précocement le premier rapport sexuel avant d'accéder au mariage, n'avoir pas utilisé le préservatif aux derniers rapports sexuels, avoir eu des rapports sexuels avec au moins deux personnes différentes pendant les 12 derniers mois.

Ainsi dit, par comportements sexuels à risque on entend, d'une part, les rapports sexuels non protégés c'est-à-dire sans aucun moyen de protection de type préservatif ou sans contraception (Currie *et* al., 2004) et, d'autre part, le multipartenariat sexuel qui correspond au fait d'avoir connu au moins deux partenaires dans l'année écoulée (Coslin, 2003).

De toutes ces définitions, il sied de définir le comportement sexuel à risque comme étant un comportement susceptible de compromettre la santé de l'individu ou d'accroître les possibilités de l'exposer à la contamination aux IST/VIH/SIDA et aux grossesses non désirées via la précocité des rapports sexuels, le multipartenariat sexuel et la non-utilisation du préservatif.

Pour notre étude, nous optons pour la définition de l'ONUSIDA (2011) en définissant un comportement sexuel à risque, comme étant celui qui donne lieu à au moins une des conditions suivantes : avoir eu plus précocement le premier rapport sexuel avant d'accéder au mariage, n'avoir pas utilisé le préservatif aux derniers rapports sexuels, avoir eu des rapports sexuels avec au moins deux personnes différentes pendant les 12

derniers mois, tous ces élément peuvent conduire à la contraction des IST, du VIH et du SIDA.

II.I.3. Adolescent

L'adolescence apparaît, à la fois, comme une période de la découverte de la sexualité et de la découverte de soi (Meirieu, 2010).

Le concept adolescence est très complexe et varie d'une société à l'autre. Dans certaines sociétés traditionnelles africaines, la notion d'adolescence demeure mal cernée par le fait que les jeunes pouvaient passer directement du statut d'enfant à celui d'adulte. Pour les filles, la puberté signifie l'entrée dans l'âge adulte. Elles sont mariables et quelquefois promises à un mari depuis leur plus jeune enfance (Thiercé, 2000).

Il y aurait ainsi un transfert de responsabilités, la belle famille et/ ou le mari étant chargés de poursuivre l'éducation de la jeune fille.

Les garçons restent pendant longtemps dépendants à l'égard des anciens. L'adolescent africain acquiet l'identité individuelle par son nom et l'identité psychosociale par les caractéristiques du groupe ethnique auquel il appartient (Ezémbé, 2009, p.139).

Cette phase importante de la vie qualifiée d' « âge de tous les possibles » (UNICEF, 2011) englobe deux parties. La première s'étend de 10 à 14 ans et correspond à la période pré et péri pubertaire dominée par les changements corporels et des transformations émotionnelle, sexuelle. Quant à la deuxième partie, elle correspond à la tranche d'âge de 15-19 ans où l'essentiel des changements physiques est accompli même si le développement corporel se poursuit.

Ainsi pour notre étude, nous avons opté pour la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2018) qui considère que l'adolescence est la période de croissance et de développement

humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 à 19 ans.

II.1.4. Infections sexuellement transmissibles (IST)

Une infection sexuellement transmissible ou IST, en sigle, se transmet lors de rapports sexuels d'un individu porteur de l'infection avec l'individu sain. Les infections peuvent être le virus, les bactéries et les champignons. Toutefois, le risque d'infection peut être réduit par l'utilisation de préservatifs masculins ou féminins (OMS, 2016).

Le VIH/SIDA

L'acronyme Sida désigne le « syndrome d'immunodéficience acquise ». Ceci est une définition basée sur des signes, symptômes, infections et maladies opportunistes associés à la déficience du système immunitaire qui résulte d'une infection au VIH (ONUSIDA, 2015).

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un rétrovirus qui s'attaque aux cellules du système immunitaire et les détruit ou les rend inefficaces (OMS, 2016).

II. 2. Bases théoriques des modèles de prévention dans le domaine de la santé

De nombreuses revues de la littérature en ce qui concerne la sexualité (éducation sexuelle), et la prévention des risques sexuels insistent beaucoup sur le lien entre les stratégies de prévention qui ont des fondements théoriques et leur efficacité.

Ainsi dit, plusieurs approches théoriques ont été mises sur pied pour expliquer et analyser les changements de comportements des adolescents qui puissent permettre de réduire les infections au VIH/SIDA et les IST au milieu de cette tranche vulnérable.

Pour planifier des actions de prévention qui devraient permettre de changer les comportements des individus, il est nécessaire de comprendre : les facteurs qui influencent leurs comportements et leur façon de se décider vis-à-vis de la santé préventive (Ingrand, 2008).

Le marketing social exploite les théories comportementales pour la conception de ses différentes interventions parce qu'il considère que l'infection est potentiellement évitable si on adopte des pratiques sexuelles saines.

Pour arriver à réduire ces risques, les moyens les plus efficaces sont à chercher dans le changement de comportement et certaines théories qui sont présentées ici sont mêmes antérieures à l'avènement du VIH/SIDA et ont été appliquées à d'autres problèmes de santé publique à savoir : le tabagisme, la consommation des substances toxiques, l'obésité, etc. (Kelly et al.,1993; Framework and Pratical Implication, 1994; Freudenberg , Zimmermann , 1995; Fisher , 1997; Centre régional d'information et de prévention du SIDA, 1999; King, 1999; Fisher WA, 2000; San Franciso HIV prevention plan, 2001).

Par ailleurs, les différences interculturelles de la conception de la santé peuvent influencer la conception des modèles préventifs. En Asie du Sud-Est les conceptions de la santé sont fondées sur des croyances religieuses et des idées philosophiques inspirées du taoïsme et du bouddhisme.

En Afrique, on peut observer une grande variété de pratiques et croyances concernant la santé et la maladie malgré les spécificités locales (ethnie, religion, pays). Toutefois, le démoninateur commun est l'explication magico-religieuse de maladies et de la santé. En effet, la maladie est attribuée à des esprits mal vaillants, à une intervention diabolique, à des forces surnaturelles et aux ancêtres. Ainsi c'est le non-respect de ces derniers peut entrainer la maladie (Bruchon-Schweitzer, 2002, pp.14-16).

Dans cet ordre d'idée, la mise en place d'une campagne de marketing social visant le changement des comportements devrait s'appuyer sur une identification préalable des facteurs explicatifs du problème en cause, pour une population définie, dans un contexte donné (Godin, 2012).

Dans le domaine de la santé, les théories explicatives du changement de comportement sont subdivisées en deux catégories : les théories de prédiction et les théories de changement. Les premières sont des théories générales provenant de la psychologie sociale et les deuxièmes des théories spécifiques liées au domaine de la santé et de manière concrète au VIH/SIDA.

II.2.I. Les modèles psychosociaux

Les modèles psychologiques ont été conçus pour expliquer et comprendre certains comportements généraux liés à l'homme, les attitudes entre les connaissances et les comportements.

Pour ces modèles les individus sont considérés comme des êtres rationnels, capables de prendre des décisions volontaires en vue de préserver leur santé. Par conséquent, ces modèles expliquent les manquements aux comportements de protection par des facteurs strictement individuels (Gueilla, 2012).

Dans le domaine de la santé sexuelle et de la reproduction, les modèles les plus utilisés sont : le Health Belief Model, le modèle de l'action raisonée, le modèle du comportement planifié, le modèle de l'auto-efficacité, le momdèle psychosocial multidomaines du risque chez l'adolescent (Kouassi Koffi, 2018 ; Camara, 2017 ; Dufour *et al.* 2017 ; Mylène ST-Louis, 2016 ; Dufour, 2015 ; Gueilla, 2012 ; Gagnon, 2003) :

a) Le Health Belief Model (Modèle des croyances à la santé, HBM

Le modèle des croyances à la santé (Health Belief Model) tire ses origines de la théorie stimulus-réponse développée par Watson (1930) ainsi que la théorie cognitive de type valeur attente de Lewin (1935). Le HBM est le modèle le plus

populaire, il a été completé et amélioré par d'abord Rosenstock (1966, 1974), puis par Becker et ses collègues (Rosenstock, 1974; Becher, 1975; 1984).

Développé par un groupe de psychologues sociaux, Hochbaum, Rosenstock et Kegels, travaillant dans les services de santé publique des États — Unis, il se définit comme une formulation conceptuelle pour comprendre pourquoi les individus s'engagent ou ne parviennent pas à se livrer à une grande variété d'actes connexes à la santé (Du Plessis *et al*, 1993; Gueilla, 2012).

Autrement dit, il a été conçu pour prédire les comportements sains ou à risque à partir de quelques facteurs cognitifs (évaluation, perception, croyances), dans le contexte où l'on cherchait à comprendre les réticences des usagers à adopter certaines mesures préventives et à suivre les prescriptions médicales.

De ce fait, les comportements en relation avec la santé reposent sur les caractéristiques sociodémographiques individuelles (âge, sexe, ethnie), les caractéristiques socio-psychologiques (la personnalité, l'influence des pairs) ou structurelles (le lieu de résidence) et socio-économiques (le revenu), caractéristiques susceptibles de changer la perception des individus, les connaissances et les attitudes des sujets et se focalise sur l'étude de la prévention de la maladie et des comportements à risques (Becker, 1974).

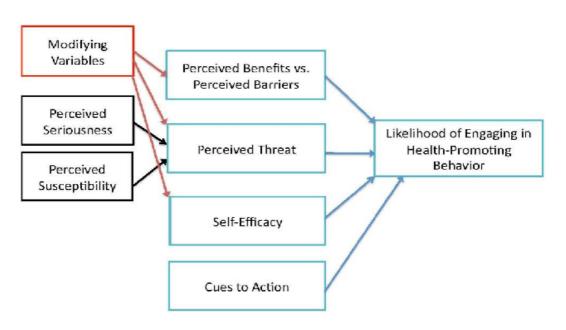
Selon le modèle original (Rosenstock, 1966 ; 1974), la probabilité pour qu'un individu adopte un comportement préventif (utiliser un préservatif par exemple) serait déterminée par quatre (4) types de perceptions ou de croyances à savoir :

la perception personnelle de sa propre vulnérabilité ou la vulnérabilité perçue : Se sentir plus ou moins vulnérable vis-à-vis d'une ou plusieurs maladie(s), par exemple : « Je

- cours un risque important d'avoir une IST ou le VIH/SIDA »;
- la perception de la gravité de la maladie ou la gravité perçue: Evaluer une ou des maladie (s) comme plus ou moins sérieuses, par exemple: « Le sida est une maladie grave »;
- la perception de sa propre efficacité ou les bénéfices perçus: Croire que certains avantages sont associés à l'adoption d'un comportement sain, par exemple: « Arrêter de fumer va me faire des économies »;
- la perception des obstacles aux changements de comportement et aux bénéfices que peuvent amener les actions préventives: Croire que certains inconvénients sont associés à l'adoption d'un comportement sain, par exemple: « Arrêter de fumer va me rendre très nerveux ».

Figure 3 : Modèle des croyances à la santé

The Health Belief Model



Source: Rosenstock, Strecher et Becker (1988)

Ce modèle initial sera révisé et complété par Becker et Mainman (1975) avec le rôle des attitudes des individus vis-à-vis de la santé en général (sorte de cinquième facteur) et Becker et Rosenstock (1984) avec deux catégories d'antécédents, sociodémographiques et individuels.

b) Le modèle de l'action raisonnée (Theory of reasoned action ou TAR)

Développée par Ajzen et Fishbein dans les années 60, pour replacer les croyances et décisions des individus dans leur contexte psychosocial, le modèle de l'action raisonnée postule l'existence des liens linéaires entre croyances, attitudes, intentions et comportements des individus considérés comme entièrement rationnels. En effet, il stipule la prédiction du comportement des individus à partir de leurs attitudes, intentions et actions. Par ailleurs, il souligne le rôle central de certaines cognitions sociales comme les normes sociales et les normes subjectives dans la genèse de certains comportements.

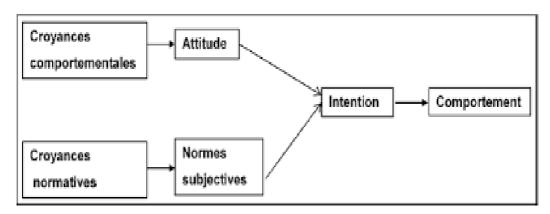
En outre, on inclut à la fois des croyances (relatives aux conséquences d'un comportement) et l'évaluation de leurs conséquences. L'ensemble constitue des attitudes et situe l'individu dans son contexte psychosocial et laisse la place à des processus d'évaluation (Fishbein, Ajzen, 1975) et selon ces auteurs, les gens considèrent les conséquences de leurs actes avant de décider s'ils adoptent ou non un certain comportement (Igrand, 2008).

Ainsi, c'est l'intention qui prédit l'adoption d'un comportement sain (Godin, 1994). Elle est le déterminant direct du comportement et suppose que les individus ne posent pas des actes au hasard mais réfléchissent préalablement à leurs conséquences. Il revêt deux formes :

• En premier lieu, on suppose qu'un comportement est essentiellement fonction de l'intention de la personne d'avoir un certain comportement ou l'action elle-même;

• En second lieu, l'intention d'avoir un certain comportement est perçu comme étant fonction de deux facteurs : un facteur personnel qui est l'attitude de l'individu par rapport au comportement et un facteur social qui est l'importance que l'individu accorde à l'opinion des gens qui lui sont proches.

Figure 4: Modèle de l'action raisonnée



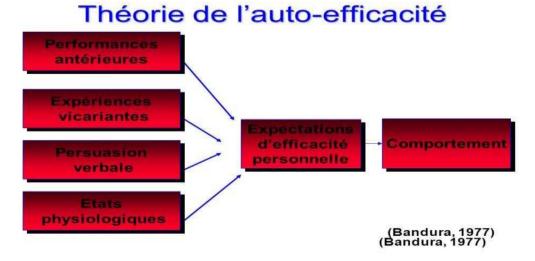
Source: Fishbein et Ajzen (1975)

c) La théorie de l'auto-efficacité (self-efficacy)

Ce modèle de Bandura (1977) se définit comme étant la conviction personnelle de l'individu d'être capable d'agir et de réussir un comportement requis pour produire un résultat spécifique donné. Ainsi dit, deux séries de cognitions sont susceptibles de changer le comportement :

- les attentes à savoir que la personne qui anticipe son comportement aura des résultats positifs,
- l'efficacité personnelle (self-efficacy), c'est-à-dire la croyance de la personne dans sa capacité à réaliser la conduite nécessaire pour atteindre l'objectif visé. L'important pour la personne est de croire en ses propres capacités pour pouvoir faire face aux obstacles. On présuppose donc l'existence d'une norme de sécurité à risque Zéro par rapport à laquelle tout autre comportement est une déviance (Klaue, 2004).

Figure 5: La théorie de l'auto-efficacité



Source : Bandura (1977)

d) La théorie du comportement planifié (Theory of Planned Behaviour ou TPE)

De la critique faite à la théorie de l'action raisonnée a été élaborée la théorie du comportement planifié Ajzen et Fishbein (1980, 1991).

Celle-ci intégre le contrôle comportemental perçu et est appliquée à une grande variété de comportement de prévention auto-examen des seins, usage du préservatif, adhésion à un régime amaigrissant, etc. (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Elle postule que le comportement humain, pour être effectif, doit d'abord être décidé/planifié. D'où, les individus ne peuvent pas développer leur intention d'agir et de se comporter dans une direction donnée s'ils ne se sentent pas en possession des ressources nécessaires et des opportunités pour y arriver, malgré leurs attitudes favorables envers le comportement souhaité, l'approbation supposée de leur entourage (normes subjectives). Les programmes éducatifs (éducation sexuelle) se fondent sur cette théorie en vue de doter les bénéficiaires des opportunités de développer leur intention d'agir (Gueilla, 2012).

Croyances comportement

Croyances | Normes | Intention | Comportement |

Croyances | Normes | Intention | Comportement |

Croyances | Contrôle | Contrôle | Comportemental | Contrôle | Comportemental | Comportemental | Contrôle | Comportemental | Contrôle | Comportemental | Contrôle | Contrôle | Comportemental | Contrôle | Contrô

Figure 6 : La théorie du comportement planifié

Source: Bruchon-Schweitzer, 2002

e) La théorie des comportements problématiques : fonction du non-conformisme psychosocial à l'adolescence ou cadre psychosocial multi-domaines du risque chez l'adolescent

Jessor (1991) a élaboré un modèle théorique qui rend compte de différents comportements problématiques à l'adolescence tels que la délinquance, l'usage de psychotropes et la sexualité précoce. Cette théorie se situe dans une approche psychosociale et considère les comportements problématiques comme fonctionnels, intentionnels et instrumentaux en vue d'atteindre un objectif.

Ceux-ci sont définis comme des comportements qui s'écartent des normes sociales et qui suscitent des réactions de contrôle social plus ou moins marqués allant de la simple désapprobation aux mesures d'emprisonnement (Jessor, 1987).

La structure conceptuelle de cette théorie repose sur trois types principaux de variables : la personnalité, l'environnement perçu et le comportement. .

Le système de la personnalité, dans ses aspects sociocognitifs, concerne essentiellement les valeurs, croyances, attitudes et orientation envers soi et autrui (réussite scolaire, faible religiosité, contrôle externe, faible estime de soi, tolérance à la transgression, besoin d'indépendance valorisé.

Le système de l'environnement perçu renvoie aux caractéristiques de l'environnement humain proche, cet environnement est avant tout symbolique et repose sur les significations que l'individu lui confère en interagissant avec lui. Les variables qui augmentent le risque des comportements problématiques sont : un faible soutien amical et parental, un faible contrôle amical et parental, une faible compatibilité entre les attentes des amis et celles des parents, une forte influence des pairs par rapport à celle des parents, l'approbation des pairs, une faible désapprobation parentale face aux comportements à problèmes.

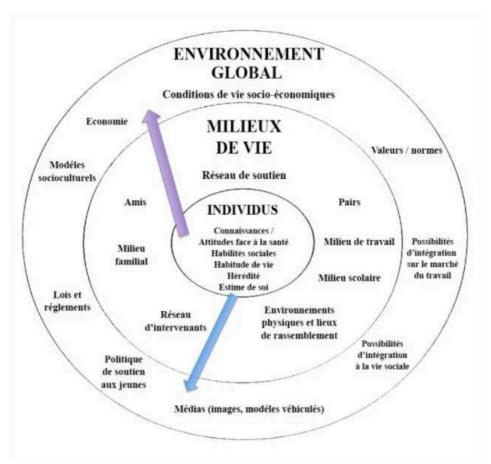
Le système de comportement se réfère à un engagement dans les comportements problématiques (délinquance, sexualité précoce) et un engagement plus faible dans les comportements conventionnels. C'est cet ensemble de variables qui reflète une dimension générale sous-jacente du non-conformisme psychosocial, laquelle dimension constitue un risque global d'évolution vers différentes formes de déviance.

Sont là présentés les modèles psychosociaux dont la plupart sont centrés sur la protection de la santé avec la rationalité qui sous-entend le comportement d'un individu « théories objectives » (Bajos, 2006).

La grande critique formulée contre ces modèles est le fait de considérer les individus comme capables de décider et de choisir seuls leurs comportements sur une base rationnelle (Bajos et al., 1997; Eaton et al., 2003; Thiam, 2004).

Or, comme le souligne Gueilla (2012), les individus ont un ensemble d'éléments provenant du cadre dans lequel ils évoluent. De ce fait, leurs comportements devraient être analysés non pas de façon isolée mais en relation avec leur environnement social.

Figure 7: Cadre psychosocial multi-domaine du risque chez l'adolescent



Légende:

- Flèche mauve : les individus tendent d'influencer les milieux de vie et l'environnement global.
- Flèche bleu : les décisions prises dans l'environnement global ont sur les individus une influence directe ou indirecte par l'intermédiaire des milieux de vie.

II.2.2. Les modèles spécifiques destinés à la prévention des IST/VIH/SIDA

Ces modèles ont été conçus pour prédire les comportements sains et de prévention en tenant compte des critiques émises contre autres modèles (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014; Maffi, et al. 2017; Catunda, 2016; ONUSIDA, 2000).

Ils analysent le comportement lié à cette pandémie qui ravage le monde en occurrence le VIH/SIDA y compris les autres IST source de décès chez les individus.

a) Le modèle des stades de changement (Transtheoretical Model ou TTM)

C'est un modèle transthéorique de Prochaska et Diclemente (1992) qui a été élaboré pour mieux comprendre comment les personnes qui adoptent un nouveau comportement ou renoncent à un comportement à risque passent par des étapes successives. Passer d'une étape à l'autre suppose l'élaboration de certains processus de décision, des stratégies d'ajustement au changement et nécessite une certaine auto-efficacité perçue.

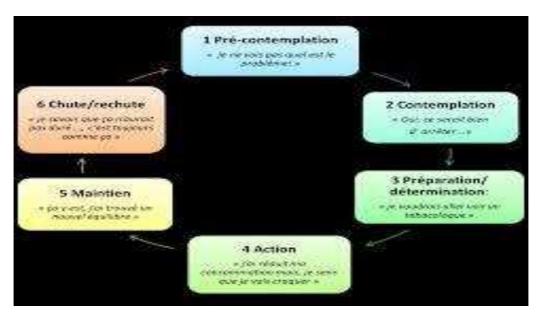
Ce modèle a été appliqué à diverses interventions et prises en charge comme l'aide au sevrage tabagique, ceci avec des bons résultats (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014, p.41) et aussi les résultats dans le domaine de la psychothérapie pour décrire les étapes successives de changement de comportement dans le but de mieux pouvoir cibler les besoins des personnes et améliorer l'impact de la prévention (Prochaska *et al.*, 1983; 1994; Weinstein *et al.*, 1998).

Les étapes de ce modèle sont (Gueilla, 2012):

- La pré-contemplation : à ce niveau, il n'existe aucune intention de changer ;
- La contemplation : c'est la prise de conscience de l'existence d'un problème qui amène à une réflexion sur les moyens d'y remédier sans engagement dans l'action ;
- La préparation : c'est l'intention d'entreprendre une action dans un futur pas lointain ;
- L'action : c'est la modification du comportement, d'expérience, d'environnement pour surmonter le problème. Ici le changement est relativement récent et c'est au cours

- de ce stade que les individus courent les plus grand risque de retomber dans leur comportement passé;
- Le maintien : c'est la prévention de recherche et de soutien du changement de comportement sur une longue durée ;
- La terminaison : c'est un stade au cours duquel l'individu n'est plus tenté de retomber dans son comportement antérieur.

Figure 8 : La théorie des stades de changement (Transtheoretical Model)



Source: Prochaska et Diclemente (1992)

b) La théorie de la communication pour le changement de comportement vis-à-vis du VIH

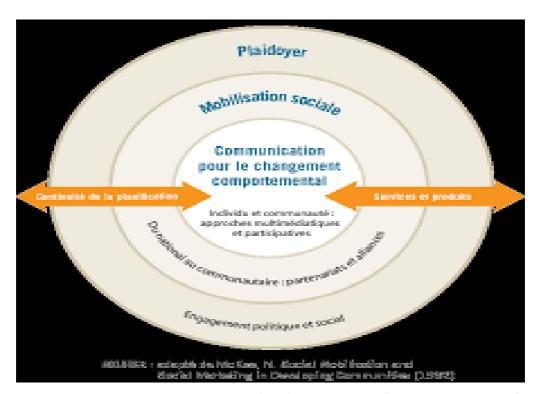
La modification du comportement est influencée par des facteurs internes à l'individu (connaissances, perceptions, croyances, attitudes) et des facteurs externes (environnement social et culturel)- Gueilla, 2012.

Ainsi, la théorie de la communication pour le changement de comportement comporte cinq étapes à savoir:

- la mise à la disposition du public-cible des connaissances vis-à-vis du VIH ;
- l'éveil de la prise de conscience des risques éventuels ;
- la motivation pour le changement de comportement ;
- l'appropriation d'un nouveau comportement par le publiccible ;
- l'adoption et le maintien du nouveau comportement.

Elle a inspiré les travaux de prévention du SIDA de l'AIDS Control and Preventive Project mis en place dans 45 pays par Family Care International.

Figure 9 : La théorie de la communication pour le changement de comportement vis-à-vis du VIH



Source : Communication pour le changement des normes sociales et des comportements (2015)

c) Le modèle de réduction des risques du SIDA (AIDS Risk Reduction Model ou ARRM)

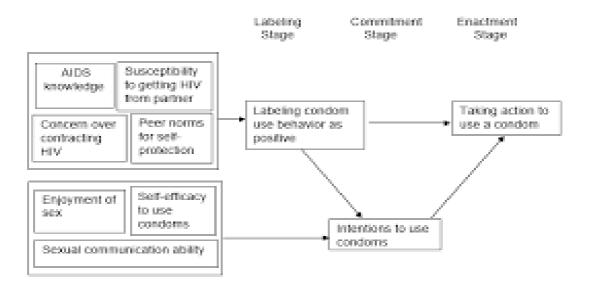
Ce modèle spécifique ciblant le SIDA, conçu par Catania et collegues (1990), offre un cadre théorique mis au point pour expliquer l'influence des facteurs psycho-sociaux, des connaissances et des attitudes vis-à-vis du VIH/SIDA sur des comportements à risque (Gueilla, 2012).

Il offre un cadre théorique en trois phases orientées vers l'explication et la prédiction de comportements sexuels à risque et combine un certain nombre de variables issues des autres modèles (Catania et collègues, 1990). Ces trois phases sont :

- Reconnaître et étiqueter son comportement comme à risque (Klaue, 2004). Ceci implique que l'individu ait une bonne connaissance du VIH et de ses modes de transmission, la croyance qu'on puisse soi-même le contracter, la prise en compte des normes sociales et des réseaux;
- S'engager à réduire les contacts à risque. Ceci nécessite une efficacité personnelle, la prise de connaissance de l'utilité et du maintien du plaisir sexuel dans les rapports protégés ;
- Agir dans ce qui implique la recherche des solutions en ayant une certaine confiance en soi, les ressources et le réseau d'aide, la capacité de communiquer avec son partenaire; les croyances et comportement du partenaire.

Figure 10 : Le modèle de réduction des risques du SIDA

Figure 1. The AIDS Risk Reduction Model



Source : Adaptation de Brian Todd Collins (2015)

d) Extended Parallel Process Model ou Modèle de Processus Parallèle Etendue (EPPM)

Ce modèle fut développé par Kim Witte (1992) pour prédire la réaction des individus face à des stimuli induisant la peur. Il comprend deux composantes :

- la première composante consiste à développer des messages visant à faire comprendre aux individus les dangers qu'ils courent face à une maladie s'ils n'adoptaient pas les comportements recommandés. Cette stratégie est supposée accroître le sentiment de vulnérabilité et pousser les destinataires à changer de comportement,
- La deuxième composante consiste à présenter l'efficacité, les avantages, la facilité et la faisabilité des actions recommandées face à la maladie concernée (Witte, 1994).

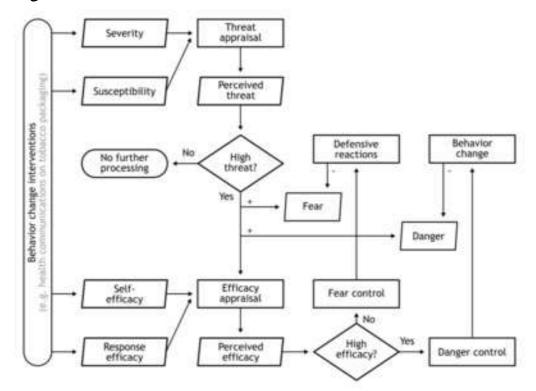


Figure II: Modèle de Processus Parallèle Etendue

Source: Witte, 1994

f) Les modèles de Hiérarchie des effets

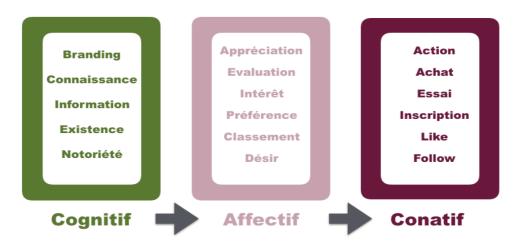
Les modèles de Hiérarchie des effets s'orientent vers le changement de comportement individuel de manière linéaire. Partant de l'exposition à l'information, on suppose que la connaissance, les attitudes, l'expérimentation et l'adoption du comportement désiré suivront nécessairement (ONUSIDA, 2000).

Créé par Lavidge et Steiner (1961), ces modèles partent du principe qu'entre un état d'ignorance complet de la marque et de la fidelisation, un individu passe par plusieurs étapes qu'il franchit dans un certain ordre.

Le processus de la communication est analysé en séquence de plusieurs effets intermédiaires, d'où, le nom donné à cette famille de modèle : la hierarchie des effets (Lendrevie et alii, 2008, p.183).

Figure 12 : Modèles de Hiérarchie des effets

Modèles de la hiérarchie des effets



Source: Lendrevie et alii, 2008

g) La Diffusion de l'innovation

Proposée par Everett Rogers (1962), cette théorie s'oriente vers un processus de communication par lequel les idées nouvelles et les nouveaux produits se font connaître, puis sont utilisés dans une population cible (ONUSIDA, 2000).

Selon Rogers (1983), l'adoption d'une innovation est perçcu comme un processus caractérisé par cinq phases qui sont :

- La connaissance : l'individu est exposé à l'innovation et acquiet quelques notions sur son fonctionnement.
- La décision : l'individu s'engage dans des activités lui permettant d'adopter ou de rejeter l'innovation.
- La décision : l'individu s'engage dans des activités lui permettant d'adopter ou de rejeter l'innovation.
- La mise en œuvre : l'nidividu utilise l'innovation au quotidien et l'évalue.
- La confirmation: l'individu tente d'obtenir des informations venant renforcer son choix.

Pour Rogers, ce sont les caractéristiques de l'innovation, telles que sont perçues par les individus, qui déterminent son taux d'adoption. Sur ce, cinq attributs la caractérisent : son avantage comparatif, sa comptabilité avec les valeurs du groupe d'appartenance, sa complexité, la possiblité de la tester et sa visibilité.

En resumé, selon Rogers, les facteurs qui influence le taux d'adoption d'une innovation sont : les caractéristiques de l'innovation, l'unité de prise de décision, le canal de communication, la nature du système social et la compétence du vulgateur. L'intêret majeur de cette théorie est qu'elle permet de décrire tout le réseau social de circulation d'une innovation au sein d'une société.

Five stage in the decision innovation process

Media Contact
Point #1

Decision
Innovation
Process

Media Contact
Point #3

Confirmation

Implementation

Figure 13 : Théorie de l'innovation

Source: Everett Rogers (1995)

II.2.3. Le Marketing Social

Le Marketing social est une approche utilisée pour promouvoir des idées sociales par le biais des médias de masse. Ses fameux « quatre P » (produit, prix, place, et promotion) ont été appliqués à la promotion des préservatifs dans la prévention du VIH/SIDA.

Avec l'avènement du VIH dans le monde, en général, et en Afrique, en particulier, plusieurs chercheurs en sociologie, psychologie sociale, santé publique et maintenant en marketing dans son aspect social s'intéressent aux questions liées à cette pandémie. Ils évaluent plusieurs aspects pouvant expliquer le pourquoi des comportements contribuant à sa propagation aussi bien en milieu adulte qu'en milieu jeune, qui est devenu la cible privilégiée par le fait que la majorité des séropositifs le sont devenus à un âge très jeune (ONUSIDA, 2000).

Les interventions de prévention du SIDA ont toutes comme but ultime la réduction de nouvelles infections. Mais, les stratégies pour y parvenir sont diverses. Les plus classiques relèvent des moyens d'influer sur les connaissances, les croyances, les attitudes, les aptitudes à réagir dans une situation de négociation de rapports protégés et les pratiques sexuelles (âge d'entrer dans la sexualité, fréquence de rapports, utilisation du préservatif, nombre de partenaires). Les changements visés sont plus d'ordre individuel que social (Klaue, 2004).

Dans cette perspective, le marketing social utilise les canaux de communication pour véhiculer les messages préventifs selon deux types d'approches :

a) Les approches de communication personnelle

Elles impliquent une interconnaissance entre acteur(s) de prévention et personne(s) concernés. Elles exploitent les entretiens individuels, des conseils individuels, les discussions, les jeux de rôle ou les cours s'adressant à des groupes.

b) Les approches de communication de masse

Ce sont essentiellement des campagnes médiatiques destinées à faire passer une information à la population générale, des campagnes spécifiques visant des groupes cibles particuliers.

Ces approches prévoient la production et la distribution des matériels imprimés, les émissions radio/TV, les posters, la presse écrite, les affichages dans les lieux de réunion, les campagnes nationales pour la promotion des préservatifs, les films éducatifs ou images cinématographiques, les vidéos, les événements culturels, les concerts, le théâtre, etc. (Blachon, 2015; Lamia Ben Hassine et Salaheddine Dridi, 2015; Franzkowiak, Wenzel, 1994).

Actuellement avec l'évolution de la technologie, les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) sont utilisées pour la promotion de la santé sexuelle de la reproduction pour la prévention des IST/VIH/SIDA des jeunes (Lamy, 2018; Médétongnon Alfred Serge Djossa Adoun, 2016) et l'internet et les réseaux sociaux sont aussi de canaux de sensibilisation mais rares sont des campagnes qui ont utilisés ces canaux de communication en Afrique.

II.3. Quelques variables des campagnes de préventions des IST/VIH/SIDA en le marketing social

Nous allons dans ce point faire une revue des différentes variables associées aux comportements sexuels à risque des adolescents au travers des campagnes préventives en marketing social en Afrique Subsaharienne.

Nous nous focalisons spécifiquement sur les travaux portant sur l'usage du préservatif comme seul moyen de prévention contre les IST et le VIH/SIDA en dehors de l'abstinence et la fidélité.

Encadré 4 : Exemple d'une campagne de marketing social du préservatif¹⁰

Une campagne a fait bouger quelques pays en ce qui concerne la promotion des préservatifs, c'est la campagne « CONDOMIZE » qui est une initiative de l'UNFPA ayant vu le jour à la Conférence Internationale sur le Sida 2010 à Vienne dans le cadre du partenariat entre l'UNFPA et le Condom Project, en étroite collaboration avec la croix rouge de Bahamas, DKT International, une ONG de Marketing Social, la Female Health Compagny, la Société Internationale du Sida et l'ONUSIDA (ONUSIDA, 2012).

L'objectif de cette campagne est d'informer le public sur la nécessité de l'utilisation du préservatif, elle vise une large distribution des préservatifs masculins et féminins comme moyen assurant la double protection.

La campagne ne pas organisée pour inciter les gens en général et les jeunes en particulier à se lancer dans la débauche en utilisant les préservatifs, par contre les organisateurs ont voulu faire une large diffusion pour une protection assurée contre le VIH/SIDA et les grossesses non désirées sans oublier les IST et les espacement des naissances. Plusieurs slogan ont accompagné cette campagne, mais le slogan du Togo/2015 a attiré notre attention : « Mets ta Capote, Mon Pote », ce slogan disait tout au clair sans aucune hésitation. Ainsi pour le Directeur de l'ONUSIDA, il est grand temps de démocratiser le préservatif car il reste le seul moyen le moins chers et le plus efficace pour mettre fin à la propagation du VIH.



Image 5 : Slogan de la campagne CONDOMIZE au Togo/ 2015

Cette campagne a été une grande réussite et a permis la distribution de I.380.000 préservatifs dont 44.000 féminins et a baissé la prévalence du VIH dans ce pays.

_

¹⁰ Le marketing social du préservatif (MSP) a fait son apparition comme outil performant de lutte contre la propagation du VIH/SIDA (ONUSIDA, 1999)

L'Afrique Subsaharienne est le continent qui a la population la plus jeune au monde et son développement est étroitement lié au bien-être de ses jeunes. Avec plus d'un tiers de la population totale âgée de 10 à 24 ans, elle est la seule région du monde où le nombre de jeunes ne cesse de croître de manière substantielle.

D'ici 2025, le nombre de ces jeunes (âgés de 10 à 24 ans) devrait passer à 436 millions (UNFPA, 2012). Seuls 10% des jeunes gens et 15% des jeunes femmes de 15 à 24 ans ont conscience de leur état sérologique pour le VIH (OMS, 2017).

Malheureusement, les différentes statistiques prouvent que des investissements dans le domaine de la santé et du bien-être de cette tranche d'âge qui constitue la tranche la plus importante de la population sont d'une grande importance pour lui garantir une meilleure transition vers l'âge adulte.

De ce qui précède, notons en définitive que les jeunes¹¹ y compris les adolescents sont au cœur de la pandémie mondiale de VIH/SIDA et constituent l'une des cibles spécifiques de l'objectif de développement durable à la santé (ODD3) qui consiste d'ici 2030 à mettre fin à l'épidémie de Sida.

Plusieurs campagnes préventives ont été conçues pour sensibiliser la cible à opter un comportement responsable réduisant les risques fâcheuses d'un comportement malsain.

Parmi les différents défis auxquels le marketing social doit faire face, tout d'abord, l'efficacité des interventions est un défi important pour toutes les interventions dans le domaine de la santé et surtout lorsqu'elles visent le changement de comportement (Godin, 2012), ensuite, les barrières socioculturelles, et, enfin, la religion encourage le rejet des produits préventifs (ACMS, 2009).

_

¹¹ Le terme jeune correspond aux êtres humains dont la tranche d'âge est comprise entre 10 et 24 ans et dans cette tranche nous trouvons les adolescents, ceux dont l'âge est compris entre 10 à 19 ans selon l'OMS (2018).

De ce fait, les organisations publiques ou privées, les gouvernements, travaillent avec les populations et leurs employés dans le souci de les informer en matière à titre illustratif de l'environnement (le recyclage des déchets, utilisation du transport en commun, etc.), de prévention des accidents (alcool au volant, usage de la ceinture de sécurité, etc.), de la santé (utilisation du préservatif pour prévenir la transmission des infections sexuellement transmissibles, prévention du tabac et de l'alcool, etc.).

Malheur est de constater que seule la communication n'a pas suffi de faire changer les comportements, le marketing social intervient alors à ce stade là pour contribuer de manière efficace à l'intégration des différents outils de changement de comportement en renforçant l'efficacité des différentes interventions.

Dans la pratique, les études empiriques abordant le marketing social comme approche de changement de comportement sexuel sont issues des campagnes de sensibilisation des associations de marketing social des pays et des organismes internationales (OMS, ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, PSI, ACMS, URD, etc.), elles sont multiples dans le monde, en général, et en Afrique Subsaharienne, en particulier et les différentes données utilisées sont issues des enquêtes et des entretiens directs avec la cible et elles font recours aux enquêtes démographiques et de santé initiées par différents gouvernements

En République Démocratique du Congo, rares sont les travaux qui ont utilisé le marketing social comme approche de changement de comportement dans le domaine de la santé et surtout que les actions de marketing social en faveur des adolescents n'y sont pas très visibles.

Les adolescents sélectionnés vivaient dans des pays différents et ayant de contextes différents, ce qui fait que les adolescents étudiés sont différents au niveau de leur perception du risque, au niveau de l'adoption d'un comportement sexuel.

Les problèmes qui se posent à la communication dans le domaine de la santé sont nombreux et importants étant donné que le changement est lent et difficile à gérer (Larivière, 2014).

Nous vous présentons quelques variables des travaux empiriques ayant utilisé le marketing social pour lutter contre les comportements sexuels des jeunes et adolescents face aux IST/VIH/SIDA.

Tableau I : Variables des quelques campagnes de marketing social concernant les comportements sexuels à risque des adolescents et jeunes face aux IST/VIH/SIDA en Afrique subsaharienne

Acteurs et but	Cible	Année et pays	Thèmes et canaux	Variables de frein à
			de	l'approbation de l'
PSI/ Renforcer la sensibilisation des jeunes aux problèmes sexuels et de la santé reproductive et encourager les mesures de protection	Jeunes de deux sexes, 13-22ans	2000 • Botswana • Cameroun • Guinée • Afrique du sud	communication Marketing social pour la santé sexuelle des adolescents • Média • Communicatio n face à face via les pairs éducateurs	d'utilisation du préservatif Freins -Timidité d'acheter le préservatif en public -Difficulté de parler de l'usage de préservatif avec son partenaire Utilisation -Sensibilisation aux avantages de se protéger du Sida et des grossesses indésirables -Réduction des obstacles à l'usage des préservatifs Variables non associées -Perception de sa vulnérabilité aux risques sexuels -Changement concret de comportement -Exposition aux actions de marketing social au Botswana et Afrique du sud
PMSC/Evaluer l'audience de la campagne; le niveau d'exposition des jeunes aux spots et évaluer à travers les jeunes le niveau de support social de la communauté par rapport au contenu des spots	Filles de 15-19 ans Garçons de 15- 24 ans	200I Cameroun • Douala • Yaoundé	I00% jeunes, I00% réglo Média/ Spots télévisés et radio Pairs éducateurs	Freins -Pour certains, la présence des pairs éducateurs -Sensibilisation aux avantages à se protéger pas totalement associée à cause des pairs éducateurs Utilisation -Exposition aux actions de marketing social -Pairs éducateurs pour d'autres -Habillement de pairs éducateurs -Langage -Lieux de fréquentation

				d'emploi
				Madagascar/Utilisation
				-Sollicitation de
				traitement d'IST
				-Sollicitation des SSR
ACMS/Viser	Garçons de 15-	2003	Levée des	Utilisation
les barrières à	24 ans	Cameroun	barrières à	-Prévention du
l'usage du			l'utilisation du	VIH/SIDA
préservatif			condom au	-Usage correcte partant
masculin			Cameroun	du consigne « Pincez-
			 Médias 	déroulez »
				-Disponibilité au travers
				de la connaissance du lieu
				de vente
				Variables non associées
				-Diminution du plaisir
				sexuel
				-Confiance au partenaire
				-Non perception de
				risque de contamination
ACMS/	Jeunes de 15-	2004	Pincez-déroulez :	Freins
Renseigner sur	24 ans,	Cameroun	étude quantitative	-Mauvaise qualité du
l'utilisation du	spécifiquement		de base de projet	condom et brutalité
préservatif	les femmes		Médias/	associées à la déchirure
	rurales		Radios et	Utilisation
			télévisions	-Age associé à la
			 Panneaux 	connaissance des lieux
			publicitaires	d'approvisionnement
				-Exposition aux messages
				de marketing social
				Variables non associées
				-Connaissance des lieux
				d'approvisionnement
				-Confiance au partenaire
				-Perception de la
				vulnérabilité
				Points forts:
				-Changement dans
				l'amélioration de l'image
				du produit quant à la
				réticence de la déchirure
				et de mauvaise utilisation
				-Reconsidération de la
				marque Prudence plus qui
				était mal acceptée à cause
				de son prix de vente bas

				Points faibles -Insensibilité de la cible à tout déploiement médiatique relatif au plaisir sexuel
PSI/ Aider à mesurer le niveau et les déterminants de l'utilisation systématique du condom chez les jeunes	Jeunes de 15- 19 ans	2005 Benin	Déterminants de l'utilisation systématique du condom chez les jeunes de I5-I9 ans des départements du Littoral, du Couffo et de l'Ouémé au Bénin	Utilisation -La reconnaissance de l'efficacité du préservatif comme moyen de lutte contre le VIH
ACMS/Faire la promotion du préservatif	Plusieurs cibles	2009 Cameroun	Entre ciel et terre dans la lutte contre le Sida au Cameroun : le rôle du préservatif Média Communicatio n par les pairs	-Absence d'autonomisation des femmes -Usage de la fameuse ABC -Stigmatisation des personnes utilisant le préservatif -Croyances personnelles -Barrières socioculturelles -Religion -Diminution du plaisir Utilisation -Exposition aux actions de marketing social Point fort -Le préservatif entre progressivement dans les mœurs de la jeunesse Camerounaise

La liste des variables susmentionnées n'est pas exhaustive. Mais, elle donne suffisamment des renseignements en Afrique subsaharienne et d'éclairage sur l'explication des comportements sexuels des adolescents et jeunes.

II.4. Revue empirique des déterminants des comportements sexuels à risque des adolescents

Dans ce point, il est question de mettre en évidence les différents déterminants des comportements sexuels à risque des adolescents et de ce fait, faire une revue des travaux antérieurs afin de dégager les différentes relations entre les facteurs explicatifs et le comportement sexuel des adolescents.

Nous envisageons les déterminants des comportements sexuels à risque des adolescents liés aux approches socioculturels, économiques et institutionnelles, d'une part, et aux approches individuelles comme psychologiques, d'autre part.

En parcourant la littérature, nous avons retrouvé qu'il en ressort trois principales approches explicatives des comportements sexuels des adolescents à savoir : l'approche socioculturelle (Diop, 2000 ; Foucault, 1984 cités par Rwenge, 1999 et Bozon, 1994 ; Evina, 1994 ; Battouyila, 2010 ; Kangah, 2016 ; Camara, 2017). Pour cette approche, les déterminants des comportements sexuels à risque sont : certaines croyances et normes ethniques, religieuses, le milieu de résidence, le niveau d'instruction, la communication parent-enfant sur la sexualité, le contrôle parental.

Pour l'approche économique, il s'agit de la pauvreté et l'activité économique des parents (Rwege, 1999). Quant à l'approche institutionnelle, elle insiste sur les lois et les programmes concernant les jeunes (Gueilla, 2012; Kobelembi, 2005; Mbarga, 1991; 2003; 2012; 2013) comme déterminants des comportements sexuels à risque.

Toutefois, l'on peut évoquer aussi l'approche psychologique basée sur la dimension individuelle, illustré par l'idée d'une liberté de choix, d'une citoyenneté sexuelle induisant certains facteurs comme : la curiosité, l'envie de ressembler aux amis, la recherche du futur époux ou de la future épouse, la pression des pairs, la perception de la gravité de la maladie, la perception de sa propre vulnérabilité (Rwenge, 2010 ; Miangatar, 2010 ; Tshala, 2010 ; Kalambayi, 2007 ; Babalola, 2002 ; Social Marketing for Adolescent Sexual Health, 2000).

En synthèse, une approche intégrative des précédentes approches constitue a orientée notre réflexion pour identifier les déterminants des comportements sexuels à risque des adolescents.

II.4.I. Approche socioculturelle

L'approche socioculturelle se fonde sur le fait qu'on ne peut pas "désocialiser" l'activité sexuelle, car la sexualité n'est pas un phénomène isolable, mais s'inscrit dans les normes et les valeurs culturelles de chaque groupe. En effet, elle est associée aux normes et valeurs en matière de nuptialité, de fécondité et de famille.

Ce manque de désocialisation de l'activité sexuelle et de considérations de celles-ci se fait sous l'influence de l'école, des médias, de la pression des groupes sociaux et des pairs éducateurs (Essomba, 2013; Tsala, 2010; Lloyd, 2010; Yode et Legrand, 2008; Kwankye et Augustt, 2007; Bazon, 2002; Rwenge, 1999; Foucault, 1984).

En d'autres termes, les traditions, cultures et religions du milieu dans lequel vivent les individus influencent leurs comportements sexuels (Rwenge, 2013). Par conséquent, leur modification aura certainement une incidence sur le comportement sexuel des individus qui composent le corps social (Kobelembi, 2005).

Cette approche socioculturelle se compose de deux modèles à savoir : le modèle traditionnel et le modèle moderne.

II.4.I.I. Modèle traditionnel

Selon ce modèle, comportement sexuel est influencé par les mœurs sexuelles traditionnelles auxquelles adhère l'adolescent et reflète les valeurs et normes acquises dans son milieu social (Camara, 2017; Miangotar, 2010; Kalambayi, 2007; Beaud, 2004).

Cette approche stipule que l'affaiblissement des structures traditionnelles et le relâchement du contrôle des aînés sur les cadets, d'une part, et le manque de communication parent-enfant sur la sexualité, d'autre part, seraient à la base des comportements sexuels à risque des adolescents (Aka Kadjo, 2016 ; Evina 1990 ; Sala-Diakanda, 1980).

Hien (2012) a trouvé dans son étude qu'un niveau élevé de la communication parent/adolescent sur la sexualité est associé à un retardement du premier rapport sexuel et des rapports non protégés.

Jadis en Afrique, les rapports sexuels étaient généralement envisagés dans le mariage. Les filles devraient rester vierges jusqu'au mariage et fidèles après le mariage et les garçons devraient prouver leur masculinité et acquérir une bonne expérience sexuelle avant le mariage (Come et al., 2016 ; Harrison, 2008 ; Mankayi, 2008 ;). Bref, le but était de faire de la fille une bonne épouse et une bonne mère et du garçon un père responsable (Miangotar, 2010 ; Kalambayi, 2007).

Le renversement des idéaux dans les sociétés modernes, a engendré une puberté précoce qui entraine le retardement du mariage et la diminution du pouvoir des parents sur les enfants (Faye, 2005 ; Kolembi, 2005).

Ainsi, Rwenge (1999) souligne que les enfants commencent par évoluer dans la sphère maternelle avant de faire leur entrée dans la grande famille, où surviennent leur initiation aux rites avec pour fonction de faire évoluer l'enfant, non dans son comportement, son intelligence ou son affectivité, mais dans son existence même, pour le faire passer de l'état de nature à celui de culture et de le mener à sa véritable destinée, à son plein épanouissement. Les groupes ethniques et la religion inculquent ces normes et valeurs traditionnelles en matière de sexualité chez les adolescents.

L'étude de Gueilla (2012) renseigne que les normes sociales et culturelles sont associés aux comportements sexuels à risques des adolescents au Burkina Faso, au Ghana, au Malawi et en Ouganda. Cependant, pour Ratsiazo (2015), la plupart des malgaches ne croient pas au Sida. Ils le considèrent comme une astuce politique et une maladie des homosexuels et des prostitués et pas des gens normaux, car, l'éducation sexuelle est, traditionnellement encadré.

a. L'ethnie

La plupart des récents travaux ne font plus allusion à l'ethnie comme déterminant des comportements sexuels à risque. Alors que les anciens avaient déjà prouvé son opérativité.

Pour Akoto cité par Modubu (1996), l'ethnie est le cadre de production des modèles socio-culturels propres à chaque société. Elle conditionne les pratiques des populations, notamment des adolescents.

L'ethnie joue un rôle important dans les différences des comportements sexuels de ces derniers. Elle agit plus à travers les croyances, les perceptions, les valeurs relatives au modèle culturel de référence.

En Afrique, en matière de sexualité les ethnies sont regroupées en deux (Beninguissé, 2007; Delaunay, 2005; Guillaume, 2004; Rwenge, 2000; 2002; 2004; Diemer 2001; Okondo, 1999). D'un côté, nous avons les ethnies aux mœurs sexuelles permissives et de l'autre côté celles aux mœurs sexuelles rigides. Ainsi, la sexualité et la fécondité prémaritales sont plus fréquentes dans les sociétés aux mœurs sexuelles permissives comme chez les Beti du Cameroun, chez les Mongo et Tetela de la RDC, chez les Tenala et Massiroko du Madagascar et Baganda de l'Ouganda que dans les sociétés aux mœurs rigides. C'est aussi le cas des ethnies dont le système de prenté serait matrilinéaire, les jeunes filles et leur mère, du fait de l'indépendance et de

l'autonomie qui leur sont accordées, se livrenet plus précocement aux rapports sexuels (Doumkel, 2012).

Dans les sociétés aux mœurs sexuelles rigides, la sexualité et la fécondité ne peuvent se réaliser avant le mariage. Pour elles, l'entrée en vie conjugale précède l'entrée en vie sexuelle et féconde. Ceci rend la virginité de la jeune fille grandement valorisée par l'observation des rituels lui permettant de la protéger ainsi que sa fécondité future ((Miske-Talbot, 1984 cités par Beninguissé, 2007 ; Caldwell, 1991).

De ce fait, l'ethnie est vue comme un élément important d'identification sociale des individus. C'est au travers d'elle que se produisent et se manifestent des modèles culturels spécifiques (Elikia M'bokolo, 1999; 1985; Amselle, 1987; Douglas et Stanford, 1976).

L'ethnie à travers les normes, les idées, les interdits et les pratiques quotidiens qu'elle véhicule dans la société, incarne une influence sur les variables telles que le niveau d'instruction, l'exposition aux médias, etc. qui à leur tour, influencent l'âge d'entrée en activité sexuelle, l'utilisation du préservatif et l'attitude favorable ou défavorable à l'égard du sexe.

Pour ce qui est de l'utilisation du préservatif, certaines études montrent que l'ethnie a aussi une influence. Rwenge (2002) dans son étude, a demontré que, chez les Bamiléké où les mœurs sexuelles sont rigides, il y a une probabilité plus élevée d'utiliser les préservatifs durant les rapports sexuels que chez les Beti où les mœurs sexuelles sont permissives.

Alors que Talnan *et al.* (2002) ont trouvé qu'en Côte d'ivoire, les jeunes d'origine ethnique étrangère au pays étaient plus enclins à ne pas utiliser les préservatifs pendant les rapports sexuels les autochtones (halogènes).

Par ailleurs, plusieurs raisons justifient les différences ethniques par rapport au multipartenariat sexuel et à la nonutilisation du préservatif. I l s'agit de la recherche du plaisir sexuel chez les hommes Bamiléké et Béti au Cameroun et des contraintes économiques che les femmes.

Pour ce qui est de la non-utilisation du préservatif, le désir de procréer, la diminution du plaisir sexuel, la mauvaise appréciation du préservatif, la fidélité et la confiance au partenaire en sont les cause (Ntirampla *et al.* 2017 ; Rwenge, 2002).

A Lodja en RDC, les mêmes raisons sont enregistrées qu'au Cameroun mais à quelques nuances de différence. Ce sont la confiance au partenaire sexuel même occasionnel voir payant, la non disponibilité du préservatif aux lieux et moments des rapports sexuels, l'ignorance des vertus protectrices du préservatif, le refus du partenaire, particulièrement payant (Ngongo Shako *et al.*,2015).

b. La religion

Les normes sociales et culturelles liées à la religion ainsi qu'aux croyances et pratiques traditionnelles sont apparu comme un des principaux éléments exerçant une influence sur la santé des jeunes notamment sur leur santé sexuelle et reproductive (SSR) - Interarts, 2010. Ainsi, la religion fait partie des agents de socialisation qui permettent à l'adolescent de compléter ses connaissances par rapport aux pratiques acquises en famille susceptibles d'influencer sa pratique sexuelle (Castra, 2013; Gueilla, 2012).

En effet, les chefs religieux sont aussi au cœur de la prévention et la promotion de changement des comportements vis-à-vis du sida (Pfeiffer, 2004 ; Trinitapoli, 2015 ; Krakauer et Nawbery, 2007 ; Green, 2003).

A Madagascar, les instances religieuses qui prônent l'abstinence et la fidélité ont assisté le gouvernement dans sa lutte contre le VIH/SIDA. L'église protestante avait donc déclaré être ni pour ni contre l'usage du préservatif et le considère comme un médicament et laisse les médecins se charger de l'éducation (Blanchon, 2015).

Or, parler du sexe avec les jeunes est un tabou dans les religions qui considèrent l'utilisation du préservatif comme un incitateur aux rapports sexuels de tous ordres. Au travers de l'éthique sociale, les religions voient en l'utilisation du préservatif le développement de la promiscuité sexuelle (ACMS, 2009). Kangah (2016) souligne que d'une part, les croyances transmises par certaines religions (traditionnelles et révélées) influencent les groupes d'individus déterminant ou en représentations et attitudes qui influencent à leur tour leurs comportements et, d'autre part, que les croyances religieuses sont associées positivement à la précocité des rapports sexuels et au VIH. Car selon ces croyances, on peut attraper le Sida par malédiction, par sort ou par malchance. Par conséquent, on attribue la maladie à une cause autre que les modes de transmission scientifiquement établis par la médecine.

Dans les pays islamiques, la religion rend la sexualité tabou et pour les adolescents musulmans, la virginité et la chasteté jusqu'au mariage sont les deux dogmes et principes auxquels ils doivent adhérés, de ce fait cette religion déconseille les méthodes contraceptives et le préservatif car elles sont contraire aux lois divines et avoir des rapports sexuels avant le mariage est considéré comme un péché tout comme l'utilisation du préservatif (Talnan, 2006).

En Tunisie, le contexte religieux ne permet pas de parler librement des questions relatives à la reproduction ou à la sexualité, moins encore en famille. Par ailleurs, le Sida est considerée comme une maladie des autres, de ceux qui ont fauté et qu'il est gênant de l'évoquer (Lamia Ben Hassine et Salaheddine Dridi, 2015).

Rwenge (2013) renseigne que les âges médians aux premiers rapports sexuels sont plus élevés chez les garçons des pays islamisés en l'occurrence le Tchad, le Sénégal et le Mali, alors que pour les filles de ces pays, les âges médians aux premiers rapports sexuels sont plus faibles à l'exception du Sénégal.

Rwenge (1999) a trouvé que les jeunes des religions musulmanes et traditionnelles grandissent sans être convenablement informés sur la sexualité. Avec l'entrée des valeurs occidentales en Afrique, la religion chrétienne, très rattachée à ces valeurs favorise le mariage tardif et encourage l'utilisation des contraceptives afin d'éviter des grossesses non désirées.

Les facteurs de modernisation ont entrainé une rupture des liens entre les parents et leurs enfants, ce relâchement des liens n'est qu'une conséquence de l'adhésion des parents à la religion occidentale, pour cet auteur, les protestants prêchent plus la fidélité dans le mariage. Cependant, Bozon (2008) démontre que certes la religion véhicule le modèle traditionnel de la sexualité : la chasteté avant le mariage et la fidélité dans le mariage, mais, elle n'encourage pas le multipartenariat et l'utilisation du préservatif, ceci renforce l'influence de la religion au fait que certains leaders religieux déconseillent le port du préservatif et l'usage des méthodes contraceptives.

Par contre au Brésil, l'entrée dans l'activité sexuelle des jeunes hommes de la religion pentecôtiste les jeunes hommes est retardive (Bozon *et al.* 2006).

Talnan et al. (2002) ont observé que le risque d'être sexuellement actif est plus élevé chez les jeunes non pratiquants que chez les adeptes des religions existantes.

Bozon et al. (2006) se sont intéressés à l'influence de la mobilité religieuse (transition d'une religion à une autre) ou aussi l'abandon d'une religion de référence sur les comportements sexuels des jeunes. Ils ont constaté que ces facteurs sont associés chez les filles à une entrée précoce dans l'activité sexuelle.

Par ailleurs, ils ont découvert que les filles qui ont connu une socialisation religieuse « cohérente », c'est-à-dire catholique de famille catholique, et surtout pentecôtiste de famille pentecôtiste, sont entrées plus tardivement que les autres dans l'activité sexuelle. Quant à Raquin (2004), il renseigne qu'en RDC et précisément à Kinshasa, outre l'école, la vie culturelle est marquée par des appartenances religieuses. Ainsi, le Congolais croit à des divinités dans les cadres des religions dites traditionnelles (ancestrales) ou étrangères (occidentales et orientales).

Il se trouve donc que, toutes les religions, en général, et chrétiennes, en particulier, sont opposées à la sexualité préconjugale.

Mais, certains dirigeants de ces églises tordent le sens de la recommandation que l'apôtre Paul avait faite à Timothée au sujet des jeunes femmes veuves : « Je veux que les jeunes se marient, qu'elles aient des enfants, qu'elles dirigent leur maison, qu'elles ne donnent à l'adversaire aucune occasion de les médire,..., (Première Epitre de Paul à Timothée, chapitre 5, verset 14). S'appuyant sur ce texte, les dirigeants des églises néo-évangéliques encouragent le mariage précoce des filles encore célibataire, ceci avec un objectif semblable à celui du cours d'éducation à la vie dispensé dans les écoles primaires et secondaires de la RDC. Elaboré par le service d'Education à la vie (SCEV), un des services de l'archevêché de l'église Catholique, cette enseignement insiste sur la continence primaire, c'est-à-dire, la virginité et la chasteté jusqu'à l'éventuel mariage (SCEV, 1998).

En effet, contrairement aux églises de réveil, les églises traditionnelles (catholique, protestante et kimbaguiste) ont chacune des unités d'encadrement des jeunes à l'instar de l'Union de la Jeunesse Kimbanguiste (UJKI), des « Jeunes de lumière » ou « Bilenge ya Muinda » de l'Eglise Catholique, et de l'Union de la jeunesse protestante de l'Eglise du Christ au Congo (ECC).

Même s'il n'est pas permis aux jeunes de s'accoupler, leurs encadreurs leur parlent déjà de la sexualité, ses inconvénients sur le plan spirituel et les risques auxquels elle expose. Le Service catholique d'éducation à la vie (SCEV) s'occupe de cet encadrement au sein des « Jeunes de Lumière » alors que le Centre

des jeunes « BOMOTO » en fait autant dans l'église ECC. A la différence du SCEV, le centre des Jeunes « BOMOTO » s'occupe de l'éducation sexuelle par le counseling (service conseil) et la prise en charge des jeunes malades d'IST.

Toutefois, quelles que soient les croyances religieuses ou philosophiques, le contexte de vie des jeunes Kinois révèle l'existence de nouveaux cadres relationnels d'occurrence des rapports sexuels préconjugaux.

Outre les fiançailles qui sont une pratique ancienne et qui servaient parfois de cadre aux relations sexuelles préconjugales, avec la modernité, le comportement sexuel des adolescents devient de plus en plus moins prédictible, les sociétés ont produit un nouveau cadre : le copinage, qui est une sorte des relations amicales des jeunes où les ami (e)s ou copains se muent en partenaires sexuels et ces relations sont vécues en toute discrétion et si elles sont connues des parents, c'est souvent dans le cadre scolaire ou académique et non sous l'angle « amoureux », seules conséquences peuvent ainsi le dévoilé : grossesses ou une IST.

Malgré ces institutions pour l'encadrement des jeunes, malheur est de constater que les jeunes ont des rapports sexuels avant le mariage, ils recourent aux nouveaux cadres des relations sexuelles : le copinage et les fiançailles. Si dans certaines sociétés (Luba RDC, par exemple), l'officialisation de la relation amoureuse n'est pas une demande tacite d'autorisation pour passer aux rapports sexuels, dans d'autres par contre (les Tetela RDC, par exemple), les amoureux s'accouplent car les fiançailles y sont parfois vécues comme un mariage à l'essai (Okondo, 1999).

Une situation presque similaire a été constatée par Ngondo (1997) à Kikwit où les parents s'aperçoivent de l'existence de la

relation mais jouent généralement aux ignorants jusqu'au moment de la "présentation du garçon en famille" ("Kanga lupangu"¹²).

D'après Lututala et al. (1996), dans une enquête menée en 1995, trois quarts des adolescents ont déclaré avoir entretenu des relations de fiançailles ou de copinage sans le consentement voire dans l'ignorance de leurs parents. Les jeunes ne dévoilent pas les relations de copinage car elles sont contraires aux normes sociales pourtant ces relations comme les fiançailles constituent le cadre d'occurrence des rapports sexuels préconjugaux pour la majorité des jeunes.

A Kikwit, près de 8 jeunes filles sur 10 qui ont déclaré avoir régulièrement des rapports sexuels les ont avec un copain ou un fiancé (Ngondo, 1997).

La religion a été identifiée comme un facteur associé à l'initiation sexuelle des filles à Bukavu (Est de la RDC) -Muhumu et al. 2016, à Kinshasa, Kalambayi (2007), au Cameroun et au Burkina Faso (Meekers, 1994; 1992).

II.4.I.2. Modèle moderne

A l'opposé de la société traditionnelle, la société moderne n'assume pas de fonctions éducatives très précises à l'égard de la jeunesse, qui dans l'ancienne société avait une place importante et sécurisante pour elle (Diop, 1995 ; Caldwell *et al.* 1991).

Les parents jouent un rôle important dans la formation de la personnalité de l'enfant (Battouayila, 2010), il enrichi par la citation de Mennie Grégoire qui disait que « la vitamine de l'intelligence et de la sensibilité de l'enfant c'est la mère. La vitamine du dynamisme c'est le père ».

Dans cet ordre d'idée, l'éducation à la sexualité devrait être avant tout, l'affaire des parents, cependant dans la société moderne apparaissent de nouveaux agents éducatifs à savoir : l'école et les médias à travers la télévision, la radio, la presse

¹² Pour signifier une officialisation des engagements pour le mariage.

écrite, l'internet, les nouvelles techniques de l'information et la communication (NTIC).

L'éducation des jeunes à l'école ne les prépare pas seulement à des rôles d'acteurs à l'intérieur de la famille et dans un nouvel environnement où la réussite de l'individu n'est plus liée à sa communauté, mais résulte de sa capacité à assimiler un savoir "scientifique" et à innover (Diop, 1995).

L'école et les nouvelles activités récréatives (appartenance à des groupes sociaux, fréquentation des hauts lieux de perversité, etc.) éloignent souvent les jeunes des adultes et la séparation des sexes n'y est plus assurée. Ces activités récréatives qui se rapportent au cinéma, aux soirées dansantes, au football..., raccourcissent le temps que les jeunes sont sous le contrôle des parents ou passent dans le cercle familial.

Il s'en suit le développement de l'activité sexuelle précoce des jeunes observé dans la plupart des villes africaines (Rwenge, 1999).

Par conséquent, le contrôle social présent dans les sociétés traditionnelles est faible dans les sociétés modernes. Les enfants devienenet de plus en plus autonomes. Leur pouvoir décisionnel sur le moment de rapport sexuel, le choix de leurs partenaires et les modèles de leurs actes augmente. Leur comportement dans le milieu moderne est influencé par leur milieu de résidence, leur niveau d'instruction, leur exposition aux médias et aux nouvelles techniques de l'information et de la communication (Meekers, 1992a; Rwenge, 1999; Bauni, 1990).

a. Le milieu de résidence

Diverses études ont prouvées l'influence du milieu de résidence sur les comportements sexuels des adolescents (Rwenge, 1999; Modeilli, 2008; Mututa, 2016). Autrement dit, le comportement sexuel varie d'un milieu de résidence à un autre.

Concrètement, les adolescents du milieu rural sont sexuellement plus actifs que ceux du milieu urbain (Ouedraogo *et al.* 2006 ; Akoto *et al.* 2005 ; 2000 ; Guèye *et al.* 2001 ; Kouton, 1992 ; Delaunay, 1994 ; Bauni ,1990).

Tel est le résultat des études menées au Bénin par par Sossa et Zounon (2005) Kouton (1992), et au Burkina par Akoto *et al.* (2005).

D'après l'étude de ces derniers, avant 18 ans 66 % des jeunes ruraux Burkinabé ont leurs premiers rapports sexuels contre 45 % des jeunes urbains.

La même différence est confirmée par les données de la dernière enquête démographique de santé de 2006 du Niger. En effet, l'âge médian des premiers rapports sexuels s'élève à 16 ans en milieu rural pour les femmes contre 17 ans en milieu urbain.

Cette différence a été aussi observée au Brésil par Bozon *et al.* (2006) et au Cameroun par Rwenge (1999; 2000). L'âge aux premiers rapports sexuels s'est avéré plus précoce chez les garçons que les filles. En milieu rural, les jeunes filles entrent plus précocement en vie sexuelle que les garçons.

La différence inter lieux de résidence serit expliquée par l'urbanisation qui s'accompagne de l'ouverture des jeunes aux médias et de leur faible contrôle social. L'étude de Delaunay *et al.* (2001) conforte cette hypothèse.

Selonelle, l'ouverture aux valeurs modernes à travers la scolarisation, la migration de travail, les modifications des normes en matière de sexualité sont les facteurs via lesquels l'urbanisation influence les comportements sexuels des jeunes garçons.

Battouayila (2010); Kuaté-Défo (1998) ont paradoxalement observé chez les adolescentes du Cameroun une absence de lien entre le lieu de résidence, le début de l'activité sexuelle et le comportement sexuel à risque. Cette absence de lien pourrait refléter l'évolution des normes et pratiques sociales en milieu rural qu'en milieu urbain.

En ce qui concerne l'utilisation du préservatif, les comportements sexuels sont aussi différents. De façon générale, il ressort que les rapports sexuels sont, quel que soit le sexe, mieux protégés en milieu urbain qu'en milieu rural, par le fait que le milieu rural est plus retrait du mouvement de diffusion des préservatifs que le milieu urbain (Rwenge, 2013; Akoto et *al.*, 2005).

b. Niveau d'instruction

Le niveau d'instruction (scolarisation) est l'un des facteurs explicatifs des comportements sexuels des adolescents. Certaines études prouvent qu'il réduit le comportement sexuel à risque des adolescents en agissant sur le moment du début des rapports sexuels. En effet, les adolescents d'une instruction faible sont sexuellement plus actifs précocement que ceux du niveau élevé (Come Adohinzin, et al. 2016 ; Gueilla, 2012 ; Dembélé cité par Modielli 2008 ; Sossa et Zounon, 2005 ; Guèye et al. 2001 ; Akoto et al. 2000 ; Rwenge, 1999 ; Kuaté-Défo, 1998 ; Kouton, 1992).

Cependant, Kolembi (2005) soutient le contraire. En effet, son étude menée à Bangui conclut qu fait l'école ne fait pas varier le comportement sexuel des adolescents. Ceux-ci, ont donc tous, des comportements similaires qu'ils soient instruits ou pas. Telle est la conclusion de l'étude de Kalau (2013) selon laquelle l'instruction n'est pas associée à l'utilisation du préservatif chez les adolescents de Lubumbashi.

L'étude de Kolembi (2005) renseigne que la fréquentation des structures d'éducation sexuelle est un facteur facilitant ou renforçant le comportement sexuel responsable au travers de l'utilisation du préservatif chez les adolescents de Bangui.

La fréquentation scolaire détermine le support social dont peut disposer l'adolescente pour la connaissance et la pratique des méthodes contraceptives (Kouton, cité par Modielli 2008).

En pratique, plus une ethnie contiendra des adolescentes de plus en plus instruites, plus celles-ci auront des aspirations socioprofessionnelles et ceci aura une influence négative sur l'engagement précoce dans les relations sexuelles et l'aspiration précoce au statut d'épouse par les adolescentes.

Le niveau d'instruction influence positivement les comportements sexuels des adolescentes car une femme instruite est capable de créer de bons rapports de communication au sein du couple et prendre certaines décisions. Les femmes instruites sont davantage capables de négocier la manière de faire les rapports sexuels ou de refuser de les avoir dans certains cas.

Et lorsque l'éducation de la femme s'accompagne de son indépendance économique, sa capacité à prendre les décisions augmente et partant, ses risques d'utiliser les condoms (Rwenge, 2001, 2000, 1999 ; Varga, 1997 ; Cherlin et Riley, 1996 ; Niang, 1995 ; Pickering *et al.* 1993 ; Awusabo *et al.* 1993 ; Bledsoe, 1986).

La fréquentation scolaire influence positivement aussi bien la connaissance des IST/VIH/SIDA que les moyens de prévention (Dembélé, 2004; Rwenge, 2002, 1999; Kuaté-Défo, 1998). Empiriquement Baya et Meda (2001) ont découvert que le niveau d'instruction est un déterminant de l'utilisation des condoms aux premiers rapports sexuels chez les jeunes Bobolais.

Enfin, Rwenge (2000) a observé qu'à Bamenda les jeunes du premier cycle secondaire étaient moins disposés à utiliser le préservatif au moment de l'enquête que leurs homologues lycéens.

c. L'exposition aux médias et aux nouvelles technologies de l'information et de la communication

Les médias sont d'une grande importance en ce qui concerne l'influence des adolescents en matière de connaissance sur la sexualité et de leur engagement dans l'activité sexuelle (Rwenge, 1999). Ainsi, les outils de communication via les médias (radio, télévision, affichages, l'internet) constituent des grandes sources d'information et d'influences pour les adolescents en ce qui concerne la sexualité.

De nombreuses études ont confirmées l'influence des médias sur les comportements sexuels à risque des adolescents (Lamy, 2018; Kangah, 2016; Friedel et Swan Kuhu, 2016; Corriveau, 2014; Harvengt, 2008) par le fait matraquage médiatique des scènes et images à caractère sensuel et pornographique.

En fait, l'exposition accrue aux contenus sexuels dans les médias crée l'illusion d'une activité sexuelle fréquente dans le monde réel. Ceci peut entrainer l'adoption, la normalisation et l'encouragement des comportements destructeurs chez les jeunes et les adolescents.

Corriveau (2014) souligne que les adolescents étant nés dans l'ère du numérique ont intégré les NTIC à leur quotidien et leur entourage s'inquiète des méfaits pouvant en découler et pour Friedel et Swan Kuhu (2016), avec l'arrivée du numérique, l'adolescent capte tous les éléments de ce dernier pour se construire une identité, laquelle identité conduisant à des déviations.

L'internet séduit et happe les adolescents et constitue un cyber harcèlement¹³, les modes virtuels sont des non-lieux et les

¹³ Le fait d'échanger par l'intermédiaire d'internet ou d'un téléphone mobile, ses propres photos intimes, se représentant soi-même ou autrui, se nomme sexting (sex texting) et le cyberharcèlement en ligne est un harcèlement s'effectuant via Internet (www. 147. ch:

corps ne peuvent jamais être de non-corps, cette confrontation entre le deux est le nœud du problème virtuel (Quéau, 1997; Cosseron, 2018), pour Nadeau, (2017), la consommation de la cyberpornographie conduit à l'adoption des comportements sexuels à risque.

Pour Maltais (2016), les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) bouleversent le développement des enfants et des adolescents et les poussent aux comportements déviants en cas d'absence d'encadrement des parents.

Par contre, certaines études sont d'avis que les médias peuvent favoriser les attitudes responsables face à la sexualité par la promotion de contraceptifs comme le préservatif. Concrètement, pour Zoungrana (1999), l'accès aux médias au travers de l'émission « SIDA dans la cité » avait changé les attitudes des adolescents Ivoiriens vis-à-vis du SIDA et, par conséquent, leurs comportements sexuels.

Pour Yaelle Amsellem-Mainguy (2017), le recours à l'internet pour la recherche des informations par les jeunes contribue au processus d'autonomie grâce à l'acquisition de nouvelles compétences et de gestion de sa propre santé.

II.4.2. Approche économique

Les adolescents s'engagent sexuellement dans l'activité sexuelle à risque pour des raisons d'ordre économique (Rwenge, 1999 cité par Kangah, 2016; Berthé *et al.* cités par Come Adohinzin et al. 2016; Jo-Anni Joncas et Roy, 2015; ICF International, 2010; Kolembi, 2005; Bozon, 1997).

En d'autres termes, les adolescents, filles comme garçons, contractent des rapports pour gagner de l'argent. Leur comportement est motivé par deux raisons : le niveau de vie du

Cyberharcèlement, voir l'invisible. Mars 2016, www. GE. Ch/harcèlement-école, consulté le 5/04/2018.

ménage et la dépendance économique ou le pouvoir de décision (Bouchard *et al.* 2018 ; Nganawara *et al.* 2017 ; Camara, 2017 ; Capelli, 2017 ; Kangah, 2016, Come *et al.* 2016 ; Hamchaoui Farida, 2016 ; Komembi, 2005 ; Rwenge, 2004 ; 2003 ; 2000 ; 1999).

En ce qui concerne le niveau économique du ménage, les études de Rwenge (2003 ; 2000 ; 1999) ont révélées une forte corrélation entre les facteurs économiques et les comportements sexuels. En effet, pour les jeunes dont le père était fermier ou pécheur l'activité sexuelle était réduite, en d'autres termes moins courante que pour ceux dont le père était employé de bureau.

L'étudede Talnan et al., (2002) menée en Côte d'Ivoire a aussi montré cette influence du contexte économique sur le comportement sexuel des jeunes. En fait, les adolescents qui vivent dans les conditions économiques difficiles étaient plus susceptibles d'avoir plusieurs partenaires sexuels et sont démunis pour négocier des rapports sexuels protégés.

La dépendance économique ou encore l'inégalité finncière entre partenaires a accoché des phénomènes de « sugar daddies et sugar mummies ». Ceux-ci sont des hommes ou des femmes riches très âgés qui sortent avec des jeunes filles et garçons pauvres contre l'argent. Ce type de relation est généralement instrumatisé financièrement et réduit la capacité à négocier ou à initier un comportement à moindre (White, 2015; Gobind et al., 2015; Phaswana et al., 2014; Plan stratégique National de lutte contre le VIH/SIDA, 2011-2015; Meekers et calvès, 1997; 1998). Il ressort que le phénomène de « sugar daddies » fait aussi partie des stratégies pour la recherche d'un emploi en les utilisant comme parrain à cause de leur situation professionnelle et les nombres des contacts, cette dépendance enlève aux jeunes le pouvoir d'exercer un contrôle sur les modalités du déroulement de l'acte sexuel et à avoir des rapports sexuels non protégés selon la volonté du partenaire qui exerce la domination.

II.4. 3. Approche institutionnelle

Cette approche est basée sur l'idée que l'environnement institutionnel, en matière de l'activité sexuelle, a une influence sur les comportements sexuels des jeunes. Il s'agit de déterminer la manière dont les institutions politiques gèrent les questions relatives à la sexualité ainsi que les stratégies qu'elles mettent en œuvre pour faire face aux IST/SIDA (Kolembi, 2005).

Le recours aux facteurs institutionnels pour l'expliquer les comportements sexuels des adolescents découle du fait que les politiques créent des conditions susceptibles d'influencer les comportements des adolescents, leurs connaissances et leur sensibilisation au VIH/SIDA (Rwenge, 2013).

Rwenge (1999) souligne que la plupart des études antérieures qui ont utilisé l'approche institutionnelle l'ont fait en termes de recommandations et qu'aucune d'elles n'a donc mis en exergue leurs associations avec les comportements sexuels des jeunes. Il fait aussi voir que dans les pays africains où existent des lois régissant l'entrée en mariage, ces lois ont difficiles à être respectées par certains parents qui continuent à marier leurs filles très tôt et leur application restent très difficile.

Pour Mbarga (1991), la célébration des unions des jeunes est réglementée dans la plupart des pays africains par des textes portant organisation de l'état civil et diverses dispositions relatives à l'état des personnes physiques.

Ainsi, l'approche institutionnelle insiste, d'une part, prioritairement, sur l'accès aux informations et aux structures sanitaires et d'autre part, les lois en matière de mariage, des premiers rapports sexuels (âge), la prostitution, du divorce, etc. et autres éléments qui s'y rattachent.

II.4. 4. Approche individuelle et psychologique

Les comportements sexuels des adolescents et jeunes ont aussi une dimension individuelle, illustré par la liberté de choix, une citoyenneté sexuelle (Rwenge, 2013 ; 2010 ; Babolola, 2002).

En d'autres termes, les attitudes et comportements des adolescents dans le domaine de la sexualité dépendent aussi de leurs propres expériences (Giami, 2002 ; Rwenge, 2010).

Lorsque les adolescents connaissent les risques associés à leur activité sexuelle, ils peuvent librement adopter des attitudes et pratiques positives (Rwenge, 2010).

Plusieurs caractéristiques individuelles influencent les comportements sexuels à risque des adolescents à savoir : la connaissance et la prise de conscience des IST/VIH/SIDA, la perception de la gravité de la maladie, la perception de sa propre vulnérabilité, la perception par les adolescents ou les jeunes de leur capacité à s'abstenir des rapports sexuels avec des partenaires infidèles (Rwenge, 2010), pour Babalola *et al.*, (2002). Ainsi, les adolescents et jeunes ayant une perception positive de leur capacité à s'abstenir des rapports sexuels entrent tardivement dans la vie sexuelle. Cette variable (capacité à s'abstenir) est en relation négative en ce qui concerne le multiparteanariat sexuel.

Sur le plan psychologique, la consommation des substances psychoactives et de l'alcool est positivement associée à l'adoption des comportements sexuels à risque chez les adolescents et jeunes (Rwenge, 2010 ; Godeau et al. 2007 ; Somrongthong et al. 2003 ; Magnani et al. 2002 ; Mott et al. 1996).

Une autre variable individuelle est le sexe. D'après, Rwenge (2010), le fait d'être de sexe féminin contribue au risque d'avoir les premiers rapports sexuels de manière précoce. En d'autres termes, la sexualité précoce est moins élevée parmi les garçons que les filles (Rwenge, 2013).

Pour ce qui est du multipartenariat sexuel, il est plus pratiqué par les garçons que les filles, (Come *et al.*, 2015) et pour (Rwenge, 2013; Bergeron *et al.* 1985). Car, les garçons doivent être autonomes, actifs et compétitifs et de ce fait recourir au multipartenariat pour confirmer leur virilité et acquérir des compétences avant le mariage.

Par ailleurs, les garçons utilisent plus le préservatif que les filles (Ntirampeba, 2017 ; Rwenge, 2013).

L'âge est associé aux comportements sexuels à risque des adolescents, les plus jeunes se protègent plus avec les préservatifs que les plus âgés (Rwenge, 2013).

En somme, le comportement sexuel est un phénomène social (Camara, 2017 ; Rwenge, 2013 ; Gueilla, 2012 ; Du Plessis et al. 1993) déterminé par plusieurs facteurs notamment : les facteurs socioculturels, socioéconomiques, institutionnels, individuels et psychologiques.

En d'autres termes, il existe une corrélation entre ces facteurs et les comportements sexuels des adolescents.

Après évaluation de la littérature en notre possession, il se dégage que la plupart des études ont abordés le problème des comportements sexuels à risque en utilisant les facteurs socioculturels et socioéconomiques, rares sont celles qui ont utilisées les facteurs individuels comme psychologiques. Aucune étude, jusqu'à ce jour, n'a fait recours aux facteurs instutionnels comme déterminants des comportements sexuels à risque des adolescents, ces facteurs ont été utilisés comme recommandations, nous avons travaillé aussi dans notre thèse avec ces derniers.

CHAPITRE TROISIEME

METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

e chapitre troisième de notre étude est consacré à la présentation du cadre et lieu d'étude, de la période et type d'étude, de la population d'étude, de la méthodologie utilisée et des instruments de collecte des données, de l'échantillon, des critères d'éligibilité ou d'inclusion, des conditions d'éthique, des définitions des variables et signes attendus au niveau de l'analyse quantitative et du cadre analytique de l'étude.

III.I. Cadre et lieu d'étude

Notre étude s'est déroulée en République Démocratique du Congo, entre février et septembre 2017, dans les écoles, les églises et les centres pour jeunes situés dans les villes de Mbandaka, Lubumbashi et Kinshasa.

Le choix de ces villes était motivé par plusieurs raisons à savoir :

- Mbandaka, une ville de la province de l'Equateur et chef-lieu de cette dernière, est la deuxième province à taux de fécondité des adolescentes de 15 à 19 ans élevé (37,2%) après la province orientale selon (EDS-RDC II, 2013-2014).

Par ailleurs, l'activité sexuelle des adolescents, les expose à beaucoup de problèmes de santé et au risque d'IST/VIH/SIDA.

La ville de Mbandaka rassemble des populations venues de tous les territoires avec la prédominance du groupement Mongo qui se répartit en quatre (4) principales sections (Mairie de la ville de Mbandaka, 2011):

- Le groupe Mongo-Mongo appelé aussi Nkundo originaire de Basankusu, Bolombo, Monkoto, Kiri et Bongandanga;
- Le groupe Mbole originaire de Boende, Bokungu et Monkoto;
- Le groupe Ekonda originaire du centre de Bikoro ;

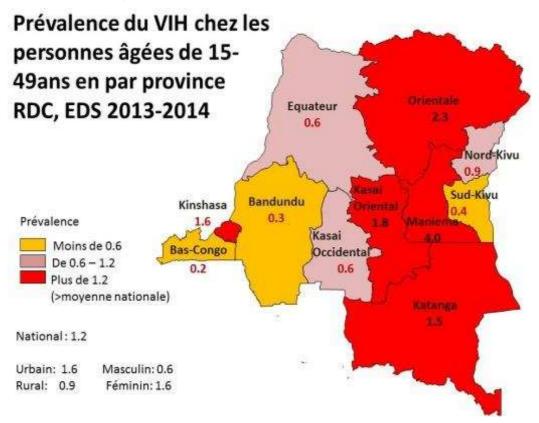
• Les autres groupes Mongo composés de Nsongo, de Befale, de Ekota et de Bakutu de Boende.

En dehors des Mongo, la ville comprend aussi les autres peuples riverains de fleuve, les allogènes à l'Equateur et les Batswa.

- Lubumbashi est la capitale minière de la province du Haut- Katanga et réputée pour être riche en une variété des minerais : cuivre, Cobalt, Zinc, Or, Fer, etc. Le cuivre y domine, d'où l'ancien nom de Shaba qui signifie le cuivre (Songa-Songa Mwitwa et al., 2008). Cette ville a un taux de fécondité des adolescentes de 15 à 19 ans de (23,8%) selon (EDS-RDC II, 2013-2014). La prévalence du VIH des miniers est de (1,8%) et 35% de ses adolescents ont leur premier rapport sexuel avant d'atteindre leur quinzième anniversaire. Un adolescent sur dix de 15 à 19 ans résidant encore sous le toit parental, officiellement célibataire a déjà eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels, le plus souvent sans protection aucune (Kalau, 2013).

Par ailleurs, la province du Katanga est classée parmi les provinces à forte prévalence du VIH (1,5%) selon le PNMLS (2015). .

Figure 14 : Carte de prévalence du VIH par province (EDS-RDC II, 2013-2014)



Source: PNMLS (2015)

- Comme le renseigne la carte ci-haut, Kinshasa est la capitale de la RDC et le lieu de rencontre de plusieurs cultures. Elle est classée parmi les provinces qui résorbent 65% du total des personnes vivant avec le VIH en RDC (PNMLS, 2015). Elle compte à elle seule un taux de prévalence de 1,6%.

III.2. Période et type de l'étude

Nous avons réalisés une étude à passage unique auprès des adolescents Mongo, Ngbaka, Balubakat, Bahemba, Bena demba (Bakuba) et Bakua luntu en RDC au cours de la période de février à mai 2017, pour les villes de Mbandaka et de Lubumbashi et de juillet à septembre de la même année pour la ville de Kinshasa.

III.3. Population d'étude

La population de cette étude est constituée d'adolescents de deux sexe, célibataires, âgés de 13 à 19 ans et appartenant aux ethnies Mongo, Ngbaka, Hemba, Balubakat, Bena demba (Bakuba), et Bakua luntu résidant à Mbandaka, à Lubumbashi et à Kinshasa.

Le choix de ces ethnies était motivé par leurs mœurs sexuelles, mœurs permissives et rigides concernant particulièrement, la virginité de la jeune fille avant le mariage (Shomba, 1983); Lapika et Kambamba (1997).

Pour réaliser les entrevues, nous avons eu à traduire le questionnaire en trois langues nationales (lingala, ciluba et swahili) et chercher un interprète pour le guide d'entratien.

Nous avons recruté des adolescents scolarisés et non scolarisés. Pour les adolescents scolarisés, nous avons, après explications des objectifs de notre étude, demandé aux parents lors des réunions dans des écoles au travers des différents comités, leur consentement libre et éclairé pour interviewér leurs enfants de moins de 18 ans sur un sujet aussi sensible.

Pour les adolescents non scolarisés, la tâche était lourde, il fallait entrer en contact avec le comité des pasteurs ou responsables des centres des jeunes pour acquérir le consentement des parents. Par conséquent, l'enquête auprès de cette population a pris beaucoup plus de temps que prévu.

Encadré 5: Ecrits anthropologiques sur les mœurs sexuelles des ethnies sous étude

L'ethnie ou la tribu sont des notions qui semblent être très difficiles à définir et surtout à circonscrire, de ce fait. La RDC est une mosaïque ethnique et Vansina (1965) affirme l'impossibilité de décrire chaque tribu ou peuple congolais compte tenu de leur grand nombre. Pour Boone (1954), la RDC compte 250 ethnies et pour Vansina (1966), le nombre de peuples qui vivaient au Congo (RDC) en 1900 dépassait le nombre de 250.

Le nombre de ethnies ne pas connues jusqu'à ces jours et Shomba (1983) est parvenu à un total de 365 sociétés congolaises qui ont des cultures sensiblement différentes.

Même si les cultures se distinguent sur plusieurs plans les unes des autres, elles se ressemblent aussi sur certains aspects et ces dissemblances et ressemblances permettent parfois le regroupement des peuples géographiquement voisins dans une même ethnie et lorsque l'on examine les normes en rapport avec la sexualité préconjugale des sociétés congolaises, leur caractérisation semble plus facile à établir à partir du sexe féminin.

Face aux dissemblances ou ressemblances d'attitudes des sociétés vis-à-vis de la sexualité préconjugale des filles, Shomba (1983) les a regroupées en trois grands groupes :

- Le premier groupe comprend les sociétés qui insistent sur la virginité féminine¹⁴;
- Le deuxième est composé des sociétés qui sont indifférentes à la virginité féminine ;
- Le troisième est celui dont les sociétés sont allergiques à la virginité féminine¹⁵.

_

¹⁴ Pour ces sociétés, la virginité est un signe de bonne éducation et de fidélité dans le mariage (Shomba, 1983).

A cause des difficultés à classifier les ethnies étant donné qu'une société peut être à cheval entre « les tenants » et les « indifférents », Lapika et Kambamba (1997) ramènent la classification de Shomba (1983) à deux modalités : « les tenants » et « les indifférents » et c'est cette classification que nous allons présenter dans ce travail.

Tableau 2: Ethnies choisies et leurs attitudes face à la virginité féminine

	Exigences ou non de la virginité féminine au mariage				
Province	Sociétés exigeantes	Sociétés indifférentes			
Equateur	Ngbaka	Mongo			
Kasaï- Central	Bakwa Luntu	Bena Demba (Ba Kuba)			
Haut- Katanga	Lubakat	Hemba			
Kinshasa	Ngbaka, Bakwa Luntu, Lubakat	Mongo, Bena Demba (Bakuba), Hemba			

Source : Adapté par l'auteure à partir de la monographie de Lapika et Kambamba, (1997).

I. Sociétés indifférentes à la virginité féminine

a) Les Mongo: sont une population bantoue d'Afrique Centrale que l'on trouve en grande majorité dans la province de l'Equateur. On la trouve en minorité dans d'autres provinces de la RDC, telle que le sud de la province orientale, le nord de la province de Bandundu, l'ancienne province du Kasaï-Oriental, l'actuel Sankuru, la province de Kasaï-Central et le

¹⁵ Parlant d'Allergiques" cela sous-entend que ces sociétés n'exigent pas la virginité physique de la jeune fille au mariage ; le sang de l'hymen devait rester dans sa famille et son sang est considéré comme un symbole de malheur pour l'homme, il n'est donc pas indiqué de l'apporter dans le mariage (Lapika et Kambamba, 1997, p.146).

Nord-Kivu, (Ulysse Bourgeois, 2009).

Les Mongo sont patrilinéaires, leurs filles peuvent avoir des relations sexuelles hors mariage, et ne sont pas tenues d'arriver vierges au mariage.

Pour les filles Mongo, les relations pré-nuptiales cimenteraient la relation maritale à venir et représentent l'« occasion d'acquérir suffisamment d'expériences afin de mieux maîtriser le mari, une fois mariées » (Habibou Bangré, 2007).

b) Les Hemba: Le peuple Hemba est une des ethnies de province du Katanga implantées sur la rive droite du fleuve Congo dans le territoire de Kongolo et une partie du territoire de Nyunzu.

Ils sont au Nord-Ouest du Katanga et voisins de Luba (Mbala Mbabula et Kalunga Makela, 2009).

Chez eux, la virginité de la femme n'est pas exigée pour le mariage. Le sang de l'hymen doit rester dans sa famille étant considéré comme un symbole de malheur pour l'homme et ne peut etre ammené au mariage, la jeune fille peut briser son hymen seule ou se faire aider par sa grand-mère à l'aide des doigts ou des carottes dans le but de faciliter les relations sexuelles avec son mari (Lapika et Kambamba, 1997, p. 146).

- c) Les Bena Demba (Bakuba): Ils sont situés dans le territoire de Demba, qui est une entité décentralisée de la province du Kasaï Central en RDC. La population de Demba est dominée par les Lulua (70%) auxquels il faut ajouter les Songe, les Bakua Luntu et les Bakuba (pluriel de Kuba). De toutes les ethnies, seuls les Bakuba n'exigent pas leurs filles de se présenter vierges au mariage, (Lapika et Kambamba, 1997).
- 2. Sociétés exigeantes de la virginité féminine
- a) Les Ngbaka: Ils sont un peuple de l'Ubangi dans la province de l'Equateur. Leur système de filiation est patrilinéaire. Les

Ngbaka sont contre la sexualité préconjugale et tiennent à la virginité de la jeune fille jusqu'au mariage (Lapika et Kambamba, 1997).

b) Les Lubakat: Les Balubakat (pluriel de Lubakat) occupent presque tout le Nord ou plus de la moitié du Katanga, notamment soit dans le territoire de Kabongo, Kamina, Kaniama, Bukama, Malemba, Manono, Kabalo, Mitwaba, Pweto et même au- delà.

Les Balubakat ont un système de filiation patrilinéaire et sont strictes à la conservation de la virginité de la jeune jusqu'au mariage (Lapika et Kambamba, 1997).

c) Les Bakua Luntu: Dikita Makubakuba (2016) renseinge que les Bakua Luntu sont des baluba du Kasaï Central. C'est un peuple installé dans la vallée de Dimbelenga et est constitué des familles Bana ba Kanku Lukusa (Bakua Tshisumba, Bakua mputu, Bakua mpungu), ils sont aussi à Tshikapa Kele, à Kaluebo dans le territoire de Kazumba (Bakua Tshisumba) et à Demba (Bena Tshiadi et les Bakua Tshimbula).

Les Bakua Luntu sont très exigeants en ce qui concerne la virginité de la jeune fille jusqu'au mariage, car offrir sa virginité est, pour une fille, le signe de sa bonne éducation.

Pour ce faire, la précocité du mariage est une stratégie de protection de cette virginité préconjugale, et d'autre part un moyen de lutter contre la prostitution et le concubinage des jeunes filles, d'autre part.

III. I.I. Cartographie ethnographique des ethnies sous étude

Pour arriver à classifier les ethnies en RDC, nous rappelons que l'ethnie est un ensemble de personnes qui se reconnaissent comme issues d'un même ancêtre ou qui ont en commun un patrimoine de mode de vie, de langue et de territoire (Mbokamosika, 2011).

Dans le cadre de cette étude et par difficulté de trouver une carte ethnique englobant toutes les ethnies de la RDC, nous avons opté pour une présentation par province.

III.I.I. Présentation de la carte ethnique par province

Les cartes ethniques par province seront présentées de la manière suivante : la Cuvette centrale et l'Ubangi, le Kwango-Kasaï, le Nord-Katanga Sud-Katanga. Elles sont focalisées seulement sur les ethnies sous étude.

SCUVETTE
CENTRALE Have Law Basan Massification Name Research Records Name Research Records Name Research Records Name Research Records Records

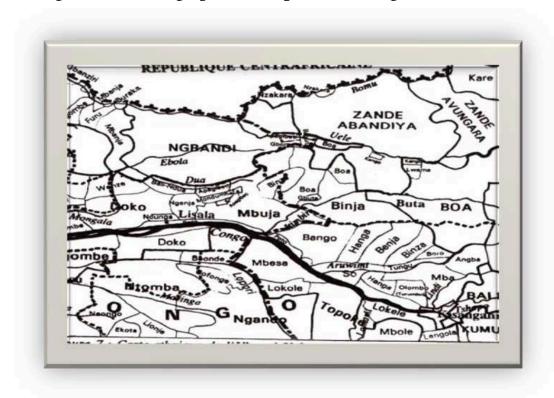
Figure 15 : Cartographie ethnique de la Cuvette Centrale

Source : Mbokasika (2011)

Cette carte couvre le Mai-dombe, la Tshuapa, une bonne partie de l'Equateur ainsi que la région Tetela. L'ensemble de la région Mongo n'inclut pas les Tetela et les Nkutshu pourtant membres à la même famille linguistique.

Parmi les Mongo, il y a plusieurs groupes : Ntomba, Kutu et Nkole et ces tribus sont étendues à l'ouest par les Nkundo et les Ekonda, plus à l'est par les Ntomba de l'entre Lopori-Maringa, les Mbole de la Salonga, les Bosaka, les Ngando, les Boyela et les Mbole du Lomami et au sud par les Ndengese et les Bokala.

Figure 16 : Cartographie ethnique de l'Ubangi



Source : Mbokasika (2011)

Les Ngbaka, les Ngbandi et les Zande sont les peuples des langues oubanguiennes et constituent les grands groupes.

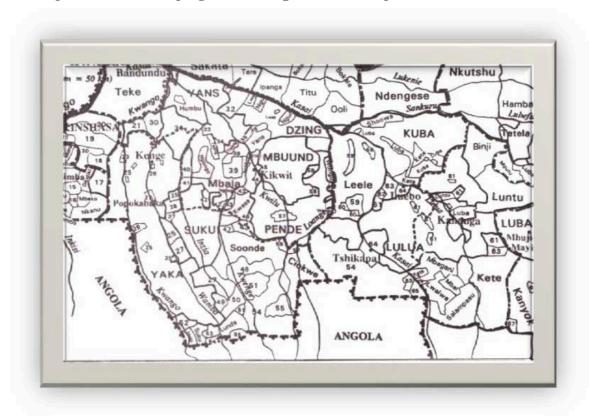


Figure 17: Cartographie ethnique du Kwango-Kasaï

Source: Mbokasika (2011)

Les Kuba, occupent parmi d'autres ethnies (Yaka, Suku, Yans, Lulua, etc.) un espace particulièrement vaste. Les Bakwa Luntu sont voisins de Luba Mbujimayi.

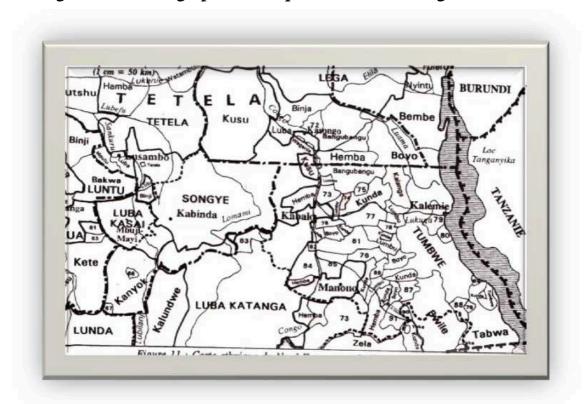


Figure 18: Cartographie ethnique du Nord-Katanga

Source : Mbokasika (2011)

Les Luba Katanga représentent le groupe le plus important au Katanga et les Hemba célèbres pour la qualité de leur sculpture se trouvent dans la partie orientale.

Sanga Lubunbashi

ANGOLA

Kamina

Zela

Luc

Moero

Nwenah

Sanga

Luc

Moero

Numah

Sanga

Luc

Moero

Luc

Moero

Nomah

Luc

Moero

Numah

Sanga

Luc

Moero

Numah

Sanga

Luc

Moero

Numah

Sanga

Luc

Moero

ANGOLA

ZAMBIE

Figure 19: Cartographie ethnique du Sud-Katanga

Source: Mbokamosika (2011)

III.4. Méthodes et instruments de collecte des données

Notre étude est de nature mixte et pour identifier les déterminants des comportements sexuels à risque des adolescents Mongo, Ngbaka, Hemba, Balubakat, Bena demba (Bakuba) et Bakua luntu, nous avons utilisé deux instruments à savoir : un guide d'entretien semi-directif avec les adolescents pour la partie qualitative, et un questionnaire d'enquête pour la partie quantitative.

III.4.I. Volet qualitatif

Nous avons réalisé une étude qualitative avec des entretiens individuels semi-directifs à l'aide d'un guide d'entretien.

Un pré-test du guide était fait auprès de quatre adolescents par ville pour évaluer sa compréhension. Cet exercice nous a permis de revoir la formulation des certaines questions par rapport au niveau de compréhension des adolescents.

En moyenne, l'équipe conduisait trois entretiens d'une durée de 35 à 45 minutes par jour. A la fin de chaque journée, elle se réunissait pour faire l'évaluation afin de planifier la collecte des données du jour suivant.

Nos entretiens avec les adolescents ont portés sur quatre thèmes ont orientés les entretiens :

✓ Premier thème : Comportements sexuels à risque

A propos des comportements sexuels à risque trois sous-thèmes ont orienté nos entretiens avec les adolescents. Le premier sous-thème a porté sur les déterminants de la précocité des rapports sexuels, le deuxième sur les facteurs explicatifs du multipartenariat sexuel des adolescents et le troisième sur les déterminants de leur non-utilisation des préservatifs.

✓ Deuxième thème : Connaissance des risques de santé encourus par la non protection des rapports sexuels

Ce thème a porté sur la connaissance qu'ont les adolescents des risques de santé auxquels ils s'exposent.

✓ Troisième thème : Raisons de l'abstinence sexuelle des adolescents

Ce thème a porté sur les raisons pour lesquelles certains adolescents n'ont pas encore eu des relations sexuelles jusqu'au moment des entretiens.

✓ Quatrième thème : Méthodes envisagées par les adolescents pour leur sensibilisation

Ce thème a porté à recueillir auprès des adolescents, des méthodes de prévention qu'ils estiment pertinents pour leur sensibilisation à l'adoption des comportements sexuels responsable.

III.4.2. Volet quantitatif

Sur le plan quantitatif, nous avons utilisé le questionnaire de John Clecland. Ce questionnaire est validé au niveau international et communautaire. Conçu pour étudier des populations d'adolescents et des jeunes, c'est un outil d'évaluation des besoins et des problèmes des jeunes dont l'utilisation est essentielle avant toute intervention ou action de sensibilisation.

Ce questionnaire de quinze pages comprend huit modules à savoir :

- ✓ les renseignements individuels de l'enquêté,
- ✓ les renseignements familiaux, survie et résidence des parents, discussion en famille et contrôle parental de l'enquêté,
- ✓ les renseignements sur la vie sociale, les mœurs sexuelles et valeurs ethniques de l'enquêté,
- ✓ les caractéristiques et conditions de vie du ménage,
- ✓ l'exposition au cours d'éducation sexuelle à l'école, ailleurs et aux médias ainsi que la principale source d'information sur les IST/VIH/SIDA,
- ✓ la relation hétérosexuelle et homosexuelle, renseignements sur le partenaire sexuelle, première expérience sexuelle, le multipartenariat sexuel, perception de sa vulnérabilité face au VIH/SIDA et la gravité de la maladie,
- ✓ connaissances du VIH/SIDA, des autres IST, de mode de transmission et de méthodes de protection,
- ✓ la fréquentation des services de santé sexuelle et reproductive.

Il a été traduit du français au lingala, ciluba et swahili puis du lingala, ciluba et swahili au français dans la seule raison de vérifier de la cohérence dans la traduction afin de permettre aux enquêteurs de mieux expliquer aux adolescents l'exactitude des messages de l'enquête dans la langue locale la plus parlée et dans laquelle l'enquêté se sentait à l'aise pour répondre. La langue de l'enquête était le français, le lingala, le ciluba ou le swahili.

Dans chaque ville, cinq enquêteurs étaient formés dans le remplissage des fiches d'enquête et la passation des différents instruments de collecte d'information pendant quatre jours. L'enquête proprement dite était réalisée après une pré-enquête auprès de vingt adolescents dans chaque ville. Le but de la pré-enquête était d'adapter les instruments de collecte des données aux réalités du terrain afin de les réajuster en fonction du niveau de compréhension des adolescents.

III.5. Echantillonnage

Dans le point suivant, nous allons présenter l'échantillonage de notre étude en deux volets : le premier qualitatif et le second quantitatif.

III.5.I. Volet qualitatif

Nous avons envisagé de réaliser 36 entretiens adolescents à raison de 12 par ville. Nous nous sommes arrêtés à 30 entretiens à cause des redits. Comme le soulignait (Glaser et Strauss, 1967 cités par Pires, 1997, p.66), en recherche qualitative les entretiens doivent s'arrêter si les données n'amènent aucune information supplémentaire et de là une saturation.

Tableau 3 : Répartition de l'échantillon selon le site, le sexe et l'âge

Age	Mbandaka Filles	Garçons	Lubumbashi Filles	Garçons	Kinshasa Filles	Garçons	Total/ âge
I4 ans	-	-	I	-	-	-	I
I5 ans	I	-	-	-	I	-	2
I6 ans	-	-	-	I	-	-	I
I7 ans	-	-	2	I	I	2	6
I8 ans	I	-	-	3	2	I	7
I9 ans	I	2	I	3	4	2	13
Total	3	2	4	8	8	5	30
/sexe							
Total/sit	5		12		1	3	30

L'échantillon est constitué d'une personne de 14 ans, deux personnes de 15 ans, une de 16 ans, six personnes de 17 ans, sept personnes de 18 ans et treize personnes de 19 ans.

Par ailleurs, il ya autant de filles que des garçons (50% de l'échantillon).

Dans le site de provenance, nous avons ciblé les quartiers dans lesquels nous pourrions rencontré les adolescents des ethnies sélectionnées dans notre échantillon et aussi les quartiers mouvementés et fréquentés à cause des débits de boisson, boites de nuit, maisons closes et autres et par convenance nous avons recrutés les enquêtés.

Les quartiers suivants ont été retenus dans chacun de site, à l'exception de la commune de la N'sele à Kinshasa, où nous avons procédé par boule de neige pour identifier les adolescents Bena demba (Bakuba) et Bakua luntu.

Tableau 4 : Quartiers sélectionnés pour l'enquête par ville

Villes	Quartiers
	■ Maman Balako
	■ Bongondjo
Mbandaka	■ Boyera
	■ Wendi secli
	■ Bukama
	■ Kitumaini
Lubumbashi	Lualaba
	Matoleo
	 Njanja
	■ Badara
	■ Bibua
	■ G.B
	■ Ipn
Kinshasa	■ Kingabwa
	■ Pakadjuma
	■ Pigeon
	■ Terre jaune

a) Présentation des cartographies des sites de recrutement des adolescents

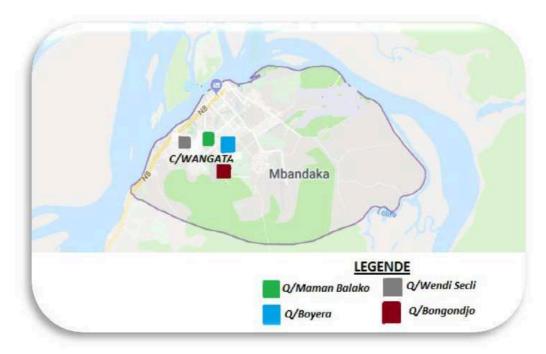
Figure 20 : Cartographie des sites de provenance des adolescents de la ville de Kinshasa



Figure 2I : Cartographie des sites de provenance des adolescents de la ville de Lubumbashi



Figure 22 : Cartographie des sites de provenance des adolescents dans la ville de Mbandaka



b) Présentation en images des quelques sites de recrutement des adolescents



Image 6 : Rencontres des adolescents dans un site de provenance de la commune de Kamalondo/Lubumbashi

Kamalondo qui est une commune réputée pour la vente des bières, des michopos « affaires intérieures des chèvres » ainsi des brochettes (viande de chèvre ou de mouton rôtie), cette commune est le fief et le temple où tout admirateur des multiples saveurs des bières doit se rendre pas une fois mais plusieurs fois pendant les mois. Dans ce lieu, les rencontres des jeunes s'accompagnent de bière et de cette consommation s'en suit le rabais du sexe (Kankeba et al. (2016).

Pour être fructifiant les rencontres avec les adolescents se sont faites dans certains débit de boissons.



Image 7 : Site de provenance des adolescents dans la commune de Katuba/Lubumbashi



Image 8: Site de provenance/Ecole Mwuine Ntanda/Katuba / Lubumbashi

III.5.2. Volet quantitatif

Dans notre étude, les enquêtés ont été choisis en utilisant un échantillonnage non probabiliste, de convenance. Deux raisons ont motivé ce choix. La première est liée aux contraintes la liste exhaustive des adolescents âgés de I3 à I9 ans dans les ethnies et les villes sous étude, nous avons interrogé que les sujets consentants et disponibles.

La deuxième raison est liée au caractère très sensible de notre sujet, l'aspect tabou qui tourne autour des questions « du sexe », d'où, pour obtenir les réponses et un taux élevé des participants, nous ne pouvons que recourir à la méthode d'échantillonnage non probabiliste, par convenance par le fait que la participation à l'étude était volontaire.

Tableau 5 : Taux de participation des adolescents à l'enquête

Lieu de l'enquête	N	%
Mbandaka	240	20,02%
Lubumbashi	306	25,52%
Capitale	653	54,46%
Total	1199	100,00
Nombre des questionnaires	1200	
Nombre de protocoles	1199	
Taux de protocoles validés		99,9%

III.6. Critères d'inclusion ou d'éligibilité

Les critères d'inclusion des sujets dans l'enquête sont :

- Appartenir aux ethnies ciblées. Vivre dans les villes ciblées, être âgé 13 à 19 ans l'enquête.
- Accepter de répondre volontiers aux questions au moment de l'enquête.

III.7. Conditions éthiques

Le protocole de recherche a été examiné par la commission d'éthique du département de Médecine de famille de l'Université Protestante au Congo (UPC), qui nous a délivré une attestation d'éthique CEUPC0028.

Par ailleurs, pour respecter les conditions éthiques une lettre de consentement éclairé était proposée aux adolescents. Elle était lue et son acceptation était matérialisée par un accord signé en guise de condition de participation à l'enquête. Dans la même optique, une autorisation des parents ou du responsable de l'école, de l'église, des centres des jeunes en collaboration avec les parents ou le tuteur était sollicitée pour les enquêtés de moins de 18 ans.

Enfin, la confidentialité des réponses des enquêtés était garantie par l'utilisation d'un questionnaire anonyme.

III.8. Définitions et opérationnalisation des variables du volet quantitatif, signes attendus et cadre analytique de l'étude

Dans ce point, nous présentons les variables opérationnelles des différents concepts qui s'avèrent explicatives des comportements sexuels à risque des adolescents. Nous commençons par définir en premier lieu les différentes variables de l'étude. En second lieu présenter les signes attendus, le signe positif auquel nous nous attendons d'une variable signifie que cette variable augmente la probabilité pour un adolescent d'avoir un comportement sexuel à risque et le signe négatif signifie l'inverse, pour dire la variable réduit la probabilité pour un adolescent d'adopter un comportement sexuel à risque. Enfin, en troisième lieu, nous présentons le cadre analytique de l'étude.

III.8.1. Définition des variables

Nous avons des variables dépendantes, des variables indépendantes et des variables modératrices.

III.8.I.I. Variables dépendantes

L'étude que nous présentons cherche à identifier les facteurs explicatifs des comportements sexuels à risque des adolescents Mongo, Ngbaka, Hemba, Balubakat, Bena demba (Bakuba) et Bakua luntu vivant à Mbandaka, Lubumbashi et Kinshasa.

Pour ce faire, trois variables dépendantes ont été retenues pour désigner les comportements sexuels à risque comme l'ensemble des actes sexuels susceptibles de soumettre l'individu au risque de contracter les IST/ VIH/SIDA, (Kalambayi, 2007; ONUSIDA, 2011). Il s'agit de la précocité des rapports sexuels, du multipartenariat sexuel au cours de douze derniers mois précédant l'enquête et de la non-utilisation du préservatif aux derniers rapports sexuels.

La précocité des rapports sexuels (Precosex) est l'âge au premier rapport sexuel, étant donné que le législateur Congolais n'a pas fixé l'âge du début des rapports sexuels, comme c'est le cas de l'âge légal au mariage fixé à 18 ans pour les garçons et les filles, « Code de la famille modifié par l'article de la loi n°16/008 du 15 juillet 2016 modifiant et completant la loi n°87-010 du 1 er août portant code de la famille, paragraphe 2, de la capacité de contracter mariage : l'homme et la femme avant dix-huit ans révolus ne peuvent contracter mariage ».

Partant de cela comme Rwenge (2010), nous pouvons comprendre que I8 ans est considéré comme marqueur social de l'âge à partir duquel les enfants peuvent avoir des rapports sexuels. Ainsi, nous qualifions de précoce, tout premier rapport sexuel eu avant l'âge de I8 ans et de non précoce, à partir de I8 ans et audelà.

- Le multipartenariat sexuel (**Multisex**) renvoie au nombre de partenaires sexuels au cours de I2 derniers mois précédant l'enquête.
- La non-utilisation du préservatif aux derniers rapports sexuels (**Nupredrapsex**), signifie que l'adolescent n'a pas protégé son dernier rapport sexuel.

III.8.I.2. Variables indépendantes

Les principales variables indépendantes de cette étude sont : les facteurs socioculturels, socioéconomiques, institutionnels, individuels et psychologiques.

III.8.I.2.I. Les variables opérationnelles des facteurs socioculturels

Les facteurs socioculturels sont : l'ethnie, le milieu de résidence, la province de résidence, le contrôle parental, la communication parent-enfant sur la sexualité, la cohabitation avec le père ou la mère, le tuteur.

L'ethnie: définie comme le lieu de reproduction des modèles socioculturels auxquels s'identifient les individus (Evina, 2007).

Cette variable a une influence sur les comportements des individus, par exemple la non-utilisation du préservatif pendant les rapports sexuels. Dans cette étude nous cherchons, comme Rwenge (2000) à vérifier son influence sur les comportements sexuels à risque des adolescents. La variable ethnie dans notre étude comprend six modalités : Les Mongo (mo), les Ngbaka (ng), les Hemba (hb), les Balubakat (bk), les Bena demba (bd) et les Bakua luntu (bk).

- Le milieu de résidence (Mileres): C'est le lieu de résidence de l'adolescent au moment de l'enquête. Cette variable a deux modalités: Province et Capitale.
- La province de résidence (**Provires**): C'est l'entité territoriale dans laquelle vit l'adolescent au moment de l'enquête. La variable province de résidence a trois modalités: Equateur au travers de la ville de Mbandaka, Haut-Katanga au travers de la ville de Lubumbashi et Kinshasa au travers de la ville de Kinshasa.
- Le contrôle parental (Contropar): Il fait référence à la connaissance ou mis au courant des sorties de l'adolescent (Consfreqpar) et à la connaissance de ses amis par ses parents (Conamipar). Cette variable a deux modalités: La connaissance des différentes sorties de l'adolescent en dehors de l'école par les parents et leur connaissance des amis de ce dernier.
- La communication parent-adolescent sur la sexualité (Communicsexpar): c'est le fait que l'adolescent échange avec ses parents/ tuteurs sur tous les problèmes liés à sa sexualité, ses relations amoureuses, bref, partage son intimité avec ces derniers (Avparsexper ou Avparsexmer).

- Cette variable a trois modalités : Souvent, occasionnellement et jamais.
- La cohabitation avec le père/mère (Surpertoit ou Surmertoit): C'est le fait que l'adolescent vit sous un même toit avec ses parents. Cette variable a deux modalités: Oui et Non.
- Le tuteur (**Tut**): C'est la personne qui prend en charge l'adolescent. La variable tuteur a huit modalités: père, mère, oncle, tante, grande sœur, grand-frère, grandsparents et connaissances.

III.8.I.2.2. Variables opérationnelles des facteurs socioéconomiques

Ces variables sont au nombre de deux : le niveau de vie du ménage et l'occupation du tuteur

- Le niveau de vie du ménage (Indivie): Cette variable implique les conditions économiques, c'est-à-dire, le milieu de vie de l'adolescent et la qualité de vie du ménage. Elle a été construite à partir des biens que les ménages possèdent et les caractéristiques de l'habitat et permet de mesurer l'influence du niveau de vie des ménages sur les comportements sexuels à risque des adolescents. La construction de l'indice du niveau de vie a permis de classifier les adolescents en cinq modalités: Les plus riches, les riches, les moyens, les pauvres et les plus pauvres.
- L'occupation du tuteur (**Occuptut**): Il s'agit du travail ou métier du tuteur. Cette variable a onze modalités : enseignant, médecin, policier, chauffeur de moto, chauffeur de vélo, pasteur, journaliste, agent du parquet, agent des douanes et commerçant.

III.8.I.2.3. Variables opérationnelles des facteurs institutionnels

Il s'agit de l'exposition aux cours d'éducation sexuelle institutionnelle, aux médias et la fréquentation des centres de santé sexuelle et reproductive.

- L'exposition aux cours d'éducation sexuelle institutionnelle (edsexecol) renvoi au suivi par l'adolescent des cours d'éducation sexuelle dispensés à l'école. Cette variable a trois modalités : Oui, Non et jamais allé à l'école.
- L'exposition aux médias (expmed) renvoie aux facilités qu'a l'adolescent à s'informer sur le Sida. Pour cerner cette exposition, nous avons voulu savoir si l'adolescent suivait la télévision ou la radio, lisait un journal au moins une fois par semaine. Chaque variable d'exposition : télévision, radio ou journal, a quatre modalités : pas du tout, moins d'une fois par semaine, plus d'une fois par semaine et chaque jour.
- La fréquentation des centres de santé sexuelle et reproductive (**freqssr**) renvoie à la facilité de l'adolescent de fréquenter les centres de santé sexuelle et de la reproduction (SSR) pour conseils et sollicitation des services en matière de santé sexuelle et de la reproduction. Cette variable a deux modalités : Oui et Non.

III.8.I.2.4. Variables opérationnelles des facteurs individuels et psychologiques

Ce sont le sexe, la consommation d'alccol, le nombre de fois de consommation d'alcool le mois dernier, la fréquentation des boîtes de nuit, le nombre de fréquentations des boîtes de nuit, la perception de sa vulnérabilité, la perception de la gravité de la maladie, la connaissance du VIH/SIDA et la pression des pairs.

- Le sexe : le sexe de l'adolescent pour savoir si l'adolescent est du sexe masculin ou féminin. La variable sexe a deux modalités : Garçon et fille.
- La consommation d'alcool (csmalc) et cigarettes (csmcig): renvoie au fait que l'adolescent consomme des substances toxiques. Cette variable a deux modalités: Oui et Non.
- Le nombre de fois de consommation de l'alcool le mois dernier (nbrefoicsm-r) fait référence à la fréquence des consommations par les adolescents le mois précédant l'enquête. Cette variable a quatre modalités : une fois, plusieurs fois, je ne me souviens pas, je n'ai pas bu le mois dernier.
- La fréquentation des boîtes de nuit (freqboitnuit):
 C'est le fait que l'adolescent fréquente des lieux de perversité. La variable fréquentation des boîtes de nuit a deux modalités : Oui et Non.
- Nombre de fréquentations des boîtes de nuit (nbrefreq): C'est le nombre de fois des fréquentations des boîtes de nuit par l'adolescent. Cette variable a trois modalités: une fois, plusieurs fois et jamais.
- La perception de sa propre vulnérabilité (Percepvuln): C'est le fait que l'adolescent pense courir un risque de contamination des IST/VIH/SIDA. Cette variable a quatre modalités: pas du tout d'accord, pas d'accord, d'accord et tout à fait d'accord.
- La perception de la gravité de la maladie (Percepgravmal): C'est le fait que l'adolescent perçoit la gravité de la maladie. La variable perception de la gravité de la maladie a deux modalités: Oui et Non
- La connaissance du VIH/SIDA (Entparistsida): C'est le fait que l'adolescent ait déjà entendu parler du

- VIH/SIDA. Cette variable a deux modalités : Oui et Non.
- La pression des pairs (Prespair): C'est le fait d'être poussé par les amis à contracter les rapports sexuels. La variable pression des pairs a deux modalités: Oui et Non.

III.8.I.3. Variables opérationnelles des facteurs modérateurs

Il s'agit de l''âge, du niveau d'instruction et de la religion.

- L'age: C'est l'âge de l'adolescent. La variable âge a sept modalités: 13 ans, 14 ans, 15 ans, 16 ans, 17 ans, 18 ans, 19 ans.
- Le niveau d'instruction (Nivinstr) signifie le degré de scolarisation ou le niveau d'études atteint par l'adolescent.
 Cette variable a quatre modalités : primaire, secondaire, supérieur et sans niveau.
- La religion: Est celle qui véhicule un certain nombre de normes et valeurs qui régissent la vie des fidèles sur le plan comportemental et psychique. Nous voulons vérifier la modération de cette variable sur l'adoption ou non des comportements sexuels à risque par les adolescents. Cette variable a huit modalités: chrétienne catholique, chrétienne protestante, chrétienne de réveil, musulmane, aucune, brahnamistes, témoins de Jéhovah et église des noirs.

III.8.2. Opérationnalisation des variables

Tableau 6 : Opérationnalisation des variables

Facteurs	Code items
I. Facteurs socioculturels	FSC
- Ethnie	FSC ₆ –Ethnie
- Milieu de résidence	FSC5 –Mileres
- Province de résidence	FSC5- Provires
- Contrôle parental	FSC-Contropar
a) Connaissance des amis des adolescents	FSC ₂₆ –Conamipar
par les parents	
b) Connaissance des fréquentations des	FSC28- Conafreqpar
adolescents par les parents	
- Communication parent-enfant sur la	
sexualité	FSC-Communicsexpar
a) Communication avec le père sur la	
sexualité	FSC ₂₀ – Communicsexper
b) Communication avec la mère sur la	
sexualité	FSC ₂₄ – Communicsexmer
- Cohabitation avec le père	
- Cohabitation avec la mère	FSC ₁₈ – Surpertoit
- Tuteur	FSC ₂₂ – Surmertoit
2.5	FSC ₁₅ - Tut
2. Facteurs socioéconomiques	FSE
- Niveau de vie du ménage	FSE33-44 – Indvie
- Métier du tuteur	FSE ₁₆ - Occuptut
3. Facteurs institutionnels	FI
- Suivi du cours institutionnel d'éducation	FI45 — Edsexecol
sexuelle	
- Exposition aux médias	FI50 - Expmed
- Fréquentation des centres de santé	FI100 - Freqssr
sexuelle et reproductive	LID
4. Facteurs individuels et psychologiques	FIP
- Sexe	EID C.
- Consommation d'alcool	FIP ₁ - Sexe
- Consommation cigarette	FIP ₃₀ - Csmalc
- Nombre de fois de consommation le	FIP ₃₁ - Csmcig
mois dernier	FIP ₃₀ – Nbrefoicsmoi-r
- Fréquentation des boîtes de nuit	FIP ₂₉ - Freqboitnuit
- Nombre de fois de fréquentation	FIP ₂₉ - Nbrefreq
- Perception de sa propre vulnérabilité	FIP ₇₂ — Perceprvuln
- Perception de la gravité de la maladie	FIP70 – Percepgravmal

-	Connaissance des IST/VIH/SIDA	FIP48 – Entrepaistsida
-	Pression des pairs	FIP83 – Prepair
5.	Variables modératrices	VMO
-	Age	VMO2 – Age
-	Niveau d'instruction	VMO10 – Nivinstrui
-	Croyances religieuses	VMO11 - Rel
6.	Variables dépendantes	VD
-	Précocité des rapports sexuels	VD62 – Precosex
-	Multipartenariat sexuel	VD66 – Multisex
-	Non-utilisation du préservatif au dernier	VD97 - Nupredrapsex
	rapport sexuel	·

III.8.3. Variables quantitatives et signes attendus

Dans ce point, nous allons présentés les variables quantitatives ainsi que les signes attendus.

Tableau 7: Variables et signes attendus des facteurs socioculturels

Hypothèses	Variables	Mesures	Signes
			attendus
H _I	Ethnie (X_I)	I= Mo	,
		2=Ng	+/-
		3=Hb	
		4=Lk	
		5= Bk	
		6=B1	
H ₂	Mileres (X2)	Isi l'ado	
		habite la	+/-
		Capitale et 0	
		S'il habite la	
		La province	
H ₃	Provires (X3)	I si l'ado habite Mdk,	
		2 s'il habite L'Shi et 3	+/-
		s'il habite Kin	,
H ₄	Contropar (X4)	I si Consfreq et 0 si	
		non	-
		I Conamipar et 0	
		si non	
H ₅	Communicsexpr	I si oui et 0 si non	-
	(X_5)		
H ₆	Surpertoit (X6)	I si oui et 0 si non	-
H ₇	Surmertoit (X7)	I si oui et 0 si non	-
H ₈	Tut (X8)	I si père, 2 si mère, 3	
	·	si oncle, 4 si tante, 5	+/-
		si gde-sœur, 6 si gd-	
		frère, 7 si gds-parents	
		et 8 si connaissances	

Du tableau ci-haut, nous nous attendons comme nous le démontre la littérature à ce que les mœurs sexuelles varient selon l'ethnie, pour ce faire, nous nous attendons à ce que les adolescents appartenant aux ethnies aux mœurs sexuelles permisses entrent tôt dans la vie sexuelle, recourent plus au multipartenariat sexuel et n'utilisent pas systématiquement le préservatif que leurs collègues des ethnies aux mœurs rigides. Cette hypothèse est soutenue par Rwenge Beninguissé (2007), Delauny, 2005; Guillaume, (2004) et Rwenge (2000) et traduit le signe positif/négatif.

Pour ce qui est de la province de résidence (milieu de résidence), nous nous attendons à un effet positif ou négatif par le fait que les comportements sexuels des adolescents varient selon que l'adolescent vit en province ou dans la capitale, en milieu urbain ou en milieu rural. En effet, dans la capitale ou milieu urbain l'adolescent est en contact avec plusieurs cultures et, par conséquent, adopter des comportements sexuels plus destructeurs. Alors qu'en province l'adolescent est renfermé sur lui-même et, peut par conséquent, adopter des comportements sexuels à moindre risque.

L'ouverture aux valeurs modernes à travers la scolarisation, la migration de travail sont les facteurs par lesquels l'urbanisation peut influencer les comportements sexuels des jeunes garçons comme le souligne Kuaté-Défo (1998). D'ailleurs Rwenge (2013) avait trouvé cette différence des comportements sexuels selon que l'adolescent vit dans le milieu rural ou le milieu urbain.

En ce qui concerne le contrôle parental, nous nous attendons à ce qu'il réduise chez les adolescents, le risque d'entrer en vie sexuelle précoce comme l'affirme le résultat de Gueilla (2012) et Yode et Legrand (2008). Car, les parents sont des facilitateurs et des inhibiteurs des comportements de leurs enfants en réduisant la probabilité d'avoir plusieurs partenaires sexuels, M.S.R.B, (2010); Chelin et Riley cités par Camara

(2017) et celle de ne pas recourir au préservatif Gueilla (2012). Elle se traduit par le signe négatif.

Pour la communication parent-enfant sur la sexualité, nous nous attendons, comme Gueilla (2012); Yode et Legrand (2008); Dittus et al.(1999); Dilorio et al.(1999) cités par Rwenge (2012) que la mise à la disposition des adolescents d'informations de nature sexuelle provenant des parents ou tuteurs réduise l'adoption des comportements sexuels à risque chez ces derniers et leur permet aussi de s'informer sur les moyens de prévention des IST/VIH/SIDA. Ceci se traduit le signe négatif.

Pour ce qui est de la cohabitation des adolescents avec leurs parents, nous nous attendons à ce qu'elle réduise la probabilité d'acquerir par ces adolescents, des comportements sexuels à risque.

Cette thèse est partagée par (Rwenge, 2013 ; 2010 ; Bozon, 2008). Elle se traduit le signe négatif.

En ce qui concerne le tuteur de l'adolescent, nous nous attendons à un signe positif ou négatif. En d'autres termes, il peut ne pas y avoir augmentation de sa probabilité parcequ'il ya changement de figure parentale, d'acquerir des comportements sexuels à risque par les adolescents (Rwenge, 2010).

Tableau 8: Variables et signes attendus des facteurs socioéconomiques

Hypothèses	Variables	Mesures	Signes attendus
Н	Indvie (X9)	I si l'ado est du niveau de vie très pauvre, 2 s'il est du niveau de vie pauvre, 3 s'il est du niveau de vie moyen, 4 s'il est du niveau de vie riche et 5 s'il est du niveau très riche	+
H10	Occuptut (X10)	I si le tuteur est enseignant, 2 s'il est médecin, 3 s'il est policier, 4 s'il est chauffeur moto, 5 s'il est chauffeur moto, 6 s'il est pasteur, 7 s'il est journaliste, 8 s'il est agent de parquet, 9 s'il est agent des douanes, I0 s'il est agent de l'Etat civil et II s'il est commerçant	+

Pour ce qui est du niveau de vie du ménage, nous nous attendons, comme Rwenge (2000), Powers (2004) et Talnan et al. (2004) à ce que les adolescents qui vivent dans des conditions économiques difficiles adoptent des comportements sexuels à risque que leurs collègues vivant dans les conditions modestes. Ceci se traduit le signe positif.

En ce qui concerne l'emploi du tuteur, nous nous attendons, comme Rich-Bin, (2002), Magnani et al., 2002 cités

par Rwenge (2010) et Kolembi (2005), à ce qu'il soit positivement associé aux comportements sexuels à risque des adolescents. Ceci qui traduit le signe positif.

Tableau 9: Variables et signes attendus des facteurs institutionnels

Hypothèses	Variables	Mesures	Signes attendus
Нп	Edsexecol (X11)	I= Oui	-
		2= Non	
		3= Jamais allé à	
		l'école	
H ₁₂	Expmed (X12)	I= Pas du tout	-
		2= Moins d'une	
		fois/semaine	
		3= Plus d'une	
		fois/semaine	
		4= Chaque jour	
H ₁₃	Freqssr (X13)	I= Oui 2= Non	-

Nous nous attendons aussi, comme Rwenge (2012; 1999), à ce que les adolescents exposés aux cours d'éducation sexuelle institutionnelle (qui est une variable non testée dans les travaux mais plus utilisée comme recommandation), aux médias et fréquentant les centres de santé sexuelle et de la reproduction développent moins des comportements sexuels à risque, ce qui traduit le signe. Ceci se traduit par le signe négatif.

Tableau 10: Variables et signes attendus des facteurs individuels et psychologiques

Hypothèses	Variables	Mesures	Signes
7.			attendus
H ₁₄	Sexe/M (X14)	I=Garçon et 0	-
		fille	
H ₁₅	Csmalc (X15)	I= Oui et 0 non	+
H ₁₆	Csmcig (X16)	I= Oui et 0 non	+
H ₁₇	Nbrefoicsmoi-	I= Une fois	+
	r(X17)	2= Plusieurs	
		fois	
		3= Je ne me	
		souviens pas	
		4= Je n'ai pas bu	
		le mois dernier	
H ₁₈	Freqboitnuit (X19)	I= Oui et 0 non	+
H19	Nbrefreq (X_{20})	I= Une fois	+
		2= Plusieurs	
		fois	
		3= Jamais	
H ₂₀	Perceprvuln (X20)	I= Pas du tout	-
		2= Pas d'accord	
		3= D'accord	
		4= Tout à fait	
		d'accord	
H ₂₁	Percpgravmal (X ₂₁)	I= Oui et 0	_
		non	
H ₂₂	Entrepaistsida (X22)	I= Oui et 0	_
		non	
H ₂₃	Prespair (X23)	I= Oui et 0	-
		non	

Pour ce qui est du sexe (masculin), nous nous attendons à ce que les garçons développent moins des comportements sexuels à risque que les filles qui de par leur dépendance liée au genre et leur utilisation du sexe comme bien marchand pour leur survie recourent plus à ces comportements sexuels à risque comme l'a confirmé le rapport final sur les déterminants socioculturels et communautaires des grossesses non désirées et des avortements des

filles à Kinshasa. Cette thèse est soutenue par Medecins du monde (2015).

Nous nous attendons également à ce que la consommation de l'alcool, des cigarettes et la fréquentation des boîtes de nuit augmente la probabilité, chez les adolescents, d'acquerir des comportements sexuels à risque, comme l'ont decouvert Bellis *et al.* (2009), Gilles Lambert (2015), Choumenou, Bonkoungou, (2014), Fouquet (2011), Grenon et Chartrain (2009), Yode et Legrand (2008).

Nous nous attendons aussi à ce que la fréquence de la consommation d'alcool, de cigarettes et de fréquentation des boîtes de nuit augmente l'adoption des comportements sexuels à risque par les adolescents. C'est la signification du signepositif. Cette hypothèse est confirmée par les études de Bellis, Morleo *et al.* (2009).

La perception de sa vulnérabilité et de la gravité de la maladie réduisent chez les adolescents, la probabilité de développer des comportements sexuels à risque. Tel est le résultat auquel nous nous attendons, résultat déjà trouvé par Rwenge (2010). C'est la signification du signe négatif.

La connaissance des IST/VIH/SIDA réduit l'adoption des comportements sexuels à risque chez les adolescents. Telle est notre hypothèse, elle est symbolisée par le signe négatif, et s'inscrit dans la logique de Social Marketing for Adolescent sexual Health (2000).

En ce qui est de la pression des pairs, le signe positif attendu, renseigne que plus la pression exercée sur l'adolescent est grande, plus ce dernier adopte des comportements sexuels à risque. Cette hypothèse a été vérifiée par Tshala (2010) et par Yode et Legrand (2008).

Tableau II: Variables et signes attendus des variables modératrices

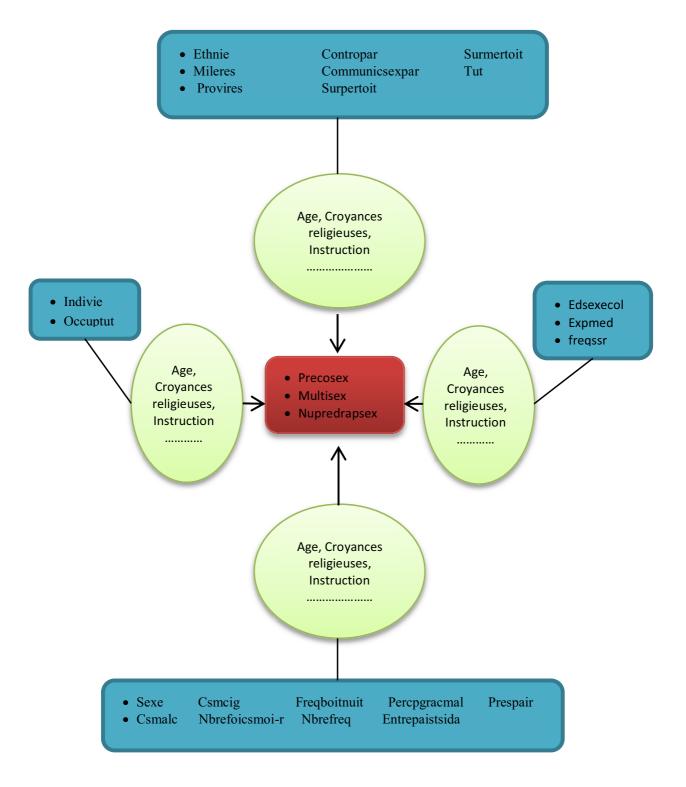
Hypothèses	Variables	Mesures	Signes attendus
H ₂₄	Age (X24)	I= 13 ans	-
		2= I4 ans	
		3= 15 ans	
		4= 16 ans	
		5= 17 ans	
		6= 18 ans	
		7= 19 ans	
H ₂₅	Nivinstrui (X25)	I= Primaire	-/+
		2= Secondaire	
		3= Supérieur	
		4= Sans niveau	
H ₂₆	Croyances	I= Chret.Cath	-
	religieuses (X26)	2= Chret.Protest	
		3= Chret.Réveil	
		4= Musulm	
		5= Aucune	
		6= Brahnamiste	
		7= Témoins de	
		Jéhovah	
		8= Eglise des noirs	

Au niveau des facteurs modérateurs, nous nous attendons à ce que l'âge réduise la probabilité de développer des comportements sexuels à risque. Autrement dit, plus l'âge de l'adolescent augmente, plus ce dernier s'aperçoit de sa vulnérabilité et adopte des comportements sexuels responsables. C'est la signification du signe négatif. Ceci soutient les conclusions des travaux de Rwenge (2013).

Nous nous attendons aussi à ce que le rehaussement du niveau d'instruction des adolescents diminue chez eux le risque d'avoir des comportements sexuels à risque. C'est la signification du signe négatif. Au cas contraire, les adolescents sans niveau d'instruction adoptent plus des comportements sexuels à risque que ceux qui ont un niveau d'instruction élèvé. C'est ce signe positif, comme l'ont prouvé Rwenge (2012; 2010), Gueilla, (2012) et Lloyd, (2010).

En ce qui concerne la religion, nous soutenons que, l'adolescent adepte d'une religion conventionnelle, encourt moins le risque de développer des comportements sexuels à risque que celui qui ne l'est pas. Cette hypothèse a déjà été défendue par Blanchon, (2015), Castra, (2013) et Gueilla, (2012). Son signe est négatif.

Figure 23 : Schéma d'analyse



III.8.4. Déroulement de l'étude

Avant de réaliser cette étude au niveau des écoles, des églises et des centres pour jeunes, nous avons pris contact avec les directeurs des établissements scolaires, les responsables des églises et des centres pour jeunes dans nos différents lieux d'enquête. L'enjeu était l'obtention de l'accord de ces différentes autorités.

En pratique, notre enquête s'est déroulée en six étapes :

- Le recensement des adolescents selon les critères d'âge et d'ethnie : Ce recensement est effectué par les enseignants titulaires de classes, les responsables des jeunes dans les églises et centres des jeunes.
- L'établissement des listes des adolescents recensés et celles des parents des adolescents de moins de 18 ans afin de leur solliciter l'autorisation d'integrer leurs enfants dans l'enquête;
- La prise de rendez-vous avec les différents responsables afin de leur présenter et expliquer notre questionnaire et mettre en place de la stratégie de contact avec les adolescents.
- La prise de rendez-vous avec les adolescents afin de leur présenter et expliquer notre questionnaire et de les mettre en confiance en insistant sur l'anonymat et la confidentialité.
- La sollicitation du consentement éclairé des adolescents et la remise à ces derniers questionnaires par les enquêteurs.
- Le remplissage proprement dit des questionnaires deux jours après le contact avec les adolescents en présence des enquêteurs et du superviseur de terrain. C'était un remplissage assisté.

Nous tenons à signaler que certains adolescents approchés avaient finalement refusé de prendre part à l'étude, malgré leur libre adhésion et la garantie de l'anonymat de leurs réponses. En effet, les filles se sont plus retractés.

Ce remplissage du questionnaire était précedé des entretiens individuels de 35 à 45 minutes pour le volet qualitatif et d'une heure pour le volet quantitatif. Au total 30 entretiens individuels avec les adolescents le volet qualitatif et II99 questionnaires remplis pour le volet quantitatif.

III.8.5. Types d'analyse des données

Concernant l'analyse des données qualitatives, nous avons commencé par regroupé les entretiens par thèmes et puis une analyse du contenu nous a permis de retranscrire les propos issus des entretiens qui étaient aussi enregistrés pour éviter les erreurs d'interprétation et faire par ce fait, l'analyse des informations recueillies.

Pour le traitement et l'analyse des données recueillies, nous avons fait recours à l'analyse du contenu qui est la méthode la plus rependue en analyse qualitative.

L'analyse du contenu est définie comme un ensemble d'instruments méthodologiques de plus en plus raffinés et en constance amélioration s'appliquant à des « discours » extrêmement diversifiés et fondés sur la déduction ainsi que l'inférence. Il s'agit d'un effort d'interprétation qui se balance entre deux pôles, d'une part, la rigueur de l'objectivité, et, d'autre part, la fécondité de la subjectivité (Bardin, 1977 cité par Wanlin, 2007).

Cette méthode nous a permis de retranscrire les données récoltées lors des entretiens, de les codifier, de constituer une grille d'analyse et enfin de les interpréter.

I) La retranscription des données

Pour cette première étape, nous avons commencé par écouter et réécouter les enregistrements des entretiens et aussi lire et relire leurs manuscrits afin de lister les informations recueillies en les mettant sous forme de texte (verbatim) représentant les données brutes de l'enquête.

Ensuite, nous avons fait la retranscription manuellement et noté mot à mot tout ce qu'ont dit les interviewés sans dénaturer leurs paroles, sans les interpréter et sans abréviations. Nous n'avons pas retranscrit les discours hors sujet et les paroles d'amusement.

La retranscription a été une tâche longue et surtout fastidieuse, il nous a fallu prendre plus d'une heure pour la saisie par ordinateur sur Word des mots de chaque entretien effectué.

2) Le codage des informations

Après la retranscription, nous avons effectué une analyse thématique pour regrouper les réponses des sujets et les classer par items.

3) La construction de la grille d'analyse

La construction de la grille d'analyse sur Excel, laquelle grille composée des catégories sur base des informations recueillies n'était pas définie au départ. Dans ce cas, on parle dans ce cas d'une approche ouverte et inductive de généralisation.

4) L'analyse des données qualitatives

Pour analyser nos données, nous avons fait deux analyses, la première a consisté à comprendre les réponses de chaque intervenant pour une variable ou question donnée (analyse horizontale). Puis, nous avons cherché à savoir les réponses de chaque intervenant pour l'ensemble des questions et des variables de la grille (analyse verticale).

Après ce travail, nous avons aussi fait une synthèse en deux phases, premièrement, nous nous sommes imprégné de savoir tous ce que les intervenants ont répondu sur une variable ou question donnée (synthèse horizontale) et deuxièmement, nous avons synthétisé ce que chaque intervenant a répondu par rapport à l'ensemble de questions et des variables de la grille.

Une analyse statistique nous a permis d'avoir une liste des variables en comptabilisant le nombre de fois où une variable est citée.

5) Interprétation des données

Pour interpréter les données recueillies, nous avons donné notre compréhension à chaque réponse issue de chaque question et nous avons enrichi nos résultats avec les propos intéressants des intervenants. Nous avons aussi répertorié toutes les variables en identifiant celles qui sont les plus ou moins citées et mis en relation certains concepts.

Sur le plan quantitatif, nous avons fait une analyse univariée et un analysé bi-varié. La première dans laquelle nous avons présenté la fréquence de chaque modalité, ensuite une analyse bi-variée au cours de laquelle nous avons ressorti l'association entre chaque caractéristique de l'adolescent et les comportements sexuels sous étude.

Etant donné que nos variables dépendantes sont toutes qualitatives, nous avons fait recourt à la statistique du Khi-carré pour celles qui sont binaire (précocité des rapports sexuels et non-utilisation du préservatif) pour voir l'influence des variables socioculturelles, socioéconomique, institutionnelles, individuelles comme psychologiques sur les comportements sexuels à risque des adolescents.

Concernant la variable dépendante de plus de deux modalités ou multinomiale multipartenariat, nous avons recouru au test de Kruskal-Wallis. Par ailleurs, pour manipuler les facteurs socioéconomiques, nous avons construit un indicateur de niveau de vie (indvie) à partir des caractéristiques de l'habitat au travers du confort du logement (principal matériau de construction, la provenance d'eau consommée, types de toilette et tenu également compte des biens possédés et équipements du ménage). Nous avons utilisé, pour la construction de cet indice (indvie), l'Analyse Factorielle de Correspondance Multiple (AFCM) et avons retenu un seul facteur pour le recoder en cinq modalités permettant de catégoriser les adolescents selon qu'ils ont un niveau de vie très pauvre, pauvre, moyen, riche et très riche.

Afin d'étudier le lien entre le niveau de vie du ménage et le multipartenariat, nous avons recouru au test ANOVA étant donné que la variable niveau de vie n'est pas distribué normalement.

Pour expliquer les comportements sexuels à risque des adolescents, nous avons utilisé le modèle de régression logistique (Probit) étant donné que nos variables dépendaantes sont dichotomiques (précocité ou non des rapports sexuels et utilisation du préservatif ou non). Toutefois, le multipartenariat sexuel a necessité le recouru au modèle logit ordonné pour étudier l'évolution des comportements des adolescents avec la variation des partenaires.

Toutes ces analyses ont été faites avec le logiciel STATA 14.

III.8.6. Procédure d'estimation

Dans cette étude, la variable dépendante est la probabilité, pour un adolescent de I3-I9 ans, d'adopter ou non un comportement sexuel à risque au moment de l'enquête (probabilité de la précocité des rapports sexuels ou pas, multipartenariat sexuel ou non-utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel).

Pour la modélisation finale, une régression logistique multivariée, avec le modèle Probit comme outil a été utilisée en se fondant sur la structure du modèle psychologique multi-domaine et celui de la croyance à la santé (HBM). Notre modèle se présente comme suit :

$$Y=\beta X_i+\epsilon$$

Où:

Y= Variables dépendantes (Comportements sexuels à risque);

Xi= Variables indépendantes ou explicatives ;

 β = Coefficients :

 ε = Terme d'erreur

En terme clair:

CSR =f (β_1 ethnie + β_2 mileres+ β_3 provires+ β_4 contropar+ β_5 communicsex+ β_6 surpertoit+ β_7 surmertoit+ β_8 Tut+ β_9 indivie+ β_{10} occuptut+ β_{11} edsexecol + β_{12} expmed+ β_{13} freqssr+ β_{14} sexe+ β_{15} csmalc + β_{16} cscig+ β_{17} Nbrefoicsmoi-r+ β_{18} freqboitnuit+ β_{19} Nbrefreq++ β_{20} percepvuln+ β_{21} sidamort+ β_{22} entrepaistsida + β_{23} etpousrapsex+ β_{24} âge + β_{25} nivinstrui+ β_{26} croyances religieuses) + ϵ

III.8.7. Fiabilité et validité des résultats

La fiabilité de l'étude était renforcée par un pré-test du questionnaire après formation des enquêteurs et

sa validité en identifiant et minimisant les différents biais. Ceux-ci sont relatifs à l'échantillonnage et à l'inerview.

Biais

Biais de l'échantillonnage

L'échantillon était choisi en utilisant une méthode non probabiliste, donc de convenance.

Biais interview

Les enquêteurs ont été formés pour éviter d'interférer dans leur manière de poser les questions et surtout pour agir avec neutralité.

En guise de conclusion dans ce chapitre, nous avons présenté les matériels et méthodes utilisés dans la réalisation de notre étude. Après avoir passé en revue la méthodologie, les outils utilisés et l'échantillonnage de notre étude, nous allons au chapitre quatrième présenté les résultats de l'étude au niveau qualitative et quantitative.

CHAPITRE QUATRIEME

PRESENTATION DES RESULTATS

ous allons présenter dans ce chapitre les résultats des entretiens individuels qualitatifs et ceux de l'enquête quantitative.

Pour le volet qualitatif, une analyse du contenu est faite et pour le volet quantitatif, trois analyses sont faites : l'analyse univariée, l'analyse bi-variée ainsi que l'analyse multivariée.

IV.I. Présentation des résultats du volet qualitatif

Les résultats des entretiens qualitatifs concernent essentiellement des déterminants des comportements sexuels à risque chez les adolescents et les mesures à prendre pour y remédier.

En effet, il s'agit d'identifier les raisons pour lesquelles les adolescents adoptent des comportements sexuels à risque, d'une part, et leurs attentes en matière de protection, d'autre part.

Notre échantillon était constitué de trois filles et deux garçons à Mbandaka, de quatre filles et huit garçons à Lubumbashi et de huit filles et cinq garçons à Kinshasa.

Trente entretiens ont été réalisés lors de cette étude, cinq entretiens à Mbandaka, douze à Lubumbashi et treize à Kinshasa.

Ils ont porté sur quatre principaux thèmes: les comportements sexuels à risque avec trois sous-thèmes (précocité des rapports sexuels, multipartenariat sexuel et non-utilisation de préservatif), la connaissance du risque de santé encouru en cas de non-protection des rapports sexuels, les raisons de l'abstinence chez les adolescents et les solutions envisagés par les adolescents pour leur sensibilisation aux CSR.

I. Les déterminants des comportements sexuels à risque chez les adolescents

Trois aspects renseignent sur les comportements sexuels à risque à savoir : la précocité des rapports sexuels, le multipartenariat sexuel et la non-utilisation du préservatif (ONUSIDA, 2011).

I.I Les déterminants de la précocité des rapports sexuels

Après la retranscription de neuf premiers entretiens, ont été trouvés plusieurs déterminants de la précocité des rapports sexuels chez les adolescents à savoir : la démission parentale, la pression d'une autorité familiale, la pression des pairs et l'influence du partenaire, la recherche des moyens de subsistance, l'offre de télephones Android aux mineurs et manque de contrôle de leur contenu par les parents et la fréquence des maisons closes.

I) La démission parentale

Pour les adolescents interviewés, le comportement sexuel à risque qu'ils acquièrent est la conséquence de la démission des parents de leur rôle d'éducateurs numéro I.

De ce fait, ces adolescents estiment que les parents doivent être présents dans toutes les étapes de la vie de leurs enfants et aussi les éduquer en tout et pour tout, et en particulier sur la sexualité. Or, la sexualité étant un sujet tabou dans la culture africaine, il ne fait pas l'objet de dialogue parent-enfant sur la sexualité.

Par conséquent ce manque de communication sur la sexualité obloge les adolescents d'aller chercher des informations ailleurs.

Les principales sources d'information sont les amis et l'internet au travers des films érotiques (pornographiques) avec le risque pour les adolescents, de reproduire ce qu'ils voient et pratiquer précocement la sexualité.

Les propos de (Nathan, Lubumbashi, 16 ans) en sont l'illustration : [...] chez moi, mon papa est très méchant. D'ailleurs nous l'appelons « vieux Goliath¹⁶ ». Ma maman n'a pas

.

¹⁶ Surnom donné à un acteur nigérian à cause de sa colère envers tous, voir son épouse et ses enfants.

le temps pour nous, car elle sort tôt pour aller vendre à Njanja¹⁷. Donc mes parents sont absents de leur rôle d'éducateur. De ce fait, ils n'ont joué aucun rôle sur ma sexualité. Tout ceci m'a poussé à m'engager par curiosité et pression des amis, à avoir mes premiers rapports sexuels à 14 ans,...Pour moi, c'est la faute à mes parents [...].

De ce propos, un sous élément est renseigné, la curiosité due à la démission des parents de leur rôle d'éducateurs qui pousse aussi les adolescents à commencer de manière précoce la vie sexuelle. D'où, les parents doivent être présents et accompagner leurs enfants surtout adolescents dans la découverte de leur corps. Leur absence à cette phrase importante de la vie (l'adolescence) est un grand défi qu'ils doivent relever pour l'quilibre psychologique.

2) La pression d'une autorité familiale

En ce qui concerne la pression d'une autorité familiale, nous retenons que pour les adolescents instamment ceux de Mbandaka qui abordent, avec leurs parents, la question de la sexualité (la mère en particulier), l'entretien du corps pour plaire aux hommes et l'utilisation des produits indigènes pour garantir la satisfaction sexuelle du partenaire sont au centre des conversations sur la sexualité (surtout chez les filles Mongo). Cette manière de communiquer reste un incitant à la précocité des rapports sexuels. Ketshia, adolescente de Mbandaka de 15 ans, déclarait ce qui suit :

« C'est ma mère qui m'a envoyée séduire un homme de 30 ans venu de Kinshasa et c'est à 13 ans que j'ai eu ma première expérience sexuelle,.... Ma manière de m'y prendre a fait que cet homme reste à Mbandaka et prenne pour moi une maison. Nous

_

¹⁷ Fait référence à un marché se trouvant à côté du rail dans la commune de Kamalondo à Lubumbashi dans lequel sont vendus toutes sortes des condiments ((poissons, fretins et autres).

ne sommes pas mariés, mais nous avons un contrat donnant-donnant ».

3) La pression des pairs et l'influence du partenaire

De même que la pression des pairs favorise, à près de 100%, la précocité des rapports sexuels chez les adolescents, comme le renseignent nos résultats, de même l'influence du partenaire surtout plus âgé entraîne le même comportement. En effet, le rôle déterminant joué par les pairs et les partenaires dans l'éducation sexuelle des adolescents n'est que la conséquence d'éducateur en matière de sexualité.

Ceci est explicité par les propos de Yasmine (18 ans, Kinshasa): « Les amis sont les premiers qui nous poussent à avoir des rapports sexuels précoces. Nous devons avoir aussi des histoires érotiques à leur raconter. Sinon, on est taxé de tous les mots. Soki oboyi, sala mokili na yo¹⁸. La pression étant grande, tu finis par céder et faire le sexe... ».

Nous avons aussi noté que l'influence du partenaire est un autre déterminant de la précocité des rapports sexuels, cette influence est exercée sous une autre forme de pression pour ôter la timidité et la honte envers le partenaire. Un autre sous élément est renseigné dans le propos qui suit, la dépendance totale au partenaire, cette dernière rend l'adolescente incapable de prendre de décision en ce qui concerne son entrée en vie sexuelle, c'est le partenaire qui commande quand et comment cette entrée en vie sexuelle doit s'effectuer.

Par ailleurs, les propos de Pamela (17 ans, Lubumbashi) confirment l'influence du partenaire surtout âgé, dans la précocité des rapports sexuels : « Parfois, c'est aussi la pression du partenaire qui nous pousse à avoir des rapports sexuels précoces,

_

¹⁸ Adage Kinois « Si tu ne veux pas faire comme tout le monde, crée-toi ton monde », tradiction littérale.

surtout si tu es dépendante totalement de lui. Souvent il dit : Il faut le faire pour enlever la honte ».

4) La recherche des moyens de subsistances

La recherche des moyens de subsistances est une autre cause des relations sexuelles précoces. Ainsi, les filles recourent à la commercialisation du sexe avec des hommes plus âgés qu'elles dénommés suggars daddy¹⁹, papas bonheur, mopao et autres, et les garçons aux grandes dames, grand prêtre mère²⁰. Ceci explique la pratique de la sexualité intergénérationnelle.

Les propos de Annie (19 ans, Kinshasa) nous en disent plus : « Nakoki kokelela jamais, ngai muntu naza na boutique naturelle na ngat²¹ ».

Cependant, d'autres adolescents tels que Alexis (19 ans, Mbandaka) pensent que : « Ce n'est pas nécessairement la recherche d'argent qui serait à la base de la précocité des rapports sexuels, on le fait par désir, par esprit de la découverte, car il y a aussi des adolescents des familles nanties qui les font seulement pour acquérir de l'expérience avant le mariage », ces propos ont été enrichi par Steeve (18 ans, Lubumbashi) : « Joueur avant akienze, atapashi kwanza na entrainement²² ».

En résumé, il se trouve que, outre la recherche de la satisfaction des besoins financiers et matériels avec la commercialisation du sexe, la recherche du désir, la curiosité des adolescents peuvent conduire aux rapports sexuels précoces.

²⁰ Terme pour signifier des femmes âgées nanties

¹⁹ Terme pour désigner des hommes âgés nantis

²¹ Langage Kinois pour dire : « Je ne peux jamais souffrir car mon sexe est une boutique que je peux commercialiser », traduction littérale.

²² Langage Lushois pour dire : « Il est important de s'entrainer, d'avoir une expérience sexuelle, avant le mariage », traduction littérale.

5) Offre de téléphone Android aux mineurs et manque de contrôle de leur contenu par les parents

La responsabilité des parents a été encore évoquée, cette fois-ci à propos de la possession d'un Android par leurs enfants mineurs. Le problème majeure est autant celui de l'offre de téléphone que celui du contrôle du contenu, des messages qui y transitent. Etant déjà démissionnaires ils n'ont pas le temps de vérifier.

Ketshia (19 ans, Lubumbashi) a stimatisé la responsabilité des parents. C'est ainsi que: « Le fait que les parents offrent des téléphones Android à leurs enfants encore mineurs serait à la base de la sexualité précoce au travers de la pornographie. En effet, les parents ne contrôlent pas les contenus des téléphones de leurs enfants, et aussi les images obscènes diffusées par les chaines de télévision et les séries télévisées érotiques (Novelas²³) poussent les adolescents à avoir de manière précoce les rapports sexuels ».

6) La fréquentation des maisons closes

Pour les adolescents, précisément ceux de à Lubumbashi, la fréquentation des maisons closes et participation auxboums pour les jeunes seraient aussi à la base de la précocité des rapports sexuels chez les adolescents.

Serge (17ans, Lubumbashi) rapporte : « Souvent, il y a des organisations des mouvements pour jeunes, des break²⁴ dans des bars ou des maisons closes, chaque weekend de 18 h à x temps ,où le droit d'entrée est une bouteille de whisky et un paquet de préservatifs . Chacun y amène sa copine. Là, on fait des expériences à tout, le sexe, l'alcool, la cigarette, le chanvre, etc. Bref, c'est un endroit de divertissement sexuel. C'est souvent dans ces genres d'endroit que beaucoup d'adolescents ont eu leur première expérience sexuelle sous l'effet de l'ivresse, à cause de

210

²³ Chaine de télévision diffusant uniquement des séries d'amour.

²⁴ Pour designer des moments de détente, de pause pour jouir du sexe en groupe.

l'esprit d'équipe, de l'imitation des ainés et dans le souci de se faire un nom. Aussi dans ces lieux, on organise de sexe en groupe ».

Et Pascal (17ans à Kinshasa) enrichit : « C'est souvent dans les kuzu²⁵qu'a lieu, pour la plupart des temps la première expérience sexuelle ».

I.2. Les déterminants du multipartenariat sexuel

La suite de la retranscription des entretiens a révélé les déterminants déjà renseignés au niveau de la précocité des rapports sexuels et en ont rajouté d'autres à savoir : la recherche de la satisfaction sexuelle et de l'expérience, La permission des parents à recourir au multipartenariat et la distribution des rôles financiers. Le refus du sexe et l'infidélité du partenaire.

I. La recherche de la satisfaction sexuelle et de l'expérience

Les propos des participants lors des entretiens montrent que la recherche de la satisfaction et de l'expérience pour confirmaer sa la virilité sont les premières causes du recours au multipartenariat sexuel.

Cela a été bien explicité par les propos de Christian (19 ans, Kinshasa): [...] les garçons, souvent le manque et surtout le besoin d'apparaître qui nous poussent à avoir des rapports sexuels avec ses femmes riches afin de satisfaire aux besoins financiers et matériels de nos copines, et aussi, ce n'est pas bon de goûter à la même sauce chaque fois, une diversité équilibre toujours [...].

2. La permission des parents à recourir au multipartenariat et la distribution des rôles financiers

Actuellement, les parents sont aussi à la base du multipartenariat des adolescents surtout pour les filles. Certains d'entre eux encouragent leurs filles à avoir des relations sexuelles

_

Langage kinois pour désigner des endroits sombres, crées pour l'isolement de deux personnes, dans des maisons inachevées, bars, boîtes de nuit, etc.

avec des hommes de bonne classe sociale afin de garantir la survie de la famille.

L'incapacité des parents à satisfaire tous les besoins de leurs enfants (filles comme garçons), stimule ceux-ci à entretenir des rapports sexuels en échange des cadeaux, d'argent et d' autres biens matériels avec des hommes de standing élevé et âgés (pour les filles) ou avec des femmes riches et célibataires voir mariées âgées (pour les garçons).

« Un père fonctionnaire, locataire avec femme et enfants à sa charge, n'a pas froid d'envoyer sa fille dans les bras de plusieurs », rapporte Justine (18 ans, Mbandaka).

Flore (19 ans, Kinshasa) aborde dans le même sens : « Sangisa, sangisa, esala nini ? ²⁶. Un seul partenaire ne sera pas capable à lui seul de subvenir à tous mes besoins. Il faudrait l'appui d'une ou deux autres personnes. Chacune a un rôle précis. LeS temps sont surs. Il n'est pas bon de concentrer tous ses besoins sur une seule personne. La distrubution des tâches est idéale... ».

3. Le refus du sexe et l'infidélité du partenaire

En dehors de ceci, le refus du sexe de la part de l'autre partenaire (surtout pour des convictions religieuses) et « l'infidélité » seraient aussi à la base du multipartenariat sexuel chez les adolescents, a souligné Carlos (19 ans, Kinshasa), « Ata oboyi, oza na mbanda²⁷ ».

I.3. Les déterminants de la non-utilisation du préservatif chez les adolescents

D'aucuns savent que le préservatif reste le seul moyen de se protéger des IST/VIH/SIDA en dehors de l'abstinence. Or, certains adolescents ne l'utilisent pas (EDS-RDC II, 2013-2014).

.

²⁶ Langage Kinois pour dire que le mélange ne fera rien.

²⁷ Langage Kinois pour dire que quoi que tu fasses, tu as un(e) rival(e).

En guise de réponse, notre recherche, en a identifié les suivantes : la réduction du plaisir sexuel, la crainte de perdre le partenaire, la confiance au partenaire, les préjugés et la dépendance financière.

- I) La réduction du plaisir sexuel : Les propos recueillis auprès de Yohan (19 ans, Mbandaka) sont éloquaants : « On ne peut pas manger un œuf dans sa coquille. Le préservatif réduit le plaisir sexuel et ralenti aussi le rythme sexuel. S'arrêter pour l'utiliser est une perte de temps ».
- 2) La crainte de perdre le partenaire : Les propos de Rose (17 ans, Lubumbashi) nous en disent plus : « Je ne peux à aucun cas demandé à mon partenaire de porter un préservatif par crainte de le perdre. Comme il ne l'a jamais fait de son propre gré, de mon côté, je ne peux pas le lui demander par crainte d'être mal comprise ».
- 3) La confiance au partenaire : Avec un partenaire régulier point n'est besoin d'utiliser le préservatif ont déclaré les participants, de trois villes.

Les propos d'Eben Ezer (18 ans, Lubumbashi) en sont l'illustration à l'enquête : « Avec un partenaire régulier il est quasiment impossible d'utiliser le préservatif. Peut-être au début de la relation, mais avec le temps, une confiance mutuelle s'installe et s'entretient. Et donc, l'utilisation du préservatif entre dans les oubliettes ». Ils sont appuyés par Ketshia (15 ans, Mbandaka) : « Na mutu na yo ya kati, capote eza na tina moko te²8 » et Pascal (17 ans, Kinshasa) : « La confiance au partenaire habituel exclut tous soupçons de maladie. D'où, vouloir utiliser un préservatif avec ce dernier ne me tente en aucun cas ».

4) Les préjugés et la dépendance financière : La dépendance financière et préjugés qui pèsent sur le préservatif parmi les adolescents ne facilitent pas son achat.

-

²⁸ Pour signifier qu'avec un partenaire régulier le préservatif n'a aucune importance.

Il faut souligner qu'il est difficile dans le contexte socioéconomique dans lequel vivent les adolescents, surtout les filles de recourir au préservatif si cela ne pas le souhait du partenaire car dépendant totalement et financièrement de lui.

Esperentine (19 ans, Kinshasa) argumente en ces termes : « C'est souvent quand on a un shida²⁹ avec un grand homme, nanti et âgé, qu'il est impossible d'utiliser le préservatif car il paie beaucoup mieux sans cela,..., tout ça, c'est la pauvreté qui nous pousse à le faire ». Et Nathan (16 ans, Lubumbashi) enrichit : [...] Chueh!!! Nini³⁰? Je ne peux même pas dans un rêve vouloir acheter le préservatif à mon âge. Sinon, le vendeur sera le premier à spéculer sur cela, jusqu'à ce que les parents aillent l'apprendre [...].

2. Connaissance par les adolescents des risques de santé dus à la non protection des rapports sexuels

La non protection des rapports sexuels conduit à des conséquences très fâcheuses. Les adolescents en ont relevé quelques-unes: les infections sexuellement transmissibles dont le VIH/SIDA, la syphilis, le gonocoque et les grossesses non désirées.

Certaines de ces maladies peuvent conduire à la stérilité ou la mort en cas de non accès aux soins appropriés.

Concrètement, Patrick (19 ans, Lubumbashi) déclarait : « Les infections sexuellement transmissibles s'attrapent lors des rapports sexuels non-protégés. Si l'un des partenaires est infecté, il infectera à son tour l'autre. La non-utilisation du préservatif expose donc les adolescents à beaucoup de dangers ».

Pour le reste, [...] Sandra (17ans, Kinshasa) renseignait : « Les grossesses souvent inattendues surviennent lors des rapports sexuels non protégés, car souvent ces rapports sexuels ne sont pas

_

²⁹ Langage Kinois pour désigner une coopération inattendue d'argent (contrat de sexe).

³⁰ Langage lingala et swahili pour s'exclamer « quoi ? ».

planifiés et par crainte de la famille, la majorité des filles recourent à l'avortement qui peut aussi entrainer la mort ».

3. Raisons de l'abstinence sexuelle des les adolescents

Dans notre étude 24,52% des adolescents n'étaient pas encore sexuellement. Les raisons leur abstinence sexuelle sont : l'âge et le manque de maturité, le lien rapports sexuels et mariage, le manque de partenaire, la peur de tomber enceinte, la peur des IST/VIH/SIDA, les concictions religieuses et le manque d'opportunité. Elles découlent des propos ci-dessous.

Mirinda (I4 ans, Lubumbashi): « ...je suis encore très petite pour avoir des rapports sexuels. Chaque chose a son temps... ». Eunice (I5ans, Kinshasa): « Il serait mieux d'avoir des rapports sexuels dans le mariage car les rapports sexuels hors mariage ont beaucoup de conséquences ».

Meredi (19 ans, Lubumbashi) : « *La crainte de l'éternel me pousse* à ne pas avoir des rapports sexuels avant le mariage ».

Manuella (19 ans, Mbandaka): « C'est un péché d'avoir des rapports sexuels avant le mariage et aussi cela évite d'attraper les IST/VIH/SIDA ».

Bivens (19 ans, Lubumbashi): « J'ai vu mon cousin de 20 ans mourir du Sida et cela m'a fait très peur. Je m'abstiens car je ne vais pas finir comme lui ».

Séverine (19 ans, Kinshasa): « Il est important d'avoir des rapports sexuels pour tout être humain. Mais comment voulez-vous que cela ait lieu si vous êtes seul?, L'absence d'un copain a fait que je ne puisse pas avoir des rapports sexuels jusqu'à cet âge et cela me fait énormément souffrir ».

Moreli (17 ans, Kinshasa): « Je suis seul et toutes les filles que j'aborde ne veulent pas de moi à cause de ma grosse tête. Rassurez-vous, si cela n'était pas le cas, je l'aurais déjà fait depuis longtemps ».

Luna (18 ans, Kinshasa): « C'est la peur de devenir mère tôt qui fait que je n'ai pas encore des rapports sexuels, car c'est une honte pour la famille de devenir fille-mère ».

Jeancy (18ans, Kinshasa): « Tu peux avoir une copine, mais les occasions de se retrouver seuls manquent pour avoir des relations sexuelles. Ma copine est très contrôlée par ses parents qu'il est difficile si pas impossible de passer 30 minutes seuls. Et si cela continue je vais rompre avec la relation, car elle me fait énormément souffrir ».

En synthèse,

- 4 Pour les filles de 14-15 ans : l'âge et l'attente du mariage.
- → Pour les filles de 16-19 ans : le manque de partenaire, la peur de tomber enceinte et celle de contracter les IST/VIH/SIDA.
- → Pour les garçons : le manque de partenaire, la peur des IST/VIH/SIDA, le manque d'occasion et les convictions religieuses.

4. Solutions susceptibles d'aider les adolescents à adopter un comportement sexuel responsable

Après échanges avec les adolescents, les participants ont proposé qu'une structure d'éducation des parents soit créee pour montrer à ces derniers comment éduquer leurs enfants (surtout adolescents), comment les accompagner dans leurs modifications morphologiques et les besoins hormonaux qui en découlent.

Ils ont aussi proposé que les éducateurs des adolescents soient de leur génération, car ces éducateurs connaitraient lieux les problèmes des adolescents et auraient un langage adapté à ces derniers pour mieux communiquer avec eux.

Ainsi, confireme et renchérit Nathan (18 ans, Lubumbashi): « Il faudrait, de temps à autre, organiser des journées de réflexion et d'orientation pour les adolescents en leur expliquant les bienfaits de l'adoption des comportements sexuels à

moindre risque et les méfaits de l'adoption des comportements sexuels à risque, tout en y associant les parents pour une meilleur prise en charge et un bon suivi à la maison, organiser aussi des journées de distribution des préservatifs dans des écoles, bars, boîtes de nuit et maisons closes et demander aux responsables de ces lieux de continuer à sensibiliser ceux qui les fréquentent après être eux-mêmes formés et sensibilisés. Mais, ouf!, la plus grande réussite serait de faire participer les adolescents eux-mêmes à la conception des campagnes, car ils sont les seuls à connaître leurs vrais défis.... Aussi un cours d'éducation sexuelle sans tabou doit être organisé dès la 5ême primaire pour nous permettre de nous sentir à l'aise de poser des questions ».

Il se trouve que les adolescents souhaitent une distribution régulière et gratuite des préservatifs pour leur permettre d'avoir toujours une protection à leur portée, les rapports sexuels étant imprévisibles et un cours institutionnel d'éducation sexuelle dans le système de l'enseignement primaire et secondaire en République Démocratique du Congo (dès la 5ème année primaire) pour permettre aux adolescents de poser des questions sans tabous et recevoir des réponses encadrées.

En résumé, les participants ont suffisamment renseigné sur les déterminants des comportements sexuels à risque en ce qui concerne la sexualité précoce, le multi partenariat sexuel, la non-utilisation du préservatif ainsi que les conséquences de santé encourus par ceux qui adoptent ces comportements. Toutefois, à Mbandaka et à Kinshasa, certains participants compte tenu de leurs convictions religieuses pensent que c'est l'envoûtement, le mauvais sort ou la sorcellerie qui seraient à la base des maladies liées aux comportements sexuels à risque.

La nature taboue de la sexualité en famille, demeure un grand défi à relever pour les parents qui pensent que, parler de la sexualité avec leurs enfants, c'est les inciter à la pratiquer. Or, en parler, c'est une façon de les aider à ne pas ceder à la pression de leurs pairs.

Toutefois, une sensibilisation à tous les niveaux est indispensable, la sensibilisation des adolescents avec implication totale des parents en ce qui concerne l'éducation sexuelle à la maison, sa continuité à l'école avec le cours d'éducation sexuelle et la distribution gratuite des préservatifs lors des journées de réflexion.

En somme quatre mesures de protection ont été proposées par les adolescents à savoir : la création d'une structure d'éducation pour les parents pour qu'ils parviennent à garantir une éducation sexuelle à leurs enfants (adolescents), la sensibilisation des adolescents par les pairs et les mères mentors³¹, la distribution régulière et gratuite des préservatifs et la programmation du cours d'éducation sexuelle complet dans le système de l'enseignement primaire et secondaire du pays.

IV.2. Présentation des résultats du volet quantitatif

Dans ce point, nous allons présenter les trois analyses des données récoltées avec le questionnaire. Il s'agit de l'analyse univariée, l'analyse bi-variée et enfin l'analyse multivariée.

IV.2.I. Présentation des résultats de l'analyse statistique descriptive uni-variée

Dans ce point nous allons présenter les résultats de l'analyse uni-variée des varaibles socioculturelles

.

³¹ Terme utilisé pour faire référence aux mamans infectées qui prennent en charge les personnes vivant avec VIH.

IV.2.I.I. Présentation des données des variables socioculturelles
 Tableau I2: Répartition des adolescents selon les variables socioculturelles

Variables	Modalités	Effectifs	%
Ethnie	Mongo	282	23.52
	Ngbaka	120	10.01
	Hemba	211	17.60
	Lubakat	166	13.84
	Kuba	246	20.52
	Luntu	174	14.51
Mileres	Capitale	546	45.54
	Province	653	54.46
Provires	Equateur	240	20.02
	Haut-Katanga	306	25.52
	Kinshasa	653	54.46
Contropar			
- Conamipar	Oui	210	17.51
_	Non	989	82.49
- Confreqpar	Oui	222	18.52
_	Non	977	81.48
Communicsexpar			
- Avparsexper	Oui	54	4.54
	Non	1.145	95.96
- Avparsexmer	Oui	186	15.51
_	Non	1.013	84.49
Surpertoit	Oui	690	57.55
	Non	509	42.45
Surmertoit	Oui	902	75.23
	Non	297	24.77
Tut	Père	534	44.54
	Mère	246	20.52
	Oncle	59	4.92
	Tante	60	5.00
	Gde-soeur	48	4.00
	Gd frère	66	5.50
	Gds-parents	90	7.51
	Connaissances	96	8.01

Le tableau ci-haut nous présente la répartition des adolescents selon les variables socioculturelles. Selon l'ethnie, les Mongo sont les plus représentés avec 23,52% des enquêtés, suivis des Bakuba 20,52% des enquêtés, des Hemba 17,60% des enquêtés, des Bakua luntu 14,51% des enquêtés, Baluba Kat 13,84% des enquêtés et enfin les Ngbaka 10,01% des enquêtés.

Concernant le milieu de résidence, les adolescents se répartissent en deux groupes, ceux qui vivent en province 45,54% des enquêtés et ceux qui vivent dans la capitale 54,46% des enquêtés.

En ce qui Concerne la province de résidence, 54,46% des enquêtés habitaient dans la ville province de Kinshasa, 25,52% des enquêtés dans la province du Haut-Katanga et 20,02% des enquêtés dans la province de l'Equateur.

Pour ce qui est du contrôle parental au niveau de la connaissance des amis des adolescents par les parents, seulement 17,51% des parents connaissent les amis de leurs enfants adolescents contre 82,49% qui ne les connaissent pas. Plusieurs raisons ont été évoquées. En effet, il n'est pas important pour les parents de connaître les amis de leurs enfants adolescents, ils n'en n'ont pas le temps, ils s'en fichent de les connaître et ils ont pleinement confiance en leurs enfants.

A propos de la connaissance des fréquentations des adolescents par les parents, seulement 18,52% des parents connaissent les fréquentations de leurs enfants contre 81,49% qui n'en ont connaissance. Ceci prouve à suffisance que les enfants adolescents sont délaissés à leur propre sort dans la majorité des familles.

Concernant la communication parent/ tuteur- adolescent sur la sexualité, 4,54% des adolescents ont parlé de la sexualité avec leur père contre 95,9% qui ne l'ont pas fait, 15,51% ont parlé de la sexualité avec leur mère contre 84,49% qui n'en ont pas l'opportunité. Il se trouve que, les parents parlent rarement de la

sexualité avec leurs enfants –adolescents. Alors que la même la sexualité est le sujet le plus abordé entre adolescents 53,13% des enquêtés. Ceci prouvre à suffisance que la sexualité continue à être un sujet tabou pour les parents et les adolescents.

En ce qui concerne la cohabitation des adolescents avec leurs parents, les résultats renseignent que 45,04% des adolescents vivent sous le même toit que leurs pères contre 54,96% qui ne vivent pas avec eux et 62,72% des adolescents vivent avec leurs mères contre 37,28% qui ne vivent pas avec elles.

Concernant le tuteur des adolescents, le tableau renseigne que 44,45% des adolescents ont pour tuteur le père, 20,52% la mère, 8,01% les connaissances, 7,51% les grands-parents, 5,50% les grands-frères, 5,00% les tantes, 4,92% les oncles et 4,00% les grandes-sœurs.

IV.2.I.2. Répartition des adolescents selon le niveau de vie du ménage et l'occupation du tuteur/variable socioéconomique

Avant de présenter l'indice de niveau de vie des ménages et l'occupation du tuteur, nous allons présenter les conditions de vie des ménages et biens possédés par ces derniers, les caractéristiques de l'habit et son confort. Ce sont ces éléments qui ont servi à la construction de l'indice de vie.

I) Conditions de vie des ménages et biens possédés

I.I. Caractéristiques de l'habitat

a) Provenance de l'eau

Nous présentons dans le tableau I3 les résultats concernant la source d'approvisionnement en eau et les différents sites de sa provenance.

Tableau I3 : Répartition des ménages des enquêtés selon la source d'approvisionnement en eau et les sites de sa provenance

Caractéristiques	Nombre de ménages	%
Sources d'eau		
I. Robinet dans le log	263	21.93
2. Fontaine publique	156	13.01
3. Puit	594	49.54
4. Source	132	11.01
5. Robinet des voisins	54	4.50
Total	1.199	100%
Sites de provenance d'eau		
I. Dans le logement	209	17.43
2. Dans la cours	60	5.00
3. Les voisins	804	67.06
4. Au bord du fleuve	126	10.15
Total	1.199	100%

Le tableau ci-haut présenté nous renseigne que 49.54% des ménages s'approvisionnent en eau de puits, 21.93% des robinets dans le logement, 13.01% des fontaines publiques, 11.01% de la source et 4.50 des robinets chez les voisins. Le tableau indique aussi que les sites de provenance de l'eau sont : 67.06% chez des voisins, 17.43% dans le logement, 10.15% au bord du fleuve et 5.00% dans la cours.

b) Types de toilettes utilisées par les ménages

Tableau I4: Répartition des ménages des enquêtés selon les types de toilettes utilisées

Caractéristiques	Nombre de ménages	%
Types de toilettes		
I. Chasse eau	215	17.93
2. Trou ouvert	738	61.55
3. Toilette turque	72	6.0I
4. Petit seau	174	14.51
Total	1.199	
Partage des toilettes		
avec d'autres familles		
Oui	978	
Non	221	
Total	1.199	100%
Nombre de familles		
avec lesquelles les		
toilettes sont partagées		
I. 0	221	18.43
2. I	726	60.55
3. 2	168	14.01
4. 3&+	84	7.01
Total	1.199	100%

L'EDS-RDC II (2013-2014) nous renseigne que les installations sanitaires considérées comme adéquates sont celles à chasse eau reliées à un système d'égouts, à une fosse septique ou à une fosse d'aisances. En plus, ces toilettes doivent être utilisées seulement par les membres du ménage, et de ce fait, non partagées.

Les résultats du tableau I3 renseignent que 61.55% des ménages des enquêtés utilisent des trous ouverts comme lieu d'aisance, I7.93% la chasse eau qui est le type de toilette adéquat, I4.51% sont sans lieux d'aisances spécifiques (sans toilettes) et recourent aux petits seaux pour leur besoins et enfin, 6.01% utilisent les toilettes turques. Ceci prouve à suffisance que la majorité des enquêtés utilisent les toilettes hors normes.

Les mêmes résultats renseignent que 81.57% des enquêtés partagent les toilettes avec d'autres familles soit avec une famille 60.55% des enquêtés, soit avec deux familles 14.01% des enquêtés, soit avec trois familles et plus 7.01% des enquêtés. Ce n'est qu'une infine proportion 18.43% des enquêtés qui ne partage pas de toilettes avec d'autres familles.

c) Caractéristiques du logement

Tableau 15 : Répartition des ménages des enquêtés en fonction de certaines caractéristiques du logement

Caractér	istiques	Nombre	de	%
		ménages		
Matériel	s de sol			
I.	Terre/Sable	816		68.05
2.	Carreaux	III		9.25
3.	Ciment	272		22.7
	Total	1.199		100%
Matériel	s de toit			
I.	Bâches	30		2.50
2.	Chaumes	191		16.51
3.	Tôles	971		80.99
	Total	1.199		100%
Matériel	s de construction			
I.	Bambou	187		15.60
2.	Carton	29		2.42
3.	Tôle	461		38.45
4.	Ciment	451		37.61
5.	Briques	7 I		5.92
	Total	1.199		100%
Lieu de	cuisine			
I.	Dans la maison	299		24.94
2.	Dans le logement	120		10.01
3.	A l'extérieur	780		65.05
	Total	1.199		

Le tableau ci-haut présente la répartition des ménages selon certaines caractéristiques de logement. Selon l'EDS-RDC II (2013-2014), certains types de revêtement du sol peuvent faciliter la propagation de certains germes responsables des maladies. De ce fait, nos résultats renseignent que la majorité des ménages des adolescents enquêtés 68.05% des ménages vivent dans des logements où le sol est en de terre/sable, 22.7% des ménages dans des logements où le sol est en ciment et une minorité 9.25% des ménages dans des logements où le sol est en carreaux.

En ce qui concerne les matériels de construction de logement, les résultats renseignent que 38.45% des logements des enquêtés sont construits en tôles, 37.61% en ciment, 15.60% en bambou, 5,92% en briques et 2,42% en carton.

Par ailleurs, le tableau renseigne aussi sur le lieu où les ménages des enquêtés font la cuisine. En effet, la majorité des ménages cuisinent à l'extérieur du logement soit 65.05% des ménages, 24.94% des ménages font la cuisine dans la maison, c'est-à-dire dans une pièce réservée spécifiquement pour cette finalité et 10.01% des ménages cuisinent dans le logement, c'est-à-dire dans le salon.

I.2. Biens possédés par les ménages des enquêtés

Nous présentons dans le tableau I6 les biens possédés par les ménages pour évaluer le niveau socio-économique des ménages. Ces biens sont considérés comme indicateurs de bien-être socio-économique.

Tableau I6 : Répartition des ménages des enquêtés en fonction de quelques biens possédés

Possession	Nombre de ménages	%
Electricité		
Oui	468	39.03
Non	731	60.97
Total	1.199	100%
Radio		
Oui	809	67.81
Non	384	32.19
Total	1.199	100%
Télévision		
Oui	289	23.94
Non	912	76.06
Total	1.199	100%
Réfrigérateur		
Oui	167	13.93
Non	1.032	86.07
Total	1.199	100%
Groupe électrog/Pan.Sol		
Oui	113	9.42
Non	1.086	90.56
Total	1.199	100%
Réchaud		
Oui	161	13.43
Non	1.038	86.57
Total	1.199	100%
Chaises		
Oui	377	31.44
Non	822	68.56
Total	1.199	100%
Lits		
Oui	521	43.45
Non	678	56.55
Total	1.199	100%
Ordinateur		
Oui	131	10.93

Non	1.068	89.07
Total	1.199	100%
Bicyclette		
Oui	132	11.01
Non	1.067	88.99
Total	1.199	100%
Voiture		
Oui	113	9.42
Non	1.086	90.58
Total	1.199	100%
Maison en location		
Oui	86	7.17
Non	1.113	92.83
Total	1.199	100%
Moto		
Oui	120	10.01
Non	1.079	89.99
Total	1.199	100%
Bêtes		
Oui	452	37.70
Non	747	62.30
Total	1.199	100%

La possession des biens par les ménages est considérée comme indicateurs de bien-être socio-économique (EDS-RDC II, 2013-2014). Il ressort du tableau ci-haut présenté que les biens les plus possédés par les ménages des enquêtés sont par ordre d'importance : une radio 67.81% des réponses, des lits 43.45% des réponses, de l'électricité 39.03% des réponses, des bêtes 37.70% des réponses, des chaises 31.44% des réponses, la télévision 23.94% des réponses, le réchaud 13.43% des réponses, le bicyclette 11.01% des réponses, l'ordinateur 10.93% des réponses, la moto 10.01% des réponses , une voiture 9.42% des réponses, un groupe électrogène ou un panneau solaire 9.42% des réponses, une maison en location 7.17% des réponses.

I.3. L'indice de vie des ménages (Indvie)

L'indice de vie des ménages est construit à partir des données recueillies relatives à la possession de certains biens durables par les ménages (télévision, radio, voiture, etc.) et certaines caractéristiques du logement (disponibilité de l'électricité, type de toilette, matériau de revêtement du sol, etc.) comme nous le precise l'EDS-RDC II (2013-2014).

Tableau 17 : Répartition des adolescents selon le niveau de vie du ménage par province

Indvie	Equateur	H-Katanga	Kin
Très pauvre	38.00%	16.00%	33.00%
Pauvre	24.00%	16.00%	22.00%
Moyen	21.00%	18.00%	18.00%
Riche	13.00%	17.00%	10.00%
Très riche	4.00%	33.00%	17.00%

Nous avons construit à partir des biens que le ménage possède, un indice niveau de vie (indvie) en partant des données à notre disposition et de leur nature, nous avons fait l'Analyse Factorielle des Composantes Multiples à partir du logiciel STATA 14. Nous avons créé un indicateur reparti en cinq (5) groupes : très pauvre, pauvre, moyen, riche, très riche par province.

La distribution de cette variable indique que :

- ✓ Dans l'Equateur 38% des adolescents vivent dans des ménages à niveau de vie très pauvre, 24%) niveau de vie pauvre, 21% à niveau de vie moyen, I3% à niveau riche et 4% à niveau très riche.
- ✓ Au Haut-Katanga I6% des adolescents vivent dans des ménages à niveau de vie très pauvre, I6% à niveau de vie pauvre, I8% à niveau de vie moyen, I7% à niveau riche et 33% à niveau très riche.

✓ A Kinshasa, 33% des adolescents vivent dans des ménages à niveau de vie très pauvre, 22% à niveau de vie pauvre, 18% à niveau de vie moyen, 10% à niveau riche et 17% à niveau très riche.

Contrairement à l'EDS-RDC II (2013-2014) dans laquelle Kinshasa avait le % le plus élevé de niveau de vie plus riche, nous avons trouvé que c'est au Haut-Katanga que se situe cette catégorie, cela est dû au fait que nous avons trouvé que les ménages de cette ville ont un niveau de vie moins riche, parce que, parmis nos interviewés se trouvent les ressortissants du Kasaïcentral qui revenaient de leur région d'origine démunis, fuyant les hostilités entre l'armée congolaise régulière et Kamuena Nsapu 20.52% des ménages.

Ce ne sont que nos résultats de l'Equateur qui vont dans le même sens que ceux de l'EDS-RDC II (2013-2014). En effet, selon eux, la majorité des adolescents vivent dans des ménages à niveau de vie très pauvre.

Dans le tableau -dessous, nous allons présentés la répartition des adolescents selon l'occupation du tuteur.

Tableau 18: Répartition des adolescents selon l'occupation du tuteur

Occuptut	Effectifs	%
Enseignant	348	29.02
Médecin	28	2.34
Policier	76	6.34
Chauffeur moto	228	19.02
Chauffeur vélo	18	1.50
Pasteur	60	5.00
Journaliste	18	1.50
Agent de parquet	23	1.92
Agent de douanes	34	2.84
Agent Etat civil	18	1.50
Commerçant	348	29.02

Les résultats de nos analyses renseignent que 29.02% des tuteurs des adolescents sont enseignants et commerçants, 19.02% chauffeurs moto communément appelés « Wewa », 6.34% policiers, 5.00% pasteurs, 2.84% agents de douanes, 2.34%) médecins, 1.92% agents de parquets, 1.50% chauffeurs vélos communément appelés « Toleka » dans la ville de Mbandaka, 1.50% journalistes et 1.50% agents d'Etat civil.

Dans le tableau 19, nous allons présentés la répartition des adolescents selon les variables institutionnelles.

Tableau 19: Répartition des adolescents selon les variables institutionnelles

Variables	Modalités	Effectif	%
Edsexecol	Oui	335	27,94
	Non	864	72,06
Expmed			
Freqexrad	Pas du tout	320	26,69
	Moins d'une	250	20,85
	fois/semaine		
	Au moins une	280	23,35
	fois/semaine		
	Chaque jour	349	29,11
Freqextv	Pas du tout	700	58,38
	Moins d'une	50	4,I7
	fois/semaine		
	Au moins une	90	7,51
	fois/semaine		
	Chaque jour	359	29,94
Freqssr	Oui	49	4,09
	Non	1.150	95,91

Les résultats du tableau ci-haut nous renseignent qu'après le contrôle des variables institutionnelles 27,94% des adolescents suivent le cours d'éducation sexuelle à l'école contre 72,06% qui

ne suivent pas. Ceci prouve que l'implication institutionnelle n'est pas encore manifeste en cette matière.

29,11% des adolescents suivent la radio chaque jour, 26,69% des adolescents pas du tout, (23,35%) des adolescents au moins une fois par semaine et 20,85% des adolescents moins d'une fois par semaine. Ceci prouve que les adolescents ne s'intéressent pas à ce canal de communication.

Dans le même ordre d'idée, une grande proportion d'adolescents ne regarde pas du tout la télévision 58,38% des adolescents, 29,94% chaque jour, 7,51% au moins une fois par semaine et 4,17% moins d'une fois par semaine.

Le tableau 20 présente la répartition des adolescents selon les variables individuelles et psychologiques.

Tableau 20: Répartition des adolescents selon les variables individuelles et psychologiques

Variables	Modalités	Effectifs	%
Sexe	Féminin	572	48.00
	Masculin	627	52.00
Csmalc	Oui	809	67.47
	Non	390	32.53
Csmacig	Oui	713	59.47
	Non	486	40.53
Freqboitnuit	Oui	79 I	65.97
	Non	408	34.03
Percepvuln	Oui	240	20.02
	Non	956	79.98
Percpgravmal	Oui	323	26.94
	Non	876	73.06
Entparistsida	Oui	1.181	98.50
	Non	18	1.50
Prespair	Oui	911	75.98
	Non	288	24.02

Au regard du tableau ci-haut, les résultats renseignent que notre échantillon est composé de 48,00% des filles et 52,00 % des garçons.

Par rapport à la consommation des substances toxiques, 67,47% des adolescents consomment l'alcool et 59,47% la cigarette contre 32,53% et 40,53% qui ne consomme ni l'un ni l'autre respectivement.

Le même tableau renseigne également que 65,97% des adolescents fréquentent les boîtes de nuit (lieux de perversité), une minorité de 34,03% ne fréquente pas.

Partant de la perception de sa propre vulnérabilité, 79,98% des adolescents enquêtés ne perçoivent pas leur vulnérabilité à contracter le VIH/SIDA et une minorité seulement 20,02% des adolescents la perçoivent.

Pour ce qui est de la gravité de la maladie, le constat est le même que pour la perception de la vulnérabilité. En d'autres termes, 26,94% des adolescents s'aperçoivent de la gravité de la maladie contre 73,06% des adolescents qui ne s'aperçoivent de rien du tout.

Les résultats nous renseignent encore que la majorité d'adolescents 98,50% connait le VIH/SIDA et son mode de protection. I,50% des adolescents pour des convictions religieuses (adeptes des églises de noirs), pensent que le VIH/SIDA est une maladie imaginaire des blancs inventée pour décourager l'amour « Sida eza maladi ya mindele pona kopekisa biso tolingana³² ». Pour eux, le VIH/SIDA se transmet par d'autres modes de contamination non prouvés scientifiquement tels que la sorcellerie, la punition des ancêtres, l'envoûtement, le mauvais sort.

-

³² « Le Sida est une maladie des blancs nous empêchant de nous aimer », tradiction littérale en français.

Enfin, 75,98% des adolescents enquêtés affirment avoir adopté un comportement sexuel à risque par pression des amis contre 24,02%) qui ne l'ont pas subie.

Nous allons dans le tableau qui suit présentés la répartition des adolescents selon les variables modératrices

Tableau 2I: Répartition des adolescents selon les variables modératrices

Variables	Effectifs	%
Age		
I. I3 ans	60	5.00
2. I4 ans	78	6.51
3. 15 ans	I44	12.01
4. I6 ans	150	12.51
5. 17 ans	215	17.93
6. I8 ans	243	20.27
7. 19 ans	309	25.77
Nivinstrui		
I. Primaire	378	31.53
2. Secondaire	449	37.45
3. Supérieur	120	10.01
4. Sans niveau	252	21.02
Croyances religieuses		
I. Chret. Cathol	500	41.70
2. Chret. Protest	261	21.77
3. Chret. Réveil	I I 4	9.51
4. Musulmane	42	3.50
5. Aucune	150	12.51
6. Brahnamiste	90	7.51
7. Témoins de Jéhovah	24	2.00
8. Eglise des noirs	18	1.50

Le tableau ci-haut nous renseigne que concernant l'âge, 25,77% des adolescents sont âgés de 19 ans, 20,27% de 18 ans, 17,93% de 17 ans, 12,51% de 16 ans, 12,01% de 15 ans, (6,51%) de 14 ans et 5,00% de 13 ans.

En ce qui concerne la religion, les catholiques sont plus nombreux à participer à notre étude soit 41,70% que les protestants 21,77%, les sans religion 12,51%, les adeptes de l'église de Réveil 9,51%, les Brahnamistes 7,51%, les musulmans 3,50%, les Témoins de Jéhovah 2,00% et enfin les adeptes de l'église des noirs 1,50%.

Du point de vue du niveau d'instruction 37,45% des adolescents ont le niveau secondaire, suivi de ceux du niveau primaire 31,45%, des sans niveau 21,02% et enfin de ceux du niveau supérieur 10,01%.

Dans le tableau qui suit nous présentons la répartition des adolescents selon les comportements sexuels à risque.

Tableau 22 : Répartition des adolescents selon les comportements sexuels à risque

Variables	Effectif	%
Age aux premiers rapports		
sexuels	904	75,40
<i8 ans<="" th=""><th>I</th><th>0,08</th></i8>	I	0,08
>=18 ans		
Non sexuellement actifs	294	24,52
Multipartenariat sexuel		
Oui	67I	55,96
Non	528	44,06
Non-utilisation du préservatif		
au dernier rapport sexuel		
Oui	540	54,96
Non	528	45,04

Le tableau ci-haut nous renseigne 75,40% des adolescents enquêtés ont eu leur première expérience sexuelle avant d'atteindre la majorité c'est-à-dire avant 18 ans contre seulement 0,08% qui l'a eue à la majorité.

Le multipartenariat sexuel est répandu dans le milieu des adolescents enquêtés. En effet, 55,96% des adolescents ont eu,

recours au cours des douze mois précédant l'enquête, des rapports sexuels avec plus d'un partenaire.

Pour la non-utilisation du préservatif aux derniers rapports sexuels, le constat est que 45,00 % des adolescents ont utilisé les préservatifs contre 55,00% des adolescents qui ne l'ont pas fait.

Nous allons présentés dans le tableau 23 la répartition des adolescents selon les variables quantitatives

Tableau 23: Répartition des adolescents pour les variables quantitatives

Variable	Obs	Mean	Std.Dev	Min	Max
Nbrefoicsm	1199	1.754796	1.291396	0	4
Nbrbet	1199	.5321101	.7998924	0	3
Nbfoicig	1199	1.433695	1.336679	0	3

Dans le tableau ci-haut, il est démontré que les adolescents consomment la bière au maximum quatre fois par semaine et le minimum est 0, cette fréquence est déjà élevée pour leur âge, pour les adolescents dont les ménages possèdent des bêtes, le maximum est de trois bêtes et pour la consommation de la cigarette, elle est consommée au maximum trois fois par semaine.

IV.2.2. Présentation des résultats de l'analyse statistique descriptive bi-variée : Comportements Sexuels à Risque

Dans ce point, nous allons présenter les différentes associations qui existent entre chaque élément caractérisant l'adolescent et les comportements sexuels à risque. Les tableaux croisés et la statistique de Khi2 sont utilisés à cette fin étant donné que toutes nos variables dépendantes sont qualitatives.

IV.2.2.I. Age aux premiers rapports sexuels

Nous commencerons par présenter les différentes associations entre différentes caractéristiques de l'adolescent et l'âge aux premiers rapports sexuels.

IV.2.2.I.I. Variables socioculturelles

Dans le tableau 24, nous présentons l'analyse bi-variée des variables socioculturelles et l'âge aux premiers rapports sexuels.

Tableau 24 : Analyse bi-variée des variables socioculturelles et l'âge aux premiers rapports sexuels

Variables	Fréquence	Chi2	P-Value
Ethnie		165.8390	0,000
- Mongo	282		
- Ngbaka	120		
- Hemba	211		
- Balubakat	I66		
- Bena demba(Kuba)	246		
- Bakua luntu	174		
Mileres		2.0194	0,155
Province	546	2.0171	0,100
Capitale	653		
Provres		118.1237	0,000
Equateur	240		
Haut-Katanga	306		
Kinshasa	653		
Conamipar		208.6174	0,000
Oui	210		
Non	989		
Confreqpar			
Oui	222		
Non	977	172.8747	0.000
Avparsexper		20.3469	0,000
Oui	54		
Non	1154		
Avparsexmer		53.9714	0,000
Oui	186		
Non	1013		
Surpertoit		4.1018	0.043
Oui	690		
Non	509		
Surmertoit		7.7249	0.000

Oui	902		
Non	297		
Tuteur		45.5761	0.000
Père		3.3344	0.068
Oui	534		
Non	665		
Mère		11.6230	0.001
Oui	251		
Non	948		
Grands parents		41.5761	0.000
Oui	90		
Non	1.109		
Connaissances		3.2311	0.072
Oui	102		
Non	1.097		

Les résultats de l'analyse bi-variée (tableau 24) montrent que les variables ethnie, province de résidence, contrôle parental au travers de la connaissance des amis et des fréquentations par les parents, échanges sur la sexualité avec le père, échanges sur la sexualité avec la mère et tuteur (père, mère, grands-parents et connaissances) sont associées à l'âge aux premiers rapports sexuels.

IV.2.2.I.2. Variables socioéconomiques

Nous préssentons dans le tableau qui suit l'analyse bi-variée des variables socioéconomiques/ Niveau de vie du ménage et l'âge aux premiers rapports sexuels.

Tableau 25a: Analyse bi-variée des variables socioéconomiques/Niveau de vie du ménage et l'âge aux premiers rapports sexuels

. ranksum indvie, by (av18ans)
Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test

av18ans	obs	rank sum	expected
O 1	300 893	172164 540057	179100 533121
combined	1193	712221	712221

```
unadjusted variance 26656050 adjustment for ties -83026.891 adjusted variance 26573023

Ho: indvie(av18ans==0) = indvie(av18ans==1)  
z = -1.346  
Prob > |z| = 0.1785
```

En associant l'âge aux premiers rapports sexuels et le niveau de vie du ménage au niveau de l'analyse bi-variée, les résultats dans le tableau ci-haut renseignent qu'il n'existe pas une différence statistiquement significative entre les adolescents qui ont eu leurs premiers rapports sexuels avant 18 ans et ceux qui les ont entretenus après 18 ans.

Tableau 25 b : Analyse bi-variée des variables socioéconomiques/Occupation du tuteur et l'âge aux premiers rapports sexuels

Variables	Fréquence	Chi 2	P-Value
Occuptut		37.5023	0.000
Enseignant	348		
Médecin	28		
Policier	76		
Chauf.moto	228		
Chauf.vélo	18		
Pasteur	60		
Journaliste	18		
Agent parquet	23		
Agent douane	34		
Agent Etat civil	18		
Commerçant	348		

Dans le tableau 25b les résultats de l'association d l'âge aux premiers rapports sexuels et l'occupation du tuteur montrent que l'occupation du tuteur de l'adolescent est statistiquement associée à l'âge aux premiers rapports sexuels.

IV.2.2.I.3. Variables institutionnelles

Nous présentons dans le tableau qui suit, l'analyse bi-variée des variables institutionnelles et l'âge aux premiers rapports sexuels.

Tableau 26 : Analyse bi-variée des variables institutionnelles et l'âge aux premiers rapports sexuels

Variables	Fréquence	Chi2	P-Value
Edsexecol		39.9135	0.000
Oui	335		
Non	864		
Expmed		140.4677	0.000
Freqexrad			
Pas du tout	320		
Moins d'une fois/semaine	250		
Au moins une fois/semaine	280		
Chaque jour	349		
Freqextv			
Pas du tout	700		
Moins d'une fois/semaine	50		
Au moins une fois/semaine	90		
Chaque jour	359		
Freqssr		1.5676	0.224
Oui	49		
Non	1150		

Les résultats de l'analyse bi-variée ci-dessus montrent que le suivi du cours institutionnel d'éducation sexuelle, l'exposition aux médias sont associés à l'âge aux premiers rapports sexuels.

IV.2.2.I.4. Variables individuelles et psychologiques

Nous présentons dans le tableau 27, l'analyse bi-variée des variables individuelles et psychologiques et l'âge aux premiers rapports sexuels.

Tableau 27 : Analyse bi-varié des variables individuelles comme psychologiques et l'âge aux premiers rapports sexuels

Variables	Fréquence	Chi2	P-Value
Convihsida		12.1676	0.000
Oui	1181		
Non	18		
Csmalc		410.8633	0.000
Oui	809		
Non	390		
Csmcig		0.8487	0.357
Oui	713		
Non	486		
Freqboitnuit		445.0714	0.000
Oui	79 I		
Non	408		
Percepvuln		1.5673	0.220
Oui	240		
Non	956		
Percpgravmal		1.3456	0.205
Oui	323		
Non	876		
Prespair		30.7613	0.000
Oui	911		
Non	288		
Sexe			
M	627	21.9788	0.000
F	572		
Nbrefreq			
I	120	18.2883	0.000
2	653		
3	425		

En associant l'âge aux premiers rapports sexuels et les variables individuelles, les résultats renseignent que les variables connaissance du VIH/SIDA, consommation d'alccol, fréquentation des boîtes de nuit, pression des pairs et nombre de

fois de fréquentation des boîtes de nuit et le sexe sont associées à l'âge aux premiers rapports sexuels.

IV.2.2.2. Multipartenariat sexuel au cours des douze derniers mois précédant l'enquête

Nous présentons dans les tableaux qui suivent, l'analyse bivariée des variables socioculturelles, socioéconomiques, institutionnelles, individuelles et psychologiques et le multipartenariat sexuel.

IV.2.2.2.I. Variables socioculturelles

Nous présentons dans le tableau 28a, l'analyse bi-variée des variables socioculturelles multinomiales et le multipartenariat sexuel avec le test de Kruskal-wallis.

Tableau 28 a : Analyse bi-variée des variables socioculturelles multinomiales et le multipartenariat sexuel / Test Kruskal-Wallis

Variables	Fréquence	Chi2	P-Value
Ethnie		267.057	0.0001
Mongo	282		
Ngbaka	120		
Hemba	211		
Balubakat	166		
Bena demba (Kuba)	246		
Bakua luntu	174		
Provres		116.94	0,000
Equateur	240		
Haut-Katanga	306		
Kinshasa	653		
Tuteur		650.411	0,0001
Père	534		
Mère	246		
Oncle	59		
Tante	60		
Grande sœur	48		
Grand frère	66		
Grands-parents	90		
Connaissances	96		

En associant le multipartenariat et les variables socioculturelles avec le test Kruskal-wallis, les résultats renseignent que les variables ethnie, province de résidence et tuteur sont associées au multipartenariat.

Nous présentons l'analyse bi-variée des variables socioculturelles binaires et le multipartenariat sexuel avec le test Chi2.

Tableau 28b : Analyse bi-variée des variables socioculturelles binaire et le multipartenariat sexuel / Test Chi2

Variables	Fréquence	Chi2	P-Value
Mileres		7.5135	0.057
Province	546		
Capitale	653		
Conamipar		474.523	0.0001
Oui	210		
Non	989		
Confreqpar		606.8157	0.000
Oui	222		
Non	977		
Surpertoit		67.8397	0.000
Oui	690		
Non	509		
Surmertoit			
Oui	902		
Non	297	81.1434	0.000
Avparsexper		51.1737	0.000
Oui	54		
Non	1.154		
Avparsexmer		433.5936	0.000
Oui	186		
Non	1.013		
Tuteur			
Père		48.5202	0.000
Oui	665		
Non	534		
Mère		16.6501	100.0
Oui	251		
Non	948		
Grands-parents		50.3310	0.000
Oui	90		
Non	1.109		
Connaissances		32.3310	0.000
Oui	102		
Non	1.097		

En associant le multipartenariat et les variables socioculturelles avec le test de Chi2, les résultats renseignent que toutes les variables à savoir le milieu de résidence, la connaissance des amis des enfants par les parents, la connaissance de leurs fréquentations par les parents, la cohabitation avec le père, la cohabitation avec la mère, les échanges sur la sexualité avec le père et la mère et le statut social du tuteur (père, mère, grands-parents, connaissances) sont associées au multipartenariat.

IV.2.2.2.2. Variables socioéconomiques

Nous présentons l'analyse bi-variée des variables socioéconomiques et le multipartenariat sexuel.

Tableau 29a : Analyse bi-variée des variables socioéconomiques et le multipartenariat sexuel/ Test de Kruskal-Wallis

Variables	Fréquence	Chi 2	P-Value
Occuptut		222.386	0.0001
Enseignant	348		
Médecin	28		
Policier	76		
Chauf.moto	228		
Chauf.vélo	18		
Pasteur	60		
Journaliste	18		
Agent parquet	23		
Agent douane	34		
Agent Etat civil	18		
Commerçant	348		

Ce tableau renseigne que l'occupation du tuteur est associée au multipartenariat.

Tableau 29 b : Analyse bi-variée de la variable Indvie et le multipartenariat/ Test ANOVA

. anova indvie nbpat12moi

	Number of obs = Root MSE =	1,19 .2800	-	ed = quared =	
Source	Partial SS	df	MS	F	Prob>F
Model	9.9239864	3	3.3079955	42.18	0.0000
nbpat12moi	9.9239864	3	3.3079955	42.18	0.0000
Residual	93.250881	1,189	.07842799		
Total	103.17487	1,192	.0865561		

Le tableau ci-haut présente les résultats du test d'ANOVA, il est significatif à I%, ce qui confirme que les comportements sexuels à risque des adolescents en ce qui concerne le multipartenariat diffère selon le niveau de vie.

IV.2.2.2.3. Variables institutionnelles

Nous présentons dans les tableaux qui suivent l'analyse bi-variée des variables institutionnelles et le multipartenariat sexuel.

Tableau 30 a : Analyse bi-variée des variables institutionnelles et le multipartenariat sexuel/ Test Kruskal-Wallis

Variables	Fréquence	Chi2	P-Value
Experned		175.048	0.0001
Freqexrad			
Pas du tout	320		
Moins d'une fois/semaine	250		
Au moins une fois/semaine	280		
Chaque jour	349		
Freqextv			
Pas du tout	700		
Moins d'une fois/semaine	50		
Au moins une fois/semaine	90		
Chaque jour	359		

En associant l'exposition aux médias et le multipartenariat sexuel, le tableau 30a montre que la variable exposition aux médias est associée au multipartenariat.

Tableau 30 b : Analyse bi-variée des variables institutionnelles binaires et le multipartenariat sexuel/ Test de Chi2

Variables	Fréquence	Chi2	P-Value
Edsexecol		315.2520	0.000
Oui	335		
Non	864		
Freqssr		50.3310	0.000
Oui	49		
Non	1.150		

Nous avons trouvé, dans le tableau ci-haut, que les variables suivi du cours institutionnel d'éducation sexuelle et la fréquentation des centres de santé sexuelle et de la reproduction sont associées au multipartenariat.

IV.2.2.2.4. Variables individuelles et psychologiques

Nous présentons dans les tableaux qui suivent, l'analyse bivariée des variables individuelles et psychologiques et le multipartenariat sexuel.

Tableau 3I a : Analyse bi-varié des variables individuelles comme psychologiques binaires et le multipartenariat sexuel/ Test Chi2

Variables	Fréquence	Chi2	P-Value
Convihsida	_	23.4089	0.000
Oui	1181		
Non	18		
Csmalc		48.5202	0.000
Oui	809		
Non	390		
Csmcig		67.4805	0.000
Oui	713		
Non	486		
Freqboitnuit		556.4671	0.000
Oui	79 I		
Non	408		
Percepvuln		7.5135	0.000
Oui	240		
Non	956		
Percpgravmal		16.5501	0.000
Oui	323		
Non	876		
Prespair		67.4805	0.000
Oui	911		
Non	288		
Sexe	83.1779		0.000
M	627		
F	572		

Le tableau 31a montre que toutes les variables individuelles la connaissance du VIH/SIDA, la consommation d'alcool, la consommation des cigarettes, la fréquentation des boîtes de nuit, la perception de sa vulnérabilité, la perception de la gravité de la maladie, la pression des pairs et le sexe sont associés au multipartenarit sexuel.

Tableau 31b: Analyse bi-varié des variables individuelles multinomiales et le multipartenariat sexuel/ Test Kruskal-Wallis

Variables	Fréquence	Chi2	P-Value
Nbrefois-mois		4.138	0.2469
Une fois	522		
Plusieurs fois	318		
Je ne me souviens pas	84		
Je n'ai pas consommé le mois dernier	275		

D'après les informations du tableau ci-haut, le nombre de fois de consommation d'alcool le mois précédant l'enquête, n'est pas associé au multipartenariat.

IV.2.2.3. Non-utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel

Nous présentons dans les tableaux qui suivent, l'analyse bivariée des variables socioculturelles, socioéconomiques, institutionnelles, individuelles et psychologiques et la nonutilisation du préservatif au dernier rapport sexuel.

IV.2.2.3.I. Variables socioculturelles

Tableau 32 : Analyse bi-variée des variables socioculturelles et la non-utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel

Variables	Fréquence	Chi2	P-Value
Ethnie		425.0157	0,000
Mongo	282		
Libinza	120		
Hemba	211		
Balubakat	166		
Bena demba	246		
Bakua luntu	174		
Mileres		4.2522	0,027
Province	546		
Capitale	653		
Provres		197.4822	0,000
Equateur	240		
Haut-Katanga	306		
Kinshasa	653		
Conamipar		651.0666	0,000
Oui	210		
Non	989		
Confreqpar		597.9662	0.000
Oui	222		
Non	977		
Avparsexper		15.4078	0,000
Oui	60		
Non	1139		
Avparsexmer		240.0253	0,000
Oui	186		
Non	1013		
Surpertoit		3.3344	0.068
Oui	690		
Non	509		
Surmertoit		11.6230	0.001
Oui	902		
Non	297		
Tuteur			
Père		12.6890	0.000
Oui	534		
Non	665		
Mère		48.7870	0.000

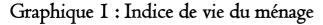
Oui	251		
Non	948		
Grands-parents		13.2663	0.000
Oui	90		
Non	1.109		
Connaissances		17.4224	0.000
Oui	102		
Non	1.097		

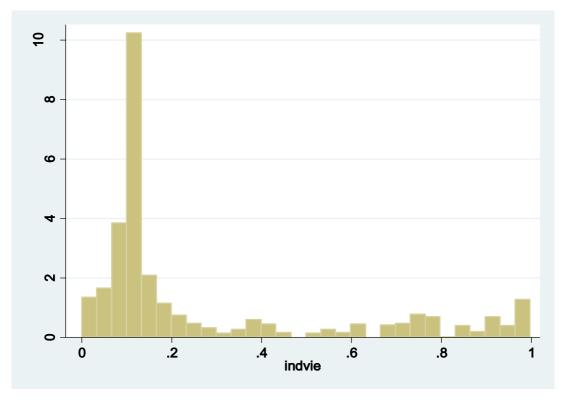
Les résultats de l'analyse bi-variée associant la nonutilisation du préservatif aux derniers rapports sexuels et les variables socioculturelles montrent que les variables ethnie, milieu de résidence, province de résidence, contrôle parental au travers de la connaissance des amis des enfants et de leurs fréquentations par les parents, échanges sur la sexualité avec le père, échanges sur la sexualité avec la mère, cohabitation avec le père, cohabitation avec la mère, statut social du tuteur (père, mère, grands-parents, connaissances) sont associées à la non-utilisation du préservatif aux derniers rapports sexuels.

IV.2.2.3.2. Variables socioéconomiques

Nous présentons dans les tableaux qui suivent, l'analyse bivariée des variables socioéconomiques et la non-utilisation du préservatif.

Tableau 33 : Analyse bi-variée des variables socioéconomiques et la non-utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel





On remarque l'indice de vie ne pas distribué normalement, soit la majorité des adolescents enquêtés ont un niveau de vie inférieure à la moyenne.

Comme cette variable ne pas distribué normalement, nous allons faire recours au test de Mann Whithney ou soit Kruskal Wallis.

Tableau 34: Analyse bi-variée de la variable indvie et la nonutilisation du préservatif/Test Mann Whitney

. ranksum indvie, by (nupredrapsex)

Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test

nupredrapsex	obs	rank sum	expected
0	653 540	471344 240877	389841 322380
combined	1193	712221	712221

```
unadjusted variance 35085690 adjustment for ties -109283.1 adjusted variance 34976407
```

```
Ho: indvie(nupred~x==0) = indvie(nupred~x==1) z = 13.781 Prob > |z| = 0.0000
```

A partir de ces résultats, nous pouvons conclure que les adolescents qui utilisent le préservatif sont plus d'un niveau de vie supérieure que ceux qui ne l'utilisent pas.

En associant la non-utilisation du préservatif aux derniers rapports sexuels et la variable économique (niveau de vie du ménage), les résultats de l'analyse bi-variée montrent que cette variable est associée à la non-utilisation du préservatif aux derniers rapports sexuels.

IV.2.2.3.3. Variables institutionnelles

Nous présentons dans le tableau 35, l'analyse bi-variée des variables institutionnelles et la non-utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel.

Tableau 35 : Analyse bi-variée des variables institutionnelles et la non-utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel

Variables	Fréquence	Chi2	P-Value
Edsexecol		293.8059	0.000
Oui	335		
Non	864		
Expmed		291.6028	0.000
Freqexrad			
Pas du tout	320		
Moins d'une fois/semaine	250		
Au moins une fois/semaine	280		
Chaque jour	349		
Freqextv			
Pas du tout	700		
Moins d'une fois/semaine	50		
Au moins une fois/semaine	90		
Chaque jour	359		
Freqssr		4.110	0.224
Oui	49		
Non	1.150		

En associant les variables institutionnels et la non-utilisation du préservatif, les résultats montrent que, le suivi du cours institutionnel d'éducation sexuelle et l'exposition aux médias sont associés à la non-utilisation du préservatif.

IV.2.2.3.4. Variables individuelles et psychologiques

Nous présentons dans le tableau qui suit, l'analyse bi-variée des variables individuelles et psychologiques et la non-utilisation du préservatif.

Tableau 36 : Analyse bi-varié des variables individuelles comme psychologiques et la non-utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel

Variables	Fréquence	Chi2	P-Value
Convihsida		82.0261	0.000
Oui	1181		
Non	18		
Csmalc		112.6116	0.000
Oui	809		
Non	390		
Csmcig		91.4451	0.000
Oui	713		
Non	486		
Freqboitnuit		131.9208	0.000
Oui	791		
Non	408		
Percepvuln		193.5867	0.000
Oui	240		
Non	956		
Percpgravmal		186.5839	0.000
Oui	323		
Non	876		
Prespair		282.5754	0.000
Oui	911		
Non	288		
Sexe		49.2467	0.000
M	627		
F	527		

En associant les variables individuelles et psycologiques et la non-utilisation du préservatif, les résultats du tableau 34, montrent que, la connaissance du VIH/SIDA, la consommation de l'alcool, la consommation de la cigarette, la fréquentation des boîtes de nuit, la perception de sa propre vulnérabilité, la preception de la gravité de la maladie, la pression de pairs et le sexe sont associés à la non-utilisation du préservatif.

IV.2.3. Présentation des résultats de l'analyse multivariée : Comportements sexuels à risque des adolescents

Dans ce point, nous présentons les résultats du modèle probit sur les déterminants des comportements sexuels à risque des adolescents. Trois modèles sont présentés pour les trois types des comportements sexuels à risque des adolescents (précocité des rapports sexuels, le multipartenariat sexuel au cours des douze derniers mois et na non-utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel).

IV.2.3.I. Présentation des résultats du modèle probit : précocité des rapports sexuels

Tableau 37 : Résultats du modèle probit/ Precosex

Probit	Nombre d'observations = 1193			
		Wald chi2(36) = 562		
		Prob	=0,000	
		Pseu	do R2	=0,7008
Precosex	DF/dx	Coeff	Z	Prob
Sexe(M)	0074346	5085425	-3.25	0.001***
Kin(Prov)	.007691	.6422804	2.77	0.006*
Age(I3)				
I4 ans	6327153	-3.102914	-8.90	0.000***
I5 ans	2325119	-1.995074	-5.29	0.000***
I6 ans	0357937	9386751	-3.43	0.001***
I7 ans	.007701	1.320097	4.58	0.000***
I8 ans	.0070999	.8678015	2.91	0.004***
I9 ans	.0099463	1.314828	3.46	0.001***
Ethnie(NG)				
MO	.019107	1.351015	4.42	0.000***
BH	0018509	1186319	-0.55	0.585
BK	0066735	3416922	-1.40	0.161
BD	0231802	8151362	-2.84	0.005**
BL	2253111	2.200562	-5.88	0.000***
Nivinstr (Sup)				
Primaire	.0086728	.6843724	1.86	0.062*
Secondaire	.0070993	1.23782	3.23	0.001***
Aucune	.0062758	.8207372	2.27	0.023**
Religion(Cath)				
Protestante	.0189583	2.273478	4.97	0.000***
Réveil	.0020874	.176573	0.66	0.511
Musulmane	.0069758	3.129588	4.57	0.000***
Tuteur(Père)				
Mère	.0236093	2.852276	6.50	0.000***
Gdsparents	.0054712	.8436307	2.55	0.011**
Connaissances	.0065092	1.245596	4.57	0.000***
Occuptut(Enseig)				
Policier	.0054926	.9901269	3.29	0.001***
Cçant	.0060393	.3316576	1.61	0.108
Surpertoit	.1716973	3.657086	8.07	0.000***
Avparsexper	.0193908	1.371088	3.22	0.001***

Sumertoit	0222936	-1.546605	-4.09	0.000***
Avparsexmer	0205538	-1.453321	-3.36	0.001***
Freqboitnuit	.0472169	1.39258	4.52	0.000***
Csmcig	.0255564	I.094892	3.88	0.000***
Indvie	0010553	-2.625747	-0.23	0.820

***Significatif à 1%, **Significatif à 5% et *Significatif à 10%

Les résultats indiquent que de toutes les variables statistiquement associées à la variable dépendante (précocité des rapports sexuels), le sexe (masculin), l'âge (14 ans, 15 ans et 16 ans), l'ethnie (bena demba -Kuba et bakua luntu), le tuteur père, la cohabitation avec la mère et les échanges sur la sexualité avec la mère, réduisent la probabilité d'entrée précoce dans la vie sexuelle chez les adolescents car ils ont un effet négatif.

Par contre, le signe positif associé au milieu de résidence (kin), à l'âge (17 ans, 18 ans et 19 ans), à l'ethnie mongo, au niveau d'instruction (primaire, secondaire et aucune), à la religion (catholique, protestante et musulmane), au tuteur (mère, grandsparents et connaissances), à l'occupation du tuteur policier, la cohabitaion avec le père, aux échanges sur la avec le père, à la fréquentation des boîtes de nuit et à la consommation de la cigarette, augmentent la probabilité d'entrée précoce dans la vie sexuelle par les adolescents.

IV.2.3.2. Présentation des résultats du modèle Logit ordonné/ Multipartenariat sexuel au cours des douze derniers mois précédant l'enquête

Nous présentons dans le tableau 38, les résultats du modèle Logit ordonné pour le multiprtenariat sexuel au cours de douze derniers mois précédant l'enquête.

Tableau 38 : Résultats du modèle Logit ordonné/ Multisex

Logit Ordo.		Nombre d'ob	servations	=1193
_		Wald chi2(36)	= 874.62
		Prob>chi2	2	= 0,0000
		Pseudo R2	2	= 0,4430
Multisex	Coeff	Z		Prob
Sexe(M)	-1.216382	-7.63		0.000***
Kin(Prov)	.0906782	0.52		0.601
Age(I3)				
I4 ans	1.744031	-5.74	-	0.000***
I5 ans	-2.30036	-7.04		0.000***
I6 ans	.3121358	1.22		0.221
I7 ans	2773158	-0.95		0.343
I8 ans	2728828	-1.17		0.241
19 ans	-4.661294	-7.51		0.000***
Ethnie(NG)				
MO	1.190189	8.16		0.000***
ВН	.560689	2.71		0.007**
BK	.6899521	2.96		0.003***
BD	1.040275	4.97		0.000***
BL	-8.999685	-3.71		0.000***
Nivinstr (Sup)				
Primaire	.1283062	0.30		0.761
Secondaire	.4818884	1.01		0.312
Aucune	.0062758	1.22		0.221
Religion(Cath)				
Protestante	.7920178	3.07		0.002***
Réveil	.050418	0.20		0.838
Musulmane	.6810639	1.70		0.090*
Tuteur (Père)				
Mère	1.001659	3.27		0.001***
Gdsparents	.4363357	1.33		0.182
Connaissances	2.051166	6.08		0.000***
Occuptut (Enseig)				
Policier	-I .3826	-6.21		0.000***
Cçant	1701994	-0.77		0.441
Surpertoit	-5192585	-1.43		0.154
Avparsexper	-0.674226	-0.33		0.744
Sumertoit	5650556	-2.46		0.014**
Avparsexmer	3945546	-2.80		0.005***
Freqboitnuit	2.051195	6.28		0.000***
Csmcig	2.295855	6.46		0.000***
Indvie	-1.334185	-4.74		0.000***

***Significatif à 1%, **Significatif à 5% et *Significatif à 10%

Les résultats du modèle logit ordonné renseignent que les variables suivantes réduisent la probabilité pour un adolescent de recourir à un partenaire de plus. Il s'agit du sexe (M), de l'âge (14, 15 et 19 ans), de l'ethnie bakua luntu, du tuteur (père), de l'occupation du tuteur policier, de la cohabitation avec la mère, des échanges sur la sexualité avec la mère et du niveau de vie du ménage.

Par contre, les variables ethnie (mongo, ba hemba, baluba kat, bena demba précisement ba kuba), niveau d'instruction (tous), tuteur (mère, grands-parents et connaissances), échanges sur la sexualité avec le père augmentent la probabilité des adolescents de recourir à un partenaire de plus.

IV.2.3.3. Présentation des résultats du modèle probit : Nonutilisation du préservatif au dernier rapport sexuel

Nous présentons dans le tableau 39, les résultats du modèle probit de la non-utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel.

Tableau 39 : Résultats du modèle probit/ Nupredrapsex

			1 11 1	
Probit				vations = 1193
			d chi2(35)	= 2856.2
			ob>chi2	= 0,000
			udo R2	= 0,5106
Nupredrapsex	DF/dx	Coeff	Z	Prob
Sexe(M)	0991825	260693	-2.35	0.019
Kin(Prov)	.1483827	.3987343	3.04	0.002
Age(I3)				
I4 ans	0189723	049387	-0.27	0.791
15 ans	1321935	3374894	-1.95	0.052
I6 ans	.0448644	.1192147	0.77	0.443
I7 ans	4736215	-1.32262	-6.38	0.000***
I8 ans	-0925104	238255	-1.70	0.089
19 ans	009946	365234	-1.26	0.208
Ethnie(NG)				
MO	2.72820	6.002547	19.80	0.000***
BH	.7592839	4.178077	17.26	0.000***
BK	.6930085	4.039706	16.02	0.000***
BD	.8019977	4.272774	13.83	0.000***
BL	.6724173	3.325831	10.40	0.000***
Nivinstr (Sup)				
Primaire	3828936	-1.01403	-3.74	0.000***
Secondaire	4316549	-1.15459	-4.07	0.001***
Aucune	2637667	674552	-2.51	0.012**
Religion(Cath)				
Protestante	.3081978	.9201549	0.67	0.000***
Réveil	.046794	.1245743	7.47	0.506
Musulmane	.04179613	2.287406		0.000***
Tuteur(Père)				
Mère	.4074357	1.342356	5.12	0.000***
Gdsparents	.3177814	1.08398	4. 8I	0.0000***
Connaissances	.4137664	1.75356	7.53	0.000***
Occuptut(Enseig)				
Policier	0307288	0796604	-0.33	0.740
Cçant	006971	0182078	-0.11	0.910
Surpertoit	1867182	4896775	-2.18	0.029**
Avparsexper	1596307	4177961	-2.08	0.038**
Sumertoit	.0819496	.2132583	0.89	0.372
Avparsexmer	1175629	3077381	-2.57	0.010
Freqboitnuit	.5290483	1.444352	6.88	0.000***
Prespair	.98999	30.287	7.30	0.000***
Csmcig	1654424	4421689	-2.40	0.016*
Indvie	6040467	-3.50350I	-5.27	0.000
THANK	-,004040/	-3.303301	-5.47	J.000

^{***}Significatif à 1%, **Significatif à 5% et *Significatif à 10%

Les résultats du modèle Probit concernant la nonutilisation du préservatif au dernier rapport sexuel renseignent que les variables suivantes augmentent la propension de non-utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel. Ce sont le milieu de résidence (Kinshasa), l'ethnie (mongo, bahemba, Balubakat, bena demba, Bakua luntu), la religion (catholique, protestante, musulmane), le tuteur (père, mère, grands-parents et connaissances), la fréquentation des boîtes de nuit et la pression des pairs.

Par contre, les variables suivantes réduisent la propension de non-utilisation du préservatif au dernier rapport sexue. Il s'agit du sexe (M), de l'âge (15 ans, 17 ans, 18 ans), du niveau d'instruction (primaire, secondaire et aucune), le suivi du cours institutionnel d'éducation sexuelle, la cohabitation avec le père, les échanges sur la sexualité avec le père, les échanges sur la sexualité avec la mère, la consommation de la cigarette et le niveau de vie du ménage.

IV.3. Présentation du modèle de marketing social pour lutter contre les comportements sexuels à risque des adolescents

L'éducation protège la santé et retarde l'activité sexuelle. Des nombreux adolescents deviennent sexuellement actifs sans avoir obtenu une éducation sexuelle quelconque. Or, ce manque d'information les expose au risque de grossesses non planifiées et des IST/VIH/SIDA.

L'éducation sexuelle peut donc aider les adolescents à éviter des tels problèmes et à améliorer leur santé reproductive à l'avenir. Plusieurs études ont démontré qu'elle peut effectivement aider à repousser le début des premiers rapports sexuels chez les adolescents et encourager ceux qui sont déjà sexuellement actifs, à utiliser régulièrement des moyens de contraception et de protection contre les IST/VIH/SIDA (Nsakala et al. 2014; Miangotar, 2010; Santelli et al., 2006).

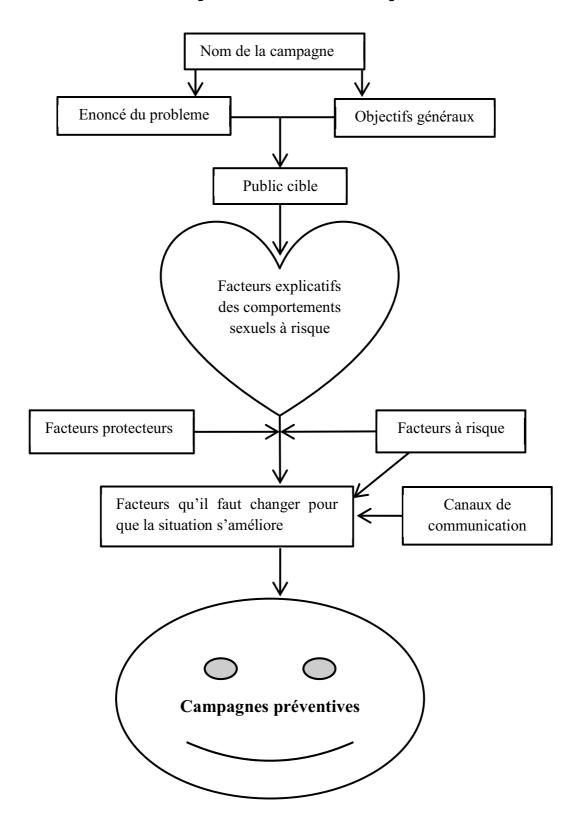
Ainsi, à l'issu des résultats très alarmants de notre recherche en ce qui concerne les comportements sexuels à risque des adolescents, un modèle de marketing social est proposé au travers du programme « Programme de Prévention des IST/VIH/SIDA par les Pairs » en sigle « 3XP » pour aider les adolescents à retarder leur âge aux premiers rapports sexuels et à utiliser systématiquement le préservatif à chaque rapport sexuel.

Sur ce, la plupart des interventions sur la promotion de la santé des adolescents en RDC sont plus orientées vers l'acquisition des connaissances que celles des compétences individuelles à travers les approches IEC (Information, Education et Communication) et CCC (Communication pour le Changement de Comportement). Mais, leurs résultats sont peu encourageants, a fait remarquer Nsakala (2014). En guise de remède, nous optons pour la charte d'Ottawa (1986) qui privilégie une action fondée sur les déterminants de la santé et exige l'action concrète impliquant tous les intervenants : les gouvernements, le secteur de la santé, les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias (OMS. Charte d'Ottawa, 1986).

En d'autres termes, il est nécessaire de connaître, au préalable, les déterminants des comportements sexuels à risque des adolescents afin de mettre en place des programmes issus des motivations réelles de ces comportements.

Concrètement, pour concevoir notre modèle de marketing social, nous sommes partis du plan ci-après :

Figure 24: Plan de marketing social d'identification des déterminants des comportements sexuels à risque



Par ce schéma, nous renseignons que pour faire des campagnes préventives des comportements sexuels à risque des adolescents, il faudrait d'abord nominer la campagne c'est-à-dire lui donner un nom attractif, ensuite, énoncer le problème pour lequel on veut lancer la campagne en précisant les objectifs poursuivis et déterminer le public cible (phase préparatoire). Mener des enquêtes de terrain pour distinguer les vrais déterminants des comportements sexuels, des facteurs protecteurs, choisir lea canaux de communication, se focaliser sur les facteurs qu'il faut changer pour que la situation s'améliore et enfin, concevoir une campagne préventive qui fera l'objet d'une évaluation, après son lancement, en fonction des objectifs du départ.

IV.3.I. Présentation des déterminants des comportements sexuels à risque des adolescents selon leur poids dans l'explication du phénomène

En partant des résultats obtenus au niveau qualitatif et quantitatif, nous présentons dans ce point les différents déterminants des comportements sexuels à risque des adolescents selon deux indicateurs : précosex et nupredrapsex.

Ces variables sont classées selon leur poids dans l'explication des comportements sexuels à risque des adolescents.

IV.3.I.I. Présentation des déterminants de la Precosex

Tableau 40: Déterminants de la Precosex

Nom: Plus j'attends, plus j'assu	re
Enoncé du problème: De plus en plus les	Objectif: Augmenter le taux des adolescents
adolescents entrent tôt dans la vie sexuelle	qui retardent leurs premiers rapports
	sexuelsjusqu'à 18 ans
Facteurs explicatif	s de la Precosex
Facteurs protecteurs	Facteurs à risque
 Edsexecol (Volet qualitatif) 	 Prespair (Volet qualitatif)
• Age (I4 ans)	Freqboitnuit
• Age (16 ans)	• Csmcig
• Age (I5 ans)	• Tuteur mère
• Ethnie (bena demba)	 Avparseper
Ethnie (bakua luntu)	Ethnie mongo
• Surmertoit	Religion protestante
Avparsexmer	Surpertoit
• Tuteur père	Religion catholique
• Sexe	• Age (19 ans)
	Nivinst (primaire)
	Nivinst (secondaire)
	• Age (17 ans)
	• Age (18 ans)
	Mileres (Kin)
	Nivinst (aucune)
	Religion musulmane
	• Tuteur (connaissances)
	Tuteur grands parents
	Occupation tuteur (policier)

Facteurs qu'il faut changer pour que la situation s'améliore

• Les dix-huit (18) facteurs à risque

Publics cibles

- Les adolescents
- Les autorités locales, gouvernementales, religieuses et scolaires
- Les parents des adolescents

Objectis mésurables

•Dans un an, 75% des adolescents des villes de Mbandaka, Lubumbashi et Kinshasa auront participé à une activité renforçant la capacité du retardement des premiers rapports sexuels

Canaux de communication

- Pairs éducateurs
- Réseaux sociaux
- Bouche à oreille
- Télévision
- Radio
- Street marketing
- Téléphone (numéro vert : parole d'ado)

Supports communicationnels

- Plaquette pour adolescents
- Bracelets et T-Shirts
- Dépliants

- Dans deux ans, 55% des parents de ces derniers auront initiés le dialogue parent-adolescent sur la sexualité
- Autocollants sur les véhicules
- Emissions téléphoniques

Positionnement

Mise en place de 4P

Campagne préventive

« Programme de prévention des IST/VIH/SIDA par les pairs », (3XP)

Le déficit d'éducation et de communication en matière de sexualité avec les parents et l'absence du cours institutionnel d'éducation sexuelle sont au centre de la précosex. Par conséquent, les pairs deviennent les premiers éducateurs de leurs amis adolescents en la matière de sexualité.

IV.3.I.2. Présentation des déterminants de la Nupredrapsex

Tableau 41 : Déterminants de la Nupredrapsex

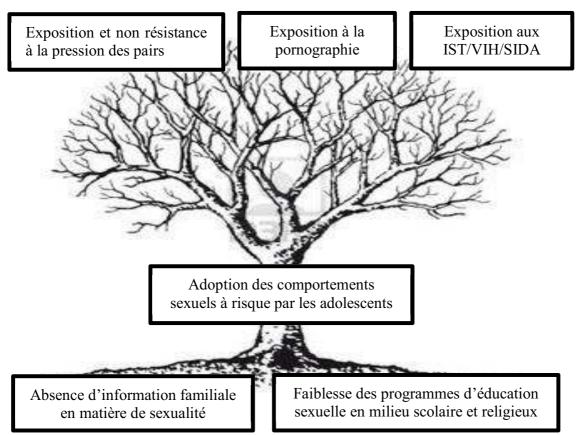
Nom: Love me, capote me		
Enoncé du problème: De plus en plus les	Objectif au niveau : Augmenter l'utilisation	
adolescents sexuellement ne protègent pas leurs	systématique des préservatifs à chaque	
rapports sexuels	rapport sexuel occasionnel ou avec	
	partenaire régulier de moins 50% à 50%	
	dans les trois années à venir	
Facteurs explicatifs de la	ı • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	
Facteurs protecteurs	Facteurs à risque	
• Sexe (M)	• Prespair	
• Age (18 ans)	• Ethnie (Mo)	
 Edsexecol 	• Ethnie (Db)	
 Indvie 	• Ethnie (Hb)	
• Age (I7 ans)	• Ethnie (Lk)	
 Nivinstrui (secondaire) 	• Ethnie (Bl)	
 Nivinstrui (primaire) 	Fréqboitnuit	
 Sans niveau 	Religion (musulmane)	
 Surpertoit 	• Tuteur (père)	
 Csmcig 	Tuteur (connaissance)	
 Avpaesexper 	• Tuteur (mère)	
 Age (15 ans) Tuteurs (grands-parents) 		
 Avparsexmer 	Religion (protestante)	
	Religion (catholique)	
	• Milers	
Facteurs qu'il faut changer pou	ır que la situation s'améliore	
 Les dix-huit (15) facteurs à risque 		
Publics cibles	Canaux de communication	
• Les adolescents	Pairs éducateurs	
• Les autorités locales, religieuses et	Réseaux sociaux	
scolaires	Bouche à oreille	
• Les parents des adolescents	Télévision	
	• Radio	
	Street marketing	
	Supports communicationnels	
	Plaquette pour adolescents	
	Bracelets et T-Shirts	
	Dépliants	
	Autocollants sur les véhicules	
	Emissions téléphoniques	
Postionn	1 1	
Mise en pla		

Campagnes préventives

Le déficit d'éducation et de communication en matière de sexualité est au centre de la Nupredrapsex et la pression des pairs en constitue le premier facteur de risque.

Partant des tableaux ci-haut présentés, nous proposons un arbre à problème avant de présenter notre modèle de marketing social.

Image 9: Arbre à problème des déterminants des comportements sexuels à risque des adolescents



L'arbre à problème est un outil qui permet de schématiser et d'analyser une situation problématique. Il analyse les causes (racines de l'arbre) et les conséquences (feuilles de l'arbre) du problème (centre de l'arbre) afin de localiser là où il faut agir. En d'autres termes, c'est une méthode visuelle qui mène à une cartographie structurée des relations de cause à effet entre les problèmes pour aider à la mise au point du plan de plaidoyer (Atelier, 2016)

IV.3.2. Modèle de marketing social pour la prévention des comportements sexuels à risque des adolescents.

Objectif: Diminuer l'incidence des IST/VIH/SIDA chez les adolescents par le report de la première expérience sexuelle ou par l'utilisation systématique du préservatif par ceux qui sont sexuellement actifs.

Cible: Adolescents de 10-19 ans et parents des adolescents

Segments : Adolescents non-initiés sexuellement et ceux qui sont sexuellement actifs

Freins: Pression des pairs, démission des parents de leur rôle d'éducateur privilegié en matière de sexualité et pauvreté des programmes d'éducation sexuelle en milieu scolaire et religieux

Concurrence : Environnement socioéconomique, institutionnel et culturel

Positionnement du programme :

- Oter la marginalisation et l'isolement des adolescents qui ont fait le choix de s'abstenir, normaliser l'utilisation du préservatif et montrer l'utilité de l'abstinence ou du préservatif pour se protéger des IST/VIH/SIDA.
- Encourager les parents à initier le dialogue avec leurs enfants adolescents sur la sexualité en partant des occasions de la vie (transformation du corps, un film, un événement, etc.) et des métaphores.

Mise en place de 4 P

Produit: Préservatif

Prix: Prix faible (car revenu faible), éviter la gratuité car elle évoque la mauvaise qualité

Place (accessibilité au produit): Vente des préservatifs dans des maisons closes, boîtes de nuit, bars, salons de beauté, commerce accessible et bien spécifique pour les adolescents

Promotion (communication): Au travers divers outils de communication, événementiels, etc.

Evaluation : Elle sera faite après le programme pour savoir : le % des adolescents atteint par la sensibilisation, le % des adolescents atteint par les parts de marché des préservatifs des lieux spécifiques, le % des adolescents qui ont retardé leur premier rapport sexuel.

I. Présentation du Programme de Prévention des IST/VIH/SIDA par les Pairs « 3XP »

Les objectifs du programme, ses activités et ses structures de mise en œuvre sont autant d'éléments qui peuvent orienter les résultats attendus (Ansoumane Yassima Camara, 2010). Ainsi, nous allons présentater une description détaillée du programme « 3XP ». Ses différentes stratégies et sa mise en œuvre. Avant d'y arriver, il est important de fixer les lecteurs sur les pairs et le pourquoi de leur présence dans ce programme.

Les pairs demeurent les principaux éducateurs en matière d'informations sexuelles selon nos résultats. De ce fait, il semble plausible de travailler aussi avec eux pour inverser le sens d'informations qu'ils véhiculent et leur capacité de conduire à l'adoption des comportements sexuels à risque.

Par « pair », on entend toute personne d'un niveau égal à une autre, appartenant au même groupe social, en particulier de par l'âge, le grade ou la situation.

D'ailleurs, l'Onusida (2000) renseigne que l'éducation par les pairs est un concept populaire qui suppose une approche de communication, une méthodologie, une philosophie et une stratégie. Elle correspond à la mise en œuvre des moyens propres pour assurer le développement et la formation d'une personne. Elle suppose, en général, la mise à contribution de membres d'un groupe donné, chargés de susciter un changement chez d'autres membres de ce même groupe.

Dans cet ordre d'idée, l'éducation par les pairs sert souvent à susciter un changement au niveau individuel en tentant de modifier ses connaissances, ses attitudes, ses croyances ou ses comportements. Toutefois, elle peut également générer un changement au niveau d'un groupe ou d'une société, en modifiant les normes et en suscitant une action collective aboutissant à des changements de programmes et des politiques (Onusida, 2000).

Tout compte fait, pour la conception de notre programme, nous nous sommes inspirées du Programme Express Protection (PEP) développé en 1987 dans une petite école secondaire multi-ethnique de Montéregie au Québec (région du sud de Montréal). Ce programme qui était appliqué seulement au niveau scolaire secondaire visait à diminuer l'incidence des maladies transmissibles sexuellement (MST) et le Sida chez les élèves en milieu secondaire par le report de la première relation sexuelle ou encore par l'utilisation du condom lorsque les élèves sont actifs sexuellement.

Notre programme « 3XP » s'impregne de cet objectif. Il vise donc à réduire l'incidence des IST/VIH/SIDA chez les adolescents en milieu scolaire et extrascolaire par le report du premier rapport sexuel ou encore par l'utilisation systématique du préservatif pour ceux qui sont déjà sexuellement actifs par les campagnes : « Plus j'attends, plus j'assure » et « love me, capote me ».

Nos résultats de recherche ont révélé que le déficit éducationnel et communicationnel, en matière de sexualité en famille et en institutions scolaires est au centre des comportements sexuels à risque chez les adolescents et les pairs restent les premiers éducateurs en cette matière.

Pour la mise en place de ce programme, les activités éducatives devront être conçues et exploitées avec les adolescents à recruter dans les écoles, le mouvement de scouts, les églises et autres mouvements des jeunes pour qu'ils deviennent les ambassadeurs du « comité des jeunes investis », en sigle « CJI ».

Celui-ci aura pour tâche la préparation des vidéos, des jeux, des affiches, des slogans, des sketches, etc., en collaboration avec la structure Mabota ou famille de l'église Catholique pour faire intervenir les parents et autres structures des parents au sein des églises, le service de l'éducation à la vie (SCEV) chargés du cours d'éducation à la vie (format formelle), les programmes pastoraux au sein des associations des jeunes (format de l'éducation non formelle), les leaders communautaires, religieux et les enseignants au travers du comité « je m'investis » en sigle « JI ».

L'éducation par les pairs en tant que stratégie pour le changement de comportement s'appuie sur plusieurs théories comportementales bien connues (Onusida, 2000). Mais, en ce qui nous concerne, les activités éducatives seront basées sur la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1985; 1991) qui est une extension de la théorie de l'action raisonnée (Fishbein & Ajzen, 1975). Ce nouveau modèle provient de restriction comportements sur lesquels les individus n'avaient qu'un contrôle partiel. Selon lui, la perception du contrôle sur le comportement se réfère aux ressources dont dispose l'individu, à ses propres capacités, aux opportunités disponibles ainsi qu'à la perception de l'importance d'arriver à accomplir les résultats. Il part du principe que trois variables (l'attitude, les normes subjectives et la perception du contrôle) influencent directement les intentions d'effecteur un comportement, cette intention influence à son tour le comportement.

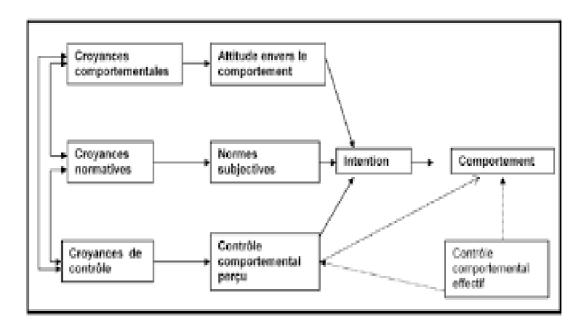


Figure 25: Théorie de l'action planifiée

Source : Théorie de l'action planifiée traduit du schéma de Dillon et Morris (1996)

Selon cette théorie, trois sources d'influence déterminent l'intention d'adopter un comportement donné à savoir : l'attitude, la perception de contrôle sur le comportement et la norme subjective.

L'attitude se verbalise comme suit : plus l'adolescent croit que le report de la première expérience sexuelle ou utiliser à chaque rapport sexuel le préservatif entrainent des conséquences non fâcheuses, plus il aura une attitude positive face à ce comportement.

Partant de cette relation, le CJI présentera les avantages du report à plus tard du premier rapport sexuel ou l'utilisation du préservatif. Il commentera donc, d'une part, le report du premier rapport sexuel comme un choix valable et responsable qui permet aux partenaires de se respecter mutuellement et de s'aimer à leur rythme et d'autre part, l'utilisation du préservatif comme un choix valable et responsable qui permet de donner du plaisir par une

sexualité sans crainte de grossesse et de se protéger des IST/VIH/SIDA.

La distribution des « cartes rouges » est envisagée pour les adolescents qui ne s'abstiennent pas afin de les aider à dire « stop ou non » aux sollicitations sexuelles, comme ce fut le cas de la campagne « c'est mon choix » de PSI (2007) au Madagascar.

La perception de contrôle sur le comportement se verbalise comme suit : plus l'adolescent se sent en mesure de surmonter les freins et les obstacles qui rendent difficile le report du premier rapport sexuel ou l'utilisation du préservatif, plus il aura une perception de contrôle sur le comportement en question.

Sous cette condition, le CJI préparera des moments de discussion sur les obstacles liés au report du premier rapport sexuel , l'isolement avec son partenaire ou quelqu'un (e) de sexe opposé dans les boites de nuits, bars, kuzu, maisons closes ou autres endroits romantiques, la consommation de l'alcool et de la drogue, subir la pression du pair ou du partenaire, etc., et les obstacles liés à l'utilisation du préservatif seront aussi discutés entre autres : le manque d'autonomisation et de décision de la fille par peur de perdre son partenaire, l'incapacité de négocier un préservatif, la réduction du plaisir sexuel, les préjugés liés à l'achat du préservatif, sa non-utilisation sous effets des excitants et alcool, etc).

La norme subjective se verbalise comme suit : plus l'adolescent croit que les personnes significatives sont en accord avec le fait qu'il reporte le premier rapport sexuel à plus tard ou qu'il utilise le préservatif à chaque rapport sexuel, plus il valorisera la norme sociale perçue relative à ces comportements.

Considérant cette relation, le CJI présentera le report du premier rapport sexuel et l'utilisation du préservatif comme des choix valables pour les adolescents et valorisés par ces derniers.

2. Stratégies de mise en œuvre des activités du programme

Les activités éducatives seront mises en œuvre en deux phases : la pré-intervention et l'intervention proprement dite.

Durant la première phase, des rencontres seront organisées avec les autorités religieuses, administratives, politiques et organismes internationales pour présenter le programme. Toujours durant cette phase, le programme sera soumis à la commission éthique de l'Université Protestante au Congo pour approbation.

C'est après l'approbation de la commission éthique, que la deuxième phase sera mise en œuvre. Mais avant cette intervention effective, un pré-test sera effectué dans les écoles conventionnées durant l'année scolaire suivante pour les adolescents scolarisés et dans les églises et lieux de loisirs pour les non scolarisés. Il est destiné à recueillir des remarques et suggestions auprès des bénéficiaires, des parents, des leaders religieux, des autorités politiques et administratives, d'une part, et à former les pairs éducateurs, d'autre part.

Le programme prévoit la formation de seize ambassadeurs 16 à 19 ans à raison de quatre par district à Kinshasa (lieu de la phase de pré-test), en milieu scolaire et extrascolaire et de deux sexes. Cette formation de 20 heures leur être dispensée pour les adolescents scolarisés après les heures de classe par un membre de la SCEV et un corps médical (format formel), pour les adolescents non scolarisés, au sein des églises au travers des programmes pastoraux (format informel) après les cultes par la même équipe. Les ambassadeurs seront sélectionnés par le comité JI et un guide de formation spécifique est envisagé pour leur formation.

Plusieurs thèmes feront l'objet de la formation :

I. Du côté des adolescents, les pairs recevront une formation sur : « les pressions, comment s'y prendre ? », « les infections sexuellement transmissibles », « l'utilisation du préservatif » et « les avantages de reporter à plus tard sa première expérience sexuelle ». 2. Du côté du JI, les formateurs formeront sur : « être parents de l'adolescent, comment s'y prendre ? », « comment inciter un dialogue parent-adolescent sur la sexualité ? », « église et sexualité des adolescents ».

Au niveau du format formel, deux points dans le cours d'éducation à la vie seront attribués aux ambassadeurs et une prime de I0 dollars aux intervenants du milieu extrascolaire pour les encourager à mener à bien le programme et permettre sa réussite. Chaque ambassadeur portera à son bras un emblème d'identification auprès des pairs.

Après la formation, chaque groupe d'ambassadeurs, par district, préparera, en tenant compte de critères d'anonymat et de respect à autrui une présentation à l'aide des vidéos, théâtres et sketches. Les différentes présentations seront produites dans les écoles, églises et dans les mouvements des jeunes auxquels ils appartiennent. A ces occasions, les ambassadeurs donneront leur position claire sur le report de la première expérience sexuelle et l'utilisation du préservati. Leurs messages devront montrer aux autres adolescents que ces choix sont importants et socialement acceptables par la société toute entière.

Dans les écoles, les moments des cours d'éducation à la vie (pour toutes les options) et de biologie (pour certaines options) seront aussi sollicités pour permettre aux ambassadeurs de passer les messages, après le briefing avec les enseignants. Hors écoles, les mouvements des jeunes dans les églises et le sport seront sollicités pour faire passer les messages. Toutes ces interventions se feront sous le contrôle de l'initiatrice du programme.

A chaque présentation, les ambassadeurs donneront des conseils aux bénéficiaires pour les aider à prendre des décisions par rapport au report de la première expérience sexuelle et à l'utilisation du préservatif. En plus, ils les orienteront vers les lieux spécifiques où ils peuvent avoir des informations sur la sexualité et la santé sexuelle et reproductive en général.

Les vidéos seront réalisées par les ambassadeurs avec l'accord des responsables des structures et des bénéficaires. A usage didactique, elles pourront être présentées dans les autres provinces pour l'élargissement du programme (Equateur et Haut Katanga).

Le programme prévoit aussi de monter un stand de prévention à la journée mondiale de lutte contre le Sida du premier jour du mois de décembre, à la journée internationale pour les droits des femmes du 8/03 et durant les fêtes de fin d'année organisées dans les écoles, églises et lieux de loisirs. Dans ce stand, pourra être proposé un jeu de pose de préservatif en associant un centre de dépistage volontaire. Le but de ce stand n'est pas de continuer à développer la longue réflexion autour de la sexualité et les comportements à risque mais de l'appronfondir sous une forme ludique.

Le JI organisera des groupes de parole (journée de sensibilisation et formation) avec les parents dans les écoles, églises et autres lieux pour leur permettre de mutialiser leur savoirfaire en matière d'éducation sexuelle de leurs enfants adolescents et de s'approprier les stratégies pour une ouverte communication parent-adolescent sur la sexualité.

CHAPITRE CINQUIEME

DISCUSSION ET IMPLICATIONS

des comportements sexuels à risque des adolescents (la précocité des rapports sexuels, le multipartenariat sexuel, la non-utilisation du préservatif).

Les résultats obtenus confirment une adoption des comportements sexuels à risque chez les adolescents, d'une part, et démontre aussi que ces comportements sont déterminés par des facteurs socioculturels, socioéconomiques, institutionnels et individuels comme psychologiques, d'autre part.

Dans ce chapitre, nous allons discuter les résultats de notre étude par rapport aux autres études selon trois composantes des comportements sexuels à risque : la précocité des rapports sexuels, le multipartenariat sexuel et la non-utilisation du préservatif chez les adolescents.

Pour chacune des composantes, seront comparées les données descriptives recueillies. Puis, à partir des résultats quantitatifs présentés au chapitre quatrième et des entretiens au niveau qualitatif, sera engagée une discussion sur les déterminants ou facteurs influençant les comportements sexuels à risque des adolescents. Enfin, seront présentées quelques propositions de solutions à ces problèmes.

I. Caractéristiques sociodémographiques des adolescents

Il s'agit des caractéristiques qui sont liés individuellement à l'adolescent.

I) Le sexe

L'initiation sexuelle demeure inscrite dans des normes différentes pour les filles et les garçons, celles-ci étant soumises à des contraintes sociales, familiales et culturelles que ceux-là (Maillochon. & Godeau, 2016).

Les résultats obtenus confirment ce à quoi nous nous attendions. En effet, le sexe est associé à la précocité des rapports sexuels. Concrètement, les garçons se livrent moins aux

rapports sexuels précoces. Ainsi, sont confrontées les études de Rwenge de (2010) qui renseigne que le fait d'être de sexe féminin contribue au risque d'avoir des premiers rapports sexuels de manière précoce et celle de (2013) qui montre que l'intensité de la sexualité précoce est moins élevée parmi les garçons que les filles en RDC, au Rwanda et au Sénégal . En plus, Nadeau (2017) signale que le sexe féminin joue au sextage, les filles recourent plus au sexe que les garçons. Pour Kalambayi (2007) et Luke (2003), les filles s'engagent dans la sexualité précoce pour des raisons d'ordre économique. Alors que Harrison (2008) et Mankayi (2008) pensent que les filles devaient rester vierges jusqu'au mariage et fidèles après le mariage, leur valeur étant tributaire de leur capacité de se marier et d'avoir des enfants.

Par rapport au multipartenariat sexuel, nos résultats affirment que les garçons recourent moins au multipartenariat sexuel que les filles. Ils soutiennent ceux de Rwenge (1999), Kalambayi (2007). En effet, les filles s'engagent dans le multipartenariat pour les raisons d'ordre économique comme le témoignent les propos de Flore (19 ans, Kinshasa) que nous avons interogée.

Luke (2003) a découvert que la plupart des filles entretiennent le multipartenariat afin d'augmenter leur chance d'avoir un conjoint. Mais, cette derrière raison n'a pas été évoquée dans notre étude.

Nos résultats contredisent plutôt Come et al. (2016) pour lesquels le multipartenariat sexuel était plus pratiqué par les garçons que par les filles à Bobo-Dioulasso. Pour ces auteurs, cette différence témoigne des rapports inégaux entre hommes et femmes. Elle se caractérise par des stéréotypes sexuels (masculins et féminins) produits par la société. C'est pourquoi Bergeron et al. (1985) pensent que les traditions et les représentations sociales ont favorisé une conception bipolaire des rôles sexués. L'homme doit être autonome, actif et compétitif. Alors que, l'identité

féminine se définit en fonction d'autrui et dans des qualificatifs tels que : l'affectivité, la passivité et la vulnérabilité.

Autrement dit, les sociétés africaines étaient selon les études de Rwenge (2013), plus bienveillantes envers la sexualité des hommes qu'envers celle des femmes. Au nom de cette différence dans l'activité sexuelle, les garçons doivent être bien expérimentés avant le mariage alors que les filles doivent rester vierges. Et celle de (1999) qui prouve que le fait d'être du sexe masculin influencé positivement le multipartenariat.

Ngongo Shako *et al.* (2015) s'inscrivent dans cette orientation. Ils ont donc trouvé que le sexe masculin était associé au multipartenariat sexuel à Lodja en RDC. Car, comme l'ont rapporté Simbayi *et al.* (2005) et Dahlbaback *et al.* (2006) les garçons doivent prouver leur masculinité avec des partenaires multiples, avant et après le mariage.

En ce qui concerne la non-utilisation du préservatif, nos résultats renseignent que les garçons recourent plus à l'utilisation du préservatif que les filles. Ceci va dans le même sens que les conclusions Rwenge (2013) selon lesquelles les filles étaient moins susceptibles d'avoir recours au préservatif et que les garçons du Burkina Faso détenaient le record de la plus forte fréquence du port des préservatifs.

Par contre, Ntirampeba *et al.* (2017) ont trouvé que l'utilisation du préservatif est plus faible chez les hommes et les femmes lors des rapports sexuels occasionnels. C'est-à-dire, pour ceux qui recourent au multipartenariat sexuel. Mais, le préservatif n'est pas utilisé quand il s'agit d'une liaison plus ou moins stable.

Ceci appuie nos résultats au niveau qualitatif à travers les propos d'Eben Ezer (18 ans, Lubumbashi).

Ntirampeba et al. (2017) enrichissent que les hommes adultes, en général, et infectés, en particulier, cherchent de toutes petites filles pour avoir des relations en contre partie des dons

matériels et financiers sous prétexte que le sang des jeunes purifierait le leur, c'est-à-dire que le sang sain pourrai guérir.

Pour Beltzer et Bajos (2008) et FHI (2005) les filles dont les partenaires sont plus âgés qu'elles sont victimes des rapports sexuels forcés et par conséquent, sont plus exposées à la non-utilisation du préservatif. Et aussi le fait d'être amoureux de son (sa) partenaire et celui de n'avoir pas causé avec lui (elle) sur la prévention des IST/VIH/SIDA. Ceci soutient nos résultats au niveau qualitatif comme le témoignent les propos de Pamela et de Rose (17 ans, Lubumbashi).

2) Age

L'âge d'entrée dans la sexualité marque le début de l'exposition au risque d'infection (Carael M, 1995). Plus il est bas, plus le risque d'avoir plusieurs partenaires est élevé (Aral *et al.*, 1991). D'ailleurs, Hunter et collaborateurs (1994) ont démontré qu'un âge tardif d'entrée dans la vie sexuelle active était associé à une baisse de risque d'infection.

Les résultats de notre étude montrent plutôt que l'âge est associé à la précocité des rapports sexuels, au multipartenariat spécifiquement chez les I4 et I5ans. Il est associé aussi à l'utilisation du préservatif, les adolescents de I5, I7 et I8 ans se protègent plus avec les préservatifs que les autres qui n'ont aucune signification. Ainsi, nos résultats emboitent le pas à Rwenge (2013) et Mbopi-Keou (2014) dont les études ont conclu au fait que plus de 4 personnes sur I0 avaient eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de I6 ans , la plupart des enquêtés avaient des partenaires occasionnels et avaient plus de trois partenaires.

Ceci contredit les résultats de Gueilla (2012) selon lesquels les plus grands (18 et 19 ans) étaient plus susceptibles d'avoir plusieurs partenaires sexuels et étaient aussi plus enclins à utiliser le préservatif en cas de multipartenariat sexuel que les plus jeunes. D'autre part, pour Kolembi (2005) plus l'âge augmente, plus les adolescents recourent au préservatif. Telle est notre position. Car,

nous avons pensé que plus l'âge avance, plus l'adolescent serait poussé à utiliser le préservatif.

3) Niveau d'instruction

Le niveau d'instruction augmente la probabilité de recourir à la précocité des rapports sexuels, c'est ce que renseignent nos résultats. Dane le même ordre d'idée, Rwenge (1995) cité par Kolembi (2005) pense que la scolarisation a une influence négative sur les comportements sexuels des adolescents, en écartant les enfants de leur milieu familial pendant plusieurs heures par jour. Cette absence prolongée du cadre familial diminue le contrôle physique et psychologique des parents sur leur progéniture. Et, à cela s'ajoute le fait que l'école favorise la rencontre des adolescents des sexe opposé pendant des longues heures dans un contexte isolé de contrôle Parental.

Elle expose les adolescents à la curiosité et à l'influence des camarades de classe ou amis, deux motifs mentionnés parmi les raisons des premiers rapports sexuels dans l'étude de Rwenge (2010) et repris dans les propos de Yasmine (18 ans, Kinshasa) que nous avons interogée.

Essomba (2013) s'est aussi rendu compte que les jeunes scolarisés de la ville de Douala connaissent leurs premiers rapports sexuels de façon précoce. Ceci semblait relever de la modernisation liée à l'approche socioculturelle en rapport avec l'activité sexuelle. Car cette approche se fonde sur le fait qu'on ne peut pas désocialiser l'activité sexuelle.

Toutefois, cet aspect négatif de la scolarisation est modéré par d'autres recherches pour lesquelles l'instruction augmenterait la probabilité de retarder les premiers rapports sexuels. En effet, pour Rwenge (2010), la scolarisation et l'instruction au niveau primaire ou I^{er} cycle secondaire sont associés à la précocité des rapports sexuels. Pour Gueilla (2012), l'instruction réduit la probabilité d'entrer de façon précoce dans la sexualité. Ceci confirme le rôle protecteur de l'école et la scolarisation améliore

les connaissances et pratiques des adolescents et jeunes en santé sexuelle, y compris la prévention des IST/VIH/SIDA ont souligné les études de Bidddlecom *et al.* (2008), Grant and Hallman, (2008), Marteleto *et al.* (2008) cité par Guiella (2012) et Lloyd, (2010).

En ce qui concerne le multipartenariat sexuel au cours de douze derniers mois précédant l'enquête, nos résultats renseignent que le niveau d'instruction n'influence pas positivement le multipartenariat. Ils sont confrontés par Rwenge (1999) pour qui la fréquentation scolaire n'avait aucune influence sur le multipartenariat ou sexualité occasionnelle.

Par ailleurs, pour cet auteur, la probabilité d'utiliser le préservatif est plus élevée chez les adolescents du niveau secondaire que celle de ceux du niveau inférieur, la non-scolarisation étant est un facteur de risque de non-utilisation du préservatif, Rwenge (2012). Alors que nos résultats renseignent qu'à tous les niveaux d'instruction la probabilité d'utiliser le préservatif est manifeste pour éviter les conséquences fâcheuses, comme une grossesse déclarait l'un de nos interviewés : « Les filles sont bonnes à regarder et non à garder ». De ce fait, même les sans instruction recourent au préservatif.

Dans le même ordre d'idée, Ntirampeba et al. (2017) ont constaté aussi que les sujets les plus éduqués semblent plus ouverts au port du préservatif que les sujets moins éduqués. Ceux du niveau secondaire et universitaire utilisent donc plus le préservatif que ceux du niveau primaire ou équivalent et ceux n'ayant aucun niveau.

Les mêmes résultats ont été obtenus en Côte d'Ivoire par Kocou (2015). En effet, cet auteur avait trouvé qu' en Côte d'Ivoire l'utilisation du préservatif augmentait significativement avec le niveau d'éducation. En fait, les adolescents qui n'avaient aucune formation et ceux qui avaient le niveau d'études primaires avaient moins de chance d'utiliser le préservatif que les autres.

Cependant, l'étude de Kalau (2013) n'a trouvé aucune association entre l'instruction et l'utilisation du préservatif. Enfin, pour Rwenge (1999) la fréquentation scolaire n'influence pas significativement le multipartenariat ou la sexualité occasionnelle.

4) Milieu de résidence

Nos observations ont prouvé l'influence du milieu de résidence sur la précocité des premiers rapports sexuels. En effet, les jeunes sont sexuellement précoces plus en milieu rural qu'en milieu urbain (Delaunay, 2001).

L'ouverture aux valeurs modernes à travers la scolarisation, la migration de travail, les modifications des normes en matière de sexualité sont les facteurs via lesquels l'urbanisation a influencé les comportements sexuels des jeunes garçons comme le souligne Kuaté-Défo (1998).

Paradoxalement, Battouayila (2010) a observé, chez les adolescentes du Cameroun, une absence de lien entre le lieu de résidence, le début de l'activité sexuelle et le comportement sexuel à risque. Mais, selon l'auteur, cette absence de lien pourrait refléter l'influence des changements dans les normes et pratiques qui régissent l'activité sexuelle selon le milieu des transformations de la nuptialité. Pour nous, les adolescents sont sexuellement précoce, pratiquent le multipartenariat sexuel et n'utilisent pas le préservatif quel que soit le milieu de résidence (province comme la capitale).

Toutefois, l'adoption des comportements sexuels à risque est plus prononcée chez les adolescents de Kinshasa que chez ceux de province. Cela serait dû au fait que Kinshasa est la capitale, lieu de rencontre de plusieurs cultures et mœurs comme l'a souligné Kuaté-Défo (1998).

Pour Kolembi (2005), il n'ya aucun lien entre le milieu de socialisation et l'utilisation du préservatif.

Enfin, avec l'analyse bivariée nous avons trouvé une association entre le milieu de résidence et ce comportement.

II. Les comportements sexuels à risque

I) La précocité des rapports sexuels

Plusieurs études ont montré que les individus sexuellement actifs de manière précoce sont plus susceptibles d'avoir plusieurs partenaires sexuels au cours de leur vie et par conséquent sont moins prédisposés à prévenir les risques liés à la sexualité (Rwenge, 2000; 2013; ICF, 2013; Miangotar, 2010; Mbopi- Keou *et al.*, 2014; Kalambayi, 2007).

Nos résultats que 75,40% des adolescents avaient leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de la majorité, c'est —à-dire avant d'atteindre I8 ans. Ceci prouve que les adolescents sont exposés aux éventuels risques liés aux rapports sexuels.

Ainsi, l'initiation des rapports sexuels à un âge précoce contribue à la vulnérabilité au VIH à travers l'exposition des adolescents à un plus grand nombre de partenaires sexuels et à une longue période d'activité sexuelle avant l'établissement des relations monogames à long terme (Akwara, Madise et Hinde, 2003; Bongaarts, 2007).

Sur ce, en ce qui concerne les déterminants socioculturels des comportements sexuels à risque Foucault (1984) renseigne que les comportements sexuels à risque sont déterminés par les normes et valeurs socioculturelles, Bazon (2002), Tsala (2010), Binet, (2008) soulignent encore que les comportements sexuels à risque dépendent des mœurs sexuelles et des normes sociales qui se fonde sur le fait qu'on ne peut pas désocialiser l'activité sexuelle et de considérations de celles-ci sous l'influence de l'école (Lloyd, 2010), de médias (Kwankye et Augustt, 2007) et de pairs (Yode et Legrand, 2008; Tshala, 2010) et nos résultats correspondent bien à ce postulat.

Essomba (2013) rajoute que la modernisation liée à l'approche socioculturelle en rapport avec l'activité sexuelle se fonde sur le fait qu'on ne peut pas désocialiser l'activité sexuelle. Le constat qui est fait aujourd'hui rend compte de la modernisation des comportements. De ce fait, il est constaté une distance certaine entre les valeurs traditionnelles qui incarnaient l'activité sexuelle. A cause du relâchement de ces valeurs par les nouvelles générations, catalysé par l'attitude souvent indifférente des ainés face à ces déviations, l'activité sexuelle est aujourd'hui fondée sur le plaisir individuel et non plus sur un objectif, jadis, primordial de fondement d'une famille. C'est ce facteur qui était favorable à la propagation des IST.

Ainsi dit, au niveau communautaire dans le modèle de régression logistique, la variable ethnie (Bena Demba ou Kuba et Bakua Luntu) réduit la probabilité d'une entrée précoce dans la sexualité. Ces deux ethnies sont du Kasaï central, lieu où la sexualité avant le mariage est taxée de tous les mots. Bien que les Bena Demba (Kuba) soit une ethnie aux mœurs sexuelles permissives, ses adolescents ne se livrent pas à une précocité des rapports sexuels, alors que l'ethnie Mongo reconnue dans le pays pour sa permissivité en matière sexuelle n'a pas échappé au postulat de Rwenge (2000) selon lequel les mœurs sexuelles provenant de l'origine ethnique du père était l'un de facteurs importants d'initiation sexuelle précoce.

Pour ce qui concerne la religion, notons qu'elle véhicule le modèle traditionnel de la sexualité : la chasteté avant le mariage et la fidélité dans le mariage.

Pour la plupart des grandes religions dans le monde, la sexualité avant le mariage est déconseillée et certains pays comme le Soudan, le Yémen, l'Arabie Saoudite, l'Iran, etc., l'interdisent et la sanctionnent (Noumbissie, 2014), le christianisme propose aux femmes la continence qui élèvera leur âme vers Dieu. Pour l'Islam, la virginité est une composante essentielle dans les relations entre les deux sexes. Elle symbolise la domination masculine dans les

rapports amoureux. Elle est une valeur symbolique qui résiste à la désanalisation contemporaine. L'ordre religieux et social établit une hiérarchie entre les êtres humains et l'homme est au sommet (Knibiehler, 2012). Ainsi, Mabiala babela (2008) renseigne que la pratique religieuse régulière constituait un facteur protecteur

Pour Kangah (2016) les croyances transmises par certaines religions (traditionnelles et révélées) influencent les individus ou groupes d'individus en déterminant leurs représentations et attitudes qui à leur tour influencent leurs comportements.

Ceci se confirme dans notre étude où les adeptes de la religion des noirs (I,50%) pensent que le VIH/SIDA est une maladie imaginaire des hommes blancs pour décourager l'amour, comme nous l'avons évoqué au niveau descriptif de l'étude.

Nos résultats renseignent aussi que les religions protestante, catholique et musulmane sont associées de manière positive, à la précocité des premiers rapports sexuels à l'exception de la religion révélée qui n'aucune association. Ceci rejoint les travaux de Rwenge (1999) qui a trouvé que les jeunes appartenant aux religions musulmanes et traditionnelles grandissent sans être convenablement informés sur la sexualité.

Rwenge (2013) a trouvé dans son étude que les âges médians aux premiers rapports sexuels sont plus élevés chez les garçons des pays islamisés à l'occurrence le Tchad, le Sénégal et le Mali. Alors que, pour les filles de ces pays pour qui les âges médians aux premiers rapports sexuels sont plus faibles à l'exception du Sénégal. Or dans la population musulmane, les mœurs sexuelles sont strictes et le contrôle de la sexualité des jeunes par les autorités traditionnelles est perceptible comme l'ont trouvé Rwenge (2004 a ; 2004 b ; Yana, 1995 cité par Ngo mayaka, 2014).

Par contre au Brésil, Bozon et al. (2006) ont observé qu'uniquement dans la religion pentecôtiste les jeunes hommes ont retardé leur entrée dans l'activité sexuelle. Dans d'autres études, les chercheurs ont comparé les comportements des jeunes adeptes d'une des religions existantes à ceux de leurs confrères qui ne pratiquent aucune religion. Talnan et al. (2002) ont observé que le risque d'être sexuellement actif est plus élevé chez les derniers que chez les premiers. Bozon et al. (2006) se sont intéressé à l'influence de la mobilité religieuse (transition d'une religion à une autre) ou abandon d'une religion de référence sur les comportements sexuels des jeunes. Ils ont observé que ces facteurs sont associés chez les filles à une entrée précoce dans l'activité sexuelle. Ces auteurs ont aussi observé que les filles qui ont connu une socialisation religieuse « cohérente », c'est-à-dire catholique de famille catholique, et surtout pentecôtiste de famille pentecôtiste, sont entrées plus tardivement que les autres dans l'activité sexuelle.

Muhumu et al. (2016) ont aussi trouvé dans leur étude à Bukavu (Est de la RDC) que la religion a été identifiée comme un facteur associé à l'entrée dans la vie sexuelle des filles. Cette réalité des choses a été aussi prouvée au Cameroun et au Burkina Faso par les résultats de certaines études sur les comportements sexuels précoces des filles. D'après ces résultats, la religion est un facteur associé à l'initiation sexuelle des filles (Meekers, 1992; 1994) et aussi l'étude de Kalambayi (2007) à Kinshasa montre également que la religion des enquêtés était un facteur associé à l'initiation sexuelle précoce et cette observation s'explique par la position très rigide actuelle des églises vis-à-vis de la sexualité des jeunes. Pour les dirigeants de ces églises, aborder, avec les jeunes, des questions relatives à l'initiation sexuelle précoce c'est leur permettre tacitement de se lancer dans l'activité sexuelle préconjugale (Muhumu et al., 2016).

Or, contrairement à nos attentes, la religion devrait véhiculer le modèle traditionnel de la sexualité : la chasteté avant le mariage, puis, la fidélité dans le mariage.

Au niveau familial, en ce qui concerne la cohabitation avec ses parents biologiques et la communication parent-adolescent sur la sexualité, comme Rwenge (2010) et Boisard Pépin (2010), nous avons trouvé que l'entrée en vie sexuelle se fait encore de manière plus précoce et plus exposée aux IST/VIH/SIDA parmi les enfants confiés ou appartenant à des familles non nucléaires que parmi ceux qui ont pour tuteur une personne autre que les parents biologiques que parmi ceux du chef de ménage.

Par ailleurs, les parents (tous deux) jouent un rôle important dans la formation de la personnalité de leurs enfants tel que le soutient Battouyila (2010). Car, « la vitamine de l'intelligence et de la sensibilité de l'enfant c'est la mère, la vitamine du dynamisme c'est le père » (citation de Mennie Grégoire).

Or, Bozon (2008) et Rwenge (2010) soutiennent que la communication avec la mère sur la sexualité constitue un facteur protecteur contre l'entrée précoce dans la vie sexuelle des adolescents

En effet, lorsque c'est la mère qui a seule la direction du ménage, cela augmente la probabilité d'une entrée précoce dans la sexualité par les adolescents, tel est l'un des résultats de notre enquête. Il est appuyé par les propos de Ketshia (15 ans, Mbandaka). Toutefois, contrairement à la cohabitation avec la mère, cohabiter avec le père diminue la probabilité d'une entrée précoce dans la sexualité.

Ainsi, les adolescents qui vivent avec un parent sont susceptibles d'avoir des rapports sexuels tôt pour Rwenge (2013). C'est aussi le cas pour, les orphelins et enfant vivant avec un parent célibataire selon Twa-Twa (1997) cité par Rwenge (2013).

Outre la cohabitation avec les parents (mère et/ou père), Aka Kadjo (2016) et Hein (2012) ont trouvé qu'un niveau élevé de communication parent-enfant sur la sexualité est autant associé à un retardement du premier rapport sexuel et des rapports non protégés que les valeurs socioculturelles et religieuses.

Nous y souscrivons particulièrement grâce à nos résultats. En effet, le fait d'avoir parlé de la sexualité avec le père et la mère réduise chez les adolescents, la probabilité de ne pas utiliser le préservatif comme Adeokun *et al.* (2005) l'ont découvert dans leur enquête à Bangui. Tandisque le fait de ne pas parlé de la sexualité avec le père augmente la probabilité d'entrer de manière précoce dans la sexualité. Les propos de Nathan (16 ans, Lubumbashi) le confirment.

Certes, le déficit de communication entre parents et enfants concernant la sexualité est à la base de comportemen t déviant chez les adolescents Kouassi Koffi (2018) et ne permet pas de s'informer sur les moyens de prévention des IST/VIH/SIDA (Dittus *et al.* 1999 ; Dilorio *et al.*, 1999 cités par Rwenge, 2012 ; Gueilla, 2006).

Partant de tout ce qui précède, comme Kouassi Koffi (2018), nous concluons que le déficit communicationnel entre parents et enfants en ce qui concerne la sexualité, fait des amis la première source d'information sur la sexualité. Suivent les campagnes de sensibilisation, les médias (télévision, les journaux, les revues à caractère pornographique).

En ce qui concerne le contrôle parental au niveau familial, il est associé à la précocité des rapports sexuels au niveau de l'analyse bi-variée et non multivariée. Ainsi, il ne fait ps partie du modèle à cause du problème de multicolinarité.

Cette liaison significative entre le contrôle parental et une faible probabilité chez les adolescents d'entrer précoce dans la sexualité est confirmée par les études de Gueilla (2012) et Boistard Pépin (2010) qui ont conclu que les adolescents ayant un contrôle parental efficace entrent tardivement dans la sexualité et l'effritement du contrôle parental occasionne des espaces de liberté d'entrée en sexualité des adolescents (Gueilla, 2006).

Concernant les facteurs économiques, nos résultats sont mitigés. D'une part, ils renseignent que le niveau de vie du ménage

n'est pas associé à la précocité des rapports sexuels pour ce qui est du volet quantitatif. D'autre part, au volet qualitatif, ils renseignent que la recherche de moyens de subsistances est l'un des facteurs de la précocité des rapports sexuels chez les adolescents. Les propos d'Annie (19 ans, Kinshasa) en font l'illustration.

Ce qui rejoint Battouyila (2010) et Tshala (2010) qui eux aussi ont trouvé dans leurs études que le niveau de vie n'influençait pas la précocité des rapports sexuels chez les adolescents. Ce qui est contraire à l'étude de Rwenge (2000); (2013) qui lui a trouvé un lien significatif entre le niveau de vie du ménage et la précocité des rapports sexuels.

Nos résultats renseignent aussi que le metier du tuteur a une influence sur l'entrée précoce dans la vie sexuelle. En effet, les adolescents dont le tuteur est policier se distinguent par des rapports sexuels précoces.

Pour ce qui est des facteurs institutionnels, seul le suivi du cours institutionnel d'éducation sexuelle est associée pour les adolescents d'entrer de manière précoce dans la vie sexuelle.

Les facteurs institutionnels ont été plus utilisé comme recommandations et sont restent de ce fait, les moins présentés dans la littérature empirique.

De part son importance, certains aauteurs nuancent de sa pertinence dans l'analyse des déterminants des comportements sexuels à risque des adolescents.

Rwenge (1999) ne confirma pas l'influence de cette variable sur les comportements sexuels à risque des adolescents, mais plutôt, nuance le fait que l'éducation sexuelle reçue en famille n'est pas comparable à celle reçue à l'école.

Bazon (2010) quant à lui renseigne que la généralisation de l'enseignement secondaire rend la théorie possible par les recommandations faites aux jeunes qui orientent leur vie sexuelle.

Et Yaëlle (2015) dans son étude fait voir que l'école obligatoire a contribué à la transformer les rapports des adolescents à la sexualité.

Contrairement à nos attentes, l'exposition aux médias (suivi de la télévision, écoute de la radio et lecture d'un journal) n'a pas été saisie au niveau de l'analyse multivariée à cause de problème de multicolinarité. Mais son association avec les comportements sexuels à risque a été trouvée avec l'analyse bivariée. Le fait que les adolescents passent beaucoup plus de leur temps devant leur téléphone (internet), les nouvelles technologies de l'information exerce une influence très significative sur leurs comportements sexuels. Car bien que la télévision et l'internet transmettent aux adolescents et jeunes des messages préventifs IST/VIH/SIDA, ils les exposent à des messages violents comme ceux transmis par les films pornographiques (Bandura, 1986; Zhang et al. 2008 cités par Rwenge, 2012 ; Binet et al. 2008).

Nos résultats rejoignent ceux de Rwenge (2012), Peglia, (2015), Escobar-Chaves, (2005), Debra, et al. (2008), Wolak et al. (2007), Ybara & Mitchell, (2005), Lunder et al. (2011), Sabina, et al. (2008), Peter & Valkenbeng (2008), Flood (2009), Mesch, (2009), Gagnon, (2007) et Cour (2013) selon lesquels, l'exposition des adolescents aux films pornographiques détériore les comportements préventifs en influençant le développement psycho- sexuel des jeunes. Toutefois parmi les adolescents exposés à la pornographie (Sabine et al., 2008) 73% regardent les médias sexuellement explicites sur internet et les principaux consommateurs restent les garçons. Ainsi, la pornographie suivie dans les médias est devenue pour beaucoup d'adolescents une Ière approche de la sexualité. Les propos de Kesthia (19 ans, Lubumbashi) l'explicitent.

Les expériences sexuelles en liens avec les nouveaux modes de communication (sites à caractère pornographique, l'âge du visionnaire semblent avoir un lien avec l'âge de la première expérience sexuelle (donnée du volet qualitatif que nous n'allons pas présenter dans cette étude).

Les échanges et rencontres en lignes (le fait d'avoir des conversations « érotiques » avec des personnes inconnues et des sorties avc des personnes rencontrées par internet) ont un lien avec le premier rapport sexuel qui est, pour la plupart de cas, est précoce.

La consultation fréquente des sites de rencontres a aussi un lien avec la précocité des premiers rapports sexuels, ce qui rejoint l'étude de Kraus *et al.* (2013).

Pourtant plusieurs études prouvent le contraire. Battouyila (2010) qui a trouvé un lien significatif entre les médias et les comportements sexuels à risque (précocité des rapports sexuels) par le fait que dans le monde moderne, l'éducation de la jeunesse a changé de camp pour s'orienter vers d'autres éducateurs à savoir : l'école et les médias au travers de la télévision, radio, etc, ce qui donne aux jeunes une nouvelle perception et idées qui créent aussi des changements des comportements par le fait que le père peut s'occuper de tout sauf de ce qui est essentiel pour son enfant.

Concernant les facteurs individuels et psychologiques, quatre variables ont été associées à la précocité des rapports sexuels, à savoir la connaissance des IST/VIH/SIDA, la fréquentation des boîtes de nuit, la pression des pairs et la consommation de la cigarette. Ces résultats valident ceux de l'OMS (2008), de Rwenge (2010) et de Godeau (2008) qui selon eux, l'école et les nouvelles activités récréatives (appartenance à des groupes sociaux, soirées dansantes, fréquentation des hauts lieux de perversité, etc.) éloignent les jeunes des adultes, raccourcissent le temps du contrôle parental et ne se préoccupent pas de la séparation des sexes.

L'étude américaine de Deardoff et al. (2005) démontre le lien entre la première consommation de l'alcool et le premier rapport sexuel. Ceci ressort de nos entretiens au niveau du volet

qualitatif. Que l'on évoque, à titre d'exemple les propos de Serge (17ans, Lubumbashi) et Pascal (17ans, Kinshasa).

En effet, la consommation des substances psychoactives avait une grande probabilité d'entrer précocement dans la sexualité pour Gilles Lambert (2015).

Ces comportements sexuels dépendent aussi de la pression que les groupes sociaux exercent sur les individus tel que nous l'avons prouvé dans notre étude et corroboré par l'étude de Tshala (2010) et celle de Yode et Legrand (2008).

On peut déduire que c'est la fréquentation des déviants qui peut avoir des conséquences néfastes sur les comportements sexuels (Padilla-Walker et Bean, 2008; Allen *et al.*, 2006; Sieving *et al.*, -2006- cités par Rwenge, 2012). Cependant, pour Lloyd (2010); Gueilla et Madise (2007); Neukom et Ashford (2003) cités par Rwenge (2012), la fréquentation des pairs améliore les connaissances des adolescents et des jeunes en santé sexuelle y compris la prévention des IST/VIH/SIDA.

Sont également associées à la précocité des rapports sexuels, la connaissance des IST/VIH/SIDA, la perception de sa propre vulnérabilité et la perception de la gravité de la maladie comme l'ont prouvé les résultats de Social Marketing for Adolescent Sexual Health (2000).

Enfin, à l'instar de Miangotar et Legrand (2014), nous pensons que si la sexualité n'est pas apprise aux enfants par leurs parents, ces enfants recourront à d'autres canaux d'information à savoir les médias et les pairs et cela avec toutes les conséquences possibles.

De ce fait, les parents doivent faire leur travail en forgeant chez les adolescents une identité stable de qualité et en leur assurant des choix protecteurs en matière de vie sexuelle et de la reproduction afin de baiser le risque d'infection en évitant une sexualité précoce (Hunter et collaborateurs, 1991).

2) Le multipartenariat sexuel des adolescents

Il ressort de nos analyses que 55,96% des adolescents avaient eu au moins deux partenaires sexuels au cours de 12 derniers mois qui ont précédé l'enquête. Ainsi sont nés des réseaux de multipartenariat concomitant, jeunes condisciples et/ou hommes et femmes plus âgés.

Celui-ci joue un rôle important dans la dynamique de la transmission du VIH (Aral *et al.* 1991).

Plusieurs études ont trouvé que le multipartenariat concomitant demeurait l'un des risques majeurs conduisant à l'épidémie du VIH en Afrique (Gueilla, 2004; Bergeron et al. 1985). Cepandant, d'autres études montrent que le multipartenariat ne serait pas si déterminant dans la transmission du VIH/SIDA. D'abord pour Ferry (1999), le nombre de partenaires n'influenrait pas de façon importante sur le taux de transmission du virus dans une population sexuelle activ. Mais, serait un facteur accroissant le risque de transmission en présence d'autres facteurs (rapport anal, absence de circoncision et non-utilisation du préservatif). Ensuite, Bajos *et al.* (1999) eux ont trouvé que le risque du VIH/SIDA est moins important chez un multipartenaire qui protège chaque rapport sexuel que chez un monopartenaire qui a des rapports non protégés.

Pour ce qui est des variables socioculturelles, nos résultats montrent que le fait de vivre à Kinshasa n'était pas significativement déterminant du multipartenariat au cours de douze derniers mois précédant l'enquête dans l'analyse multivriée. Ceci ne rencontre pas les résultats de Rwenge (2013) selon lesquels la résidence en ville favorisait le multipartenariat en Afrique central pour les garçons et parmi les filles, une relation inverse a été constatée au Tchad et une relation similaire au Burkina Faso.

Comme Rwenge (1999), nous avons aussi trouvé que l'appartenance aux ethnies aux mœurs sexuelles permissives

(Mongo, Ba Hemba, Bena Demba, plus précisement les Ba Kuba) influence positivement le multipartenariat et l'appartenance à l'ethnie aux mœurs rigides (Bakua Luntu) influence négativement, l'appartenance à l'ethnie Lubakat (mœurs rigides) influence positivement le multipartenariat. Ceci peut s'expliquer par l'influence du milieu de vie sur les comportements de ses habitants.

D'autres facteurs sont associés au multipartenariat sexuel à savoir la recherche d'argent et la confirmation de sa virilité. Ce résultat rejoint celui de Rwenge (2002). Pour lui la recherche du plaisir sexuel était la première raison du multipartenariat chez les hommes Bamiléké et Béti au Cameroun et chez les femmes au contraire, les contraintes économiques.

A celles-ci Come *et al.* (2016) ajoutent l'échange d'argent ou des cadeaux et les raisons émotionnelles comme facteur explicatif du multipartenariat sexuel chez les adolescents. Les propos de Christian (19 ans, Kinshasa) nous le renseignent en profondeur.

Nous avons aussi trouvé que le fait d'avoir parlé de la sexualité avec la mère réduisait la pratique du multipartenriat et non la communication avec le père. Alors que pour Adjahoto *et al.* (2000) le déficit communicationnel parent-adolescent conduit au multipartenariat.

Nos résultats ont aussi révèlé une assocition entre le contrôle parental et le multiprtenariat au niveau bivarié et non multivarié. En effet, quand le contrôle parental est efficace, les adolescents sont moins enclins à avoir des partenaires sexuels multiples et plus susceptibles d'utiliser systématiquement le préservatif que ceux sans contrôle parental (Gueilla, 2012).

La cohabitation avec un seul parent ou les grands-parents comme tuteurs favorise le multipartenariat sexuel. Toutefois, si l'étude de Rwenge (2013) a conclu à l'association cohabitation avec un seul parent et multipartenrit sexuel, celle de (2000) l'a

invalidée. Cette dernière a plutôt reconnu à la cohabitation des adolescents avec les grands-parents un effet protecteur.

Nos résultats renseignent encore que le fait d'avoir pour tuteur une connaissance ou ses parents biologiques augmente la probabilité chez les adolescents, de recourir au multipartenariat sexuel. Il est de même pour les garçons du Cameroun, de Madagascar et de la Côte d'Ivoire, les enfants du chef de ménage ou ses frères ont plus de risque que ceux adopté ou qui n'ont aucun lien de parenté avec lui d'avoir plusieurs partenaires sexuels. Cette situation demeure la même pour les filles des pays fortement islamisés (Sénégal et Burkina Faso), la situation est pareille alors qu'en Côte d'Ivoire et Madagascar c'est l'inverse (Rwenge, 2013).

Tous ces résultats contredisent ce que Rwenge (1999) avait trouvé. En effet, pour lui, le fait d'être encadré par ses propres parents influence négativement l'engagement dans le multiparteanariat ou sexualité occasionnelle.

En ce qui concerne la religion, nos résultats renseignent que les protestants et les musulmans pratiquent le multipartenariat sexuel et qu'aucune liason significative n'a été trouvée entre le fait d'être catholique ou adepte des églises de réveil et le multipartenariat sexuel

Toutefois, avec l'analyse bivariée, une association a été trouvée entre toutes les religions et le multipartenariat sexuel chez les adolescents.

Certes, d'après Evina Mbo (2005) la religion influence le multipartenariat sexuel. Mais, les adolescents musulmans et ceux des autres religions ont plus de chance de pratiquer ce dernier que les catholiques.

Rwenge (2013) appuie Evina Mbo (2005) avec ses enquêtes et signale qu'il n'y a pas de différence chez les garçons entre les catholiques et les musulmans au Cameroun et au Burkina

Faso, au Sénégal et en Madagascar. En côte d'Ivoire, la relation est inversée, dans ces pays, Cameroun, Burkina Faso et Madagascar par rapport aux catholiques, les protestants, les adeptes de nouvelles religions chrétiennes ou d'autres religions ont moins de risque d'avoir plusieurs partenaires sexuels. Quant aux sans religion ils se démarquent par un risque plus élevé du multipartenariat.

Au niveau des facteurs socioéconomiques, nous avons trouvé que le niveau de vie du ménage réduisait la probabilité de recourir au multipartenariat sexuel chez les adolescents. En effet, plus le niveau de vie du ménage est élevé, moins les adolescents pratiquent le multipartenariat sexuel. En d'autres termes, le niveau de vie bas conduit les adolescents à pratiquer le multipartenariat sexuel Rwenge (1999; 2013), Come et al. (2016), Kangah (2016).

Par contre, Tshala (2010) n'a trouvé aucune association entre le niveau de vie du ménage et la pratique du multipartenariat sexuel. Et Battouayila (2010) qui a trouvé dans son étude que le niveau de vie n'influençait pas le multipartenariat sexuel par les jeunes au Cameroun.

Pour ce qui est de la profession du tuteur, nous avons trouvé que le fait d'avoir un tuteur policier réduit la pratique du multipartenariat sexuel. C e qui rejoint Come et al. (2016) qui ont trouvé dans leur étude que le multipartenariat était plus intense chez les adolescents vivant dans les ménages où les chefs n'occupaient pas d'emploi que dans ceux où ils avaient un travail.

Quant à Rwenge (1999) bien avant nous, le fait d'avoir un père commerçant, cadre ou employé ou ouvrier influencait positivement le multipartenariat au Cameroun.

Un autre facteur favorisant le multipartenariat sexuel est le chômage de la mère que Mabiala (2007) a découvert lors de ses enquêtes auprès des adolescents à Brazzaville.

Au niveau des facteurs institutionnels, l'analyse bivariée de notre étude renseigne que le suivi du cours institutionnel d'éducation sexuelle et l'exposition aux médias sont associés au multipartenariat sexuel. Ceci n'a pas été trouvé dans les études antérieures car les facteurs institutionnels étaient plus utilisés comme recommandations (suivi du cours institutionnel d'éducation sexuelle).

Quant à l'exposition aux médias (internet) Peglia et al. (2015), Cour (2013), Bulot et al. (2015) et Fouquet (2011) ont trouvé de leurs études que la consommation de film pornographique pousserait les jeunes à recourir au multipartenaire, pour ces auteurs, plusieurs indices permettent aujourd'hui de penser que de profondes modifications des habitudes sexuelles des adolescents et des jeunes adultes sont survenues depuis la fin du XXème siècle, les raisons en sont multiples, mais l'une d'entre elle est inconstestablement l'influence grandissante des médias et la consommation croissante d'images à caractère sexuel.

Concernant les facteurs individuels et psychologiques, nous avons trouvé que la consommation de l'alcool et de la cigarette influence positivement le multipartenarit sexuel. Nous sommes appuyé par Rauvès (2014); Bellis *et al.* (2009) et Gilles *et al.* (2015) dont les recherches ont démontré que la consommation des systances psychoactives augmentait la probabilité de se livrer au multipartenariat et au sexe en groupe.

Nous avons aussi trouvé que la fréquentation des boîtes de nuit était positivement associée au multipartenariat sexuel. Nous soutenons, ainsi, Hounmenou et al. (2014) dont les études ont conclu au fait que la fréquentation des boîtes de nuit et bars, dénommés « ailleurs sociaux », permet aux filles de négocier diverses formes d'échanges économico-sexuels souvent auprès des partenaires occidentaux mais aussi de réinventer leur positionnement social en s'affranchissant de certaines frontières physiques et symboliques par la projection imaginaire dans les monde plus vaste.

Nos résultats renseignent aussi que la pression des pairs favorise le multipartenariat sexuel. En effet, pour Rwenge (2013) l'influence des camarades de Bafoussam et Mbalmayo au Cameroun poussent les garçons à avoir plusieurs partenaires sexuels par imitation et recherche du plaisir sexuel. La démonstration de sa virilité ne peut être occultée. De ce fait, le fait d'avoir plusieurs copines accorde au jeune garçon davantage de prestige dans son milieu, ce qui peut entrainer certains de ses amis à imiter et d'autres à montrer qu'ils sont plus fort que lui en ayant beaucoup de copines. Cette influence des camarades est aussi manifeste chez les filles.

3) La non-utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel

Les résultats de notre étude renseigne que 54,96% des enquêtés n'ont pas utilisé le préservatif au dernier rapport sexuel. Plusieurs variables sont associées à ce phénomène. Il s'agit de l'ethnie, de la religion, de la non-communication parents-enfants sur la sexaulité, la cohabitation avec les prents, le suivi de cours institutionnel d'éducation sexuelle, l'exposition aux médias, la pression des pairs, la fréquentation des boîtes de nuit, la consommation de la cigarette.

D'abord à propos de l'ethnie, nous avons trouvé que les adolescents sexuellement actifs n'ont pas protégé leurs derniers rapports sexuels quelle que soit l'ethnie. Alors que la majorité des travaux antérieurs rapportent une nette différence entre les ethnies et la non-utilisation du préservatif (Rwenge, 2000). Ce résultat est contraire à nos attentes.

Pour ce qui est de la religion, contrairement à nos attentes, aucune religion n'est associée de manière négative à la non-utilisation du préservatif chez les adolescents. Ce résultat est partagé partiellement par Bozon (2008). En effet, pour ce dernier, ue l'usage du préservatif et de toutes méthodes contraceptives est refusé par la hiérarchie de l'église catholique. Cette position de diversement reçue par le clergé, certains évêques acceptant dans

certaines conditions l'usage du préservatif, d'autres étant opposés à tout compromis allant jusqu'à déclarer que le préservatif contribue à la propagation du VIH/SIDA. Ces attitudes dis concordantes auraient une influence négative sur les pratiques préventives des fidèles. En revanche, la plupart des autorités ecclésiastiques protestantes sont favorables à l'usage du préservatif pour cet auteur.

D'après les recherches de Rwenge (2012), les garçons catholiques et les filles protestantes non pratiquants se démarquent des autres par une probabilité élévée de non-utilisation du préservatif à l'initiation sexuelle. Mais, aux derniers rapports sexuels, les garçons protestants qui se démarquent des autres, toute fois pour cet auteur, les catholiques non pratiquants et protestants pratiquants sont tous plus enclins que les catholiques pratiquants à ne pas utiliser le préservatif.

Ntirampeba et al. (2017) ont aussi trouvé que la religion est un outil anti-préservatif très puissant.

Ainsi, Lugalla et al. (1999) ont exprimé dans leur ouvrage que la non-communication parents-enfants est influencé et encouragé par des facteurs de croyance, ils ont confirmé qu'en ce qui concerne le Sida, plusieurs facteurs influencent les réponses des religions (catholique, protestante ainsi que musulmane), ils précisent qu'en Tanzanie et dans la plupart des pays de l'Afrique Subsaharienne, il n'y a pas de discussion sur le sida en présence des enfants ou avec eux, les enfants n'ont pas le droit de poser des questions sur le VIH/SIDA même à leurs parents.

Ceci est aussi renseigné par ACMS (2009). Parler de sexe avec les jeunes est un tabou dans la tradition et les religions considèrent l'utilisation du préservatif comme un indicateur des rapports sexuels de tout ordre, au travers de l'éthique sociale, les religions voient en l'utilisation du préservatif le développement de la promiscuité sexuelle.

Nous avons trouvé comme Rwenge (2000 ; 2013) que les enfants qui vivent dans les familles monoparentales sont plus enclins à la non-utilisation du préservatif, alors que Tshala (2010) a lui trouvé à Bandjour où la solidarité familiale est très forte, que cette relation n'a pas été observée.

Au Kenya et au Rwanda, c'est la présence du père dans la maison qui induit chez les filles des modèles positifs de sexualité (Babalola et Quenum-Renaud, 2002; Ngom et al., 2003) et aussi, il en est de même en Ouganda et au Ghana (Biddlecom et al., 2010), ceci est aussi prouvé chez nous, le fait de vivre avec le père sous le même toit réduisait la probabilité des adolescents de ne pas utiliser le préservatif aux derniers rapports sexuels et la survie avec la mère sous le même toit n'était pas associé à ce phénomène.

Rwenge (2013) nous fait voit dans son étude que le fait d'avoir les grands parents comme tuteurs avait un effet protecteur, alors que la cohabitation avec d'autres personnes accroissait généralement la probabilité d'avoir des comportements sexuels à risque. Pourtant, nous avons trouvé dans notre étude que le fait de vivre avec un seul parent, les grands-parents ou une connaissance accroissait la probabilité de n'avoir pas utilisé le préservatif aux derniers rapports sexuels.

Un autre facteur qui semble contribuer aux comportements sexuels à risque et conduit à la non-utilisation du préservatif est la pauvreté (niveau de vie du ménage). C'est ce que Rwenge (2013) a démontré dans son étude. En effet, parmi nos enquêtés les adolescents de niveau de vie élevé ont plus utilisé les préservatifs aux derniers rapports sexuels que ceux de niveau de vie bas.

Et Kangah (2016) qui lui aussi a trouvé que l'inégalité des conditions de vie socio-économique des jeunes influence leurs comportements sexuels à risque car ceux qui vivent dans des conditions de vie difficiles ont plus tendance à s'engager dans des pratiques sexuelles à haut risque que ceux qui vivent dans des conditions aisés.

Pour ce qui de l'emploi du tuteur, nous avons trouvé que toutes les professions n'étaient pas significatifs.

Le volet qualitatif de nos résultts rélève que la réduction du plaisir sexuel est aussi un déterminant de la non-utilisation du préservatif chez les adolescents. Ceci ressort des propos de Yohan (19 ans, Mbandaka).

Pour Noumbissie (2007) le goût de l'aventure, la confiance au partenaire et la peur de le perdre justifient la prise du risque sexuel chez les adolescents.

Pour Ntirampeba *et al.* (2017) la réduction du plaisir sexuel, le gêne et la création des soupçons entre partenaires seraient à la base de la non-utilisation du préservatif chez les adolescents.

Nos résultats renseignent que le fait d'avoir parlé de la sexualité avec son enfant, réduisait chez celui-ci la probabilité de n'avoir pas utilisé le préservatif aux derniers rapports sexuels. Ce qui rejoint (Dittus *et al.*, 1999 ; Dilorio et al., 1999 cités par Rwenge, 2012 ; Kolembi, 2005) qui ont trouvé dans leurs études que le dialogue entre les enfants et leurs parents permet à ceux —ci d'informer ceux-là sur les moyens de prévention des IST/VIH/SIDA.

Le suivi par les adolescents des cours institutionnels d'éducation sexuelle à l'école est associé au phénomène sous étude. Mais ce lien n'a pas été analysé dans la plupart des travaux, car cette variable était plus évoquée comme une recommandation et n'a pas été testée.

Pour ce qui est de l'exposition aux médias, Bandura (1977) a formulé une thèse selon laquelle les enfants imitent ce qu'ils observent à la télévision ou à l'internet et une exposition aux films pornographiques s'accompagne de la non-utilisation du préservatif. Cette thèse a été soutenue dans notre étude car les

adolescents ont fait allusion à cela au niveau de l'analyse qualitative.

Quant à la pression de pairs, elle a suscité la nonutilisation du préservatif aux derniers rapports sexuels. Ceci va à l'encontre de Rwenge (2012) qui lui a trouvé que la fréquentation des pairs participe à l'amélioration des comportements préventifs des adolescents, les adolescents ayant fréquenté les pairs ont moins de risque de ne pas avoir utilisé les préservatifs que ceux ne les ayant pas du tout fréquentés.

Nous avons aussi trouvé que la fréquentation des boîtes de nuit augmente la probabilité de n'avoir pas utilisé les préservatifs aux derniers rapports sexuels. La plupart des études qui ont utilisé cette variable ont été orientées vers la prostitution des mineurs et sur les lieux de rencontre des homosexuels, lesquelles rencontres se faisant généralement dans le lieu festif et les lieux de consommation (bars et boites de nuit), la fréquentation de ces lieux augmente les moments de plus grande vulnérabilité et aussi le préservatif est plus unutilisé parmi les individus ayant consommé l'alcool (Hounmenou, Bonkoungou, 2014; Genon et Chartrain, 2009; Rwenge, 2012).

A l'instar de Rwenge (2012) nous avons trouvé au niveau du volet qualitatif que le préservatif est plus utilisé avec les amis qu'avec les partenaires réguliers. Les propos d'Eben Ezer (18 ans, Lubumbashi) en sont l'illustration.

Pour Fouquet (2011 la fréquentation de boîtes de nuit et bars aux filles de négocier diverses formes d'échanges économicosexuels. Les propos d'Esperentine, (19 ans, Kinshasa) vont dans le même sens.

Contrairement à nos attentes, la consommation de la cigarette réduit la probabilité de n'avoir pas utilisé le préservatif aux derniers rapports sexuels. Or, plusieurs études mettent en évidence la corrélation positive entre la consommation du tabac, de la drogue, du cannabis, de l'alcool et la non-utilisation du

préservatif (Bellis et Morleo, 2009 ; Gilles Lambert, Nancy Haley et al. 2015).

III. Raisons pour lesquelles certains adolescents n'ont pas encore eu des rapports sexuels

Lors de nos entretiens avec les adolescents plusieurs raisons ont été évoquées par les adolescents non sexuellement actifs (24,52% de l'échantillon) sur leur abstinence sexuelle. Ces raisons sont été presque différentes selon le sexe. Pour les filles les plus jeunes (14-15 ans), c'est l'âge, elles déclarent qu'elles sont encore trop jeunes pour avoir les rapports sexuels et préfèrent attendre le mariage. Pour les plus grandes (16-19 ans), elles évoquent le manque de partenaire sexuel, la peur de tomber enceinte et la peur des IST/VIH/SIDA.

Pour les garçons, le manque de partenaire, la peur des IST/VIH/SIDA, le manque d'occasion et les convictions religieuses sont les raisons de leur abstinence sexuelle. Gueilla (2006) qui a trouvé les mêmes raisons à l'exception du manque d'occasion.

Contrairement à nos attentes les raisons religieuses sont presque inexistantes. Seuls deux adolescents les avaient évoquées.

IV. Solutions envisagées par les adolescents pour les aider à adopter un comportement sexuel à moindre risque

Les préconisations formulées par les adolescents, préconisations susceptibles de les aider à adopter uncomportement sexuel à moindre risque sont :

- Aider les parents des adolescents afin qu'ils transcendent leur culture et instaurent les échanges avec leurs enfants autour de la sexualité. Cette aide peut leur être apportée lors des groupes de parole entre parents et professionnels (Verdure et Fanello, 2010; Palacios, 1999).
- Mettre en place dans les institutions d'enseignement dans des institutions d'enseignement secondaire et primaire (à

- partir de la $5^{\text{ième}}$) des cours d'éducation sexuelle complète (Miangotar, 2012 ; UNESCO, 2013 ; 2018).
- Distribuer gratuitement des préservatifs lors des journées de réflexion et de sensibilisation aux IST/VIH/SIDA.

CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS

e VIH/SIDA demeure une pandémie très préoccupante pour toute la planète. Il constitue un grand défi en matière de santé publique des populations et est une maladie à dimension universelle. Ceci pousse les différents acteurs œuvrant dans ce domaine à prendre opportunément des mesures multiformes pour y remédier en contrecarrant sa propagation.

Les adolescents sont aussi au cœur de cette pandémie mondiale après les jeunes (OMS, 2013 ; 2016) et constituent notre préoccupation dans cette étude.

Notre objectif était d'identifier et d'analyser les facteurs favorisant les comportements sexuels à risque des adolescents de 13 à 19 ans et de proposer un modèle de marketing social visant à les changer.

De manière spécifique, il a été question:

- d'identifier les facteurs influençant les comportements sexuels à risque des adolescents,
- d'analyser l'effet des facteurs socioculturels sur les comportements sexuels à risque des adolescents,
- d'analyser l'influence des caractéristiques liées au ménage sur les comportements sexuels à risque des adolescents,
- d'analyser l'influence du cadre institutionnel sur les comportements sexuels à risque des adolescents,
- d'analyser les caractéristiques individuelles et psychologiques qui affectent les comportements sexuels à risque des adolescents,

• d'identifier les variables modératrices qui atténuent l'adoption des comportements sexuels à risque chez les adolescents.

Par ces objectifs, nous avons voulu identifier et analyser les facteurs explicatifs des comportements sexuels à risque des adolescents congolais de deux sexes, âgés de 13 à 19 ans au moment de l'enquête , appartenant aux ethnies, mongo, ngbaka, hemba, lubakat, kuba et luntu résidant à Mbandaka, Lubumbashi et Kinshasa.

Pour y arriver, trois aspects des comportements sexuels à risque ont été analysés (précocité des rapports sexuels, multipartenariat, non-utilisation du préservatif) grâce à un questionnaire et l'entretien individuel.

Nous avons opérationnalisés les hypothèses théoriques suivantes en hypothèses empiriques :

HI: Les facteurs socioculturels influencent les comportements sexuels à risque des adolescents.

H2 : Les caractéristiques liées au ménage et l'occupation du tuteur influencent les comportements sexuels à risque des adolescents.

H3 : Les facteurs institutionnels influencent les comportements sexuels à risque des adolescents.

H4: Les caractéristiques individuelles et psychologiques influencent les comportements sexuels à risque des adolescents.

H5 : L'âge, le niveau d'instruction et les croyances religieuses modèrent l'adoption des comportements sexuels à risque chez les adolescents.

Nous avons fait recourt aux méthodes non probabilistes de convenance et à boule de neige sous STATA 14 pour identifier les déterminants des comportements sexuels à risque chez les adolescents au niveau du volet quantitatif et à l'analyse du contenu pour le volet qualitatif.

Pour le volet quantitatif, nous avons précisément d'une part déterminé les associations entre les variables dépendantes (précocité des rapports sexuels et non utilisation du préservatif) et les variables indépendantes à l'aide des tableaux croisés par le test de khi-carré.

Nous avons, pour la variable dépendante multipartenariat, recouru au test de kruskal-wallis ou Mann Whitney et Anova pour déterminer l'association entre cette variable et les variables indépendantes.

D'autre part, nous avons mesuré l'effet net des variables par la régression logistique.

Après analyse, les résultats suivants ont été obtenus dans trois modèles concernant les déterminants des comportements sexuels à risque des adolescents retenus :

Modèle précocité des rapports sexuels

Il a été trouvé dans ce modèle que les variables suivantes influencent positivement la précocité des rapports sexuels chez les adolescents : la fréquentation des boîtes de nuit, la consommation de la cigarette, le statut social du tuteur (mère, grands parents et connaissances), les échanges sur la sexualité avec le père, l'ethnie (mongo), la religion (protestante, catholique et musulmane), la cohabitation avec le père , l'âge (17,18 et 19 ans), le niveau d'instruction (primaire, secondaire et aucune), le milieu de résidence (Kinshasa) et le métier du tuteur (policier).

Par contre, les variables âge (14,15 et 16 ans), ethnie (bena demba précisement bakuba et bakua luntu), cohabitation avec la mère, échnges sur la sexualité avec la mère, statut social du tuteur (père) et sexe (M) influencent négativement la précocité des rapports sexuels chez les adolescents.

Modèle multipartenariat sexuel

Il a été trouvé dans ce modèle que les variables suivantes avaient réduit la probabilité de pratiquer le multipartenariat au cours de douze derniers mois ayant précédé l'enquête : sexe (M), âge (14, 15 et 19 ans), ethnie (bakua luntu), metier du tuteur (policier), échanges sur la sexualité avec la mère et niveau de vie du ménage.

Par contre les variables : ethnie (mongo, ba hemba, baluba kat, benda demba spéciquement bakuba), religion (protestante et musulmane), fréquentation des boîtes de nuit et consommation de la cigarette avaient augmenté la probabilité de pratiquer le multipartenariat sexuel chez les adolescents.

Modèle non-utilisation du préservatif

Il a été trouvé dans ce modèle que les variables ci-après avaient réduit la probabilité de n'avoir pas utilisé le préservatif au dernier rapport sexuel : sexe (M), âge (18 et 17 ans), niveau de vie du ménage, niveau d'instruction (primaire, secondaire et sans niveau), cohabitation avec le père, échanges sur la sexualité avec le père, avoir parlé de la sexualité avec la mère et consommation cigarette.

Par contre les variables suivantes avaient augmenté la probabilité chez les adolescents de recourir à la non-utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel : Ethnie (toutes), religion (catholique, protestante et musulmane), statut socil du tuteur (père, mère, grands-parents et connaissances) et fréquentation des boîtes de nuit.

Pour ce qui est des variables modératrices, nos résultats renseignent ce qui suit :

• Concernant la précocité des rapports sexuels : l'âge (17, 18, 19 ans) réduit la précocité des rapports sexuels et (14,15 et 16 ans) l'augmente. Contrairement à nos attentes, aucune religion ne réduit la probabilité d'entretenir des relations sexuelles précoces. En plus, aucun niveau d'instruction n'a influencé de manière négative la précocité des rapports sexuels.

- Concernant le multipartenariat sexuel : l'âge (14, 15 et 19 ans) réduit la probabilité de pratiquer le multipartenariat sexuel. Pour la religion, la même tendance est observée que pour la précocité des rapports sexuels, où, les religions (protestante et musulmane) augmentent la probabilité de pratiquer le multipartenariatd'uen part et la religion catholique n'est pas opérante. En ce qui concerne le niveau d'instruction, aucune relation significative n'a été trouvée entre les différents niveaux d'instruction et le multipartenariat sexuel.
- Concernant la non-utilisation du préservatif : l'âge (17 et 18 ans) diminue la probabilité de n'avoir pas utilisé le préservatif au dernier rapport sexuel. Avec la religion, le résultat obtenu est contraire à nos attentes. En effet, aucune signification négative n'a été trouvée entre la religion et le multipartenariat sexuel. Concernant le niveau d'instruction, il a été trouvé une signification négative entre cette variable et la non-utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel.

De ces résultats il ressort que les hypothèses (HI, H2, H3, H5, H7, H8, H9, H10, H14, H15, H18, H24 et H26) ont été confirmées partiellement.

Au terme de cette recherche et face aux résultats, nous avons mis sur pieds un modèle de marketing social appuyé par le programme : « Programme de Prévention des IST/VIH/SIDA par les Pairs », programme « 3XP » en sigle.

A partir de ce programme nous suggérons ce qui suit :

La nécessité de la mise en application de ce programme par le gouvernement au travers des ministères de santé publique et de genre, par les intervenants dans la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et autres intervenants dans ce domaine.

- L'appui du gouvernement et autres organismes œuvrant dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA dans le milieu des jeunes pour la vulgarisation de ce programme d'éducation par les pairs dans les centres ou groupes des jeunes en milieu scolaire et extrascolaire par le fait que les adolescents et jeunes préfèrent parler de la sexualité entre eux.
- Etant donné que le programmé est conçu par les adolescents et pour les adolescents (partant de la conception, l'élaboration et la diffusion), il aidera les intervenants à diffuser des messages préventifs en cohérence avec les préoccupations des bénéficiaires à travers les médiaux et les réseaux sociaux, des églises, etc. et par conséquent, à former les autres jeunes à adopter des comportements bénéfiques pour la santé sexuelle et de la reproduction. De ce fait, nous suggérons le suivi du gouvernement.
- Pour un bon fonctionnement de ce modèle et une éducation sexuelle institutionnelle complète, nous suggérons également une amélioration de la formation des enseignants en charge du cours d'éducation à la vie.
- Une bonne règlementation de l'accès aux médias et lieux de perversité pour les adolescents.
- La nécessité de la mise en œuvre d'une structure de santé sexuelle et reproductive spécifique pour les adolescents avec un personnel formé pour une prise en charge de problèmes de santé sexuelle de ces derniers.
- La nécessité de l'amélioration de niveau de vie des ménages grâce à la création des emplois partant de la mise en place des activités productrices de revenus.

Cette étude présente quelques limites par le fait que nous avons effectué une enquête de terrain à passage unique et avec seulement quelques ethnies, et aussi nous avons travaillé avec un échantillon non probabiliste. Cette sélectivité affecte la représentativité nationale des résultats.

Nous avons limité notre étude à trois villes, bien que Kinshasa ait été sélectionnée (Capitale du pays et lieu de rencontre de plusieurs ethnies), d'où, il y a la limitation exclusive aux ethnies sélectionnées.

Le fait que les réponses soient auto rapportées par les interviewés partant de la nature sensible et surtout tabou des sujets de l'étude, cela ferait que certaines réponses soient biaisées, ceci est confirmé par (Murray et Perry, 1987, cité par Peppin, 2010). Pour ces auteurs, lorsque la confidentialité des réponses est assurée sur les interviewés, alors les réponses auto rapportées sur les comportements à risque présente une bonne validité, sur ce point, nous avions pris de disposition pour respecter l'anonymat et aussi la confidentialité des réponses.

En plus de cela, certaines variables jugées importantes (exposition aux médias, fréquentation des services de santé sexuelle et reproductive, contrôle parental, et certaines variables psychologiques comme la connaissance du VIH/SIDA, la perception de la gravité de la maladie et de sa propre vulnérabilité) ont été enlevées dans le modèle au niveau multivariée à cause du problème de multi colinéarité). Et aussi certains tests de validation des résultats n'ont pas été faits.

Contrairement à nos attentes la religion ne favorise pas l'adoption des comportements sexuels protecteurs en ce qui concerne certains comportements sexuels à risque et le niveau de vie du ménage n'est pas associé à la précocité des rapports sexuels et au multipartenariat sexuel.

Les recherches futures pourront poursuivre ce que nous n'avons pas pu faire.

BIBLIOGRAPHIE

- Adjahoto, Hodonou K., De souza A., Tete V., Baete S. (2000). Informations des jeunes en matière de sexualité. Cahiers d'études et de recherches francophones. 2000, 3 (10):195-9. PubMed.
- Adeokun, L.A., Ladipo, O.A., Kanki, P., Delano, Q.E., Carringcon, A. & Odimegou, C.O. (2005). Comportement sexuel des adolescents à Bangui (RCA). African Population Studies, vol 20, N°2, 2005, pp.65-69. Google Scholar.
- Ajzen, I., Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Engle Wood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Ajzen I. (1985). From intentions of actions: A theory of planned behavior. In J.KujI & Beckmann J. (Eds), Action control: From Cognition to behavior (pp II-39). Heidelberg: Springer.
- Azjen I. (1991). « The theory of planned behavior », organizational Behavior and Human Decision Processes, Vol. 50, pp. 179-211.
- Aka Kadjo (2016). Communication parent et éducation sexuelle des adolescents Abidjanais. Résumé. Université Félix Houphouet-Boigny (Cote d'Ivoire). Google Scholar.
- Akoto, E.M., Amouzou .A. Djangone, Kassegne, S., Ngondo, A.; Ntsame, O., Tambashe, O., Tameko, D., (2000). Sexualité, contraception et Fécondité des Adolescents au Burkina Faso, Projet Régional Santé Familiale et Préventive du SIDA (SFPS), Septembre 2000, 60p.
- Akoto, E. Mandiele (1985). Mortalité infantile et juvénile en Afrique. Niveaux et caractéristiques, causes et déterminants. Louvain-la-neuve, Ciao, 269p.
- Akoto, E.M., Amouzou .A. Djangone, Kassegne, S., Ngondo, A.; Ntsame, O., Tambashe, O., Tameko, D., (2005). Sexualité, fécondité et pratique contraceptive chez les jeunes en Côte d'Ivoire, au Cameroun, au Togo et au Burkina Faso. www.google.com, 15 pétute n°40, Yaoundé/Cameroun, 164p.

- Akwara, PA., Madise NJ., et Hinde, A. (2003). Perception of risk of HIV/AIDS and Sexual Behaviour in Kenya, journal of biosocial science, 2003, 35(3): 385-411.
- Amselle, J-L. (1987). L'ethnicité comme volonté et comme représentation : A propos des Peul du Wasolon. Volume 42, Issue 2, pp.465-489. Google Scholar.
- Amselle & Elikia M'bokolo (1976). Au cœur de l'ethnie. Ethnies, Tribalisme et Etat en Afrique. Editions la Découverte, Paris.
- Andreansen, A.R. (1995). Marketing and social change: changing behaviour to promote Health, social development and the environment. San Francisco, CA: Jassey-Bass, p.7.
- Andreansen, A.R. (2002). Marketing social in the social change market place. J. Public Policy Mark, 2002; 21: 3-13.
- Aral S., Fullilove R., Coutinho R. Demographic and societal factors influencing risk behaviours, in J. Wassentheit, Aral S and Holmes K (eds), Research issues in human behavior and sexually transmitted diseases in the AIDS era. Washington, American Society for Microbiology, 1991, 161-176.
- Arayaa (2015). 5 raisons pour lever le tabou autour de la sexualité des adolescents au Bénin.
- Artoni, P., Benedusi, M., Burkhart, G., Callian, M., Candio, D., Colombo, F., Fattori, G., Laffi, S., Mariani, F., Marino, V., Molinaro, S., et al. (2007): Marketing preventivo: appunti per une nuova prevenzione del consumo di droghe, Varese.
- Association Camerounaise de marketing social (ACMS), 2009. Faire la promotion du préservatif au Cameroun.
- Babalola, S., Quenum-Renaud, B. (2002). « The correlates of sex pratices among Rwandan youth: a positive deviance approach" in African journal of AIDS research, vol.I.
- Bajos, N., Maia, M., Bozon, M., Ferrand, A. (1999). La sexualité au temps du Sida. L'Homme ; 150(39) : 266-268.
- Bambara, P.D.H.Y.(2011). Sexualité en milieu scolaire dans la ville d'Ouagadougou : connaissances, attitudes, pratiques et

- perceptions liées au VIH/SIDA. Thèse Université de Oaugadougou, Burkina Faso.
- Bandura, A. (1977). Social Learning Theory. Prentice-Hall, Englewood cliffs, NJ: Pientice Hall. Bauni, E.K. (1990). The changing sexual patterns of the Meru people of the Chogoria Region, Kenya. Paper presented at the IUSSP seminar on anthropological studies relevant to the Sexual Transmission of HIV, Sonderborg, Denmark, 19-22.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Baya, B., Meda, N. (2001). "Comportements des jeunes de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) et MST/VIH/SIDA: espoir ou inquietude? Communication au XXIV Congrès général de l'Union pour l'étude scientifique de la population (UIESP), tenu à Salvadvi de Bahia au Brésil, du 18 au 24 aout 2001.
- Bayouayila milongo, C.B. (2010). Comportements sexuels à risque chez les jeunes de 15 à 24 ans au Cameroun.
- Beauchamp, M. (1991). Communication publique et société: repères pour la réflexion et l'action, Ed. Gaetan Morin.
- Becher, M.H. (1974). The Health Belief Model and Personal Health Behavior, Thorofare, NJ, Slack.
- Becker, M.H., Rosenstock.I.M. (1984). "Compliance with Medical Care" in A. Steptoe et A. Matthews (éds.), Health Care and Human Behavior, Londres, Academic Press.
- Bellis, M., Morleo, M et al. (2009). Contributions of alcool use to teenage pregnancy: an examination of geographical and evidence based association, North West Public Health Observatory, center for Pubic Health, John Moors University, Liverpool. Google Scholar.
- Beltzer, N.& Bajos, N. (2008). De la contraception à la prévention: les enjeux de la négociation aux différentes étapes des trajectoires affectives et sexuelle. Google Scholar.

- Beninguisse, G. (2007). Sexualité pré maritale et santé de la reproduction des adolescents et des jeunes en Afrique Subsaharienne, article publié Ed. Karthala, p.289.
- Bergeron, A., Gaudreau, L. (1995). Identité sexuelle et intervention en sexualité humaine. Cahiers sexol, 1995 ; II(67) : 474-485.
- Biddlecom A., Awusabo-Asara K., Bankole A. (2010). Rôles des parents dans l'activité sexuelle et la pratique contraceptive des adolescents dans quatre pays d'Afrique. Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique, numéro spéciale de 2011, p.2-11. Google Scholar.
- Binet, C., Gastineau, B. (2008). Messages d'information sur le Sida et modèles sexués de prévention des risques à Antananarivo (Madagascar). Laboratoire Population Environnement Développement. Série Population Santé, Documents de recherche n°3. Google Scolar.
- Blanchon, K. (2015). Représentation du Sida dans les discours médiatiques à Madagascar. Revue française des sciences de l'information et de la communication. Google Scholar.
- Boileau, C. (2006). Déterminants des comportements sexuels à risque pour le VIH/SIDA chez les jeunes femmes et hommes de Bamako (Mali). Thèse, U niversité de Montréal.
- Boistard Pépin, M-A. (2010). Précocité sexuelle et comportements sexuels à risque à l'adolescence: Etude longitudinale des facteurs individuels, familiaux dans le groupe d'amis et contextuels associés, Thèse, Université du Québec à Montréal.
- Bongaarts, J. (2007). Late mariage and the HIV epidemic in Sub-Saharan Africa, Population Studies, 2007, 61 (1): 73-83.
- Bouchard, L., Batista, R., Colman, I. (2012). Santé mentale et maladies mentales des jeunes de 15 à 24 ans: Données de l'enquete sur la santé dans les collectivités Canadiennes. Santé mentale. Google Scholar.

- Bozon, M. (1994), « Les constructions sociales de la sexualité », Population, 48^{ème} année, n°5, pp.1173-96.
- Bozon, M. & Kontula, O. (1997). « Initiation sexuelle et genre. Comparaison des évolutions de douze pays développés » in Population, 52 (6), 1367-1400.
- Bozon, M. (2002). Sociologie de la sexualité. Paris, Nathan, 128p..
- Bozon, M., Heilborn, M.L. et groupe Grayad (2006). « Sexualité juvénile, contraception et rapports de genre. Spontanéité et déséquilibres entre partenaires à l'initiation sexuelle au Brésil », in Enfants d'aujourd'hui. Diversité des contextes. Pluralité des parcours, tome 2, Colloque international de Dakar (Sénégal, 10-13 décembre 2002), Paris, AIDELF-INES, p.663-679.
- Bozon, M. (2008). Enquête sur la sexualité en France : Pratiques, Genres et Santé, La découverte, 2008, 437-460.
- Bruchon-Schweitzer, M., Dantzer, R. (1994). Introduction à la psychologie de la santé, Paris, PUF.
- Bruchon –Schweitzer, M., Sikou, M., (2002). La psychologie de la santé. « Le journal des psychologues » 2002/7 (n°260), p: 28-32. Paris, Dunod.
- Bruchon- Schweitzer, M. (2014). Psychologie de la santé. Concepts, méthodes et modèles. Ed. Dunod, Psycho Sup. 570p.
- Bruyat, CA. Mayer, AB., MCDermott, RJ., et al. (2011). Social marketing an underutilized tool for promoting adolescent health. Adolesc.Med 2011; 22:387-401.
- Bulot, C., Collier, F. (2015). Pornographie, comportements sexuels et conduits à risque en milieu universitaire. Sexologies, Volume 24, Issues 4, pp.187-193. Google Scholar.
- Caldwell, J.C., Orubuloye, I.O., Caldweix, P. (1991). The destabilization of the traditional Yoruba sexual system, Population and Development Review, vol 17, n°2, p.229-26.
- Calvès, A.E., (1998). La sexualité prémaritale des adolescents à Yaoundé: les hommes et les femmes ont-ils les memes strategies

- et motivations ? Kuate-Defo, B. (sous la direction de), particulière sur le Cameroun, ed inconseil. Inc., Québec, 153-175.
- Camara, F. (2017). Comportements sexuels à risque chez les adolescents de niveau collégial en Guinée: exploration des facteurs personnels et interpersonnels associés. Google Scholar.
- Carael, M. (1995). Sexual behaviour in J cleland and B. Ferry (eds), Sexual behaviour and AIDS in the developing world. London, Taylor and Francis, 1995; 19-243 p. Pub Med/Google Scholar.
- Caron F. (1987). Programme Express Protection (PEP): Formation par les pairs. Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Québec.
- Casseron, F. (2018). Adolescence et cyber harcèlements sexuels : repères psychopathologiques. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique 176 (3), 286-290. Google Scholar.
- Castra, M. (2013). Socialisation, sociologie, Les 100 mots de la sociologie. http://sociologie. Revues.org/1992.
- Catania, JA., Kegels, SM, Coates TJ..(1990). Towards and understanding of risk behavior: An AIDS risk reduction model (ARRM). Health EducQ 1990; 17(1):53-72.
- Catunda, C. (2016). Aspects psychosociaux de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH: Une étude transculturelle entre la France et le Brésil. Thèse, Université de Lorraine. Google Scholar.
- Cellule d'analyse des indicateurs de développement (CAID), (2015). A propos de la RDC.
- Chandon, P. (2013). Apport du marketing social pour les campagnes de prévention nutritionnelle.
- Cheng, H., Kotler, P., Lee, N. (2011). Social marketing for public health: Global trends and succes stories. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- C Hounmenou, Z., Bonkoungou (2014). Etude sur la prostitution des mineurs et ses liens avec la migration et la traite à Ougadougou, Burkina Faso. Ecpat-France.fr. Google Scholar.

- Cleland, J. et Wilson, C. (1987). "Demand Theories of the Fertility Transition: An Iconoclastic View", Population Studies, Vol.41, n°1:5-30.
- Cletus Come Adohinzin. Meda, N., Belem, M.G., Abdramane, B., Fond-Harmant, L. (2016). Prises de risqué chez les jeunes de Bobo Dioulasso: Une analyse des facteurs associés à la précocité et au multipartenariat sexuel, the Pan African Medical Journal. J.2016; 25:132. Google Scholar.
- Clement Gillet (2012). Le Sida, mieux vaut bien prévenir.
- Coffman, J. (2002). Public Communication Campaign Evaluation: An Environnemental Scan of Challanges, Criticisons, Pratice and Opportunities, Cambiridge, Harvard Family Research Project.
- Code de la famille. Loi n°87-010 du I er Août 1987 telle que mofifié par la loi n°16/008 du 15 juillet 2016.
- Coleman J.S. (1998). « S ocial capital in the creation of humain capital ». American Journal of Sociology, 94, (Supplement), S 95- S 120.
- Coslin, P.G. (2003). Les coduites à risqué à l'adolescence. Paris. Armand Colin, Coll. Cursus ; 2003 :214p.
- Cour, F (2013). Evolution sociétale de la sexualité. Prog Urol 2013 ; 23 : 832-7. Google Scolar.
- Courbet, D. (2002). Réception des campagnes de communication de santé publique et efficacité des messages générant de la peur : une étude expérimentale sur le rôle de la peur dans le changement des attitudes néfastes. Communication, 22(I), I00-I22.
- Corriveau, C-M. (2014). Apprendre à composer sainement avec les technologies de l'information et de la communication (TIC): le soutien de l'entourage des jeunes dans ses fonctions d'accompagnement. Papyrus.bib.Umontreal. ca. Google Scholar.
- Debra K, Braun-Courville MD, Rajas M. (2008). Exposure to sexually explicit Web sites and adolescent sexual attitudes and

- behavoirs. J Adolesc Health 2008; 45: 156-62, http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth. 2008. Google Scholar.
- Deardorff, J., Gonzales, N.A., Christopher, F.S. et al. (2005). Early puberty and adolescent pregnancy: the influence of alcol use. Pediatricis, II6 (6) -2005, pp.I45I-I456.
- Dahlback, E., Makelele, P., Yamba, C., Bergstrom, S., Ranjo-Arvidson, A. (2006). "Zambian mal adolescents' perceptions about premarital sexual relationship", African Journal of AIDS Research, 5(3), p. 257-264. et différence au tournant du XXI^e siècle », 10 au 14 oct. 2005, 31p
- Delauny, V. (2005). Sexualité et prévention avant le mariage en Afrique Subsahrienne: une revue de la littérature, Conférence virtuelle: « La régulation de la fécondité en Afrique: Transformation et différence au tournant du XXIe siècle », 10 au 14 oct. 2005, 31p.
- Delaunay, V., Enel, C., Lagarde, E., Diallo, A., Seck, K., Beeker, ch., Pison, G.(2001). Sexualité des adolescents : tendances récentes en milieu rural Sénégalais. Les dossiers du CEPED, N°65. Paris.
- Diemer, A. (2001). Mondialisation et spécificités culturelles, MCF NFMD'Auvergne.
- Diop J. N., (1995). "La fécondité des adolescentes au Sénégal", Dakar, UEPA, 19p. [Rapport de synthèse n° 11, Union pour Etude de la population Africaine, Programme de Petites Subventions pour la Recherche en Population en Développement], 191p.
- Dufour, C., Tougas, Tourigny, M., Paquette, G., Helie, S. (2017). Profil psychosocial des enfants présentant des comportements sexuels problématiques dans les services Québécois de protection de l'enfance. An article of the Journal Canadian Social Work Review, Volume 34, Numéro I, 2017, p.23-45.
- Dufour, C. (2015). Profil psychosocial des enfants présentant des comportements sexuels problématiques dans les services de

- protection de la jeunesse. Université de Sherbrooke, faculté d'éducation.
- Doumkel ngaba (2012). Fécondité des adolescents au Tchad : recherche des facteurs explicatifs, Université de Yaoundé.
- Du Plessis G.E., Meyer-Weitz AJ., & Steyn M. (1993). Study of knowledge, attitudes, perceptions and beliefs regarding HIV and AIDS (KABP) among the general public Pretoria. Human Sciences Research Counci (40).
- Ekondo, E. (1999). Attitudes et comportements envers l'argent et le temps chez les Atetela, R.D. Congo. Role des facteurs socioculturels dans le developpement.
- Enquête Démographique et de santé/République Démocratique du Congo (EDS-RDC II). 2013-2014. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en Œuvre de la Révolution de la Modernité, Ministère de la Santé Publique. Report generated on: octobre 7, 2014. http://microdata.wordbank.org/index.php, consulté le 10/6/2016.
- E de Becker (2018). Le processus d'admission dans un centre thérapeutique pour adolescents comme temps de créativité et de remobilisation psychique. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence 66(2), 122-128. Google Scholar.
- Escobar-Chaves SL, Tortolero SR, Marhham CM, Low BJ, Eitel P, Tchickstum P. (2005). Impact of the media an adolescent sexual attitude and behaviors. Pediatrics 2005; II6 (I):303-26, http://dx.doi.org/I0.I542/peds. Google Scholar.
- Essomba, E.N. (2013). " Comportements à risque de transmission du HIV des élèves et étudiants de Douala, Cameroun.
- Evina, E.N. (1990). Infécondité et sous-fécondité : éducation et recherche des facteurs. Le cas du Cameroun. Thèse de doctorat, Démographie, UCL, 274p.
- Evina Mbo (2005). Les facteurs explicatifs du multipartenariat sexuel au Cameroun.

- Faye, M. (2005). Connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé de la reproduction des adolescentes du centre de dépistage volontaire anonyme et gratuity de Pikine-Guediawaye (Mémoire de maitrise, Université Cheik Anta Diop, Dakar, Sénégal).
- Ferry B. (1999). Systèmes d'échanges sexuels et transmission du VIH/SIDA dans le contexte africain, In : Charles Becker, Dozon J.P, Obbo C, Touré M.; editors. Vivre et penser le Sida en Afrique.
- FHI (2005). Non consensual sex Undermines Sexual Health: Young and old, females and males are at risk. Network: 2005, Vol.23, N°4. Google Scholar.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). Belief attitude intention and behavior: An introduction to theory and research. Reading, MA: Addison Wesley.
- Fisher, WA., (1997). A theory –based framer work for intervention and evaluation in STD/HIV prevention. Can J Hum Sex, 1997; 6(2): 105-11.
- Fisher, J.D., Fisher, WA. (2000). Theoretical approaches to individual level change in HIV risk behavior. In: Peterson J, Diclemente R, editors. HIV Prevention Handbook. New York: Plenuni.
- Flood M. (2009). The harms of pornography exposure among children and young people. Child Abuse Rev 2009; 18: 384-400. Google Scholar/
- Fonds Mondial. République Tunisienne (2010), Ministère de la Santé Publique, Office National de la famille et de la population : les cercles de la population et de la reproduction, 9^{ième} Session 2010 : Sida et sexualité parlons-en avec les jeunes.
- Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), (2002). Les jeunes et le VIH/SIDA. Une solution à la crise.
- Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), & Population Référence Bureau (PRB) (2013). Des adolescents et des jeunes en Afrique Subsaharienne : Possibilités et Enjeux.

- Rapport sur le statut. http://www.prb.org/pdf13/youth-country-profiles fr.pdf. Consulté le 04/7/1016.
- Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), Organisation Mondiale de la Santé & ONUSIDA (2015): Déclaration de position sur les préservatifs et la prévention du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles et des grossesses non désirées.
- Fonds des Nations Unies (UNFPA), (2017). Etat de la population mondiale 2017.
- Foucault, M. (1984). Histoire de la sexualité, T.H : L'usage des plaisirs, Paris, Gallinard.
- Fouquet, T. (2011). Filles de la nuit, aventurières de la cité. Arts de la citadinité et désirs de l'Ailleurs à Dakar. Thèse en Anthropologie sociale. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales. Google Scholar.
- Franzkowiak, P., Wenzel, E. (1999). Aids health promotion of young: Conceptual Framework and pratical implication health promot. Int. 1994; 9 (2): 119-35.
- Frecnch, J.& Blair-Stevens, C. (2005). Social Marketing Pocket Guide (Ist edn). National Social Marketing Centre of Execellence. Available at: www.nsms.org.uk. Consulté le 12/02/2018.
- Frenette, M. (2010). La recherche en communication. Un atout pour les campagnes sociales (Presse de l'Université de Québec, ed./Québec.
- Freudenberg, N., Zimmermann, MA. (1995). Aids Prevention in the community: Lessons from the first decade. Washington, D.C.: The American Public Health Association.
- Friedel, D., Swan Kuhn (2016). Quand le numérique concurrence le physique : adolescents et animateurs à l'ère 2.0. Haute école de Travail et de la Santé Vaud-EESP. Google Scholar.
- Gallopel-Morvan, K. (2003), « Le marketing social : un outil au service de la prévention des comportements tabagiques des jeunes

- français », in Prévention et prise en charge du tabagisme chez les étudiants, ouvrage collectif du groupe d'expertise collectif tabac, éditions INSERM, 181-194.
- Gallopel-Morvan, K. (2011). Le marketing social peut-être très utile dans un programme de santé publique. La santé de l'homme (Institut national de prévention et de l'éducation pour la santé, France), mai-avril 2011, N°412, 4-5.
- Gagnon G. (2007). La pornographie sur Internet et ses Conséquences pour les jeunes : Comment intervenir ? ça s'exprime 9 ; 2007. Retrieved from http://casexprime.gouv.qc.ca/fr/accueil. Google Scholar.
- Genon, C., Charttrain, C., Delebarre, C. (2009). Genre, sexualité et société, numéro I(Printemps 2009). Lesbiennes. Google Scholar.
- Gilles Lambert, Haley, N. et al. (2015). Consommation problématique de substances psychoactives et comportements sexuels à risque chez les adolescents admis en centre jeunesse. An article of the Journal Drogues, santé et société, Volume 14, Numéro I, juin 2015, pp.132-151.
- Gobind, J., Graham Du Plessis (2015). Sugr daddy: The student attraction. Gender and behavior 13 (2), 6720-6729. Google Scholar.
- Godeau, E., Vignes, C., Duclos, M., Navarro, F. (2008). Facteurs associés à une initiation sexuelle précoce chez les filles : données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School –aged children (HBSC/OMS). Sexologie, Volume 36, Issue 2, pp. 176-182. Google Scholar.
- Godin G. (2012). Les comportements dans le domaine de la santé. Apprendre pour mieux intervenir. Les presses de l'Université de Montréal. ISBN 978-2-7606-2779-6.
- Godin G. (2013). Les comportements dans le domaine de la santé. Les presses de l'Université de Montréal. Google Scholar.
- Gore, T.D.D. et Bracken, C.C. (2005). Testing the theoretical design of a health (risque message: reexamining the major tenets

- of the extended parollel process model. Health Education & Behaviour, 32, 27-41.
- Gomis, V. (2014). Sexualité et comportement à risque des adolescents Sénégalais, Senews.
- Gueye, M., Castle, S., Konate, M.K. (2001). "Moments des premiers rapports sexuels des adolescents du Mali et implications pour la pratique contraceptive", Perspectives Internationales pour le Planning Familial, Numéro de 2001.pp.2-8.
- Guiella, G. (2004). Santé sexuelle et de la reproduction des jeunes au Burkina Faso : Un état des lieux. New York: The Alan Guttmarcher Institute. Google Scolar.
- Gueilla G. (2006). Santé sexuelle et reproductive des adolescents au Burkina Faso. Résultats d'une enquête nationale en 2004. Occasional Report N°.21. Google Scholar.
- Gueilla, G. & Madise, J. (2007). HIV/AIDS and sexual –risk behaviors among adolescents: Factors influencing the use of condoms in Burkina Faso. African journal of Reproductive Health, II (3); 182-196.
- Gueilla G. (2012). Comportements sexuels des adolescents en Afrique Sub-Saharienne : l'exemple du Burkina Faso, du Ghana, du Malawi et de l'Ouganda, thèse doctorale, Université de Montréal. Faculté des études supérieures et postdoctorale. Google Scholar.
- Guillaume A. (2004). « les pratiques contraceptives » In A. Guillaume et M. Khlat (éds.), Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique, CEPED, Paris, pp.55-72.
- Habibou Bangré (2007). Quand la tradition autorise le sexe avant le mariage. Afrik.com.
- Hamchaoui, F. (2016). Besoins de santé et comportement à risqué des adolescents scolarisés dans la Wilaya d'Alger I. Thèse, Université d'Alger I Benyoucef Ben Khedda. Google Scholar.
- Harrison, A. (2008). « Hidden love: Sexual ideologies and relationship ideals among rural south african adolescents in the

- context of HIV/AIDS». Culture Health and sexualy, 10 (2), p.175-189.
- Hein, H& (2012). Caractéristiques de la communication parents adolescents sur la sexualité et le VIH à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. Santé publique, pp.343-351.
- HIP (Family Planning High Impact Pratices), (2013). Marketing social: S'appuyer sur le secteur privé pour améliorer l'accès aux méthodes contraceptives, les diversifier et généraliser leur utilisation.
- Hunter D., Maggwa BN., Mati JK., Tukei PM., Mbugua S. (1994). Sexual behavior, sexually transmitted diseases male circumcision and risk of HIV infection among women in Nairobi, Kenya. AIDS. 1994; (8): 93-99.
- Ilaria Dell'Acqua. (2013). Marketing préventif : Quels aspects considérer pour une campagne efficace ? Université de Genève.
- Ingrand, I. (2008). La prévention. Les principaux modèles d'interventions et leur application.
- Inter arts (2010). Religion et santé sexuelle et reproductive des jeunes. Analyse d'une relation aux enjeux multiples.
- International Coach Federation (ICF) (2013). Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDS-MICS 2012). Programme MEASURE DHS. https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR280/FR280.
- Jessor, R. (1987). Problem Behavior Theory, Psychosocial Development and Adolescent Problem Drinking.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. Journal of Adolescent Health, 12, 597-605.
- Jeuneafrique: Santé: Le Sida, première cause de mortalité des adolescents en Afrique, juillet 2018, consultee le 31/1/2018.
- JO-Anni Joncas & Roy, B. (2015). Les grossesses chez les adolescentes autochtones au Canada : Un portrait critique de la littérature. Journal Recherches américaines au Quebec, volume 45, Issue I, 2015, p.17-27. Google Scholar.

- Kalambayi, B.B. (2007). Sexualité des jeunes et comportements sexuels à risque à Kinshasa. Thèse doctorale, Université Catholique de Louvain, Belgique.
- Kalau-Mutej, J.M. (2013). Etude des déterminants sociofamiliaux associés aux comportements sexuels à risque des adolescents de Lubumbashi : Une contribution à la théorie sociopsychologique de la santé. Santé publique et épidémiologie. Thèse, Université de Lubumbashi.
- Kangah, 0 ., Alerte, M. (2016). La problématique de la persistance des comportements sexuels à risque face au VIH/SIDA chez les étudiants de l'Université Félix Houphouet-Boigny. European Scientific Journal. April 2016 édition Vol.12. Google Scholar.
- Kasoroto Tumbwe R (1999). Position de l'anglais en République Démocratique du Congo, Montréal, diversité langues. Vol iv, online : http://www.teluq.uquebec.ca/diverscite, consulté le 01/02/2018.
- Kelly, J.A., Murphy, DA., Sikkema, K.J., (1993). Psychological interventions to prevent HIV infections are urgently need: New priorities for behavioral research in the second decade of AIDS. An Psychol 1993; 48 (10): 1023-34.
- King, R. (1999). Sexual behavioral change for HIV: Where have theories taken us? Geneva: Joint Unites Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS Best Pratice Collection).
- Klaue, K. (2004). Populations particulières pour la prévention du VIH/SIDA, Jeunes : revue de la litterarure. Lausanne : Institut Universitaire de médecine préventive (Raisons de santé, 97).
- Knibiehler Y. (1996). L'éducation sexuelle des filles au XXe siècle. In Femmes, Genre, Histoire en ce domaine.
- Knibiehler Y. (2012). La virginité féminine : Mythes, fantasmes, émancipations. Paris, Odile Jacob.
- Kobelembi, F. (2005). Le comportement sexuel des adolescents à Bangui (RCA). African Population Studies 20(2)/ Etude de la population africaine. Google Scholar.

- Kocou, E. (2015). Déterminants du comportement sexuel des jeunes. Sexualité pré-maritale et utilisation du préservatif parmi les jeunes en Côte d'Ivoire. In : 7è Conférence africaine sur la population. Google Scholar.
- Kouton, E. (1992). Evaluation et recherche des facteurs de la fécondité précoce au Bénin. Cahier de l'IFORD, 3, 113p.
- Kotler, P.& Zaltman, G. (1971). "Social marketing: An approach to planned social change", journal of marketing, 35 (July): 3-12.
- Kotler P., Roberto N., Lee N., (2002). Social Marketing: Improving the Quality of Live, Sage Publication.
- Kotler, P & Lee, N.R. (2008). Social marketing: Influencing Behaviors for Good, 3 rd edn. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Krauss, F. et al. (2013). Génération You Porn: mythe ou réalité? Enquête sur l'influence des nouvelles technologies sur les comportements sexuels des jeunes.
- Kuate-Defo, B. (1998). « Tendances et déterminants des variations régionales de l'activité sexuelle prémaritale à l'adolescence », in Kuate- Defo, B. (sous la direction de), Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique, avec une attention particulière sur le Cameroun, Ediconseil Inc, Québec, pp.133-150.
- Kwankye O., Augustt E. (2007), Media exposure and reproductive health behaviour among young females in Ghana. African Population Studies, vol. 22, n°2, p.77-I06.
- Lamia Ben Hassine et Salaheddine Dridi, (2015). Structuration et analyse du discours sur le Sida en Tunisie (1987-2010). Communication. Vol.33/2/2015. Google Scholar.
- Lamy, A. (2018). La nouvelle donne. L'école des parents, 50-52. Google Scholar.
- Lancet (2012). A manifesto for the world we want 380 (9857), p.1881.
- Lapika, D. et Kambamba, S. (1997). Etude ethno-culturelle sur le Sida au Zaïre. Rapport final.

- Larrière, M.H. (2014). Méthode de sélection d'outils favorisant l'adoption de comportement responsable envers l'environnement : Application à la gestion des eaux pluviales en milieu urbain. Université de Sherbrooke.
- Lavidge, R. and Steiner, G. (1961). A model of predictive measurements of adversiting effectiveness. Journal of Marketing.
- Lazar J. (2004). 100mots pour introduire aux théories de la communication : Paris : les empêcheurs de tourner en rond.
- Lloyd, C. (2010). Role of schools in promoting sexual and reproductive health among adolescents in developing countries. Google Scholar.
- Luke, N. (2003). Age and economic asymmetries in the sexual relationships of adolescent girls in Sub-Saharan Africa. Stud Fam Plann 2003; 34(2): 67-86.
- Lunder M-T, Pitter I, Berchtolf A, Akré C, Michaud P-A, Suris J-C. (2011). Associations between online pornography and sexual behavior annong adolescents: myth or reality? Arch Sexual Bahavi 2011; 40(5): 1027-35. Google Scholar.
- Lututala, B. Mampasi et al., (1996). Dynamique des structures familiales et l'accès des femmes à l'éducation au Zaïre : cas de la ville de Kinshasa (DYFAFE).
- Mabiala Babela J-R. (2008). La sexualité de l'adolescent à Brazzaville, Congo. Journal de Gynécologie obstétrique et Biologie de la Reproduction, volume 37, Issue 5, Septembre 2008, pages 510-515.
- Mabika kalanga W. (2014). Sexualité et procréation: Quels comportements des adolescents Kinois et Ngbaka face aux IST/VIH/SIDA. Approche de marketing social. Mémoire d'études approfondies, Université Protestante au Congo.
- Maffi, I., Delanoe, D., Hajou, S. (2017). La santé sexuelle et reproductive, champ d'exercice et d'affrontement des dominations de genre et de classe. Dossier : Genre, Santé et droits sexuels et reproductifs au Maghreb. P. 9-19.

- Maigaa, A., (2003). « Influence des facteurs culturels et économiques sur les comportements sexuels à risque de VIH/SIDA chez les adolescentes au Burkina Faso », Thèse, IFORD, Yaoundé, 89p.
- Maillochon, F., Ehlinger, V.(2016). L'âge « normal » au premier rapport sexuel. Agora débats/Jeunesses, 37-56. Google Scholar.
- Mairie de la ville de Mbandaka, Service de l'interieur, IIe Bureau, juillet 2011.
- Maltais, N. (2016). Outils d'encadrement et règles parentales de contrôle de l'usage de nouvelles technologies par les adolescents. Université du Québec a Chicoutimi. Google Scholar.
- Marie-Aude Boislard Pepin (2010). Précocité sexuelle et comportements sexuels à risque à l'adolescence: Etude longitudinale des facteurs individuels, familiaux, dans le groupe d'amis et contextuels associés. Thèse en psychologie, Université du Québec à Montréal.
- Mankayi, N. (2008). « Morality and Sexual rights: Constructions of masculinity, feminity and sexuality among a group of South African Soldiers", Culture, Health and sexuality, 10(6), p.625-634.
- Marchioli, A. (2006). Marketing social et efficacité des campagnes de prévention de santé publique : apports et implications des récents modèles de la communication persuasive.
- Mboko, S.B. (2008). « Sida et comportements sexuels des femmes célibataires au Congo », Thèse, IFORS/ Université de Yaoundé II, I 12p.
- Mbopi-Keou, F-X. (2014). Facteurs de risque de l'infection par le VIH dans le district de santé de Meyomessalla au Cameroun. Pub Med.
- Meirieu, P. (2010). L'adolescent explorteur. Réflexion sur la pédagogie des adolescents à la lumière des apports de Maria Montessori.
- Meekers, D. (1992), «Sexual initiation and premarital chlidbearing in Sub-Saharan Africa ». International Inc.

- Meekers, D. (1994), "Sexual initiation and premarital chlidbearing in Sub-Saharan Africa", in Population Studies, vol.48.
- Mesch GS. (2009). Social bonds and Internet pornographic exposure among adolescents, JAdolesc 2009; 32:60I-18. Google Scholar.
- Miangotar (2010). Relation entre l'environnement familial et le comportement sexuel des adolescents au Burkina Faso. Thèse, Université de Montréal, Québec. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/5222.
- Miangotar, Y. & Legrand, T. (2014). Association between family environment and sexual behaviour of adolescents in Burkina Faso. Reproductive sciences, 2, 33-45. http://dx.doi.org/104236/arsci.2014.22005.
- Miljkovitch, R. (2017). L'adolescence: Une transition vers le monde adulte. Psychologie du développement, 397. Google Scholar.
- Modieli, A.D. (2008). Déterminants des comportements sexuels à risque d'infection aux IST/VIH/SIDA chez les adolescents au Niger. (Mémoire de maitrise, Université de Yaoundé II SOA, Cameroun). Récupéré de http://www.memoireonline.com/01/10/3097/m Determinan ts-des-comportements-sexuels--risque-dinfection-aux-ISTVIHsida-chez-les-adolescents-0.html.
- Mourre M-L. (2013). Résistance à la persuasion : Tentative de modélisation à partir d'une publicité sociale anti-tabac. Thèse Université Paris Est CRETEIL. Ecole Doctorale OMI. Google Scolar.
- Muhumu Mututa, P., Rungendabanga Kajungu, N., Mushangalusa Zahinda, C.& Mulongo Mbarambara, P.(2016). Initiation sexuelle précoce: Facteurs de risque chez les jeunes filles de 15 à 25 ans dans la ville de Bukavu. International Journal of Innovation and Applied Studies, ISSN 2028-9324. Vol.16 N°I, pp. 55-62. Google Scholar.

- Mylène ST-Louis (2016). Parentalité : Présentation et analyse comparative de deux modèles théoriques. Thèse Université de Québec, Février 2016.
- Nadeau, F. (2017). Les pratiques de sextage chez les adolescents : Etat de la situation et étude sur la contribution de certains déterminants associés au phénomène. Thèse Université de Laval, Québec, Canada. Google Scholar.
- Nganawara, D., Nguendo Yongsi, H. (2017). Comportements reproductifs des jeunes femmes à Bafia au Cameroun. http://dx.doi.org/10.19044/esj.2017.Vol3, p.386.
- Ngo mayaka, J. (2014). Politique de planification familiale au Cameroun: quelle place pour les jeunes? Autrepart, 57-71. Google Scolar.
- Ngondo, O.P. (1997). Nouveau vécu du mariage, de la sexualité et statut de la femme en milieu urbain Congolais. Le cas de Kikwit, 156 p.
- Ngongo Shako, Kluy Skens, Kokolomani (2015).
 Comportements sexuels à risque à Lodja, cite à haute prevalence du VIH/SIDA en République Démocratique du Congo. Annales des Sciences de la Santé I(2), 3-15. Google Scholar.
- Noumbissie, C.D. (2010). Attitude et changement de comportement sexuel au VIH/SIDA: de l'intention d'agir à l'action. Etude de la résistance à usage du préservatif chez les adolescents –élèves des classes terminales de Yaoundé (Cameroun). Thèse. Université Lumière Lyon 2.
- Noumbissie, C.D. (2014). Relation adolescent-adolescente au Cameroun: le « Sexuel » comme moyen d'expression. Afrique et développement, vol. XXXIV, N°3, 2014, pp.51-66.
- Nsakala Gabriel Vodiera et Coppieters Y. (2014). « L'approche promotion de la santé, une alternative stratégique pour la santé des adolescents en République Démocratique du Congo », Santé publique, 2014/N°I Suppl. SI, pp.89-98.
- Ntirampaba, E., P de Sutter (2017). Les facteurs qui influencent la faible utilisation des préservatifs par la population sexuellement

- active du Burundi. Volume 26, Issues 4, Octobre-Decembre 2017, pages 228-235.
- Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, vers une nouvelle santé publique. Première conférence internationale pour la promotion de la santé (1986).
- Organisation Mondiale de la Santé (0MS) : Stratégie globale du secteur de la santé contre le VIH/SIDA, 2003-2007.
- Organisation Mondiale de la Santé (0MS). (2003). Rapport sur la santé dans le monde : 2003 : Façonner l'avenir.
- Organisation Mondiale de la Santé (0MS). (2008). Facteurs associés à une initiation sexuelle précoce chez les filles : données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)/OMS.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), (2011). Le VIH dans la région africaine de l'OMS. Vers un accès universel aux interventions prioritaires du secteur de la santé.
- Organisation Mondiale de la santé (OMS) Risques pour la santé des jeunes. 64 ième Assemblée mondiale de la santé. Genève : OMS, Mai 2011. En ligne : http://apps.Who.Int/gb/ebwha/pdf files/WHA64/A64/25 fr.pdf. Consulté le 6 décembre 2017.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), (2013). Faire face au VIH à l'adolescence.
- Organisation mondiale de la santé (OMS), (2014). La santé pour les adolescents du monde. Une deuxième chance pour la deuxième décennie.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), (2015). Aidemémoire, n°360 ;
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), (2016). Adolescents risques sanitaires et solutions.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), (2016). Santé de l'adolescent.

- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), (2016). Pour la lutte contre le Choléra, OMS, Choléra, 2016.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), (2017). Centre des médias, Aide-mémoire, actualisé en novembre 2017.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), (2017). La recherche pour une génération sans Sida : un programme de recherche mondial pour les adolescents vivant avec le VIH.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), (2018). Développement des adolescents.
- Ouedraogo, C. et al. (2006). « Expéreince d'adolescentes en santé sexuelle et reproductive ». Perspectives Internationales sur le Planning Familial, Numéro spécial, 2006. No.20, 73p. Disponible sur http://www.guttmacher.org/
- Perioli, M. (2015). En Afrique Subsaharienne, les adolescents sont très touchés par le sida.
- Peter J., Valkenbeng PM.(2008). Adolescents'exposuro to sexually explicit inter-exploration: is there a link? Commun Res 2008; 35(5):579-601.
- Pettifor, A., Katie o'Brien , MacPhail, C., William, C. Miller et Helen Rees (2010). Précocité des premiers rapports sexuels et facteurs de risqué de contaction du VIH associés chez les jeunes femmes et hommes d'Afrique du Sud. Perspectives internationales sur la santé sexuelle et génésique, numéro spéciale de 2010, pp.29-37.
- Phaswana-Mafuya, N., O Shisana, Davids, A. (2014). Perceptions of sugar mommy pratices in South Africa. Journal of psychology. Google scholar.
- Powers D.A. (2004). « Effects of family structure on the risk of first premarital both in the presence of correlated unmeasured family effects », Social science Research 34:511-537.
- Prochaska, JO., Diclemente, C. (1983). Stages and process of self change of smoking toward and integrative model of change.
- Prochaska et Diclemente (1992). Modèle théorique des changements des comportements.

- Prochaska, JO., Velicer, WF., Rossi, JS., Goldstein, MG., Marcus, BH et al. (1994). Stages of change and decisional balence for 12 problem behaviors.
- Population Services International (PSI), 2002. « Marketing social au service de la transformation du comportement des jeunes ». Résultats des programmes et conclusion des recherches au Cameroun, à Madagascar et au Rwanda.
- Programme Commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA (ONUSIDA), (1999). Le marketing social : Outil efficace de l'action mondiale contre le VIH/SIDA. Collection Meilleures pratiques de l'ONUSIDA. Outils fondamentaux. UNAIDS/99.32 (version française.
- Programme Commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA (ONUSIDA), (1999). Education par les pairs et VIH/SIDA : Concepts, Utilisations et défis.
- Programme Commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA (ONUSIDA). (2000). Education par les pairs et VIH/SIDA: Concepts, Utilisations et défis. ONUSIDA/99. 46F (version française, mai 2000).
- Programme Commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA (ONUSIDA). (2000). National AIDS programmes: a guide to monitoring and evaluation UNAIDS document 00/I7 E, Geneva, I39p.
- Programme Commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA (ONUSIDA). (2000): Le marketing social : Elargir l'accès aux services et aux produits essentiels pour assurer la prévention du VIH/SIDA et limité l'impact de l'épidémie.
- Programme Commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA (ONUSIDA). (2008) : Rapport annuel de l'ONUSIDA. Sur la voie de l'accès universel.
- Programme Commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA (ONUSIDA). (2011). Guide de terminologie de l'ONUSIDA.

- Programme Commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA (ONUSIDA). (2012). Reportage. La Campagne « Condomize » S'invite à la Conférence Internationale sur le Sida 2012.
- Programme Commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA (ONUSIDA). (2013): Rapport mondial sur l'épidémie mondiale de Sida.
- Programme Commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA (ONUSIDA). (2013). Le Sida en chiffres.
- Programme Commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA (ONUSIDA). (2013). Estimations 2013.
- Programme Commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA (ONUSIDA). (2014). The Gap Report.
- Programme Commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA (ONUSIDA), (2016). Reportage. Redonner de l'élan au préservatif comme moyen de prévention efficace et rentable contre le VIH. Octobre 2016.
- Programme National Multisectoriel de lutte contre le SIDA (PNMLS), (2014). Rapport annuel sur la riposte National au VIH/SIDA en 2014, Mai 2015.
- Programme National Multisectoriel de lutte contre le SIDA (PNMLS), (2015). Rapport annuel sur la riposte National au VIH/SIDA en 2015, Mai 2016.
- Programme National de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (PNLS), (2015). Rapport Epidémiologique de surveillance VIH/SIDA chez les femmes enceintes fréquences services de CPN.
- Puglia R., Glowacz F. (2015). Consommation de pornographie à l'adolescence : quelles représentations de la sexualité et de la pornographie pour quelle sexualité ? Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2015 ; 65 : 231-7. Google Scholar.
- Ratsiazo, L. (2015). Le Sida, dangereux ou non à Madagascar. Madagascar Tribune.com. Google Scholar.

- Rauvès, V. (2014). "Les relations amoureuses et la consummation d'alcool à l'adolescence". Thèse, Montreal (Quebec, Canada), Université du Quebec, Google Scholar.
- Rinn M. (2002). Les discours sociaux contre le Sida : rhétorique de la communication publique. Deboeck Université, p.10.
- Rogers, Everett M. (1962). Diffusion of innovations (Ird.ed). New York: Free Press of Glencoe.
- Rogers, Everett M. (1983). Diffusion of innovations (3rd.ed). New York: Free Press of Glencoe.
- Rogers, Everett M. (1995). Diffusion of innovations (4rd.ed). New York: Free Press of Glencoe.
- Roncier, C. (2016). Vih.Org. Journée mondiale de lutte contre le Sida. Dossier Epidémiologie.
- Rwenge, M. (1999). Facteurs contextuels de la transmission sexuelle du Sida en Afrique Subsaharienne (synthèse), de Becker Ch et al. (Sous la direction), Vivre et penser le Sida en Afrique, Dakar, Paris, Codesria Karthala-IRD, pp.217-236.
- Rwenge, M. (1999). Facteurs contextuels des comportements sexuels : le cas des jeunes de la ville de Bamenda (Cameroun), Institut de Formation et de Recherche Démographique (IFORD), Rapport d'étude n°40, Yaoundé/Cameroun, I64p.
- Rwenge (2000). « Sexual Risk Bahavior among young people in Bamenda, Cameroun », International Family Planning Perspectives. A Publication of the Alan Guttmacher Institute 26, (3): I18-I23. Google Scholar.
- Rwenge (2002). Culture, genre, comportements sexuels et MST/SIDA au Cameroun (Province de l'Ouest et du Centre), Yaoundé, Cahiers de l'IFORD, N° 28, 276. Google Scholar.
- Rwenge (2004). Les différences ethniques des comportements sexuels au Cameroun : L'exemple de Bamileké et Beti. African Population Studies, vol. 19, N°2, pp.159-190.
- Rwenge (2009). Déterminants des comportements sexuels à risque chez les adolescents et jeunes : Une étude comparative entre Paris (France) et Yaoundé/ Douala (Cameroun). Rapport

- de synthèse de la recherche de la ville de Paris, Université de Paris 5 Descartes, octobre 2008- février 2009, 33p.
- Rwenge (2010), « De la pertinence de l'approche systémique de la sexualité à risque des adolescents et jeunes du Cameroun » ; Etudes de la population Africaine, Vol.24, n°3.
- Rwenge, J.R. (2013). Comportements sexuels parmi les adolescents et jeunes en Afrique Subsaharienne Francophone et facteurs associés. African journal of reproductive health, 2013; 17(1): 66-49.
- Rwenge (2013). Genre et sexualité des jeunes à Bafoussam et Mbalmayo, Cameroun. Google Scholar.
- Rosenstock, I.M. (1974). « The Health Belief Model and Preventive Health Behavior », Health Education Monographs, 2, 35-86.
- Sabine C., Wolak J., Finkelhor D. (2008). The nature and dynamics of internet pornography exposure for youth. Cyberpsychol Bebaw 2008; II: 69I-3. Google Scolar.
- Sala Diakanda (1980). Approche ethnique des phénomènes démographiques : le cas du Zaïre, Département de démographie UCL, Recherches Démographiques, cahier n°4, 433p.
- San Francisco HIV Prevention plan. (2001). San Francisco: HIV Prevention Planning Council in partnership with the San Francisco DEPARTMENT OF Public Health.
- Santelli, J., et al. (2006). « Abstinence and abstinence-only education: A review of U.S policies and programs, Journal of Adolescent Health, vol.38, n°I, pp.72-8I.
- Service Central Education à la vie (SCEV), 1998. Programmes du cours d'éducation à la vie. Niveau primaire : Degré terminal. Niveau Secondaire : Cycle complet (toutes options), Kinshasa, 42p.
- Shomba Kinyamba (1983). Sexualité préconjugale. La virginité féminine dans les sociétés d'hier et de demain, LABOSSA, Lubumbashi, pp.21-22.

- Simbayi, L.C., Kalichman, S.C., Jooste, S., Cherry, C., MFecane, S., Cain, D. (2005). "Risk factors for HIV/AIDS among youth in Cape Town, South Africa", AIDS Behaviour, 9(1), p.53-61.
- Sophie Rosa et Bellisimo (2012). Aperçu du marketing social dans le contexte de la santé publique. Atelier santé publique Ontario sur le marketing social.
- Sossa, F. et Zounon, M. (2005). « Inégalités sociales et comportements sexuels à risque chez les adolescents au Bénin », XXVe Congrès de la Population, Tours de 18 au 23 juillet 2005.

 http://iussp2005.princeton.edu/download.aspx?submissionID=
 - http://iussp2005.princeton.edu/download.aspx?submissionID= 50080.
- Talnan, E., Anoh A., Zanou B. (2002). « Inégalités sociales et comportements sexuels à risque chez les jeunes en milieu ivoirien » in Etude de la population africaine Supplément B du vol. 19. https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/5826/I/ep04035.pdf.
- Talnan E., Anoh A., Zanou B., (2004)." Inégalités sociales et comportements sexuels à risque chez les jeunes en milieu urbain Ivoirien", Etudes de la Population Africaine, 19:61-80.
- Talnan (2006). Inégalités sociales et comportements sexuels à risque chez les jeunes en milieu urbain ivoirien, books. Google.com. Google Scholar.
- Trinitapoli, J., Camille Richne (2015). Sida et vie religieuse au Malawi : repenser l'influence de la dynamique démographique sur les comportements culturels. Revue Population 70(2), 265-293. Google Scholar.
- Tsala Dimbuene, Z. (2010), « Influences des structures familiales sur les connaissances et comportements de prévention du VIH/SIDA chez les adolescents et les jeunes au Cameroun ». Thèse de doctorat, Département de démographie, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal, 222p.
- Tshikiji S. (1996). Aujourd'hui de l'ethnique sexuelle traditionnelle Luba Kasaï in Pensée agissante.

- Twa-Twa, D.M. (1997). The role of the environnement in the sexual activity of school students in Tororo and Pallisa districts of Uganda, Health Transmission Review, 1997 (Supplément): 67-82.
- Ulysse Bourgeois (2009). Tribu Mongo en RDC. Université d'Orléans. Maitrise de géographie.
- Unesco/Onusida. (2002). L'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA. Manuel pour l'élaboration de stratégies et de politiques. Manuels méthodologiques, série spéciale, numéro 2. Division des politiques culturelles et du dialogue interculturel.
- Unesco « Organisation des Nations Unies par l'éducation, la scienece et la culture » (2015). E ducation sexuelle complète. Nouveaux éléments d'information, enseignements et pratiques
- Educational, United **Nations** Scientific and Cultural Organization (UNESCO). (2013). Les jeunes aujourd'hui. Il est temps d'agir. Pourquoi les adolescents et les jeunes d'Afrique orientale et australe ont besoin d'une éducation sexuelle complète services sexuelle de santé et reproductive. http://unescodoc.unesco.org/images/0022/002234/223447F. pdf.
- Unicef (2011). La situation des enfants dans le monde : l'adolescence l'âge de tous les possibles.
- Unicef: Le VIH/SIDA continue à traquer les enfants et les adolescents, Unicef/HIVA 2015-0006/Schermbrucker, juillet 2016, modifié en mars 2017.
- United Nations Programme of HIV/AIDS (UNAIDS) 2008. Report on the global AIDS epidemic. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1510 2008globalreport en 0.pdf, consulté le 30/06/2016.
- Unicef Congo (2013): Coordination Sida.
- Unicef (pour chaque enfant). Les enfants et le Sida : Mise à jour statistique 2017.

- Unicef (2017). Les enfants et le Sida : Mise à jour statistique 2017.
- Vansina J. (1966). Introduction à l'ethnographie du Congo, Editions Universitaires du Congo, Kinshasa, Kisangani, Lubumbashi, 228p.
- Verdure, F., Fanello, S. (1010). Connaissances, besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective. Etude réalisée auprès d'adolescents de classe de troisième, Volume 17, Issue 3, March 2010, p.219-225.
- Yaelle Amsellen-Mainguy (2017). Usages d'Internet pour la santé par les jeunes: place des professionnels de la santé et de parents. Revue Education, santé, sociétés, Vol.3,≠I :Coéducation et santé : dispositifs dans et hors milieu scolaire. Google Scholar.
- Ybara ML, Mitchell KJ. (2005). Exposure to Internet pornography among children and adolescents: a national survey. CyberPsychol Behow 2005;8(5):437-86. Google Scholar.
- Yode, M., LeGrand, T. (2008). "Influence de l'environnement familial sur l'entrée en sexualité prémaritale des adolescents au Burkina Faso. Papier présenté à la conférence annuelle de Population Association of America (PAA), New Orleans, LA, 17-19, 15p.
- Weinstein, N.D., Rothman, A.J., Sutton, SR. (1998). Stage theories of health behavior conceptual and methodological issues. Health Psychol 1998; 17 (3): 290-9.
- Witte Kim (1992). Putting the fear back into fear appeals: The extended parallel process.
- WWW. lardc.com, consulté le 02/02/2018.
- White, N. (2015). Bending the Binary: LGBTQ Sex Worker's Gender Presentations Sprinkle: An undergraduate journal of feminist and queer studies 8, 2015. Google scholar.
- William A. Douglas and Stanford M. Lyman (1976). L'Ethnie: Structure, processus et saillance. Cahiers Internationaux de Sociologie. Nouvelle Série, Vol. 61, Ethnie: Revendications et conflits (juillet-décembre 1976), pp. 197-220. Google Scholar.

- Wolak J., Mitchell K, Finkelhor D. (2006). Unwanted and wanted exposue to online pornography in a national sample of young Internet users. Pediatrics 2007; I(19): 247-57, http://dx.doi.org/10.1542/peds.2006-1891. Google Scolar.
- Zhang, Y., Miller, Harrison, K. (2008). « The relationship between exposure to sexual music videos and young adult's sexual attitudes », in journal of Broadcosting and Electronic Media, sept 2008, 52, 368-386.
- Zimmermann, MA., Freudenberg, N. (1995). Aids prevention in the community: Lessons from the first decade. Washington, D.C.: The American Public Health Association.
- Zoungrana, M.C. (1999). La situation de l'infection à VIH SIDA au Sahel. Rapport de synthèse d'une analyse situationnelle dans les pays du sahel, Bamako, CERPOD, II7p.

TABLE DES MATIERES

Epigraphe	1
Dédicace	3
In Memoriam	5
Remerciements	7
Liste des abréviations	11
Liste des tableaux	13
Liste des figures	17
Liste des images	19
Liste des encadrés et Graphique	21
Résumé	
INTRODUCTION GENERALE	27
CHAPITRE PREMIER	35
MISE EN CONTEXTE DE LA RECHERCHE	ET
PROBLEMATIQUE	35
I.I. Mise en contexte de la recherche	
I.I.I. Présentation du contexte de la recherche	37
I.I.I.I. Présentation géographique	
I.I.I.2. Contexte sociodémographique et culturel	39
I.I.I.3. Caractéristiques des ménages (EDS-RDC II, 2013-2014)	40
I.I.I.4. Niveau d'instruction et milieu de résidence (EDS-RDC II, 2	2013-
2014)	41
I.I.I.5. Exposition aux médias (EDS-RDC II, 2013-2014)	44
I.I.I.6. Contexte économique (EDS-RDC II, 2013-2014; Ba	ınque
mondiale, 2018)	
I.I.I.7. Contexte sanitaire (EDS-RDC II, 2013-2014)	
I.I.2. L'adolescent et ses différents enjeux	
I.I.3. Les adolescents, le Sida et autres comportements sexuels à 1	_
en RDC	
I.2. Problématique	
I.2.I. Questions de recherche	
I.2.I.I. Question principale	72
I.2.I.2. Questions spécifiques	72

I.3. Objectifs de la recherche
I.4. Cadre conceptuel d'identification des déterminants des
comportements sexuels à risque des adolescents et hypothèses de l'étude
74
I.4.I. Cadre conceptuel d'identification des déterminants des
comportements sexuels à risque des adolescents74
I.4.2. Hypothèses de l'étude
I.5. Justification méthodologique
I.6. Contribution de l'étude
I.7. Organisation de l'étude
CHAPITRE DEUXIEME81
REVUE DE LA LITTERATURE THEORIQUE ET EMPIRIQUE
81
II.I. Définitions des mots clés de l'étude
II.I.I. Marketing social
II. I.I.I. Les 5P du marketing social93
II.I.I.I. Le produit93
II.I.2. Comportements sexuels à risque98
II.I.3. Adolescent
II.I.4. Infections sexuellement transmissibles (IST)101
II. 2. Bases théoriques des modèles de prévention dans le domaine de la
santé101
II.2.I. Les modèles psychosociaux
II.2.2. Les modèles spécifiques destinés à la prévention des
IST/VIH/SIDA111
II.2.3. Le Marketing Social
II.3. Quelques variables des campagnes de préventions des
IST/VIH/SIDA en le marketing social
II.4. Revue empirique des déterminants des comportements sexuels à
risque des adolescents
II.4.I. Approche socioculturelle
II.4.I.I. Modèle traditionnel
II.4.I.2. Modèle moderne
II.4.2. Approche économique

II.4. 3. Approche institutionnelle	148
II.4. 4. Approche individuelle et psychologique	149
CHAPITRE TROISIEME	151
METHODOLOGIE	151
DE LA RECHERCHE	151
III.I. Cadre et lieu d'étude	153
III.2. Période et type de l'étude	155
III.3. Population d'étude	156
III. I.I. Cartographie ethnographique des ethnies sous étude	
III.I.I. Présentation de la carte ethnique par province	161
III.4. Méthodes et instruments de collecte des données	165
III.4.I. Volet qualitatif	165
III.4.2. Volet quantitatif	167
III.5. Echantillonnage	
III.5.I. Volet qualitatif	168
III.5.2. Volet quantitatif	
III.6. Critères d'inclusion ou d'éligibilité	175
III.7. Conditions éthiques	175
III.8. Définitions et opérationnalisation des variables du	volet
quantitatif, signes attendus et cadre analytique de l'étude	176
III.8.I. Définition des variables	
III.8.I.I. Variables dépendantes	176
III.8.I.2.2. Variables opérationnelles des facteurs socioéconomiques	.179
III.8.1.2.3. Variables opérationnelles des facteurs institutionnels	
III.8.I.2.4. Variables opérationnelles des facteurs individue	
psychologiques	
III.8.I.3. Variables opérationnelles des facteurs modérateurs	
III.8.2. Opérationnalisation des variables	
III.8.3. Variables quantitatives et signes attendus	
III.8.4. Déroulement de l'étude	
III.8.5. Types d'analyse des données	
Pour analyser nos données, nous avons fait deux analyses, la pre	
a consisté à comprendre les réponses de chaque intervenant pou	ır une

variable ou question donnée (analyse horizontale). Puis, nous avon
cherché à savoir les réponses de chaque intervenant pour l'ensembl
des questions et des variables de la grille (analyse verticale)197
CHAPITRE QUATRIEME203
PRESENTATION DES RESULTATS203
IV.I. Présentation des résultats du volet qualitatif205
I. Les déterminants des comportements sexuels à risque chez le
adolescents205
I.I Les déterminants de la précocité des rapports sexuels206
I.2. Les déterminants du multipartenariat sexuel213
I.3. Les déterminants de la non-utilisation du préservatif chez le
adolescents 212
2. Connaissance par les adolescents des risques de santé dus à la non
protection des rapports sexuels214
3. Raisons de l'abstinence sexuelle des les adolescents215
4. Solutions susceptibles d'aider les adolescents à adopter un
comportement sexuel responsable216
IV.2. Présentation des résultats du volet quantitatif
IV.2.I. Présentation des résultats de l'analyse statistique descriptive uni
variée
IV.2.I.I. Présentation des données des variables socioculturelles219
IV.2.I.2. Répartition des adolescents selon le niveau de vie du ménage e
l'occupation du tuteur/variable socioéconomique222
I.I. Caractéristiques de l'habitat
I.2. Biens possédés par les ménages des enquêtés225
I.3. L'indice de vie des ménages (Indvie)228
IV.2.2. Présentation des résultats de l'analyse statistique descriptive bi
variée : Comportements Sexuels à Risque235
IV.2.2.I. Age aux premiers rapports sexuels
IV.2.2.I.I. Variables socioculturelles
IV.2.2.I.2. Variables socioéconomiques
IV.2.2.I.3. Variables institutionnelles
IV.2.2.I.4. Variables individuelles et psychologiques

IV.2.2.2. Multipartenariat sexuel au cours des douze derniers mois
précédant l'enquête
IV.2.2.2.I. Variables socioculturelles
IV.2.2.2.2. Variables socioéconomiques
IV.2.2.2.3. Variables institutionnelles
IV.2.2.2.4. Variables individuelles et psychologiques248
IV.2.2.3. Non-utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel249
IV.2.2.3.I. Variables socioculturelles
IV.2.2.3.2. Variables socioéconomiques
IV.2.2.3.3. Variables institutionnelles
IV.2.2.3.4. Variables individuelles et psychologiques254
IV.2.3. Présentation des résultats de l'analyse multivariée :
Comportements sexuels à risque des adolescents
IV.2.3.I. Présentation des résultats du modèle probit : précocité des
rapports sexuels
IV.2.3.2. Présentation des résultats du modèle Logit ordonné/
Multipartenariat sexuel au cours des douze derniers mois précédant
l'enquête
IV.2.3.3. Présentation des résultats du modèle probit : Non-utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel
IV.3. Présentation du modèle de marketing social pour lutter contre les
comportements sexuels à risque des adolescents
IV.3.I. Présentation des déterminants des comportements sexuels à
risque des adolescents selon leur poids dans l'explication du phénomène
265
IV.3.I.I. Présentation des déterminants de la Precosex266
IV.3.I.2. Présentation des déterminants de la Nupredrapsex268
IV.3.2. Modèle de marketing social pour la prévention des
comportements sexuels à risque des adolescents
CHAPITRE CINQUIEME279
DISCUSSION ET IMPLICATIONS279
I. Caractéristiques sociodémographiques des adolescents281
I) Le sexe
2) Age 284

3) Ni	veau d'instruction	285
4) Mi	ilieu de résidence	287
II. Les co	omportements sexuels à risque	288
I) La	précocité des rapports sexuels	288
2) Le	multipartenariat sexuel des adolescents	298
3) La	non-utilisation du préservatif au dernier rapport sexu	el303
III. Raiso	ons pour lesquelles certains adolescents n'ont pas en	core eu des
rapports	sexuels	308
IV. Solut	tions envisagées par les adolescents pour les aider à	adopter un
comp	portement sexuel à moindre risque	308
CONCL	USION GENERALE	311
ET REC	COMMANDATIONS	311
BIBLIO	GRAPHIE	319
ANNEX	KES	355

ANNEXES

Annexe I: Attestation d'éthique



COMITE D'ETHIQUE DE L'UNIVERSITE PROTESTANTE AU CONGO

CERTIFICAT D'AUTORISATION

Date de la Réunion : 09/02/2017

Réf : CEUPC 0028

Institution : Faculté d'Administration des Affaires et Sciences Economiques

Université Protestante au Congo « UPC

Chercheur: Wivine MABIKA KALANGA

Titre: MARKETING SOCIAL ET COMPORTEMENTS SEXUELS A RISQUE DES ADOLESCENTS

FACE AUX IST ET VIH/SIDA EN RDC

Chère Mme Wivine MABIKA KALANGA.

Le Comité d'éthique de l'Université Protestante au Congo a examiné et évalué votre projet de recherche conformément aux normes d'éthique de la recherche sur les humains.

Les points suivants ont été discutés :

 Considérations éthiques : Il n'y a pas de problème éthiquement fondamental dans la mise en œuvre de l'étude

DECISION DU COMITE : Le Protocole de Recherche est approuvé

DATE: 09/02/2017

Président

NOTE:

- Toute modification de quelque niveau que ce soit portée sur le protocole approuvé nécessité une nouvelle soumission au Comité
- 2. Veiller mentionner la référence du protocole pour toute correspondance au comité
- Le comité d'éthique selon le cas assure le suivi de la mise en œuvre de l'étude et se réserve le droit d'interrompre l'étude en cas de violation des principes d'éthique de la recherche biomédicale

Annexe 2: Lettre de consentement adolescent

LETTRE DE CONSENTEMENT POUR ADOLESCENT

Je soussigné(e),...... avoir pris connaissance de la recherche sous le thème : « Marketing social et comportements sexuels à risque des adolescents face aux IST et VIH/SIDA en RDC », recherche menée et coordonnée par Mme/CT Wivine MABIKA KALANGA doctorante à l'UPC/Kinshasa/RDC.

Par ce fait, je suis au courant que mes parents ont déjà consentis à ce que je participe à cette recherche.

Ainsi dit par la présente, j'accepte:

- de compléter des questionnaires dans différents lieux de rencontres et de participer aux entrevues y afférents;
- que mon enseignant me permette de compléter des questionnaires et de participer aux entrevues;
- que le responsable de la recherche utilise mes réponses pour la réalisation et la finalisation de sa recherche.

Suite à ma participation à la recherche, je recevrai, un montant de IO \$ pour les questionnaires complétés dans différents lieux de rencontres et les entrevues.

J'accepte de plein gré de participer à la recherche, en sachant que toutes les informations recueillies resteront strictement confidentielles et ne serviront qu'à la réalisation de cette recherche.

Cependant, cette confidentialité n'est pas absolue. La coordonnatrice de la recherche pourrait être appelée à divulguer des informations dans un cas exceptionnel où un participant est en danger de périr suite à une IST ou le VIH/SIDA non pris en charge. Dans ce cas exceptionnel uniquement, la coordonnatrice de la recherche sera obligé de cheminer le participant au service de santé habilité pour une prise en charge appropriée.

Un code sera attribué à chaque information recueillie. Enfin, il m'est possible de mettre librement un terme à ma participation à cette recherche à tout moment.

J'ai lu l'information qui m'a été remise à propos de la recherche sur « Marketing social et comportements sexuels à risque des adolescents

face aux IST et VIH/SIDA » et j'ai eu l'occasion de parler avec la coordonnatrice de la recherche pour des éclaircissements.

Ma participation est volontaire.

Notons que toute question, critique, plaintes ou suggestions peut être adressée à Mme CT Wivine MABIKA KALANGA (00243 997635614, winmabika@gmail.com, Kinshasa/RDC).

Si votre plainte ne peut être réglée directement avec la coordonnatrice de la recherche, vous pouvez faire valoir vos droits auprès de la Commission d'éthique de l'UPC (Université Protestante au Congo, Kinshasa/RDC secrétariat: Dr Philippe (00243 815190382).

J'accepte de participer à la recherche selon les conditions formulées dans la présente lettre de consentement.

Nom de l'adolescent:
Signature:
Date:

Annexe 3 : Lettre de consentement parent LETTRE D'AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Mr, Mme......avoir pris connaissance de la recherche sous le thème : « Marketing social et comportements sexuels à risque des adolescents face aux IST/VIH/SIDA », recherche menée et coordonnée par Mme/CT Wivine MABIKA KALANGA, doctorante à l'UPC (Université Protestante au Congo).

Cette recherche vise à identifier et analyser les facteurs explicatifs des comportements sexuels à risque des adolescents âgés de 10 à 19 ans en RDC. L'information recueillie restera strictement confidentielle et ne servira qu'aux fins de la présente recherche. Enfin, il m'est possible en tout temps de retirer mon enfant de la recherche sans que cela ne cause préjudice.

La participation de mon enfant à la recherche impliquera les éléments suivants:

- Participer à une entrevue dans tous les lieux de rencontres avec les enquêteurs de 35-45 minutes portant sur le lieu de résidence, la qualité de l'environnement de vie, la qualité de la relation parentadolescent et contrôle parental, relation adolescent-amis, soutien parental, structure familiale, types des comportements sexuels à risque;
- Compléter des questionnaires portant sur les comportements sexuels à risque, ses connaissances et ses perceptions vis-à-vis des IST/VIH/SIDA, son environnement de vie et tous autres éléments explicatifs des comportements sexuels à risque afin de l'aider à opter pour des comportements protecteurs ;
- Les enseignants de l'école fréquentée par mon enfant ou responsable de l'église ou centre des jeunes accepteront qu'il remplisse des questionnaires et participe aux entrevues avec les enquêteurs.

En retour, mon enfant recevra un montant de \$10 pour le remercier de sa participation à la recherche.

[
J'accepte que mon enfant, participe à la rec	herche
Nom du parent:	
Lien de parenté: Père Mère	Autre:
Signature:	
Date:	

Annexe 4: Guide d'entretien

Bonjour,

Nous vous remercions vivement de votre volonté de nous consacrer de votre temps pour cet entretien.

Cet entretien, fait partie de nos recherches doctorales sur : « Marketing social et comportements sexuels à risque des adolescents face aux IST/VIH/SIDA » à l'Ecole Doctorale de la faculté d'Administration des Affaires et Sciences Economiques (FASE) au sein de l'Université Protestante au Congo en RDC.

Ce guide d'entretien a pour but d'identifier les déterminants des comportements sexuels à risque chez les adolescents ; c'est pour recueillir votre avis, votre perception personnelle sur ces facteurs que nous sommes là. Nous vous garantissons de la confidentialité de vos réponses sur tout ce qui sera dit au cours de cet entretien étant donné la qualité taboue et très confidentielle des informations. Si nous vous demandons d'enregistrer notre entretien, c'est tout simplement pour nous faciliter l'entretien et aussi d'éviter toutes erreurs dans la prise de notes et la transcription. La durée de notre entretien est d'au plus 45 minutes.

Sur ce, nous vous demandons de nous répondre honnêtement pour nous aider à avoir une perception claire des déterminants des comportements sexuels des adolescents tout en vous informant qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Avant de commencer, avez-vous des questions?

Question phare : « Quelles sont les déterminants des comportements sexuels à risque des adolescents dans votre milieu de vie ? ».

Thème I : Comportements sexuels à risque

I) Les comportements sexuels des adolescents sont plus orientés vers une précocité des rapports sexuels c'est-à-dire avoir ses premiers rapports sexuels avant l'âge de la majorité (18 ans). Quels sont les facteurs qui poussent certains adolescents à adopter ce comportement ?

Relances: Pourquoi faites-vous cette analyse?

Avez-vous autre chose à ajouter?

2) Dites-moi dans votre contrée et selon vous, qu'est-ce qui poussent les adolescents à avoir plusieurs partenaires sexuels ?

Relances: « Si je vous comprend bien... »

Avez-vous autre chose à ajouter?

3) Certains adolescents ne recourent pas systématiquement au préservatif lors des rapports sexuels. Comment pourriez-vous le justifier ?

Relances : « Puis-je synthétiser votre idée en ceci ? »

Aimeriez-vous ajouter autre chose?

Thème 2 : Connaissance de risque de santé encourus par la non protection des rapports sexuels

4) Pensez-vous que les adolescents encourent de risque de santé en pratiquant des rapports sexuels sans protection ?

Relances: « Pouvez-vous m'expliquer... »

Avez-vous autre chose à ajouter ?

Thème 3: Raisons de l'abstinence sexuelle chez les adolescents

5) Quelles sont les raisons pour lesquelles certains adolescents n'ont pas encore eu des rapports sexuels ?

Avez-vous autre chose à ajouter ?

Thème 4: Solutions envisagés par les adolescents pour leur sensibilisation aux comportements sexuels à risque

6) Pourriez-vous nous donner quelques solutions pour aider les adolescents à adopter des comportements sexuels à moindre risque ?

Relances : « Pouvez-vous m'expliquer un peu plus ? »

Voulez-vous ajouter autres éléments?

Merci de votre participation

Annexe 5 : Questionnaire d'enquête français

Enquête sur le marketing social et les comportements sexuels à risque des adolescents face aux IST et VIH/SIDA

Dans le cadre de la rédaction de notre thèse intitulée : « Marketing social et comportements sexuels à risque des adolescents face aux IST et VIH/SIDA », nous sollicitons votre collaboration et vous garantissons la confidentialité de vos réponses.

N.B. Ce questionnaire s'adresse uniquement aux adolescents âgés de 13 à 19 ans. Toutes les réponses sont bonnes. Il n'y a donc pas de mauvaise réponse.

Soulignons aussi pour la meilleure compréhension de nos items que par comportements sexuels à risque nous entendons tout comportement pouvant exposer l'adolescent à contracter les IST et VIH/SIDA; le marketing social est l'utilisation d'outils issus du marketing commercial afin de promouvoir l'adoption d'un comportement qui permet d'améliorer la santé ou le bien-être du public cible ou de l'ensemble de la société et les IST sont les infections issues des contacts sexuels y compris le VIH/SIDA.

Merci pour votre collaboration Fiche n° :..... Identification géographique : Province:..... Commune :..... Quartier:..... Nom d'enquêteur :..... Date de l'enquête:...../...../...... I. Renseignements individuels de l'enquêté OI. Votre sexe? 0 = FémininI = Masculin Q2. Quel âge avez-vous eu à votre dernier anniversaire? /......../ ans/..../ Q3. Votre date de naissance? Q4. Votre lieu de naissance? Q.5 Votre lieu de résidence actuelle?.....

Q.6. Quelle est votre ethnie ?
I=Mongo □ 2= Ngbaka □ 3= Hemba □ 4=Balubakat □
5= Bena demba 🔲 6= Bakua luntu 🔲
Q7. Quelle est votre occupation actuelle?
I= Elève
Q8. Avez-vous fréquenté l'école ?
$I = Oui \square$ $0 = Non \square$
Q9. Actuellement, fréquentez-vous l'école?
I=Oui
0= Non
QI0. Quel est votre niveau d'instruction ?
I= Primaire
QII. Quelle est votre religion?
I= Chrétienne Catholique
3= Chrétienne (Eglises de Réveil)
5= Aucune
7= Témoins de Jéhovah
Q12. Assistez-vous généralement aux offices religieux?
I= Tous les jours
$3=$ Au moins une fois par mois \square $4=$ Au moins une fois par an \square
5= Uniquement pour les cérémonies spéciales (mariage, enterrement, baptême)
6= Je ne pars jamais à l'église
Q13. Quelle place occupe la religion dans votre vie?
I= Très importante \square 2= Importante \square 3= Pas importante \square
2. Renseignements familiaux, survie et résidence des parents, discussions en famille et contrôle parental de l'enquêté
Q14. Quelle langue parlez-vous à la maison?
I= Lingala \square 2= Ciluba \square 3 = Kikongo \square 4= Swahili \square
5 = Français

Q15. Qui est votre tuteur?
I = Père \square 2 = Mère \square 3 = Oncle \square 4 = Tante \square
5= Grande sœur □ 6= Grand-frère □7= Grands parents □
8=Connaissance
Q16. A-t-il (elle) une occupation professionnelle?
I= Oui □ 0= Non □
Si oui, laquelle?
I=Enseignant
5=Chauffeur toleka ☐ 6= Pasteur ☐ 7=Journaliste ☐
I0= Agent Etat Civil
QI7. Votre père est-il toujours en vie?
$I = Oui \square$ $0 = Non \square$
Q18. Vit-il sous le même toit que vous?
I= Oui □ 0= Non □
Q19. Avec votre père parlez-vous de tout et de rien ?
I= Oui □ 0= Non □
Si non, sur quoi évitez-vous d'échanger?
I=Sexualité
4=Je ne parle pas avec mon père \square 5= Je n'ai jamais vu mon père \square
Q20. Avez-vous déjà abordé des questions liées à la sexualité avec votre
père ?
I = Souvent \square 2 = Occasionnellement \square 3 = Jamais \square
Q21. Votre mère est-elle toujours en vie?
$I = Oui \square 0 = Non \square$
Q22. Vit-t-elle sous le même toit que vous ?
$I = Oui$ \square $0 = Non$ \square
Q23. Avec votre mère parlez-vous de tout et de rien?
I= Oui
Si non, sur quoi évitez-vous d'échanger?
I=Sexualité □ 2= Coopération d'argent □
3=Je ne parle pas avec ma mère \Box 4= Je n'ai jamais vu mon père \Box

Q24. Avez-vous déjà abordé des questions liées à la sexualité avec votre mère ?
I= Souvent \square 2= Occasionnellement \square 3= Jamais \square
Q25. Quels sont les sujets que vous avez abordés la semaine dernière
avec vos parents, vos frères et sœurs, vos enseignants, votre entourage?
I= Sexualité
4= Mort \square 5= Voyage \square 6= Etude \square
7= Sportif
Q26. Vos parents connaissent-ils vos amis?
$I = Oui$ \square $0 = Non$ \square
Q27. Si non pourquoi ?
I= Parce que ce n'est pas important
2= Parce qu'ils n'en n'ont pas le temps
3= Parce qu'ils s'en fichent de les connaître
4= Parce que je ne les présente pas
5= Parce qu'ils sont toujours absents de la maison
6= Parce qu'ils ne se préoccupent pas à ce que nous faisons
7= Parce qu'ils nous font confiance
Q28. Vos parents sont-ils au courant de vos fréquentations ?
I= Oui
3. Renseignements sur la vie sociale, les mœurs sexuelle et valeurs ethniques de l'enquêté
Q29. Allez-vous dans des boites de nuit ou à des fêtes où les jeunes
dansent?
I= Oui □ 0= Non □
Si oui, combien de fois y êtes-vous allé(e) le mois dernier ?
I= Une fois \square 2= Plusieurs fois \square
Q30. Buvez-vous de l'alcool?
I= Oui
Si oui, combien de fois avez-vous bu le mois dernier?
I= Une fois \square 2= Deux fois \square 3= Je ne m'en souviens pas \square

4= Je n'ai pas bu le mois dernier \square
Q31. Fumez-vous des cigarettes ?
$I = Oui \square$ $0 = Non \square$
Si oui, combien en avez-vous fumées ces 7 derniers jours?
$I = I$ \square $2 = 2$ \square $3 = Plusieurs$ \square $4 = Je ne m'en souviens pas$ \square
Q32. Vos proches (parents, tuteurs) vous interdisent-ils une expérience sexuelle (une sexualité précoce) avant le mariage ?
I= Oui □ 0= Non □
Si oui, pourquoi?
I= Parce que ce n'est pas bon d'avoir le rapport sexuel avant le mariage
2= Parce qu'en le faisant nous courrons beaucoup de risque
3= Parce que nos organes sont encore immatures
4= Parce que c'est un péché
Si non, pourquoi?
I= Parce que le corps en a besoin
2= Parce qu'il faut le découvrir chez soi avant le mariage
3= Parce qu'il faut avoir une bonne expérience afin de satisfaire son mari
au mariage
4. Caractéristiques et conditions de vie du ménage de l'enquêté
Q33. D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre famille ?
I= du robinet dans le logement
2= d'une fontaine publique
3= d'un puits à pompe ou forage □
4= d'une source □
5= d'un robinet chez les voisins
Q34. Où est située cette source d'approvisionnement en eau?
I= Dans votre logement
3= Chez les voisins
Q35. Combien de temps faut-il pour s'y rendre, prendre l'eau et revenir?
$I = \dots$ heures \square $0 = Ne$ sais pas \square

Q36. Quel type de toilettes les membres de votre famille utilisent-ils habituellement ?
I = Chasse eau/Chasse manuelle \square 2= Trou ouvert \square
3= Pas de toilettes/Nature
5= Petits seaux
Q37. Partagez-vous ces toilettes avec d'autres familles?
I= Oui □ 0= Non □
Q38.Combien de familles utilisent ces toilettes?
$I = 2 \text{ à } 5 \qquad \qquad \qquad 2 = 6 \text{ à } 9 \qquad \square$
3=Plus de 10 □
Q39. Chez vous, avez-vous (Cochez dans
La case correspondante à votre réponse) OUI NON
I.De l'électricité ?
2. Une radio ?
3. Une télévision ?
4. Un réfrigérateur ?
5.Un groupe électrogène /panneaux solaire ?
6.Une plaque chauffante/ réchaud/ cuisinière ?
7.Des chaises ?
8.Des lits ?
9. L'ordinateur ?
I0. Une maison en location ?
II. Une bicyclette ?
I2. Une moto?
13. Une voiture ?
Q40. Où se trouve votre cuisine?
I= Dans la maison
3= A l'extérieur
Q41. En quelle matière est fait le sol de votre logement ?
$I = Terre/Sable$ \square 2= Planches en bois \square
3= Palmes/Bambous

Q42. Le toit de votre logement est en :
I= Bâches
$4=$ Nattes \square $5=$ Planches en bois \square $6=$ Carton \square
6= Tôle
Q43. En quelle matière est construit votre logement?
I= Bambou/Palme/Tronc
3= Pierres avec boue
$5=$ Tôle \Box $6=$ Ciment \Box
7= Pierres avec chaux
9= Planches en bois
Q44. Est-ce que votre famille possède du bétail, ou d'autres animaux de ferme ou de la volaille ?
$I=Oui$ \square $0=Non$ \square
Si oui, en précisez le nombre
I = Un
5. Exposition au cours d'éducation sexuelle à l'école, ailleurs et aux médias ainsi que la principale source d'information sur les IST/VIH/SIDA
Q45. Avez-vous déjà suivi des cours de l'éducation sexuelle à l'école ?
I= Oui ☐ 2= Non ☐ 3= Jamais allé à l'école ☐
Q46. Les cours d'éducation sexuelle sont-ils nécessaires pour les adolescents?
I=Oui □ 0=Non □
Q47. En dehors de l'école, quelle est votre (autre) source d'information de l'éducation sexuelle ?
I= Le centre de santé sexuelle et reproductive (SSR)
2= Les amis
3= Parents
4=Nul part
5=Chez le fiancé

Q48. Avez-vous déjà entendu parler du sida et des IST ?
$I = Oui \square 0 = Non \square$
Q49. Quelle a été votre principale source d'information sur les IST/VIH/SIDA
I= Internet
4= Brochures
6= Ecole □ 7= Amis □ 8= Père □ 9= Mère □
I0= Nulle part 🔲
50. Quel impact ont eu les médias sur votre perception des IST et VIH/SIDA?
I= Positif
Q51. Combien de fois suivez-vous la télévision, la radio par semaine?
I= Pas du tout
2= Au moins une fois/Semaine
3= Plus d'une fois/Semaine
4= Chaque jour
Q52. Combien de fois lisez-vous un journal par semaine?
I= Pas du tout
2= Au moins une fois/Semaine
3= Plus d'une fois/Semaine
4= Chaque jour
6. Relation hétérosexuelle et homosexuelle, renseignements sur le partenaire sexuel, première expérience sexuelle et perception de sa vulnérabilité face aux VIH/SIDA et de la gravité de la maladie
Q53. Avez-vous déjà eu une expérience sexuelle ?
I= Oui □ 0= Non □
Q54. Quel est l'âge de votre ou vos copain(s)/copine(s) actuel(le)?
I= I4 ans \square 2= I5 ans \square 3=I6 ans \square 4= I7 ans \square
$5=18 \text{ ans} \Box 6=19 \text{ ans} \Box 7=20 \text{ ans } \&+ \Box$

Q55. Quel était le statut matrimonial de votre (vos) partenaire(s)?
I= Célibataire $\square 2=$ Marié(e) $\square 3=$ Divorcé(e) $\square 4=$ Séparé(e) \square
Q56. Quand votre relation a débuté, que faisait (aient) votre (vos partenaire(s)?
I = Elève 2 = Etudiant \square 3 = Employé \square = Commerçant \square
Q57. Depuis quand avez-vous connu votre première expérience sexuelle?
$I = 3 \text{mois} \square$ $2 = 6 \text{ mois} \square$
Q58. La relation avec votre (vos) partenaire(s) se poursuit-elle?
$I = Oui \square$ $0 = Non \square$
Q59. Qui a décidé de mettre fin à cette relation ?
I= Moi \square 2= Lui/ Elle \square 3= Nous deux \square
$4=$ Parents \square $5=$ Pasteur \square
Q60.Cette relation était-elle
I= Passagère ?
2= Sérieuse sans intention de mariage ?
3= Sérieuse avec intention de mariage ?
Q61. Lors de votre premier rapport sexuel avec lui ou elle vous étiez:
I= contraint(e)
2= persuadé(e)
3 = consentant(e)
Q62. Quel âge aviez-vous lors de votre premier rapport sexuel?
$I = Avant I8 ans$ \square $2 = Après I8 ans$ \square
Q63. Avez-vous regretté d'avoir eu ce rapport sexuel?
$I = Oui \square$ $0 = Non \square$
Q64. Ce rapport sexuel était-il ?
I= Prévu □ 0= Inattendu □
Q65. Après la première fois, combien de fois avez-vous eu des rapports
sexuels?
I= Aucune fois
3= Plusieurs fois ☐ 4= Chaque jour ☐

Q66. Avez-vous déjà entretenu plus d'une relation sexuelle parallèlement?
$I = Oui \square$ $0 = Non \square$
Q67. Combien de partenaires sexuels avez-vous eus au cours de 12 derniers mois? Nombre: I= un 2= Deux 3=Plus de deux
Q68. Avez-vous déjà eu peur d'attraper le Sida ou une autre IST lors des
rapports sexuels avec votre partenaire?
I= Très peur \square 2= Assez peur \square 3= Pas du tout \square
Q69. Avez-vous fait quelque chose pour réduire le risque d'infection?
I= Oui □ 0= Non □
Si oui, laquelle ?
I= Utiliser le préservatif
2= Utiliser le detol
3= Utiliser les produits indigènes
Si non, pourquoi?
I= Parce que nous ne sommes pas infectés
2= Parce que nous nous faisons confiance
3= Parce que j'ai peur de perdre mon partenaire
Q70. Pensez-vous que le Sida entraîne sûrement la mort ?
$I = Oui \square$ $0 = Non \square$
Q7I. Est- ce qu'une personne qui paraît en bonne santé peut avoir le Sida ?
$I = Oui \square$ $0 = Non \square$
Q72.Pensez-vous encourir le risque de contracter le Sida?
I= Pas du tout d'accord ☐ 2= Pas d'accord ☐
3= D'accord
Q73.Vous est-il arrivé d'avoir des rapports sexuels sous la contrainte d'un membre de votre famille ou d'une autre personne ? I = Oui
Si oui, combien de fois?
I= Une fois \square 2= Deux fois \square 3= Maintes fois \square

Q74. Aviez-vous pris des dispositions pour vous protéger contre les IST ou le VIH/SIDA?
I= Oui toujours
Q75. Vous est-il déjà arrivé d'avoir des « aventures sans lendemain ou shinda » après une fête ou après avoir bu, etc. ?
$I = Oui \square 0 = Non \square$
Si oui, combien de fois ?
I= Une fois \square 2= Deux fois \square 3= Maintes fois \square
Q76. Vous est-il déjà arrivé d'être attiré(e) sexuellement par des personnes du même sexe que vous ?
I= Oui □ 0= Non □
Q77. Avez-vous déjà eu des contacts sexuels avec une personne du même
sexe que vous ?
$I = Oui$ \square $0 = Non$ \square
Si oui, combien?
$I = Un$ \square $2 = Deux$ \square $3 = Réguliers$ \square
Q78. Aviez-vous pris des dispositions pour vous protéger des IST ou le VIH/SIDA à cette ces occasion(s)?
I= Jamais \square 2= Parfois \square 3= Toujours \square
Q79. Etes-vous?
I = Hétérosexuel(le) \square 2 = Homosexuel(le) \square 3 = Bisexuel(le) \square
Les questions (Q80, Q81, Q82, Q83) Sont réservées aux adolescents qui n'ont jamais eu des rapports sexuels
Q80. Je ne peux pas avoir des rapports sexuels parce que :
I = Je ne me sens pas prêt(e) à les avoir.
2= Je n'ai pas eu l'occasion de les avoir.
3= Je pense qu'il ne faut pas les avoir avant le mariage. □
4=J'ai peur de tomber enceinte.
5=J'ai peur de devenir parent avant le mariage.
6= J'ai peur d'attraper le VIH/SIDA ou une autre IST.
7= Je ne sais pas.
8= Ma foi me l'interdit

Q81. Comment envisagez-vous les rapports sexuels à l'avenir :
I = J'attends le mariage.
2= J'attends d'être fiancé(e).
3= Je préfère le faire avec quelqu'un que j'aime.
4= J'attends que l'occasion se présente.
Q82. Est-ce qu'on vous pousse à avoir des rapports sexuels?
I = Beaucoup \square 2 = Un peu \square 3 = Pas du tout \square
Q83. Qui vous pousse à avoir des rapports sexuels ?
$I = Ami(e)s$ \square $2 = Membre de la famille \square$
$3 = Partenaire/ami(e)$ \square $4 = Personne$ \square
7. Connaissances du VIH/SIDA, des autres IST, de mode de
transmission et des méthodes de protection
Q84. Avez-vous déjà entendu parler des maladies sexuellement transmissibles autres que le VIH/SIDA?
$I = Oui \Box \qquad O = Non \Box$
Si oui, lesquelles?
$I = Syphilis$ \square $2 = gonocoque$ \square
3= herpès génital
Q85. Quels sont les signes et les symptômes d'une IST chez l'homme?
I= Ecoulement urétral
3= Ulcérations génitales
Q86. Quels sont les signes et symptômes d'infection chez la femme?
I= Pertes vaginales
Q87. Connaissez-vous les modes de transmission des IST et VIH/SIDA ?
$I = Oui \square 0 = Non \square$
Q88. Si oui, lesquels?
I= Voie sexuelle \square 2= Voie sanguine \square
3= Voie de transmission de la mère à l'enfant □
4= Sorcellerie □ 5= Envoutement □

6=Punition de Dieu
7= Toutes les 3 premières voies □
Q89. Connaissez-vous les méthodes de protection ?
I= Oui □
Q90. Si oui, lesquelles?
I= Se limité à un seul partenaire □
2= Faire des soins intimes
3= Utiliser le préservatif □
4= Eviter les relations sexuelles avec les prostituées
5= S'abstenir
6= Utiliser le detol
7= Utiliser les produits indigènes
Q91. Avez-vous déjà eu une maladie sexuellement transmissible ?
I= Oui □ 0= Non □
Si oui, combien de fois?
I= Une fois \square 2= Plusieurs fois \square 3= Jamais \square
Q92. Vous vous êtes-vous fait traiter?
$I = Oui \square$ $0 = Non \square$
Q93. Où avez-vous obtenu votre traitement?
I= Pharmacie
2= Hôpital/ Dispensaire public
3= Médecin/ Infirmier
4= Tradi-praticiens □
Q94. Votre partenaire sexuel infecté a-t-il eu son traitement?
$I = Oui \square$ $2 = Non \square$ $3 = Ne sais pas \square$
Q95. Avez-vous déjà vu un préservatif?
$I = Oui \square 0 = Non \square$
Q96. Croyez-vous que le préservatif peut disparaître dans le corps d'une
femme ?
I= Oui □

Q97. Est-ce que vous ou votre partenaire avez utilisé un préservatif au cours de votre dernière relation sexuelle?
I= Oui □ 0= Non □
Q98. Si oui pourquoi?
I= Pour éviter une grossesse
2= Pour éviter de contracter une IST et le VIH/SIDA
3= Parce que mon partenaire était occasionnel
Q99. Si non pourquoi?
I= Parce que le préservatif réduit le plaisir sexuel
2= Parce que je fais confiance à mon partenaire
3= Parce que je ne veux pas perdre mon partenaire
Q100. Le préservatif s'est-il déjà rompu au cours d'un rapport sexuel?
$I = Oui$ \square $0 = Non$ \square
8. Fréquentation des services de santé sexuelle et reproductive
Q101. Etes-vous déjà allé(e) dans un établissement de santé ou avez- vous déjà consulté un médecin pour bénéficier des services ou des informations concernant la contraception, la grossesse, l'avortement ou des maladies sexuellement transmissibles?
$I - O$: \square $O - NI$ \square
$I = Oui \square \qquad 0 = Non \square$
Si oui, pour quelle raison?
Si oui, pour quelle raison? I= Demande d'information
Si oui, pour quelle raison ? I = Demande d'information
Si oui, pour quelle raison? I= Demande d'information
Si oui, pour quelle raison? I= Demande d'information
Si oui, pour quelle raison? I= Demande d'information
Si oui, pour quelle raison? I = Demande d'information
Si oui, pour quelle raison ? I= Demande d'information

Q104.	Vous	sentiez-vous	suffisamment	à l'aise	pour	poser	des	
questions	?							
I= Oui		0 = V	Non 🔲					
Q105. Av	vez-vou	s trouvé des ré	éponses à vos	questions?				
I= Oui		0 = N	on \square					

FIN

Annexe 6 : Questionnaire d'enquête lingala

MITUNA PONA BOYEBI

Pona kolimbola bizaleli ya bosangisi nzoto oyo izali na makama epayi ya bilenge na makono oyo ezuamaka na nzela ya bosangisi nzoto, IST pe VIH/SIDA o ekolo ya biso RDC

Pona kokoma buku monene ba bengi : « bizaleli ya bosangisi nzoto oyo izali na makama epayi ya bilenge na makono oyo ezuamaka na nzela ya bosangisi nzoto, IST pe VIH/SIDA o ekolo ya biso RDC », tosengi lisungi pe tolaki bino ete tokobatela sekele ya biyano bya bino.

Boyeba malamu été : Mituna oyo, mi kotunama bobele epai ya bilenge kobanda mibu zomi kino zomi na libwa pe biyano binso bizali malamu.

Bo yeba te, pona kososola mituna na biso malamu, tango tozali koloba bizaleli ya bosangisi nzoto oyo ezali na likama, tolingi toloba bizaleli binso oyo ekoki kotindika bilenge bazua makono oyo ezuwamaka na nzela ya bosangisi nzoto babengi IST pe VIH/SIDA; litomba ya mituna mia biso ezali pona kosunga bilenge bandima ezaleli oyo ekosunga bango ba bongola lolenge ya kobika na bango pona bokolongono bua nzoto, yango etali bilenge oyo tokopona to pe na lisanga ya banto.

Matondo mingi pona bosi	ungi bua bino.		
Nkasa motango :	•••••		
Etuka :		/	
Commune :	/		
Quartier:	//		
Mokolo, sanza, mobu ya	mituna://	/	/
Kombo ya motuni mituna	ı :		
A. Lolenge ya moto oyo libota	o toko tuna mituna	yonso na oyo	etal
1. Mituna oyo etali mot	tunami ye moko		
Q1. Sexe ?			
1= Mubali □	0= Muasi □		

Q2. Okokisaki mbula na sanza n	ini?/ ans
Q3. Oza na mbula nini?	/ ans
Q4. Obotama wapi ?	
1= Engumba □	0= Mboka □
Q.5 Ofandaka wapi ?	
1=Engumba □	0 = Mboka
Q.6. Ekolo nayo eza nini?	
1= Mongo ☐ 2= Ngbaka ☐	3= Hemba ☐ 4= Balubakat ☐
5= Bena demba □	5= Bakua luntu □
Q7. Okenda kelasi ?	
$1 = Iyo \square 0 = Te$	
Q8. Kelasi ya monene oyo okoma	a na yango ezali nini ?
1= Ebandeli □ 2	= Ya katikati 🔲
3= Ya likolo □ 4	= Moko te □
Q9. Sasaipi, okendaka na eteye	elo moko; mikolo yonso? to
mikolo ndambu ?	
1 = Iyo,	
0= Moko te □	
Q10. Kelasi ya suka oyo osuki	isaki kotanga na eteyelo ezali
nini?	
1= Ebandeli ☐ 2	= Ya katikati 🔲
3= Ya likolo ☐ 4	= Moko te
Q11. Eyamba na yo nini ?	
$1 = Moklisto$ \square $2 = Misilima$	\square 3= Moko te \square
4= Mosusu (limbola)	
Q12. Okendaka mingi mingi na	makambu ya nzambe?
1= Mikolo yonso	
2= Mokolo moko na poso moko	
3= Mokolo moko na sanza moko	
4= Mokolo moko na mbula moko	
5= Kaka soki makambu ya mine	ene mazali (libanga, kokunda,
batisimo)	
6= Tango na tango na ba nteke	☐ 7= Soko moke te ☐

Q13. Esik	ka nini makamb	oo ya nzambe (ezali na bomoyi na yo ?
1= Ezali r	na litomba mone	ne 🔲	
2= Na lito	mba		
3= Eza na	litomba te		
2. Mitun	a pona libota ,	kobika pe eva	ndeli ya ba boti , masolo
na lib	ota pe ndenge b	aboti ba batel	aka motunami
Q.14 Bolo	obaka lokota ni	ni na ndako ?	
1= Lingal	a \square 2= 0	Ciluba 🔲	
3= Mosus	u (limbola)		•••••
Q.15 Mot	o oyo ofandaka	ı epai na ye az	ali mobali to muasi?
1= Mobal	i 🔲	0= Muasi	
Q.16Asal	aka mosala ?		
1= Iyo		0= Te	
Soki asala	aka mosala, mo	sala nini ?	
1= Asalak	a mosala ya mo	nene ya bakonz	zi 🔲
2= Asala	ka mosala ya bal	konzi te	
3= Molo	ni bilanga/ Mob	omi mbisi	П
4= Eyeb	ani te		
5= Mosus	su (limbole)		
	a na yo aza na b		
	7 0= Te	•	
_	- kaka na ye nda	ku moko ?	
_	7 0= Te	П	
_	_	makambu ov	o ezali ya litomba pona
-	aka	J	5 1 P
1= Pete m	ingi 🔲 2	= Pete \square	3= Mua matata □
4= Matata	penza		_
5= Na mo	naka papa na ng	gai te 🔲	
			na miye mitali bosangisi
	tata na yo ?		•
1= Mingi	_]	
•	oala mosusu 🛭]	
3= Soko r	noke te 💢	_ 7	

Q21. Mama na yo aza na bomoyi?				
1= Iyo				
Q22. Obikaka na ye ndaku moko ?				
$1 = Iyo \square 0 = Te \square$				
Q23. Kosolola na maman makambu oyo ezali ya litomba pona				
bino ezalaka				
1= Pete mingi \square 2= Pete \square 3= Mua matata \square				
4= Matata penza ☐ 5= Na monaka mama na ngai te ☐				
Q24. Bokabolaka makanisi pona mituna miye mitali bosangisi				
nzoto na mama na yo?				
1= Mingi mingi				
3= Soko moke te □				
Q25. Likambu ya motuya nini bosololaki poso eleki na				
baboti, na ba ndeko ya mibali pe ya basi, na balakisi,				
na nzinganzinga nayo ?				
1= Bosanganisi nzoto ya muasi na mobali				
2= Bisengo				
3= Kokabola nzebi □ 4= Kufa □				
6= Kelasi □				
7= Mosusu (limbola)/				
Q26. Ba boti, bayebi baninga na bino?				
1= Iyo □ 0= Te □				
Q27. Soki te pona nini ?				
1= Po eza na litomba te				
2= Po baza na ngonga pona yango te				
3= Po baza na tin aya koyeba bango te □				
4= Mosusu (limbola)/				
Q28. Ba boti bayebi bisika bokendaka pe makambo bosalaka				
na tango ya lipombo ?				
$1 = Iyo \square 0 = Te \square$				

· •	na mboka ya moyunami pisika ya komela masanga na butu to pe
	pe bisika bilenge babinaka? Soki iyo,
	nda na sanza eleki?
	2= Mbala ebele
_	nga ya molangwa? Soki iyo, yebisa biso
•	omelaki yango na sanza eleki ?
1= Mokolo moko	
2= Mikolo ebele	
3= Nayebi lisusu te]
= •	? Soki iyo, omeli mbuma to paquet boni
mikolo mileki?	. 🗖
1= Mbuma ya makaya	sambo 🔲
2= Ebele	
3= Na yebi te	
= •	n motuya oyo ezali na etuluku na bino
pona oyo etali bosang	
1= Moto na moto asala	aka ndenge alingi 🔲
0= Mibeko ezali ya ma	akasi \square
Q.33. Mayi oyo bomel	laka na ndaku Bozuwaka wapi ?
	yo eyuti na regideso to pe mayi na tuyo ya
monene na balabla oyo	<u> </u>
2= Mayi ya tuyo ya fok	cofoko 🔲
3= Mayi ya etoko	
4= Mayi ya mbula	
5= Mosusu (limbola)	/
Q34. Esika yango yak	osua mayi ezali wapi ?
1= Na kati ya ndako	
2= Na libanda na lopan	igo 🗆
3= Esika mosusu	

O35 Pong ka	okenda kozua ma	ovi na kova n	avango akozua
ngonga boni?		iyi pe koya i	layango ekozua
		0= Nayebi te	\neg
	a banto ya ndak	·	
-	ezali ya ndenge nir	<u> </u>	
1= Oyo ya min			
2= Nzongo nde	enge ya ba koko		
3= Nzongo ya i	•		
4= Nzongo eza			
•	nbola)		/
	saka nzongo na ba		
bino ?	g		
1= Iyo □	0= Te □		
Q38.Ba ndako	boni bosangisa na	a bango nzongo	o ?
1= Na se ya na	dako zomi	2= Nda	ako zomi Koleka
3= Na yebi te			
Q39. Na ndak	o bazali na :		
Lotiliki?			
1= Iyo			
0= Te			
Radio?			
1= Iyo			
0= Te			
Etando?			
1= Iyo			
0= Te			
Le réfrigérateur	r ?		
1= Iyo			
0= Te			
	oesaka lotiliki ?		
1= Iyo			
0= Te	ĭ		

Matuka ya m	nindele?			
1= Iyo □				
0= Te □				
Kiti?				
1= Iyo □				
0= Te				
Mbeto?				
1= Iyo □				
0= Te □				
Muinda?				
1= Iyo □				
0= Te				
Kongo?				
1= Iyo □				
0= Te □				
Q40.Kuku	na bino	bosalaka n	akati	ya ndako to pe na
libenda ya n	ıdako?			
1= Na ndako)			
2= Na ndak	ko oyo ezali	i libanda 🔲		
3= Na liban	da			
4= Mosusu ((limbola)	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		
Q41. Ndako	na bino n	a se eza na n	ini ?	
1= Na mabel	le			
2= Na mabay	ya			
3= Na lokala	ì			
4= Lokala ya	a mindele			
5= Na sima				
6= Lokala y	a mindele :	ya elamba 🔲]	
7= Mosusu (limbola)			/
Q42. Likolo	ya ndako	na bino esala	ama na	nini ?
1= Eloko te		2= Ndele		3= Bambu □
4= Matoko	$\overline{\sqcap}$	5= Mabaya		6= Kas aya kalato □

7=Manzanza □		
8=Mosusu (limbola)	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	/
Q43. Bitutu ya ndako	na bino ya libnda es	salami na nini ?
1= Bitutu eza te		
2= Bambu/mbila/		
3= Bambu ya mabele		
4= Mabanga na mabele	: 	
5= Kalato		
6=Manzanza		
7= Ciment		
8= Mabanga na mokob	o 🔲	
9= Biliki		
10= Mabaya		
11= Mosusu (limbola)		
Q44. Na ndako na bii	no bobokolaka bibu	ele, to pe ba soso?
1=Iyo	0= Te	
Na kati ya ba nyama	oyo, oyo wapi bobo	okolaka na ndako na
bino pe ezali mot	tuya boni?	
1= Ngombe □	2=Mpunda 🔲	3=Ntaba □
4=Meme □	5=Ngulu □	6= Mabata □
7=Soso □	8= Mosusu (limbo	la)
Motuya:		
1= Na se ya mitanu		
2= Mitanu kino zomi		
3= Zomi koleka		
4. Tolingi toyeba so	ki mateya pona ko	yeba makambo etali
<u> </u>		angisi nzoto na lopoto
_	esamaka na eteyelo,	bisika mosusu to na
etando		

Q45. Biteyelo mosusu epesaka mateya n	a bilenge oyo ba bandi
kopusana pona koyeba makamb	o ya mokili, biteni ya
nzoto ya bo muasi to ya mobali,	
ko botisa pe na ezaleli kati na bar	na mibali pe bana ?
1=Iyo \square 2= Te \square 3=	Nakenda kelasi te
Q46. Okanisi te esengeli mateya epe	sama pona oyo etali
bosangisi ?	
$1 = Iyo \square 0 = Te \square$	
Q47. Soki ozua mateya pona oyo eta	· ·
kelasi te, epai wapi yo oyebelak	a makambo oyo etali
bosangisi ?	
1= Na lopitalo esika balakisaka makamb	o ya bokolongono bua
nzoto, bosangisi nzote pe bofulukisi	
2= Epai ya baninga	
3=Mosusu (limbola)	/
Q48. Osi oyoka masolo pona oyo etali s	ida pe na ba pasi oyo
ezuwamaka na nzela ya bosangisi nzoto	?
$1 = \text{Iyo} \square$ $2 = \text{Te} \square$	
Q49. Esika penza penza nini yo oyebela	aka ba sango pona oyo
etali ba pasi oyo ezuwamaka r	na nzela ya bosangisi
nzoto pe Sida	
1= Internet	
2= Etando	
3= Na kati ya mikanda ndenge na ndenge	
4= Epai na monganga	
5= Na eteyelo	
6= Na baninga	
7= Epai ya papa	
8= Epai ya maman	
9= Epai ya ba ndeko mosusu na libota	
10= Mosusu (limbola)	/

ndenge yo omonelaka ba maladi oyo ezuwamaka na nzela ya kosangisa ? 1= Ya malamu
1= Ya malamu
Q51. Mbala boni otalaka etando to oyokaka radio na poso mobimba? 1= Mbala moko te
mobimba? 1= Mbala moko te
3= Komeka mbala moko na poso
3= Komeka mbala moko na poso
1= Mbala moko te 2= Mbala moko na poso mobimba 3= Komeka mbala moko na poso 4= Mikolo yonso 5. Tolingi toyeba pona oyo etali kosanganisa nzoto kati na:
2= Mbala moko na poso mobimba
3= Komeka mbala moko na poso ☐ 4= Mikolo yonso ☐ 5. Tolingi toyeba pona oyo etali kosanganisa nzoto kati na:
4= Mikolo yonso
5. Tolingi toyeba pona oyo etali kosanganisa nzoto kati na:
toyeba pona mbala ya liboso oyokolaki kosangisa nzoto; ndenge ezali na makama pona ba pasi oyo ezuwamaka na nzela na yango (VIH/SIDA) Q53. Osila kozua likangu to pe mosamba? Elingi koloba te osi oyeba muntu moko oyo asepelisa yo makasi pe oyo penza bosangisa na ye nzoto? 1= Iyo 0= Te 054. Osi azura bayusa bayusa bayi?
Q54. Osi ozua ba makangu boni ?
Motuya/
Q55. Makangu na yo aza na mbula boni?
Mbula/ ans
Q56. Tango obandaki na makangu na yo, azalaki kobika
ndenge nini ? 1= Ye moko
3= Aboyana na mozalani ☐ 4= Ba kabuana ☐

Q57. Tango oyebanaki na mkangu na yo, azalaki kosala nini?
1= Moyekoli
2= Moyekoli na kekasi ya likolo □
3=Mosali
4= Moko te □
Q58. Kobanda okutana na makangu na yo mbala liboso ti
sikoyo esali tango boni?
1=/ Mikolo
2= Ba sanza
3=/ Ba mbula □
Q59. Ozali kaka na makangu na yo ?
$1 = Iyo \square$ $0 = Te \square$
Q60. Nani azuwaki mokano pona ki makangu esila?
$1 = \text{Ngai} \Box 2 = \text{Ye} \Box 3 = \text{Biso} \Box$
4= Mosusu (limbola)/
Q61.Ndenge nini okoki kolimbolela biso evandeli na yo na ye?
1= Eza ya tango moke ☐
2= Ya solo penza kasi likanisi ya libala te
3= Eza na litomba pe likanisi ya libala
Q62.Ozali koyeba lisusu mbala ya liboso oyo osangisaki nzoto
na ye ? Okoloba te ?
1= Na pusaki ye kosangisa nzoto na makasi
2= Na senganyi ye tosangisa nzoto
3= Biso yonso mibali tozalaki na posa na yango
Q63. Tango osangisaki nzoto mbala ya liboso, ozalaki na
mbula boni ? Mbula/ ans
Q64. Omilelaki pona kosangisa nzoto na ye mbala wana ya liboso?
1= Iyo, na milelaki ☐ 0= Te, na milelaki te ☐
Q65. Okoloba te kosanganisa nzoto wana bo kanaki yango to
pe ezalaki mbalakata?
1= To kanaki □ 0= Mbalakata □

Q66. Longola mbala ya liboso, mbala boni bosangisa nzoto?
1= Mbala moko
Q67. Na mbula mobiba (sanza zomi na mibale) osangisi nzoto
na bantu boni ? Motuya/
Q68. Obangaka kazua Sida to pe makono oyo ehutaka na
bosangisi nzoto ?
1= Na bangaka makasi □
2=Na bangaka mingi te □
3= Na bangaka te □
Q69. Osala eloko pona ko mikebisa na oyo etali makono oyo
ezuwamaka na nzela ya bosangisi nzoto?
$1=$ Iyo \square $0=$ Te \square
Osala nini ?
1= Nasalelaka kapoti ☐ 2= Na melaka ba kisi ☐
3= Mosusu (limbola)/
Q70. Sida ebomaka na ba ndenge yonso ?
$1 = \text{Iyo} \square 0 = \text{Te} \square$
Q71.Moto oyo azali na nzoto malamu akoki kozala na Sida ?
1= Iyo □ 0= Te □
Q72. Okanisi nini pona makoki oyo oza na yango ya kozua Sida?
1= Moko te ☐ 2= Mua moke penza ☐ 3= Mua moke ☐
4= Mingi
Q73. Bilenge mosusu ba tindamaka ba banto na kati ya libota
to pe muntu ya mokolo pona kosangisa nzoto, yango esi
ekomela yo ?
$1 = Iyo \square 0 = Te \square$
Banto boni oyo oyebi te, to pe ya libota, to pe ya mikolo,
batinda yo osangisa nzoto na makasi ?
Motuya/

_	oye, yo to pe mozalani oyo bosangisaki			
	moko pona komikebisa na maladi oyo			
	va bosangisi nzoto to pe Sida ?			
1= Iyo mbala yonso	<u> </u>			
1= Iyo mbala mosusu				
0= Te soko moke te				
Q75. Bilenge mosusu basalaka bonzoba sima ya ba teke to pe				
komela masang	a ? Yango esila kokomela yo ?			
$1=$ Iyo \square	0= Te □			
Bonzoba boni osi osal	a ? Motuya/			
Q76. Nakomonaka bo	ongo, yo na mozalani oyo bosangisaka			
·	eloko nini pona komikebisa na maladi			
oyo ezuwamaka 1	na nzela ya bosangisi nzoto pe Sida ?			
1= Iyo mbala yonso				
1= Iyo mbala mosusu				
0= Te soko moke te				
Q77. Bilenge mosusu	balingaka banto oyo bazali na nzoto			
moko na bango	, yango esi ekomela yo ?			
1= Iyo	0 = Te			
Q78. Osi osangisa nzo	oto na muntu oyo aza na nzoto moko na			
yo?				
1=Iyo □	0= Te □			
Q79. Osangisa nzoto n	a mibli to basi boni ?			
1= Moko □	2= Mibale ☐ 3= Ebele ☐			
Na ba bokutani wana	a, muzalani nayo oyo bosangisaka nzoto			
asalelaka kapoti?				
1= Soko moke te \Box 2=	= Mbala mosusu 🔲 3=Mbala na mbala 🗀			
Okoloba te olingaka n	ningi mbato oyo baza na nzoto moko na			
•	bantu oyo bazali na nzoto moko na yo,			
olingaka yonso mibale	· ?			
1= Nzoto moko na yo te				
2= Nzoto moko na yo				
3= Nzoto yonso mibale				

Mituna miye: (Q80, Q81, Q82, Q83) mizali pona bilenge bayo				
basangisa nanu nzoto				
Q80. Bantu bakoki kozala na ba ntina ebele pona kosangisa				
nzoto te, yebisa ngai oyo ezali pona yo :				
1= Ngonga ekoki nanu te pona ngai kosangisa nzoto				
2= Nazui nanu nkonzo te ya kosangisa nzote te				
3= Na kanisi te elengeli te kosangisa nzoto yambo ya libala				
4= Na bangaka kozua zemi				
5= Na banganga kozua maladi oyo ezuwamaka na bosangisi nzotoVIH/SIDA				
6= Na yebi te □				
Q81.Ozali kokanisa lolenge nini yakosangisa nzoto na mikolo				
mikoya ?				
1= Na kanisi te nakozela kino nakobala				
2= Nazali kokanisa kozela kino nakokanga lopango				
3= Nazali kozela muntou moko oyo nakolinga penza				
4= Nazali kozela nasangisa nzoto soki konzo epesameli ngai				
Q82. Batindaka yo kosangisa nzoto na makasi?				
1=Mingi □ 2=Mua mingi □ 3= Soko moke te □				
Q83. Nani atindaka yo na makasi ?				
1= Ba ninga □				
2= Ba ndeko na libota				
3= Mozalami				
4= Mosusu (limbola)				
5. Boyebi ya VIH/SIDA; pe ba pasi mosusu oyo				
ezuwamaka na nzela ya bosangisi nzoto; ndenge				
epanzanaka , ndenge ya komibatela				
Q84. Soki tolongoli VIH/SIDA, mibali na basi bakoki kozua				
ba pasi na nzela ya bosangisi nzoto. Osi oyoka masolo				
pona ba pasi yango ?				
$1 = Iyo \square 0 = Te \square$				

Q85. Bilembo nini oyo elakisaka na nzoto ya muana mobali te
azali na bokono oyo ezuwamaka na nzela ya bosangisi
nzoto ?
1= Muana mobali akobanda kobimisa tofina na nzoto na ye ya
kimobali
2= Ba pota pota ekobima na nzoto na ye ya ki mobali
3= Mikakatano na nzoto na ye ya ki mobali
4= Mosusu (limbola)
5= Nayebi elembo moke te □
Q86. Bilembo nini oyo elakisaka na nzoto ya muana muasi te
azali na bokono oyo ezuwamaka na nzea ya bosangisi?
1= Muana muasi akobanda kobimisa tofina na nzoto na ye ya bo
muasi
2= Ba pota pota ekobima na nzoto na ye ya bo muasi
3=Mikakatano na nzoto na ye ya bo muasi
4= Mosusu (limbola)
5= Nayebi elembo moko te
Q87. Oyebi ndenge maladi oyo ezuwamaka na nzela ya
bosangisi nzoto pe Sida epanzanaka?
$1 = Iyo \square 0 = Te \square$
Q88. Soki iyo, oyo wapi ?
1= Na nzela ya bosangisi nzoto
2= Na nzela ya kozua makila
3=Na nzela ya maman na muana □
Q89. Oyebi ndenge yakomibatela ?
$1 = Iyo \square 2 = Te \square$
Q90. Soko iyo, oyo wapi ?
1= Kozala na mozalani kaka moko
2= Kosalela kapoti
3= Kokima kosangisa nzoto na basi ya ndumba □

Q91. Osi obela pasi oyo ezuwamaka na nzela ya bosangisa
nzoto? 1= Mbala moko □ 2= Mbala ebele □ 3=Soko moke te □
_
Q92. Mbala ya suka omisalisaki ? 1= Iyo □ 0= Te □
•
Q93. Omisalisaki wapi ?
1= Nasobaki kisi epai ya bateki 2. Natao lati in italia alata
2= Nakendeki lopitalo ya leta ☐
3= Nakendaki epai ya munganga/lifulume/epai ya banto ya bokoko □
4= Mosusu (limbola)/
Q94. Mozalani na yo oyo bosangisaka nzoto pe azuwaki
bokono, ye pe amisalisaki?
1= Iyo \square 2= Te \square 3= Nayebi te \square
6. Kapoti : koyeba pe ndenge na yo yakomona yango
Q95. Osi omona kapoti?
$1 = Iyo \square 0 = Te \square$
Q96. Okanisi te capoti ekoki kolimua na nzoto ya muana
muasi?
$1 = Iyo \square 0 = Te \square$
Q97. Yo na nozalani na yo bosalelaki kapoti na mbala ya suka
bosangisaki nzoto?
$1 = Iyo \square 0 = Te \square$
Q98. Soki iyo, pona nini?
1= Pona koboya kozua zemi
2= Pona koboya kozua ba pasi oyo ezuwamaka na nzela ya 🗆
kosangisa nzoto pe SIDA
3= Po ete mozalani na ngai azalaki ya mbalakata ☐
4= Mosusu (limbola)/
Q99. Soki te, pona nini ?
1= Po ete kapoti ekitisaka esengo □
2= Po ete nayebi mozalani na ngai azali munto ya kilikili te
3= Po ete malingi nabungisa mozalani na ngai te

4= Mosusu (limbola)/
Q100.Kapoti esi ekatana tango ozali kosangisa nzote ?
$1 = Iyo$ \square $0 = Te$ \square
7. Bokeyi na misala ya bokolongono bua nzoto pe bofulukisi
Q101. Osi okende na ndako ya monganga to pe epai ya monganga pona koyeba makambo maye matali komibatela pona kobanga kozua zemi, pona zemi, pona kolongola zemi to pona makono oyo ezuwamaka na nzela ya bosangisi nzoto?
$1 = \text{Iyo}$ \square $0 = \text{Te}$ \square
Q102. Mbala boni okenda epai ya monganga pona koyeba makambo mana na ba sanza zoni na mibale oyo eleki?
1= Motuya/ ba mbala □
2= Nasenga lisali te epai ya minganga na ba sanza zomi na mibale oyo eleki
Q103. Mbala ya suka oyo omonaki minganga ezalaki pona nini?
1= Pona ba pasi oyo ezuwamaka na nzela ya bosangisi nzoto 🔲
2= Pona kotalisa nzoto ya kibomuasi
3= Mosusu (limbola)/
Q104.Ozalaki na kimia pona kotuna mituna epai na minganga ?
1= Iyo \square 0 = Te \square
Q105. Ozuwaki biyano na mituna mia yo epai ya munganga
pe abatelaki sekele na yo malamu ?
$1 = \text{Iyo} \square 0 = \text{Te} \square$

SUKA

Annexe 7 : Questionnaire d'enquête ciluba

DIKONKONONU KUDI BANTU

Dikonkononu pa ciena bualu disumbishibua dia nyengi bua buinenge bulenga ne disangisha dia mbidi dia njuwu kudi bitenda bitangila maladi a disangisha mbidi ne sida mu Kongo wa mungalata

Mu ndongamu wa difunda dia mukanda wa kalasa ketu kanene ka Doctorat kadi ne ciena bualu : « Disumbisha dia nyengi bua buinenge bulenga ne disangisha dia mbidi dia njuwu kudi bitenda bitangila maladi a disangisha mbidi ne sida mu Kongo wa mungalata », tudi tukulomba diambuluisha dia kuandamuna ku konku yetu ne tudi tukumangisha ne mandamuna eba nayikala masokoma.

Funda ne lama bua se dikonkononu edi ditangila anu bitenda bia mvula dikumi to ne dikumi ne citemba, kabidi ne mandamuna onso adi makana.

Kuata kabidi ne bua nguvuilu mulenga wa nkoku yetu patudi tuakula bua disangishi dia mbidi dia njuwu tudi tumona ngezelu wa malu onso adi bua kufikisha citenda ku dipeta maladi a disangisha mbidi ne sida, bua cidi citangila disumbisha dia ngenyi bua buinenga bulenga tudi tuvua diangata dia bienzedi bia mudimu bia disumbisha bintu bua mpetu milenga bua buenzeji ditambuija dia ngezelu wa malu adi alama mbidi bilenga anyi dikala dinenge dia bantu balondesha anyi bua bantu mu cibunyi ciabu ne maladi a disangisga mbidi dia njuwu tudi tumona maladi adi umbukila ku disangisha mbidi ne sida.

Tuasakidila bua ditamba dieba.		
Kakanda namba :/		
Dimangisha dia cibambalu		
Provinsa:		/
Communa:	/	/
Quartier:	/	/
Dituku dia dikonkononu://	/	/
Dina dia mukonkononi:		/.

B. Ditangila dia mucibunyi dia n	nuandamunyi
8. Mangishilu wa muandamunyi	i
Q1. Udi?	
1= Muluma	0= Mukaji 🔲
Q2. Mbunyi bua bidimu kayi	biudi mupeta ku anniversaire
weba wa ndekelu ?/ ans	3
Q3. Bidimu bieba bidi binga m	u cidimu ?// ans
Q4. Udi muledibua penyi?	
1= Mu cimenga	0= Ku musoku
Q.5 Udi usomba penyi?	
1= Mu cimenga	0 = Ku musoku
Q.6 Udi muena wanyi ?	
1= Mongo	☐ 3= Hemba ☐
4= Balubakat	mba = 6= Bakua luntu =
Q7. Utu muya mu kalasa anyi a	?
	= To
Q8. Dibeji dia kalasa kayi dine	ne di udi ?
1= Kalasa kashadila	2= Kalasa ka bitenda
3= Kalasa kanene	4= Citu muya mu kalasa
Q9. Patudi tuakula apa, utu	uya dituku dionso mu kalasa
anyi, mu cibambalu anu o	cia bakaji anyi anu cia baluma
	lupe? Mu cikondu cionsu cia
kalasa anyi mu matuku m	
1= Eyowa	0= To
Q10. Kalasa kayi kahutu mulo	nga Ka ndekelu?
1= Kalasa kashadila	2= Kalasa ka bitenda
3= Kalasa kanene	4= Citu muya mu kalasa
Q11. Udi wa ecleziya kayi?	
1= Mukilisto	nana 🔲 3= Nansha umua 🔲
4= Mikuambu (ya kuleja)	

1= Matuku onso	
2= Pamua ka bifiki	ku musangu umua ku lubungu 🔲
3= Pamua musangu	umua ku ngondu
4= Pamua musangu	umua ku cidimu
5= Amu pa bibilu	(dibaka, madilu, batisimu)
6= Misangu ya bun	yi ku ma festu
7= Nansha	
Q13. Disambila did	di ne muaba kayi mu vie weba ?
1= Munena mutamb	oa 🔲
2= Munena	
3= Kadiena ne mual	ba to
9. Mangishilu wa	diku; moyi ne disomba dia baledi; diakula
mu diku ne ndo	ondeshi wa baledi ba ngandamunyi
Q.14 Kubelu nudi	nuakula muakulu kayi ?
1= Dingala	2= Ci mongo 3= Ciluba
4= ci shahili	5= Ci hemba
6= Mu kuabu (wa k	culeja)
_	nyi muena kubelu u <u>di</u> ?
1= Muluma 🔲	0= Mukaji 🔲
Q.16 Udi ne mudin	nu anyi?
1= Eyowa \square	0= To
Biobi eyowa, udi n	ie mudimu kayi ?
1= Mu citupa cia ku	ılu
2= M u citupa cia p	oanshi
3= Muenji madimi	i/ mukuaci wa mishipa
4 0'	а
4= Ciena mumany	1
•	uleja)
5= Mukuabu (wa k	muluma ucidi ne moyi anyi ?
5= Mukuabu (wa k	

Q19. Kuyikila ne tatueba malu	manene bueba bitu
1= Bitamba biteketa] 2= Biteketa
3= Bienza ndambu bikola] 4= Bitamba kukola 🔲
5= Citu mona tatuanyi nansha ☐	
Q20. Ukatu mungikila miand	la idi itangila disangisha dia
mbidi ne tatueba anyi ?	
1= Misangu ya bunyi 🔲	2= Misangu mikuabu ☐
3= Nansha	
Q21. Muledi weba mukaji ucid	_
$1 = \text{Eyowa} \square 0 = \text{To} \square$	
Q22. Utu usomba neba kaba ka	mua anyi?
$1 = \text{Eyowa} \Box 0 = \text{To} \Box$	
Q23. Kuyikila ne mamueba ma	lu manene bueba bitu
1= Bitamba biteketa	2= Biteketa
3= Bienza ndambu bikola	4= Bitamba kukola 🔲
5= Citu mona mamuanyi	
Q24. Ukatu mungikila miand	la idi itangila disangisha dia
mbidi ne mamueba anyi?	2 1 <i>i</i>
1= Misangu ya bunyi	2= Misangu mikuabu 🔲
3= Nansha	
Q25. Nuvua bayikila ne baled	
kayi lubingi lushala ?	a, ba yanemba pa ciena bualu
1= Disangisha mbidi	2= Disanga
3= Diabanyangana ngezelu	4= Lufu
5= Dibembuka	6= Dilonga
7= Cikuabu (cia kuleja)	· ·
Q26. Baledi beba bamanya balı	
	To \square
Q27. Cioci to, mbua cinyi?	
1= Bualu ka biena ne mushinga to	
2= Bualu kabena nabi ne diba to	
3= Bualu kabena ne dijinga dia k	ubamanya to
J G	-

4= Cikuabu (ciakuleja/
Q28. Baledi beba bamanya kutu uya ne bihutu wenza mu diba dieba dia dikisha anyi?
1= Eyowa
10. Mangishilu wa sombelu; bikadilu bia manyishilu wa mianda idi itangila sangishilu wa mbidi bilondesha cisamba cia muandamunyi
Q29. Utu uya mu binuinu bia mala bia butuku anyi mu ma
festu atu bitenda bija maja anyi? cioci eyowa, misangu
nginga iudi muya ngondu mushala ?
1= Musangu umua
2= Misangu ya bunyi
Q30. Utu unua mala anyi? Cioci eyowa, leja bunyi bua
matuku awutu munua ngondu mushala ? 1= Dituku dimua
2= Matuku abunyi
Q31. Utu unua makanya anyi ? Cioci eyowa, makanya bunyi kayi uvua munua mu lubingi lujima ?
1= Muandamuteketa
2= Abunyi
3= Ciena muvuluka to
Q32. Bena kuenu batu baku kandika disangisha dia mbidi ne
buana anyi?
$1 = \text{Eyowa} \square 0 = \text{To} \square$
11. Ditangila dia nsombelu ne ngezelu mu diku dia
muandamunyi
Q33. Mayi anutu nunua mu diki dienu atu afumila penyi?
1= Mayi aku mulonda mu nzumbu anyi ku mulonda wa bantu
bonso
2= Cina cia mulonda anyi cia benkedi
3= Mayi a mu lubuebua
4= Mayi a mvula
5= Mikuabu (va kuleia)/

Q34.Cisunyinyi cia mayi	cidi penyi '	?	
1=Munda mua nzumbu	2	= Mu lubanza	
3= Muamba mukuambu			
Q35. Diba bunyi kayi bu	a kuya kusi	una mayi ne ku	ıalukila ?
1=/ Tususa 🔲	0=	= Ciena muman	ya 🔲
Q36. Diku dieba didi diy	a ku cisesul	kila cia bishi d	iba dionso?
1= Nkumba wa mayi	$\int 2= Nkun$	nba wa disosu	
3= Cina cuimbula	J 4= Kaku	iena nkumba/ r	nu cisuku 🗀
5= Cikuambu (cia kuleja)			/
Q37. Nutu nuya ku cises	ukila eci ne	meku makuar	nbu anyi?
1= Eyowa	0= To [
Q38.Meku anga adi enze	ela cisesukila	a etshi ?	
1= Muishi mua dikumi [2= Dikumi kub	anda
3= Ciena mumanya [
Q39. Mu diku nudi ne:			
Lotiliki?	1= Eyowa		0= To
Cisanji?	1= Eyowa		0= To
Télévision?	1= Eyowa		0= To
Ciamu cia mashika?	1= Eyowa		0= To
Groupe électrogène/Panne	eaux solaire	? 1= Eyowa	0= To
Ditshuwa?	1= Eyowa		0= To
Nkuasa?	1= Eyowa		0= To
Malalu?	1= Eyowa		0= To
Muendu?	1= Eyowa		0= To
Nkansu?	1= Eyowa		0= To \Box
Q40. Nutu nulambila m	unzumbu ,	mu cibambal	u cikuambu
anyi pambelu ?			
1= Mu nzumbu	2= Mu	cibambalu ciku	ıambu 🔲
3= Pambelu			
4= Mukuambu (wa kuleja)	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	
Q41. Panshi pa nzumbu	wenu penza	ne cinyi ?	
$1=$ Malamba \square 2	= Mabaya	<u></u> 3	= Malala 🗀

muluma ne mukaji ne bulunda bua baluma ne bakaji.
Ukatu mulonda ndangamu ayi mukalasa anyi?
1= Eyowa
Q46. Bivua bikumbana ne ndongamu ewu ikala wabunyi anyi
to?
1= Biambuyi
Q47. Wewa kuyi mupeta ndongamu wa mangilu mua mianda
ya mubindi mu kalasa, kadi muamba kayi udi
mumanyina ndongamu ewu ?
1= Mu bibambalu bia ndongamu wa mbidi ne ndelu milenga
2= Ba lunda
3= Bikuambu (biakuleja)/
Q48. Ukatu munvua ba kula bua maladi a sida ne maladi atu
afumila ku disangisha dia mbidi anyi ?
$1=$ Eyowa \square $2=$ To \square
Q49. Mu njila kayi utu mupetela mamanya pa masama awu?
1= Ku miamu bia batoka
2= Ku bindindimbi
3= Mu mikanda
4= Mabeji a mbindindimbi
5= Kudi minganga
6= Mu kalasa
7= Kudi balunda
8= Kudi tatu
9= Kudi mamu
10= Bantu ba mu diku
11= Mukuabu (wakuleja)/
Q50.Ngambila muaba udi bindindimbi nawu ku dinona dieba
dia maladi a disangisha mbidi ne sida ?
1= Muimpe

ubala cikankanda ku lubingu?	nda bindindimbi, cisanji anyi
1= Nansha	
2= Muishi mua umue ku libingu	
3= Musangu umue ku lubingu	
4= Matuku onso	
Q52. Misangu inga iyutu ubala	cikankanda ku lubingu ?
1= Nansha	
2= Muishi mua umue ku libingu	
3= Musangu umue ku lubingu	
4= Matuku onso	
sangishilu wa mbidi wa kun	ı pa musangishi wa mbidi; npala ne mushundu wa kunona bua bidi bitangila maladi a
Q53. Ukatu mupeta muluma/ m	
Q53. Ukatu mupeta muluma/ m	nukaji anyi ? Buena kuamba ne u utu upesha dijinga dia
Q53. Ukatu mupeta muluma/ mukatu mupeta muntu	nukaji anyi ? Buena kuamba ne utu upesha dijinga dia muenza nenda anyi?
Q53. Ukatu mupeta muluma/ m ukatu mupeta muntu kusangisha mbidi ne utu	nukaji anyi ? Buena kuamba ne utu upesha dijinga dia muenza nenda anyi? To [
Q53. Ukatu mupeta muluma/ mukatu mupeta muntu kusangisha mbidi ne utu 1= Eyowa	nukaji anyi ? Buena kuamba ne utu upesha dijinga dia muenza nenda anyi? To anga ba ukatu mupeta ?
Q53. Ukatu mupeta muluma/ mukatu mupeta muntu kusangisha mbidi ne utu 1= Eyowa	nukaji anyi ? Buena kuamba ne utu upesha dijinga dia muenza nenda anyi? To anga ba ukatu mupeta ? weba udi ne bidimu binga ?
Q53. Ukatu mupeta muluma/ mukatu mupeta muntu kusangisha mbidi ne utu 1= Eyowa	nukaji anyi ? Buena kuamba ne utu upesha dijinga dia muenza nenda anyi? To anga ba ukatu mupeta ? weba udi ne bidimu binga ?
Q53. Ukatu mupeta muluma/ mukatu mupeta muntu kusangisha mbidi ne utu 1= Eyowa	nukaji anyi ? Buena kuamba ne utu upesha dijinga dia muenza nenda anyi? To anga ba ukatu mupeta ? weba udi ne bidimu binga ?
Q53. Ukatu mupeta muluma/ mukatu mupeta muntu kusangisha mbidi ne utu 1= Eyowa	nukaji anyi ? Buena kuamba ne utu upesha dijinga dia muenza nenda anyi? To nga ba ukatu mupeta ? weba udi ne bidimu binga ? uvua musela anyi to ? 3 = Mushipa dibaka
Q53. Ukatu mupeta muluma/ mukatu mupeta muntu kusangisha mbidi ne utu 1= Eyowa	nukaji anyi ? Buena kuamba ne utu upesha dijinga dia muenza nenda anyi? To nga ba ukatu mupeta ? weba udi ne bidimu binga ? uvua musela anyi to ? 3 = Mushipa dibaka
Q53. Ukatu mupeta muluma/ mukatu mupeta muntu kusangisha mbidi ne utu 1= Eyowa	nukaji anyi ? Buena kuamba ne utu upesha dijinga dia muenza nenda anyi? To nga ba ukatu mupeta ? weba udi ne bidimu binga ? uvua musela anyi to ? 3 = Mushipa dibaka
Q53. Ukatu mupeta muluma/ mukatu mupeta muntu kusangisha mbidi ne utu 1= Eyowa	nukaji anyi ? Buena kuamba ne utu upesha dijinga dia muenza nenda anyi? To nga ba ukatu mupeta ? weba udi ne bidimu binga ? uvua musela anyi to ? 3 = Mushipa dibaka
Q53. Ukatu mupeta muluma/ mukatu mupeta muntu kusangisha mbidi ne utu 1= Eyowa	nukaji anyi ? Buena kuamba ne utu upesha dijinga dia muenza nenda anyi? To nga ba ukatu mupeta ? weba udi ne bidimu binga ? uvua musela anyi to ? 3 = Mushipa dibaka

Q58. Katia wabanga nenda bienji matuku anga ?
1=/ Matuku
3= Bidimu
Q59. Didisangisha dienu dicidi ku anyi ?
$1 = \text{Eyowa} \Box 0 = \text{To} \Box$
Q60. Anyi uvua mushipa didisangisha dienu ?
1= Mema
4= Mukuabu (wa kuleja)/
Panuvua nupatuka pamue anyi katia wikala nenda, uvua
anyi udi upatuka ne muntu mukuabu anyi ?
$1 = \text{Eyowa} \square 0 = \text{To} \square$
Q61.Udi umuenena didisangisha dienu bishi?
1= Dia matuku makesa
2= Dimpa kadi kakuena bua dibaka to
3= Dia bujitu to ne ku dibaka
Q62.Udi uvuluka disangisha dieba nenda dia mubidi bua
musangu wa kumpala anyi ?
1= Nvua mu muenzeja ku makanda
2= Nvua mu muitambija bua kusangisha mbidi 🔲
3= Tuvua nabu dijinga tuetu babindi
Q63. Uvua ne bidimu binga pa musangu wa kumpala?
Bidimu/ ans
Q64. Uvua mumpampakana bua musangu wa kumpala anyi ?
1= Eyowa, nvua mumpampakana
0= To, civua mumpampakana
Q65. Udi bua kuane ne disangisha mbidi biedi edi divua
dilongolola anyi dia mpwasa?
1= Dilongolola
Q66. Pa kumbusha musangu wa kumpala, misangu nyinga
mikuabu utu musangisha mbidi ?
1= Musangu umue

Q67. Baluma anyi ba kaji banga udi musangisha nabu mbidi munda mua cidimu cijima cishala?
Bunyi/
Q68. Ukatu mupeta bowa bua kupeta maladi a sida anyi
maladi makuambu mu disangishi dia mbidi ?
1= Bowa bua bunyi
2= Bowa ndambu
3= Nansha bumua
Q69. Utu muenza bualu bua kumbusha njuwu ya kupeta
mladi awu anyi ?
$1 = \text{Eyowa} \square 0 = \text{To} \square$
Utu muenza cinyi ?
1= Ndi muvuala kabindibua
2= Ndi munua manga
3=Cikuabu (cia kuleja)/
Q70.Maladi a sida atu afila lufu misangu yonso anyi?
1 = Eyowa $0 = To$
Q71. Muntu ne mubidi muakane udi bua kuikala ne sida
anyi?
$1 = \text{Eyowa} \square \qquad \qquad 0 = \text{To} \square$
Q72. Utu umona bishi bua njuwu weba wa dipeta dia maladi a
sida ?
1= Njuwu nansha umue
2= Njuwu mikese
3= Njuwu muivuike
4= Njuwu yabunyi
Q73. Bitenda bikuabu bitu bienzeja kudi umua mua mudiku
anyi bakulumpa bua kusangisha nabu mbidi . Bikatu
bikufikila anyi ?
$1 = \text{Eyowa} \Box 0 = \text{To} \Box$

Q74. Bantu banga ba munjil, ba mu diku anyi bantu bakola ba katu bakuenzeja bua kusangisha nabu mbidi?
Bunyu/
Pavua bi bienzeka, wewa ne muluma anyi mukaji awu nuvua benza cintu wa kumbusha njuwu ya kupeta maladi a disangisha mbidi dia njuwu anyi VIH/SIDA?
1= Eyowa misangu yonso
1= Eyowa misangu mikuabu
0= To nansha
Q75. Bitenda bikuabu bidi ne « disangisha mbidi anu dia lelu
lelu » panyimapa difestu anyi dinua dia mala, bikuabu
ne bikuabu. Bikatu bikufikila anyi ?
$1 = \text{Eyowa}$ \square $0 = \text{To}$ \square
Ukatu mupeta « Ma sangishi a mbidi anu a lelu lelu misangu
nyinga?
Bunyi/
Mu misangu ayi, wewa ne buena dieba , nuvua benza cintu bua kuepula njuwu ya kupeta maladi a disangisha mbidi dia njuwu anyi VIH/SIDA
1= Eyowa misangu yonso
1= Eyowa misangu mikuabu
0= To nansha
Q76. Bitenda bikuabu binanga disangishi dia mbidi ne
benyambu bakaji anyi baluma. Bikatu bikufikila anyi?
$1 = \text{Eyowa} \square$ $0 = \text{To} \square$
Q77. Ukatu musangisha mbidi ne nyanemba muluma anyi
mukaji ?
$1 = \text{Eyowa} \square \qquad \qquad 0 = \text{To} \square$
Nyi baluma anyi bakaji banga uvua muenza ?
1= Umue
2= Babindi
3= Ba bunyi

1= Nasha	
2= Imua misangu	
3= Misangu yons	so \square
	ane ne utu mutamba kunanga be nyemba a tu badi kabayi mubidi umua neba anyi ku sindi 2
1= Mubidi mukua	
2= Nyamanyi	
3= Bonso babindi	
Nkonku (Q80, (kabiyi bianji kus	Q81, Q82, Q83) mitangila anu bitenda b angisha mbidi
v	i bua kupesha ngenyi ya bunyi bua kuben
_	a mbidi. Tuambila ni bidi bipetangana
dieba dim	ona dia malu :
1= Ciena muaji k	undjuwua pambuipi to bua kusangisha mbidi
2= Ciena muanji	kupeta mpunga bua kusangisha mbidi to
3= Ndi monan n dibaka to	e ki bimpa bua kusangisha mbidi kumpala k
4= Ndi ne bowa b	ua kupeta difu
5= Ndi ne bowa adisangisha mbid	bua kupeta maladi a VIH/SIDA anyi maladi dia njuwu
6= Ciena muman	ya
Q81. Udi ulongo	lola bishi disangisha dia mbidi kumpala eku
1= Ndi mulongol	ola kundila ti ne ku dibaka
2= Ndi mulongol	ola kuindila kuikala mubangila 📗 🛘
3= Ndi mulongol	ola kuindila muntu udi munanga
4= Ndi mulongol	ola ku sangisha mbidi dituku dialua mpunga 🛭
Q82. Batu bakut	uma ku disangisha dia mbidi anyi ?
1=Bikola	
_	\neg
2= Bikesa	

	Q83. Nganyi utu ukutuma ?		
	1= Balunda		
	2= Bena mu diku		
	3= Muena dianyi/ mulunda		
	4= Mukuabu (wa kuleja)		
	Dimanya dia VIH/SIDA; dia maladi makuambu a		
	disangisha mbidi dia njuwu; mushidu wa kupeta ne wa		
	kudilama ku masama aha		
	Q84. Pa kumbusha maladi a VIH/SIDA, baluma anyi bakaji		
	badi bua kupeta maladi		
	makuabu mu disangishi dia mubidi. Ukatu munvua bakula bua maladi awu anyi ?		
	$1 = \text{Eyowa} \Box 0 = \text{To} \Box$		
	Q85. Bimangishilu kayi ne bilejelu bia maladi a disangisha		
	mbidi dia njuwu kudi muluma ?		
	1= Dipatuka dia tufina		
	2= Mputa ya isama		
	3= Mputa yak u mubidi wa baluma		
	4= Bikuabu (bia kuleja)		
	5= Ciena mumanya		
	Q86. Ne bimanyishilu kayi ne bilejelu bia maladi kudi		
	mukaji?		
	1= Dipatuka dia mayi ku mubidi mua mukaji		
	2= Mputa ya isama		
	3= Mputa yaku mubidi wa bakaji		
	4= Bikuabu (bia kuleja)		
	5= Ciena mumanya		
Q87. Uti mumanya mutu bapeta maladi a disangisha mbidi			
	dia njuwu anyi VIH/SIDA anyi ?		
	1= Eyowa		
	Q88. Biobi eyowa, cinyi ?		
	1= Ku disangisha dia mbidi		
	2= Ku mashi		

3= Ku diledibua dia muana kudi mamuenda 🔲		
Q89.Udi manya mushundu wa kudilama ?		
1= Eyowa		
Q90. Biobi eyowa, cinyi ?		
1= Kuikala anu nyi muena dieba umua		
2= Kuenzela kabundimbu		
3= Ku benga disangisha dia mbidi ne ba ndumba		
Q91. Ukatu mupeta maladi a disangisha mbidi dia njuwu		
anyi ?		
1= Mu sangu umua		
2= Misangu ya bunyi 🔲		
3= Nansha		
Q92. Musangu wa ndekelu, uvua mu ndiodopesha anyi?		
$1 = \text{Eyowa} \qquad \square \qquad 0 = \text{To} \qquad \square$		
Q93. Muaba kayi ?		
1= Mu nzumbu wa disumbisha manga		
2=M u lopitalu lua leta		
3= Munganga/ munganga wa bafika 🔲		
4= Mukuabu (wa kulenja)/		
Q94. Muena dieba uvua ne disama uvua mupeta londopu		
anyi ?		
1= Eyowa		
13. Kabundimbu : Dimanya ne dikalangana		
Q95. Ukatu mumona kabundimbu anyi		
$1 = \text{Eyowa} \square 0 = \text{To} \square$		
Q96. Udi witamba ne kabundimbu kadi bua kujimina mu		
mubidi wa mukaji anyi ?		
1= Eyowa		
Q97. Wewa ne muena dieba nutu benzela kabundimbu mu		
disangisha dienu dia mubidi dia ndekelu anyi		
$1 = \text{Eyowa} \square 0 = \text{To} \square$		

Q98. Biobi eyowa, bua cinyi?
1= Bua kunyema difu
2= Bua kunyema dipeta dia maladi a disangisha mbidi dia njuwa
ne VIH/SIDA
3= Bualu muena dianyi uvua wa cimpicimpi
4= Bukuabu (bua kuleja)/
Q99. Biobi to, bua cinyi?
1= Bualu kabundimbu kadi kanyanga disanga dia sangishilu mua
mubidi
2= Bualu ndi nyitamba muena dianyi
3= Bualu ciana musua ku jimija muenda dianyi
4= Bukuabu (bua kuleja)/
Q100. Kabundimbu kakatu kapandika mu disangisha dia
mubidi anyi ?
1= Eyowa
14. Diya dia mu midimu ya mubidi ne dilela dinenge
Q101. Ukatu muya mu cibambalu cia mubidi mulenga anyi
mumona munganga bua kupeta midimu anyi
dimanya bitangila kupeta difu, difu, ditula difu anyi
maladi a disangisha dia mbidi dia njuwu ?
1= Eyowa
Q102. Misangu nginga iukadi mulomba mamanya anyi
ndongamu ewu kudi munganga munda mua cidimu cijoma?
1= Bunyi/ misangu
2= Ciena mulomba midimu to munda mua cidimu cijima
Q103. Musangu wa ndekelu uvua mumona munganga, bivua bua cinyi?
1= Maladi a disangisha mbidi dia njuwu
2= Ditangila mbidi wa mukaji
3= Bukuabu (bua kukemba)/
J Dukuauu (Uua Kukuiiiua)

yi
•

NDEKELU

Annexe 8 : Questionnaire d'enquête Shawili

Maulizo ju ya kujulisha nama gani ya kujinga ju ya kuji chunga kwa vijana ku malari ya VIH/SIDA na IST.

Kufatana na maandiko yetu ya « Marketing social et comportements sexuels à risque des adolescents face aux IST et VIH/SIDA », tuna omba mu tu unge mukono na tuta chunga majibu yenu bila ku julisha kwa watu wengine

N.B. Maulizo yetu iko ya watoto wanao miaka kumi na tatu kufika mpaka miaka kumi na kenda

Majibu yenu yote iko mzuri akuna ata jibu mbaya

Tuna julisha ju ya kusikiya maulizo yetu kama mwenendo gani ya kufata mu maisha ya mtoto ju ya kujikinga ku malari IST et VIH/SIDA, marketing social ni namna gani tuna weza ku kamata mfano yak u endelesha ku uzisha kwetu bila ku gonjwa na malari IST ni malari yenyewe mutu anapata kami mwenendo yake ya jamaa haiko sawa.

Tunashuru kwa mkono yenu ilipo tuunga kwa maulizo ihi. Fiche n° :.....

Fazi ya mazungmuzo :
Djambo:
Commune :
Quartier:
Dina ya muzungmuzo:
Siku ya mazungmuzo:/
I. Maulizo ya mutu ye pek
QI. Uko Mwana ume oo Mwana muke ?
I = Ume $0 = Muke$
Q2. Una miaka gapi? // miaka
Q3. Mwaka wako wa kuzaliwa?//
Q4. Wapi ulizaliwa?
Q.5. Una ikala wapi ?
Q.6. Ethnie yako nini ?
I=Mongo

6= Bakua luntu

5= Dada
8=Connaissance
QI6. Eko na kai ingine?
I= Ndiyo
Kama ndiyo, iko?
I= Mufundishi
3= Djeshi
5= Mutembezi wa toleka
7= Mupasha habari
9= Agent Etat Civil
QI7. Baba yako ni mizima ?
I= Ndiyo
Q18. Munaikala na ye pamoya ?
I= Ndiyo
QI9. Mazungumuzo na baba yako iko na angaliya maneno yote?
I= Ndiyo
Kama ni hapana, maneno gani muko na ongopa kuzangumuza?
I=Sexualité
3= Mazugmuzo ya makuta 🔲 4= Atu zungmuzake na baba 🔲
5= Siya muhonaka baba yangu 🔲
Q20. Mulisha ka kuzungumuza siku ingine maneno iko na agalia sexualité na baba yako ?
I= Moji moja
Q2I. Mama yako ni muzima?
I=Ndiyo
Q22. Munaikalaka naye pamoja?
I= Ndiyo
Q23. Mazungumuzo na mamam yako iko na angaliya maneno yote?
I= Ndiyo
Kama ni hapana, gani muko na ongopa kuzangumuza?
I=Sexualité
2= Mazugmuzo ya makuta
3= Atu zungmuzake na mama

4= Siya muhonaka mama yangu 🔲
Q24. Mulisha kuzungumaza siku ingine maneno iko na angalia sexualité
na mama yako ?
I= Moji moja 2= Si zaidi
Q25. Ni maneno gani muliyo zungumuza na wazazi juma iliyo pita?
I= Sexualité
4= Lufu
7= Misthezo 🔲 8= Mahombi 🔲
Q26. Wazazi ya wa najua warifiki zako?
I= Ndiyo
Q27. Kama ni hapana, ni juu ya nini?
I= Juu haina faida
2= Juu habana wakati
3= Juu hawa pende ku wa juuwa
4= Juu si ya wa honesha
5= Juu awa kuwake ku nyumba
6= Juu awa tafutake ku juuwa enye tuna fanya
7= Juu weko na tu fanya confiance
Q28. Wazazi wanajua vile muko na tembeleana?
I= Ndiyo
3. Maulizo ju ya mwenendo gani mtoto anapo mu maisha yake
Q29. Unaendaka mu bar busiku ao ku makaramu ya navijana ya
michezo?
I= Ndiyo
Kama ni ndio, mara ngapi ulienka mwezi uliyo pita ?
I= Mbala moya
Q30. Unakunwa mpombe ya makari ?
I= Ndiyo
Kama ni ndio, mara ngapi ulikinwa mwezi uliyo pita?
I= Moja
4= Misi kuna hapana mwezi iliyo pita
Q31. Una vutaka tubako ?
I= Ndiyo

Kama ni ndio, mara ngapi uhui juma ili pita?			
$I = I \square 2 = 2 \square 3 = Plusieurs \square 4 = Je ne m'en souviens pas \square$			
Q32. Wazazi yako ao musima nuzi wako, wana kukatazaka kutinuza			
tendo la ndoa nu bile ya ndoa ?			
I= Ndiyo			
Kana ndiyo, njuu ya nini ?			
I= Juu ayiko muzuri ku timuza tendo la ndoa, bila kufanya ile ndoa			
2= Juu tumiza ntendo la ndoa, tuna ji tosha indje ya maneno mabaya			
3= Juu mwili yetu ayiya komala			
4= Juu ni zambi			
Kama hapana, njuu ya nini ?			
I= Juu mwili iko na mafaa			
2= Juu inafa ku idjuwa mbele ya ndoa 🔲			
3= Juu ina fanya kuyidjuwa, kwalakini ya kumufurahisha musthumba			
wangu ku ndoa			
4. Mfano gani mtoto anisha nyumbani			
Q33. Mayi muku na kunwa muko na ishota wapi ?			
I= Pompi mu mpango			
2= fontaine			
3= kishinupo			
4= ku cheur cheur			
5= zugine			
Q34. Ni wapi mu na shobaka mayi ?			
I= Mu pango			
3= Kwa wa djelani			
Q35. Saa ngapi muko nafanya juu ya kufika kushota na kurudia?			
I=Saa Dakika 🔲 0= Si djuwe			
Q36. Mi chooya namunagani mu natumiaka?			
I= Ndoo ya wazungu			
3=Hakuna choo			
5=Kabekedi kidogo			
Q37. Muna changiyaka choo na watu wengine?			
I= Ndiyo			

Q38.Ni wa jamaa gapi iko na tumia ile choo?		
$I = 2 \grave{a} 5 \qquad \qquad 2 = 6 \grave{a} 9 \qquad \qquad 3 = P$	lus de 10	
Q39. Mu ile jamaa mukuaka na (Tshiakuzi moya)		
	Ndiyo	Hapana
I. Umeme?		
2. radio?		
3. Une télévision ?		
4. Un réfrigérateur ?		
5. Un groupe électrogène / panneaux solaire ?		
6. Une plaque chauffante/réchaud/cuisinière ?		
7. Viti ?		
8. Vitanda?		
9. L'ordinateur ?		
I0. Tao ya mafuta ?		
II. Toleka?		
I2. Tuku tuku ?		
I3. Motokali ?		
Q40. Mpishi yeno iko wapi ?		
I= Mu nyumba	а 🔲	
3= Inje		
Q41. Nymba yenu ni yenye kujengwa pa fasi gani?		
I=Undongo	3= Mater	te
4= Carrelage		
Q42. Toiture ya nyumba yenu iko:		
I= Hema	3= Mater	te
4=Kilako	6=Betou	
7= Malata		
Q43.Makoo yenu iko yenga kujengwa na nini?		
I=Matawa ya ngazi		
2=Matawa na undongo		
3=Maibwe na udongo		
4= Carton		

5=Malata
6= Ciment
7=Maibwe na swakala
8= Matafari
9=Mbao
Q44. Jamaa yenu iko na bivuko, nyama ao ndege?
I= Ndiyo
Kama ni ndio, ngapi
I= Moya
 Kujulisha mafundisho ya tendo la ndoa ku masomo fazi ingine na habari ya IST ao SIDA
Q45.Ulisha kufuataka majifunzo juu ya ntende la Ndoa ?
I= Ndio
Q46. Majifunzo ya ntendo ya ndoa iko ya lazima ku wa vijana?
I= Ndio
Q47.Kutosha komasomo, ni wapi una pataka majufunzo ya ntendo na
ndoa?
I= Le centre de santé sexuelle et reproductive (SSR)
2= Wa sahiba
3= Wazazi
4= Hakuna fazi
5= Kwa mustunga wa ndoa
Q48.Ilishaka sikia kusema juu ya Sisa ao IST?
I=Ndio 0= Hapana
Q49.Ni wapi unapataka habari juu ya ukumuri, IST, VIH ?
I= Internet \square 2= TV \square 3= Vitabu \square
4= Brochures
7= Wa rafiki 🔲 8= Baba 🔲 9= Mama 🔲
I0= Ingine
50.Kitu gani na gazeti ao ma medias ili leta kwako juu ya IST na ukumui (Sida)?
I= Ya muzuri

Q51. Mara gani una fuataka television , radio ao kusoma na ciazeti ku juma ?	
I= Si zaidi	
2= Chini ya mara moja/kujuma	
3= Mara moja kujuma	
4= Kila siku	
Q52. Mara gani una somaka citabu ku juma ?	
I= Si zaidi	
2= Chini ya mara moja/kujuma	
3= Mara moja kujuma	
4= Kila siku	
6. Tendo ya ndoa , maulizo ju mtu unaye tenda na ye ndoa mara ya kuanza na namna gani mtu anasikiya kisha tendo ile mbele ya malari ya SIDA na IST	
Q53. Ulisha kupata experience juu ya tendo la ndoa?	
I= Ndoi	
Uko na nanwana gapi a oba bibi gapi wale ulisha kupata ?	
Q54. Ule mupenzi wako eko na miaka gapi ?	
$I = 14 \text{ ans}$ \square $2 = 15 \text{ ans}$ \square $3 = 16 \text{ ans}$	
4= 17 ans	
7=20 ans &+	
Q55. Alikuwa mu ali gapi ?	
I= Mbalaka bukweli	
3= Mwenye kufukushwa	
Q56. Wakati mampenzi yenu ilianza, alikuwa na kazi gani?	
I= Mwanafunzi	
3= Mufuanya kazi	
Q57. Mampezi yenu mu ilifanya mara gapi?	
I= 3 miezi	
Q58. Muko naendeleya na mupenzi wako?	
I= Ndio	

Q59. Nani alikamataka mupango wa kukata mampezi yenu?
I= Miye
4= Wazazi
Q60. Ile mampenzi yenu ilikuwa ya
I= Wakati kidogo ?
2= Ya kukawiya kwa sipo ndoa ?
3= Ya nguvu na malako ya ndoa ?
Q6I. Wakati ya mampenzi yenu ya kwanza, mulisemaka nini:
I= Nili mukazisha tupatane na ya bila ye kutaka 🔃
2= Nili mulazimisha tupatane naye
3= Tuli sikilizana
Q62. Siku ya kupatana naye ulikuwa na miaka gapi ?
I= Mbele miaka 18
Q63. Uliuzuni kaka juu ya kupatana na ye?
I= Ndio
Q64. Ulijuaka kama mutapatana?
I= Ndio
Q65. Kutoshana ile siku, mulipatana naye mara gapi?
I= Akuna mara
3= Mara mingi
Q66. Ulisha ufanya mampenzi na watu wawili wakwachana mu wakati moja?
I= Ndio
Q67. Wampenzi gapi ulipatana nao mulie nyenzi I2 iliyo pita?
Nombre : I= Moja
Q68. Una ikalaka na hoga wa kupata magojwa ao ukimuri wakati wa kupatana na mumpenzi wako?
I= Nguvu sana
Q69. Ulisha kufanyaka kitu kimoja juu ya kuepuka magonjua ?
I= Ndio 0= Hapana
Kama ndio, kitu gani ?
I= Kutimiya condom
3= Kutumiya matunzo ya asili

Kama ni hapana, juu ya nini?
I= Juu atuna malari
3= Juu niko na hogopa ku mu poteza mutshumba wangu
Q70. Unawazaka yaka ukimuri unaweza kupeleka mtu ku kifo ?
I= Ndio
Q71. Mtu eko naonekana kuwa na afia nzuri aweza kuwa na ukimuri?
I= Ndio
Q72. Unawazaka kuwa mu hatari yakupata ukimuri?
I= Akuna hatari
2= Hatari kidogo
3= Hatari ya kuenea
4= Hatari ya yulu sana
Q73. Ilishaka kukufia yak i ku kankamishi upatane na mtu kwa mumoja
wa jamaa yenu ao mtu mwingine?
I= Ndio
Kama ndio, mbala gapi ?
$I = Moja$ \square $2 = Mbili$ \square $3 = Kila siku$ \square
Q74. Ulishaka kubeba mipango fulani juu ya kuji kinga ku magonjwa?
I= Ndio kila siku
I= Ndio wakati moja moja
0= Hapana
Q75. Ilisha kukufikiaka kwanguka mu maneno fulani yasipo kujitarisha
kisha kulewa ao karamu?
I= Ndio
Kama ndio, awa gapi?
I= Moja
Q76. Ulishaka kupatana na nutu wa sexe ile uko na yo?
I= Ndio
Q77. Ulishaka kupatana na nutu wa sexe ile uko na yo ?
I= Ndio
Kama ni ndio, awa gapi?
I= Moja

Q78. Ulibebaka mipango ya kujikinga kama gonjwa?
I= Hapana
Q79. Uko?
I= Mutu wakupatana na sexe ingine ?
2= Mutu wakupatana na sexe yako
3= Mutu wakupatana na sexe yote mbili pa moja
Maulizo (Q80, Q81, Q82, Q83) ni ya watoto wale wasiyo tenda tendo la ndoa
Q80. Sita fanya mampezi kwa sababu:
I= Mina jiona kama siya kuwa tayari.
2= Si ya pata wakati ya kupatana .
3= Na waza haiko vitu vya kufanya nu ndoa.
3= Na waza haiko vitu vya kufanya nu ndoa. 4= Na ogopa kuwa na mimba.
5= Na ogopa kuwa na ukimuri na maganjwa ingine .
6= Na ogopa malari.
7= Si jui .
8= Ma foi me l'interdit
Q81. Nini una waza jua kiwasherati ma siku ya mbele :
I= Na chunga ndoa.
2= Na chunga u chumba.
3= Na kupatana na mutu ninao mpenda.
4= Na chunga kama wakati utaonekana.
Q82. Bana kusukumaka kupatana na mtu?
I= Mara mingi
2= Mara moja
3= Hakuna
Q83. Wanani wakusukumaka?
I= Warafiki
2= Wandugu wajamaa 🔲
3= Wampenzi
4= Wengine

7. Kujulisha Mfano ya kujikinga ku SIDA ao IST				
Q84. Sema mbele kama ilisha sikiaka weko na sema juu ya maganjwa ya				
kupata kipitia uwasherati?				
I= Ndio				
Kama ni ndio, uitaje ?				
I= Syphilis				
2= gonocoque				
3= herpès génital				
4= hépatite B				
Q85. Alama gani ya ma ganjwa ya ukimuri kwa mwana ume ?				
I= Ecoulement urétral				
2= Miction douloureuse				
3= Ulcérations génitales				
4=Shi ndjuwe				
Q86. Sasa kwa mwana muke?				
I = Pertes vaginales				
2= Miction douloureuse				
3= douleurs urinaires				
4= Plaies				
5= Shi ndjuwe				
Q87. Unajua ngisi ukimuri ao maponjwa ya usharati uko na				
ambukizana ?				
I= Ndio				
Q88. Kama ni ndio uitaje ?				
I= Njia ya usherati				
2= Njia ya ndamu 🔲				
3= Njia ya mama wakati kuzala				
4= Bulozi				
5= Ku lokewa				
6= Malipzi ya mungu				
7= Ma djiya ya kwanza yote tatu				
Q89. Unajua ngisi ya kujikinga?				

I= Ndio
Q90. Kama ni ndio, uitaje?
I= Kuwa na mupenzi moja tu
2= Ku fanya usafi ya mwili
3= Kutinia codom
4= Kuepuka kupatana na wa kahaba (ndumba)
5= Ku djiweka
6= Ku tumiya detol
7= Matunzo ya asili
Q91. Ulishaka kupata magonjwa ku njia ya usherati?
I= Ndio
Kama ni ndio, mara gapi?
I= Moja
Q92. Bali kutunzaka ?
I= Ndio
Q93. Ni wapi ulipata matunzo?
I= Pharmacie
2= Munganga
3= Zufirmier
4= Ba nganga ya asili
Q94. Ule mupenzi wako ali kuambukiza nayo alipata matunzo?
I= Ndio
Q95. Ulisha kuona condom?
I= Ndio
Q96. Una waza ya kama codom inaweza kupotea mu maungu ya mwana
muke?
I= Ndio
Q97. Weye ao mupenzi muliisha kutumia codom wakati ya kupatana
kwenu?
I=Ndio
Q98. Kama ni ndio juu ya nini ?
I= Juu ya kuepuka mimba
2= Juu ya kuepuka ukimuri 🔲

3= Juu mumpenzi ule alikuwa mupita njia 🔲
Q99. Kama ni hapana juu ya nini ?
I= Juu codom iko na shusha butamu
2= Niko na tumainia mupenzi wangu
3= Si pende ni mukose mupenzi wangu
QI00. Condom ilishaka kupasuka wakati wa kupatana kwenu ?
I= Ndio
8. Kuenda ku kazi ya afia la ndoa na kuzala
QI0I. Ulisha endaka kuma mjumba ya matunzo ao ulisha ka kuuliza
wanganga juu ya kupata ufahamu kwajiliya condom, mimba, kubomba
mimba, magonjwa ya usherati?
I= Ndio
Kama ni ndio, njuu ya nini ?
I= Kutafuta habari
2= Counseling
3= Ku djuhulisha
4= CPN
5= Kutosha mimba
6= Ma dawa ya kwepuka mimba
QI02. Mara gapi ulishaka kupata ile ufahamu?
I= Wingi :
0= Si ya ulizaka kuwa kati hii ya myezi 12 iliyo pita
Q103. Mar aya mwisho uliona Docteur ao infirmier ilikuwa juu ya nini?
I= IST
3=Mwingine/
QI04. Ulikuwa bila shaka juu ya kuhuliza docteur wako?
I= Ndiyo
QI05. Upitaka jibu ku maulizo yako wakati y kipimo na sini bali kuchungi?
I= Ndio
Trapana

MWISHO

Annexe 9: RESULTATS

Analyse uni variée

,			
sexe	Freq.	Percent	Cum.
o	572	47.71	47.71
1	627	52.29	100.00
Total	1,199	100.00	
tab provin			
provin	Freq.	Percent	Cum.
1	240	20.02	20.02
2	246	20.52	40.53
3	306	25.52	66.06
4	407	33.94	100.00
Total	1,199	100.00	
tab age			
age	Freq.	Percent	Cum.
1	60	5.00	5.00
2	78	6.51	11.51
3	144	12.01	23.52
4	150	12.51	36.03
5	215	17.93	53.96
6	243	20.27	74.23
7	309	25.77	100.00
Total	1,199	100.00	
tab Milrési			
Milrési	Freq.	Percent	Cum.
О	546	45.54	45.54
1	653 	54.46	100.00
Total	1,199	100.00	
tab ethnie			
ethnie	Freq.	Percent	Cum.
1	282	23.52	23.52
2	120	10.01	33.53
3	211	17.60	51.13
4	166	13.84	64.97
5 6	246 174	20.52 14.51	85.49 100.00
Total	1,199	100.00	
tab occupact			
occupact	Freq.	Percent	Cum.
1	448	37.36	37.36
2	133	11.09	48.46
3	408	34.03	82.49
4	24	2.00	84.49
5	12	1.00	85.49
6	174	14.51	100.00
Total	1,199	100.00	

Freqantéco l	Freq.	Percent	Cum.	
0 1	228 971	19.02 80.98	19.02	
Total	1,199	100.00		
. tab Freqact	técol			
Freqactéco l	Freq.	Percent	Cum.	
0 1	606 593	50.54 49.46	50.54	
Total	1,199	100.00		
. tab niveinstr				
niveinstr	Freq.	Percent	Cum.	
1 2 3 4	378 449 120 252	31.53 37.45 10.01 21.02	31.53 68.97 78.98 100.00	
Total	1,199	100.00		

tab	religion	

religion	Freq.	Percent	Cum.
1	500	41.70	41.70
2	261	21.77	63.47
3	114	9.51	72.98
4	42	3.50	76.48
5	150	12.51	88.99
6	90	7.51	96.50
7	24	2.00	98.50
8	18	1.50	100.00
Total	1,199	100.00	

. tab connaissance

connaissanc e	Freq.	Percent	Cum.
0 1	1,097 102	91.49 8.51	91.49
Total	1,199	100.00	

. tab occuptut

occuptut	Freq.	Percent	Cum.
1	348	29.02	29.02
2	28	2.34	31.36
3	76	6.34	37.70
4	228	19.02	56.71
5	18	1.50	58.22
6	60	5.00	63.22
7	18	1.50	64.72
8	23	1.92	66.64
9	34	2.84	69.47
10	18	1.50	70.98
11	348	29.02	100.00
Total	1,199	100.00	

avparsexmer	Freq.	Percent	Cum.
1	186	15.51	15.51
2	96	8.01	23.52
3	917	76.48	100.00
Total	1,199	100.00	

. tab sujabsedern

sujabsedern	Freq.	Percent	Cum.
1	637	53.13	53.13
2	12	1.00	54.13
3	167	13.93	68.06
4	36	3.00	71.06
5	65	5.42	76.48
6	72	6.01	82.49
7	42	3.50	85.99
8	168	14.01	100.00
Total	1,199	100.00	

. tab conamipar

Cum.	Percent	Freq.	conamipar
82.49	82.49 17.51	989 210	0 1
	100.00	1,199	Total

. tab consfreqpar

consfreqpar	Freq.	Percent	Cum.
0	977 222	81.48 18.52	81.48
Total	1,199	100.00	

. tab freqboitnuit

Cum.	Percent	Freq.	freqboitnui t
34.03 100.00	34.03 65.97	408 791	0 1
	100.00	1,199	Total

nbrefreq 0	Freq.	Domasat	
	1	Percent	Cum.
	1	0.08	0.08
1	120	10.01	10.09
2	653	54.46	64.55
3	425	35.45	100.00
Total	1,199	100.00	
. tab csmalc			
csmalc	Freq.	Percent	Cum.
0	390	32.53	32.53
1	809	67.47	100.00
Total	1,199	100.00	
. tab csmcig			
csmcig	Freq.	Percent	Cum.
0	486	40.53	40.53
1	713	59.47	100.00
Total	1,199	100.00	
. tab sourcedeau			
sourcedeau	Freq.	Percent	Cum.
1	263	21.93	21.93
2	156	13.01	34.95
3	594	49.54	84.49
4	132	11.01	95.50
5	54	4.50	100.00
Total	1,199	100.00	
. tab sitproveau			
sitproveau	Freq.	Percent	Cum.
1	209	17.43	17.43
2	60	5.00	22.44
3	804	67.06	89.49
4	126	10.51	100.00
Total	1,199	100.00	
. tab tepredeau			
			Cum.
tepredeau	Freq.	Percent	cum.
tepredeau			
tepredeau 0	1	0.08	0.08
tepredeau			

1,199

Total

100.00

typtoil	Freq.	Percent	Cum.
1	215	17.93	17.93
2	738	61.55	79.48
4	72	6.01	85.49
5	174	14.51	100.00
Total	1,199	100.00	
. tab partoilf			
partoilfam	Freq.	Percent	Cum.
0	221 978	18.43 81.57	18.43 100.00
Total	1,199	100.00	
. tab nbrefam			
nbrefam	Freq.	Percent	Cum.
О	221	18.43	18.43
1	726	60.55	78.98
2	168	14.01	92.99
3	84	7.01	100.00
Total	1,199	100.00	
. tab bieposfa	m		
bieposfam	Freq.	Percent	Cum.
0	17	2.20	2.20
1	115	14.86	17.05
2	384	49.61	66.67
3	12	1.55	68.22
7	6	0.78	68.99
8	120	15.50	84.50
11	108	13.95	98.45
12	12	1.55	100.00
Total	774	100.00	
. tab elec			
elec	Freq.	Percent	Cum.
O 1	731 468	60.97 39.03	60.97 100.00
Total	1,199	100.00	
. tab radio			
radio	Freq.	Percent	Cum.
0 1	384 809	32.19 67.81	32.19 100.00
Total	1,193	100.00	
. tab tele			
tele	Freq.	Percent	Cum.
O 1	912 287	76.06 23.94	76.06 100.00
Total	1,199	100.00	
. tab refrig			
refrig	Freq.	Percent	Cum.
0	1,032 167	86.07 13.93	86.07 100.00
Total	1,199	100.00	
	-,		

. tab surper

Cum.	Percent	Freq.	surper
42.45 100.00	42.45 57.55	509 690	O 1
	100.00	1,199	Total

. tab surpertoit

surpertoit	Freq.	Percent	Cum.
0 1	659 540	54.96 45.04	54.96 100.00
Total	1,199	100.00	

. tab convertper

Cum.	Percent	Freq.	convertper
95.50 100.00	95.50 4.50	1,145 54	0 1
	100.00	1,199	Total

. tab avparsexper

avparsexper	Freq.	Percent	Cum.
1	30	2.50	2.50
2	30	2.50	5.00
3	1,139	95.00	100.00
Total	1,199	100.00	

. tab surmer

Cum.	Percent	Freq.	surmer
24.77 100.00	24.77 75.23	297 902	0
	100.00	1,199	Total

. tab sumertoit

sumertoit	Freq.	Percent	Cum.
0	447 752	37.28 62.72	37.28 100.00
Total	1,199	100.00	

. tab contmer

contme	_	Freq.	Percent	Cum.
) L	1,013 186	84.49 15.51	84.49 100.00
Total	L	1,199	100.00	

_	tab	gpeelcpan

gpeelcpan	Freq.	Percent	Cum.
O 1	1,086 113	90.58 9.42	90.58 100.00
Total	1,199	100.00	
. tab rechaud			
rechaud	Freq.	Percent	Cum.
0	1,038 161	86.57 13.43	86.57 100.00
Total	1,199	100.00	
. tab chaises			
chaises	Freq.	Percent	Cum.
0	822 377	68.56 31.44	68.56 100.00
Total	1,199	100.00	
. tab lits			
lits	Freq.	Percent	Cum.
O 1	678 521	56.55 43.45	56.55 100.00
Total	1,199	100.00	
. tab ordi			
ordi	Freq.	Percent	Cum.
O 1	1,068	89.07 10.93	89.07 100.00
Total	1,199	100.00	
. tab msonloc			
msonloc	Freq.	Percent	Cum.
msonloc 0 1	1,113 86	92.83 7.17	92.83 100.00
0	1,113	92.83	92.83
0 1	1,113 86	92.83 7.17	92.83
O 1 Total	1,113 86	92.83 7.17	92.83
O 1 Total . tab bicy	1,113 86 1,199	92.83 7.17 100.00	92.83 100.00
Total . tab bicy bicy	1,113 86 1,199 Freq.	92.83 7.17 100.00 Percent 88.99	92.83 100.00 Cum. 88.99
Total . tab bicy bicy 0 1	1,113 86 1,199 Freq. 1,067	92.83 7.17 100.00 Percent 88.99 11.01	92.83 100.00 Cum. 88.99
Total tab bicy bicy 0 1 Total	1,113 86 1,199 Freq. 1,067	92.83 7.17 100.00 Percent 88.99 11.01	92.83 100.00 Cum. 88.99
Total . tab bicy bicy 0 1 Total . tab moto	1,113 86 1,199 Freq. 1,067 132 1,199 Freq.	92.83 7.17 100.00 Percent 88.99 11.01 100.00	92.83 100.00 Cum. 88.99 100.00
Total . tab bicy bicy 0 1 Total . tab moto moto	1,113 86 1,199 Freq. 1,067 132 1,199 Freq.	92.83 7.17 100.00 Percent 88.99 11.01 100.00 Percent 89.99 10.01	92.83 100.00 Cum. 88.99 100.00
Total . tab bicy bicy 0 1 Total . tab moto	1,113 86 1,199 Freq. 1,067 132 1,199 Freq.	92.83 7.17 100.00 Percent 88.99 11.01 100.00	92.83 100.00 Cum. 88.99 100.00
Total . tab bicy bicy 0 1 Total . tab moto moto 1 Total	1,113 86 1,199 Freq. 1,067 132 1,199 Freq.	92.83 7.17 100.00 Percent 88.99 11.01 100.00 Percent 89.99 10.01	92.83 100.00 Cum. 88.99 100.00
Total tab bicy bicy O 1 Total tab moto moto O 1 Total tab voiture voiture	1,113 86 1,199 Freq. 1,067 132 1,199 Freq. 1,079 120 1,199 Freq.	92.83 7.17 100.00 Percent 88.99 11.01 100.00 Percent 89.99 10.01 100.00	92.83 100.00 Cum. 88.99 100.00 Cum. 89.99 100.00
Total . tab bicy bicy O 1 Total . tab moto moto O 1 Total . tab voiture voiture O 1	1,113 86 1,199 Freq. 1,067 132 1,199 Freq. 1,079 120 1,199 Freq.	92.83 7.17 100.00 Percent 88.99 11.01 100.00 Percent 89.99 10.01 100.00	92.83 100.00 Cum. 88.99 100.00 Cum. 89.99 100.00
Total . tab bicy bicy O 1 Total . tab moto moto O 1 Total . tab voiture voiture O 1 Total	1,113 86 1,199 Freq. 1,067 132 1,199 Freq. 1,079 120 1,199 Freq.	92.83 7.17 100.00 Percent 88.99 11.01 100.00 Percent 89.99 10.01 100.00	92.83 100.00 Cum. 88.99 100.00 Cum. 89.99 100.00
Total . tab bicy bicy 0 1 Total . tab moto moto 1 Total . tab voiture voiture voiture 1 Total . tab voiture	1,113 86 1,199 Freq. 1,067 132 1,199 Freq. 1,079 120 1,199 Freq. 1,086 113	92.83 7.17 100.00 Percent 88.99 11.01 100.00 Percent 89.99 10.01 100.00	92.83 100.00 Cum. 88.99 100.00 Cum. 89.99 100.00
Total . tab bicy bicy 0 1 Total . tab moto moto 1 Total . tab voiture voiture voiture 1 Total . tab voiture	1,113 86 1,199 Freq. 1,067 132 1,199 Freq. 1,079 120 1,199 Freq. 1,086 113 1,199	92.83 7.17 100.00 Percent 88.99 11.01 100.00 Percent 89.99 10.01 100.00 Percent 90.58 9.42 100.00	92.83 100.00 Cum. 88.99 100.00 Cum. 89.99 100.00 Cum. 90.58 100.00
Total . tab bicy bicy O 1 Total . tab moto moto O 1 Total . tab voiture voiture voiture 1 Total . tab liecuis liecuis	1,113 86 1,199 Freq. 1,067 132 1,199 Freq. 1,079 120 1,199 Freq. 1,086 113 1,199 Freq.	92.83 7.17 100.00 Percent 88.99 11.01 100.00 Percent 89.99 10.01 100.00 Percent 90.58 9.42 100.00 Percent	92.83 100.00 Cum. 88.99 100.00 Cum. 89.99 100.00 Cum. 90.58 100.00
Total . tab bicy bicy O 1 Total . tab moto moto O 1 Total . tab voiture voiture voiture 1	1,113 86 1,199 Freq. 1,067 132 1,199 Freq. 1,079 120 1,199 Freq. 1,086 113 1,199 Freq.	92.83 7.17 100.00 Percent 88.99 11.01 100.00 Percent 89.99 10.01 100.00 Percent 90.58 9.42 100.00 Percent 24.94	92.83 100.00 Cum. 88.99 100.00 Cum. 89.99 100.00 Cum. 90.58 100.00

matsol	Freq.	Percent	Cum.
1	816	68.06	68.06
2	111	9.26	77.31
3	270	22.52	99.83
4	1	0.08	99.92
5	1	0.08	100.00
Total	1,199	100.00	

. tab matoit

matoit	Freq.	Percent	Cum.
1	30	2.50	2.50
2	198	16.51	19.02
3	971	80.98	100.00
Total	1,199	100.00	

. tab matconslog

matconslog	Freq.	Percent	Cum.
1	187	15.60	15.60
2	29	2.42	18.02
3	461	38.45	56.46
4	451	37.61	94.08
5	24	2.00	96.08
6	47	3.92	100.00
Total	1,199	100.00	

. tab posbet

Cum.	Percent	Freq.	posbet
62.30 100.00	62.30 37.70	747 452	0
	100.00	1,199	Total

. tab edsexecol

_	edsexecol	Freq.	Percent	Cum.
	1	335	27.94	27.94
	2	654	54.55	82.49
	3	210	17.51	100.00
-	Total	1,199	100.00	

. tab entparsisaist

entparsisai st	Freq.	Percent	Cum.
O 1	18 1,181	1.50 98.50	1.50
Total	1,199	100.00	

matsol	Freq.	Percent	Cum.
1	816	68.06	68.06
2	111	9.26	77.31
3	270	22.52	99.83
4	1	0.08	99.92
5	1	0.08	100.00
Total	1,199	100.00	
. tab matoit			
matoit	Freq.	Percent	Cum.
1	30	2.50	2.50
2	198	16.51	19.02
3	971	80.98	100.00
Total	1,199	100.00	
. tab matcon	slog		
matconslog	Freq.	Percent	Cum.
1	187	15.60	15.60
2	29	2.42	18.02
3	461	38.45	56.46
4	451	37.61	94.08
5	24	2.00	96.08
6	47	3.92	100.00
Total	1,199	100.00	
. tab posbet			
posbet	Freq.	Percent	Cum.
0	747	62.30	62.30
1	452	37.70	100.00
Total	1,199	100.00	
. tab edsexe	col		
	ı		
edsexecol	Freq.	Percent	Cum.
1	335	27.94	27.94
2	654	54.55	82.49
3	210	17.51	100.00
	210		
Total	1,199	100.00	
Total	1,199		
. tab entpar	1,199		
	1,199		Cum.
. tab entpar: entparsisai st	1,199 sisaist Freq.	100.00	
. tab entpar:	1,199 sisaist	100.00	Cum. 1.50 100.00

1,199

100.00

. tab ppasourinfo

ppasourinfo	Freq.	Percent	Cum.
1	85	7.09	7.09
2	497	41.45	48.54
3	24	2.00	50.54
4	6	0.50	51.04
6	579	48.29	99.33
7	5	0.42	99.75
9	3	0.25	100.00
Total	1,199	100.00	

. tab aveuexsex

Cum.	Percent	Freq.	aveuexsex
23.52	23.52 76.48	282 917	O 1
	100.00	1,199	Total

. tab agcop

agcop	Freq.	Percent	Cum.
0	282	23.52	23.52
1	132	11.01	34.53
2	108	9.01	43.54
3	66	5.50	49.04
4	105	8.76	57.80
5	30	2.50	60.30
6	42	3.50	63.80
7	434	36.20	100.00
Total	1,199	100.00	
. tab stamatc	ор		

stamatcop	Freq.	Percent	Cum.
О	282	23.52	23.52
1	613	51.13	74.65 88.49
2	166	13.84	
3	108	9.01	97.50
4	30	2.50	100.00
Total	1,199	100.00	

. tab aeurapcontfml

aeurapcontf ml	Freq.	Percent	Cum.
O 1	959 240	79.98 20.02	79.98
Total	1,199	100.00	
. tab nbfoicont	=		

nbfoicont	Freq.	Percent	Cum.
0 1 2	959 228 12	79.98 19.02 1.00	79.98 99.00 100.00
Total	1,199	100.00	
. tab aeuavso	dem		

aeuavsdem	Freq.	Percent	Cum.
O 1	839 360	69.97 30.03	69.97
Total	1,199	100.00	

. tab atipermsex

а	tipermsex	Freq.	Percent	Cum.
	O 1	1,004 195	83.74 16.26	83.74
	Total	1.199	100 00	

Cum.	Percent	Freq.	aeuconavc
80.73 100.00	80.73 19.27	968 231	O 1
	100.00	1,199	Total
		ex	. tab etpouraps
Cum.	Percent	Freq.	etpourapsex
75.98 98.00	75.98 22.02	911 264	O 1
98.50 100.00	0.50 1.50	6 18	2 3
	100.00	1,199	Total
			. tab perpous
Cum.	Percent	Freq.	perpous
75.98 97.50	75.98 21.52	911 258	O 1
98.50	1.00	12	3
100.00	1.50	1,199	4 Total
	100.00		. tab enparista
			enparistaut
Cum.	Percent	Freq.	sida
9.01 100.00	9.01 90.99	108 1,091	O 1
	100.00	1,199	Total
		vih	. tab conmodisi
Cum.	Percent	Freq.	conmodisivi h
1.50	1.50	18	0
93.99 98.00	92.49 4.00	1,109 48	1 5
100.00	2.00	24	8
	100.00	1,199	Total
			. tab aeuist
Cum.	Percent	Freq.	aeuist
73.06 100.00	73.06 26.94	876 323	O 1
	100.00	1,199	Total
			. tab sftrait
Cum.	Percent	Freq.	sftrait
76.98 100.00	76.98 23.02	923 276	O 1
	100.00	1,199	Total
		e×.	. tab asolscess
Cum.	Percent	Freq.	asolscessex
62.39 100.00	62.39 37.61	748 451	O 1
	100.00	1,199	Total
			. tab ag1rapsex
Cum.	Percent	Freq.	ag1rapsex
24.52	24.52	294	0
99.92 100.00	75.40 0.08	904 1	1 2
	100.00	1,199	Total

nbpat12moi	Freq.	Percent	Cum.
0	282	23.52	23.52
1	246	20.52	44.04
2	437	36.45	80.48
3	234	19.52	100.00
Total	1,199	100.00	

. tab nupredrapsex

Cum.	Percent	Freq.	nupredrapse x
54.96 100.00	54.96 45.04	659 540	0 1
	100.00	1,199	Total

. tab homosex

Cum.	Percent	Freq.	homosex
99.50 100.00	99.50 0.50	1 , 193	0
	100.00	1,199	Total

Variables quantitatives

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
nbrefoicsm~r	1,199	1.754796	1.291396	0	4
nbrbet	1,199	.5321101	.7998924	0	3
nbfois	1,199	1.433695	1.336679	0	3

Annexe I0 : Analyse bi variée Précocité des rapports sexuels

. tab av18ans sexe, chi2

av18ans	sexe 0	1	Total
0	108 464	192 435	300 899
Total	572	627	1,199

Pearson chi2(1) = 21.9788 Pr = 0.000

. tab av18ans age , chi2

				age				
av18ans	1	2	3	4	5	6	7	Total
0	48 12	30 48	72 72	24 126	48 167	18 225	60 249	300 899
Total	60	78	144	150	215	243	309	1,199

Pearson chi2(6) = 204.7716 Pr = 0.000

. tab av18ans Milrési , chi2

	Milrési		
av18ans	0	1	Total
0 1	126 420	174 479	300 899
Total	546	653	1,199

Pearson chi2(1) = 2.0194 Pr = 0.155

. tab av18ans ethnie , chi2

				etr	nnie			
	av18ans	1	2	3	4	5	6	Total
_								
	0	24	24	30	54	66	102	300
	1	258	96	181	112	180	72	899
_								
	Total	282	120	211	166	246	174	1,199

Pearson chi2(5) = 165.8390 Pr = 0.000

. tab av18ans occupact , chi2

		1		occu	ıpact			
	av18ans	1	2	3	4	5	6	Total
	0	132	12	84	12	0	60	300
	1	316	121	324	12	12	114	899
-								
	Total	448	133	408	24	12	174	1,199

Pearson chi2(5) = 47.4232 Pr = 0.000

. tab av18ans Freqantécol , chi2

	Frequnté	col	
av18ans	0	1	Total
0	18	282	300
1	210	689	899
Total	228	971	1,199

Pearson chi2(1) = 44.0159 Pr = 0.000

. tab av18ans Freqactécol , chi2

av18ans	Freqacté 0	col 1	Total
0	156 450	144 449	300 899
Total	606	593	1,199

Pearson chi2(1) = 0.3402 Pr = 0.560

		niveins	tr				
av18ans	1	2	3	4	Total		
0	144	102	30	24	300		
1	234	347	90	228	899		
Total	378	449	120	252	1,199		
Pearson chi2(3) = 67.9718 Pr = 0.000							
. tab av18ans religion , chi2							

. tab av18ans religion , chi2

	religion								
av18ans	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
0	90	30	60	6	0	90	24	0	300
1	410	231	5 4	36	150	0	0	18	899
Total	500	261	114	42	150	90	24	18	1,199

Pearson chi2(7) = 485.1800 Pr = 0.000

. tab av18ans père , chi2

av18ans	père 0	1	Total
0	180 485	120 414	300 899
Total	665	534	1.199

Pearson chi2(1) = 3.3344 Pr = 0.068

. tab av18ans mère , chi2

av18ans	mère O	1	Total
0	258 690	42 209	300 899
Total	948	251	1,199
Pe	earson chi2(1) =	11.6230	Pr = 0.001

. tab av18ans oncle , chi2

	oncle		
av18ans	0	1	Total
0	288	12	300
1	851	48	899
Total	1,139	60	1,199
Pe	earson chi2(1) =	0.848	87 Pr = 0.357

. tab av18ans tante , chi2

	tante		
av18ans	0	1	Total
0	282	18	300
1	857	42	899
Total	1,139	60	1,199

Pearson chi2(1) = 0.8347 Pr = 0.361

. tab av18ans gdesœur , chi2

av18ans	gdesœur 0	Total	
0	300 851	0 48	300 899
Total	1,151	48	1,199

Pearson chi2(1) = 16.6858 Pr = 0.000

. tab av18ans gdfrère , chi2

av18ans	gdfrère	1	Total
avioans			TOTAL
0	258	42	300
1	875	24	899
Total	1.133	66	1.199

Pearson chi2(1) = 55.5155 Pr = 0.000

. tab av18ans connaissance , chi2

av18ans	connaissa 0	ince 1	Total
0	282 815	18 84	300 899
Total	1,097	102	1,199

Pearson chi2(1) = 3.2311 Pr = 0.072

						0	ccuptut						
	av18ans	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Total
•	0	60	0	18	90	0	60	0	0	12	0	60	300
	1	288	28	58	138	18	0	18	23	22	18	288	899
	Total	348	28	76	228	18	60	18	23	34	18	348	1,199

Pearson chi2(10) = 264.6629 Pr = 0.000

. tab av18ans surper , chi2

av18ans	surper 0	1	Total
0	156 353	144 546	300 899
Total	509	690	1,199

Pearson chi2(1) = 14.9305 Pr = 0.000

. tab av18ans surpertoit , chi2

av18ans	surperto 0	it 1	Total
0	180 479	120 420	300 899
Total	659	540	1,199

Pearson chi2(1) = 4.1018 Pr = 0.043

. tab av18ans convertper , chi2

av18ans	convertper 0	1	Total
0	270 875	30 24	300 899
Total	1,145	54	1,199

Pearson chi2(1) = 28.1030 Pr = 0.000

. tab av18ans avparsexper , chi2

			avparsexper		
а	v18ans	1	2	3	Total
	0	18 12	6 24	276 863	300 899
	Total	30	30	1,139	1,199

Pearson chi2(2) = 20.3469 Pr = 0.000

. tab av18ans sumertoit , chi2

		sumertoit		
	av18ans	0	1	Total
-				
	0	132	168	300
	1	315	584	899
-				
	Total	447	752	1,199

Pearson chi2(1) = 7.7249 Pr = 0.005

. tab av18ans avparsexmer , chi2

	a-	vparsexmer		
av18ans	1	2	3	Total
0	18	6	276	300
1	168	90	641	899
Total	186	96	917	1,199

Pearson chi2(2) = 53.9714 Pr = 0.000

av18ans	1	2	3	sujab 4	sedern 5	6	7	8	Total
0	66 571	6	30 137	0	18 47	6	6	168	300 899
Total	637	12	167	36	65	72	42	168	1,199

Pearson chi2(7) = 610.3633 Pr = 0.000

. tab av18ans freqboitnuit , chi2

av18ans	freqboitn 0	uit 1	Total
0	252 156	48 743	300 899
Total	408	791	1,199

Pearson chi2(1) = 445.0714 Pr = 0.000

. tab av18ans csmalc , chi2

av1	8ans	C:	1 Total			
	0 1	240 150		60 749		00 99
T	otal	390)	809	1,1	99

Pearson chi2(1) = 410.8633 Pr = 0.000

. tab av18ans edsexecol , chi2

			edsexecol		
	av18ans	1	2	3	Total
	0 1	84 251	198 456	18 192	300 899
•	Total	335	654	210	1,199

Pearson chi2(2) = 39.9135 Pr = 0.000

. tab av18ans entparsisaist , chi2

av18ans	entpar 0	Total	
0	6 12	294 887	300 899
Total	18	1,181	1,199

Pearson chi2(1) = 0.6731 Pr = 0.412

. tab av18ans ppasourinfo , chi2

				ppasourinfo	,			
av18ans	1	2	3	4	6	7	9	Total
0	23	162	24	6	8 4	1	0	300
1	62	335	0	0	495	4	3	899
								ļ
Total	85	497	24	6	579	5	3	1,199

Pearson chi2(6) = 140.4677 Pr = 0.000

. tab av18ans stamatcop , chi2

		5	stamatcop			
av18ans	0	1	2	3	4	Total
0	282	18	0	0	0	300
1	0	595	166	108	30	899
Total	282	613	166	108	30	1,199

Pearson chi2(4) = 1.1e+03 Pr = 0.000

	av18ans	aeuavsde 0	m 1	Total
_	0	300 539	0 360	300 899
_	Total	839	360	1,199

Pearson chi2(1) = 171.6806 Pr = 0.000

. tab av18ans atipermsex , chi2

av18ans	atipermsex 0	1	Total
0	300 704	0 195	300 899
Total	1,004	195	1,199

Pearson chi2(1) = 77.7108 Pr = 0.000

. tab av18ans perpous , chi2

		l	per	pous		
	av18ans	0	1	3	4	Total
•	0	12	258	12	18	300
	1	899	0	0	0	899
	Total	911	258	12	18	1,199

Pearson chi2(3) = 1.1e+03 Pr = 0.000

. tab av18ans enparistautsida , chi2

	enparista			
av18ans	0	1	Total	
0	42	258	300	
1	66	833	899	
Total	108	1,091	1,199	

Pearson chi2(1) = 12.1676 Pr = 0.000

. tab av18ans aeuist , chi2

av18ans	aeuist O	1	Total
0	300 576	0 323	300 899
Total	876	323	1,199

Pearson chi2(1) = 147.5296 Pr = 0.000

. tab av18ans conamipar, chi2

	conamipa	ır	
av18ans	0	1	Total
0 1	102 887	198 12	300
Total	989	210	1,199

Pearson chi2(1) = 651.0668 Pr = 0.000

. tab av18ans consfreqpar , chi2

av18ans	consfre 0	eqpar 1	Total
0	102 875	198 24	300 899
Total	977	222	1,199

Pearson chi2(1) = 597.9662 Pr = 0.000

. tab nupredrapsex conamipar, chi2

nupredraps	conamipar		
ex	0	1	Total
0	449 540	210	659 540
Total	989	210	1,199

Pearson chi2(1) = 208.6174 Pr = 0.000

. tab nupredrapsex consfreqpar , chi2

nupredraps	consfreq	par	
ex	0	1	Total
0	449 528	210 12	659 540
Total	977	222	1,199

Pearson chi2(1) = 172.8747 Pr = 0.000

. tab av18ans père , chi2

	père		
av18ans	0	1	Total
0	180 485	120 414	300 899
Total	665	534	1,199

Pearson chi2(1) = 3.3344 Pr = 0.068

. tab av18ans mère , chi2

av18ans	mère O	1	Total
O 1	258 690	42 209	300 899
Total	948	251	1,199

Pearson chi2(1) = 11.6230 Pr = 0.001

. tab av18ans gdsparents , chi2

	av18ans	gdsparents 0	1	Total	
0 1		252 857	48 42	300 899	
	Total	1,109	90	1,199	

Pearson chi2(1) = 41.5761 Pr = 0.000

. tab av18ans connaissance , chi2

av18ans		connaissa 0	ince 1	Total
	O 1	282 815	18 84	300 899
	Total	1.097	102	1,199

Pearson chi2(1) = 3.2311 Pr = 0.072

. tab nupredrapsex père , chi2

nupredraps ex	père O	1	Total	
O 1	335 330	324 210	659 540	
Total	665	534	1,199	

Pearson chi2(1) = 12.6890 Pr = 0.000

. tab nupredrapsex mère , chi2

nupredraps ex	mère O	1	Total
0 1	570 378	89 162	659 540
Total	948	251	1,199

Pearson chi2(1) = 48.7870 Pr = 0.000

. tab nupredrapsex gdsparents , chi2

nupredraps ex	gdsparents O	1	Total	
0 1	593 516	66 24	659 540	
Total	1,109	90	1,199	

Pearson chi2(1) = 13.2663 Pr = 0.000

. tab nupredrapsex connaissance , chi2

nupredraps ex	connaissance 0 1		Total
0	623 474	36 66	659 540
Total	1,097	102	1,199

Pearson chi2(1) = 17.4224 Pr = 0.000

. tab nupredrapsex edsexecol , chi2

nupredraps ex	1	Total		
0	305	312 342	42 168	659 540
Total	335	654	210	1,199

Pearson chi2(2) = 293.8059 Pr = 0.000

. tab av18ans edsexecol , chi2

		edsexecol		
Total	3	2	1	av18ans
300	18	198	84	0
899	192	456	251	1
1,199	210	654	335	Total

Pearson chi2(2) = 39.9135 Pr = 0.000

. tab nupredrapsex ppasourinfo , chi2

nupredraps				ppasourinfo)			
ex	1	2	3	4	6	7	9	Total
0	62 23	389 108	24	6	175 404	3 2	0	659 540
Total	85	497	24	6	579	5	3	1,199

Pearson chi2(6) = 291.6028 Pr = 0.000

. tab av18ans ppasourinfo , chi2

					ppasourinfo	ı			
а	v18ans	1	2	3	4	6	7	9	Total
	0	23	162	24	6	8 4	1	0	300
	1	62	335	0	0	495	4	3	899
	Total	85	497	24	6	579	5	3	1,199

Pearson chi2(6) = 140.4677 Pr = 0.000

. tab nupredrapsex entparsisaist , chi2

nupredraps	entpar	sisaist	Total
ex	0	1	
0	6	653	659
	12	528	540
Total	18	1,181	1,199

Pearson chi2(1) = 3.4537 Pr = 0.063

. tab av18ans entparsisaist , chi2

av18ans	entpar 0	sisaist 1	Total
0	6	294 887	300 899
Total	18	1,181	1,199

Pearson chi2(1) = 0.6731 Pr = 0.412

. tab nupredrapsex etpourapsex , chi2

nupredraps ex	0	etpou 1	ırapsex 2	3	Total
0	377 534	258 6	6	18	659 540
Total	911	264	6	18	1,199

Pearson chi2(3) = 282.5754 Pr = 0.000

. tab av18ans etpourapsex , chi2

av18ans	0	etpou	ırapsex 2	3	Total
0	12 899	264	6	18	300 899
Total	911	264	6	18	1,199

Pearson chi2(3) = 1.1e+03 Pr = 0.000

. tab nupredrapsex perpous , chi2

nupredraps		per	pous		
ex	0	1	3	4	Total
0	377 534	252	12	18	659 540
Total	911	258	12	18	1,199

Pearson chi2(3) = 282.5882 Pr = 0.000

. tab av18ans perpous , chi2

	perpous				
av18ans	0	1	3	4	Total
0	12 899	258	12	18	300 899
Total	911	258	12	18	1,199

Pearson chi2(3) = 1.1e+03 Pr = 0.000

. tab nupredrapsex conmodisivih , chi2

nupredraps		conmod	lisivih		
ex	0	1	5	8	Total
0 1	6 12	629 480	0 48	24	659 540
Total	18	1,109	48	24	1,199

Pearson chi2(3) = 83.0261 Pr = 0.000

. tab av18ans conmodisivih , chi2

	conmodisivih				
av18ans	0	1	5	8	Total
0	6	288 821	0 48	6 18	300 899
Total	18	1,109	48	24	1,199

Pearson chi2(3) = 17.2126 Pr = 0.001

Annexe II: Multipartenariat sexuel au cours de douze derniers mois précédant l'enquête

. kwallis nbpat12moi, by (provin)

Kruskal-Wallis equality-of-populations rank test

provin	Obs	Rank Sum
1 2 3	240 246 306	143745.00 113589.00 164388.00
4	407	297678.00

. kwallis nbpat12moi, by (age)

chi-squared = 107.886 with 3 d.f.
probability = 0.0001

chi-squared with ties = 116.949 with 3 d.f.
probability = 0.0001

probability = 0.0001

Kruskal-Wallis equality-of-populations rank test

age	Obs	Rank Sum
1	60	11658.00
2	78	35502.00
3	144	49629.00
4	150	97374.00
5	215	131217.00
6	243	175980.00
7	309	218040.00

chi-squared = 237.557 with 6 d.f.
probability = 0.0001

chi-squared with ties = 257.513 with 6 d.f.
probability = 0.0001

. kwallis nbpat12moi, by (ethnie)

Kruskal-Wallis equality-of-populations rank test

ethnie	Obs	Rank Sum
1 2 3 4 5	282 120 211 166 246	236202.00 62742.00 126621.00 83073.00 154875.00
6	174	55887.00

chi-squared = 267.057 with 5 d.f.
probability = 0.0001

chi-squared with ties = 289.492 with 5 d.f.
probability = 0.0001

. kwallis nbpat12moi, by (occupact)

Kruskal-Wallis equality-of-populations rank test

occupact	Obs	Rank Sum
1 2	448	227949.00
3	408	275088.00
4 5	24 12	12675.00
6	174	103212.00

```
chi-squared = 66.736 with 5 d.f. probability = 0.0001
```

. kwallis nbpat12moi, by (niveinstr)

Kruskal-Wallis equality-of-populations rank test

nivein~r	Obs	Rank Sum
1	378	176517.00
2	449	262644.00
3	120	72987.00
4	252	207252.00

160.685 with 3 d.f. 0.0001 chi-squared = probability =

chi-squared with ties = probability = 0.0001 174.184 with 3 d.f.

. kwallis nbpat12moi, by (religion)

Kruskal-Wallis equality-of-populations rank test

religion	Obs	Rank Sum
1 2	500 261	299346.00
3	114	46278.00
4 5	42 150	21594.00 154323.00
6	90	12735.00
7	24	3396.00
8	18	11361.00

474.523 with 7 d.f. 0.0001 chi-squared = probability =

chi-squared with ties = probability = 0.000 514.385 with 7 d.f. 0.0001

. kwallis nbpat12moi, by (occuptut)

Kruskal-Wallis equality-of-populations rank test

occuptut	Obs	Rank Sum
1	348	200907.00
2	28	18831.00
3	76	41739.00
4	228	114747.00
5	18	17472.00
6	60	8490.00
7	18	15459.00
8	23	15132.00
9	34	16083.00
10	18	13446.00
11	348	257094.00

222.386 with 10 d.f. 0.0001 chi-squared = probability =

chi-squared with ties = probability = 0.000 241.068 with 10 d.f. 0.0001

. kwallis nbpat12moi, by (ppasourinfo)

Kruskal-Wallis equality-of-populations rank test

ppasou~o	Obs	Rank Sum
1	85	46459.00
2	497	245886.00
3	24	3396.00
4	6	849.00
6	579	416433.00
7	5	3129.50 3247.50
3 4 6	24 6 579 5	3396.00 849.00 416433.00

175.048 with 6 d.f. 0.0001 chi-squared =

probability =

chi-squared with ties = probability = 0.000 189.753 with 6 d.f. 0.0001

. kwallis nbpat12moi, by (nbrfoitelsem)

Kruskal-Wallis equality-of-populations rank test

nbrfoi~m	Obs	Rank Sum
1	522	310611.00
2	318	200784.00
3	8 4	47607.00
4	275	160398.00

chi-squared = 4.138 with 3 d.f.
probability = 0.2469

chi-squared with ties = 4.486 with 3 d.f.

0.2135 probability =

. kwallis nbpat12moi, by (stamatcop)

Kruskal-Wallis equality-of-populations rank test

stamat~p	Obs	Rank Sum
0	282	39903.00
1	613	394068.00
2	166	160236.00
3	108	94731.00
4	30	30462.00
		i

chi-squared = 800.909 with 4 d.f.

probability = 0.0001

chi-squared with ties = 868.190 with 4 d.f.

probability = 0.0001

. kwallis nbpat12moi, by (perpous)

Kruskal-Wallis equality-of-populations rank test

perpous	Obs	Rank Sum
0	911	677064.00
1 3	258 12	36507.00 3282.00
4	18	2547.00

chi-squared = 650.411 with 3 d.f.
probability = 0.0001

chi-squared with ties = 705.049 with 3 d.f.

0.0001 probability =

. anova indvie nbpat12moi

Number of o	bs =	1,193	R-squared	=	0.0962
Root MSE	=	.28005	Adj R-squared	=	0.0939

Source	Partial SS	df	MS	F	Prob>F
Model	9.9239864	3	3.3079955	42.18	0.0000
nbpat12moi	9.9239864	3	3.3079955	42.18	0.0000
Residual	93.250881	1,189	.07842799		
Total	103.17487	1,192	.0865561		

. tab nbpat12moi sexe, chi2

sexe			
nbpat12moi	0	1	Total
0	96	186	282
1	126	120	246
2	182	255	437
3	168	66	234
Total	572	627	1,199

Pearson chi2(3) = 83.1779 Pr = 0.000

. tab nbpat12moi père , chi2

nbpat12moi	père O	1	Total
0 1 2 3	174 120 203 168	108 126 234 66	282 246 437 234
Total	665	534	1,199

Pearson chi2(3) = 48.5202 Pr = 0.000

. tab nbpat12moi mère , chi2

	mère			
nbpat12moi	0	1	Total	
0	240	42	282	
1	174	72	246	
2	348	89	437	
3	186	48	234	
Total	948	251	1,199	

Pearson chi2(3) = 16.6501 Pr = 0.001

. tab nbpat12moi oncle , chi2

	oncle		
nbpat12moi	0	1	Total
0	270	12	282
1	240	6	246
2	413	24	437
3	216	18	234
Total	1,139	60	1,199

Pearson chi2(3) = 7.5135 Pr = 0.057

. tab nbpat12moi tante , chi2

tante				
nbpat12moi	0	1	Total	
0	264	18	282	
1	240	6	246	
2	425	12	437	
3	210	24	234	
Total	1,139	60	1,199	

1 1,139 60 1,199
Pearson chi2(3) = 22.7995 Pr = 0.000

. tab nbpat12moi gdesœur , chi2

nbpat12moi	gdesœur O	1	Total
0	282	0	282
1	240	6	246
2	407	30	437
3	222	12	234
Total	1,151	48	1,199

Pearson chi2(3) = 23.4089 Pr = 0.000

. tab nbpat12moi gdfrère , chi2

	gdfrère				
nbpat12moi	0	1	Total		
0	240	42	282		
1	240	6	246		
2	419	18	437		
3	234	0	234		
Total	1,133	66	1,199		
	'		•		

Pearson chi2(3) = 67.4805 Pr = 0.000

. tab nbpat12moi gdsparents , chi2

nbpat12moi	gdsparents 0	1	Total
0 1 2 3	234 240 413 222	48 6 24 12	282 246 437 234
Total	1,109	90	1,199

Pearson chi2(3) = 50.3310 Pr = 0.000

. tab nbpat12moi surpertoit , chi2

nbpat12moi	surperto 0	it 1	Total
0	174	108	282
1	102	144	246
2	209	228	437
3	174	60	234
Total	659	540	1,199

Pearson chi2(3) = 67.8397 Pr = 0.000

. tab nbpat12moi avparsexper , chi2

	avparsexper				
nbpat12moi	1	2	3	Total	
0	18	6	258	282	
1	0	6	240	246	
2	0	6	431	437	
3	12	12	210	234	
Total	30	30	1,139	1,199	

Pearson chi2(6) = 51.1737 Pr = 0.000

. tab nbpat12moi sumertoit , chi2

	sumertoit			
nbpat12moi	0	1	Total	
0	126	156	282	
1	48	198	246	
2	141	296	437	
3	132	102	234	
Total	447	752	1,199	

Pearson chi2(3) = 81.1434 Pr = 0.000

. tab nbpat12moi avparsexmer , chi2

		avparsexme	r	
nbpat12moi	1	2	3	Tot
				+
О	18	6	258	2
1	0	48	198	2
2	36	30	371	4
3	132	12	90	2.
Total	186	96	917	1,1

Pearson chi2(6) = 433.5936 Pr = 0.000

. tab nbpat12moi edsexecol , chi2

	I	edsexecol		
nbpat12moi	1	2	3	Tot
0	8 4	186	12	2
1	72	150	24	2
2	173	216	48	4
3	6	102	126	2
Total	335	654	210	1,1

Pearson chi2(6) = 315.2520 Pr = 0.000

. tab nbpat12moi conamipar , chi2

nbpat12moi	conami _] O	par 1	Total
0	90	192	282
1	228	18	246
2	437	0	437
3	234	0	234
Total	989	210	1,199

Pearson chi2(3) = 659.3751 Pr = 0.000

. tab nbpat12moi consfreqpar , chi2

nbpat12moi	consfreq 0	par 1	Total
0 1 2	90 228 437	192 18 0	282 246 437
3	222	12	234
Total	977	222	1,199

Pearson chi2(3) = 606.8157 Pr = 0.000

. tab nbpat12moi freqboitnuit , chi2

	freqboi	tnuit	
nbpat12moi	o	1	Total
0	240	42	282
1	114	132	246
2	54	383	437
3	0	234	234
Total	408	791	1,199

Pearson chi2(3) = 556.4671 Pr = 0.000

. tab nbpat12moi csmcig , chi2

nbpat12moi	csmcig O	1	Total
0	246	36	282
1	162	8 4	246
2	72	365	437
3	6	228	234
Total	486	713	1,199

Pearson chi2(3) = 565.4729 Pr = 0.000

INDICE VIE

. anova indvie nbpat12moi

	Number of obs = Root MSE =	1,193 .28005	-	ed = quared =	
Source	Partial SS	df	MS	F	Prob>F
Model	9.9239864	3	3.3079955	42.18	0.0000
nbpat12moi	9.9239864	3	3.3079955	42.18	0.0000
Residual	93.250881	1,189	.07842799		
Total	103.17487	1,192	.0865561		

Dans le tableau ci-haut présenté les résultats du test d'ANOVA renseigne qu'il est significatif au seuil de 1%, ce qui confirme que le comportement sexuel à risque des adolescents en ce qui concerne le multi partenariat diffère selon le niveau de vie des ménages.

Annexe 12: Non – utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel

nupredraps	sexe		
ex	0	1	Total
0	254 318	405 222	659 540
Total	572	627	1,199

Pearson chi2(1) = 49.2467 Pr = 0.000

. tab nupredrapsex provin , chi2

nupredraps		pro	ovin				
ex	1	2	3	4	Total		
0	66 174	162 84	252 54	179 228	659 540		
Total	240	246	306	407	1,199		

Pearson chi2(3) = 197.4832 Pr = 0.000

. tab nupredrapsex quartier , chi2

nupredraps						quar	tier						
ex	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total
	10	1.0		20	114	7.0	70			24	21	2.5	650
0	12	18	ь	30	114	78	72	6	U	24	21	26	659
1	18	12	24	120	48	66	42	90	66	0	0	0	540
Total	30	30	30	150	162	144	114	96	66	24	21	26	1,199

nupredraps						
ex	13	14	15	16	17	Total
0	42	72	72	30	36	659
1	6	6	6	18	18	540
Total	48	78	78	48	54	1,199

Pearson chi2(16) = 453.8357 Pr = 0.000

. tab nupredrapsex age , chi2

nupredraps				age				
ex	1	2	3	4	5	6	7	Total
0	48	36 42	102	84	113	129	147	659 540
Total	60	78	144	150	215	243	309	1,199

Pearson chi2(6) = 40.0220 Pr = 0.000

. tab nupredrapsex Milrési , chi2

nupredraps	Milrési		
ex	0	1	Total
0	318	341	659
1	228	312	540
Total	546	653	1,199

Pearson chi2(1) = 4.3553 Pr = 0.037

. tab nupredrapsex ethnie , chi2

nupredraps			eth	nnie			
ex	1	2	3	4	5	6	Total
							
0	30	42	175	148	108	156	659
1	252	78	36	18	138	18	540
Total	282	120	211	166	246	174	1,199

Pearson chi2(5) = 485 0157 Pr = 0 000

nu	predraps			occi	ıpact			
	ex	1	2	3	4	5	6	Total
_	0	292	103	156	12	6	90	659
	1	156	30	252	12	6	84	540
_	Total	448	133	408	24	12	174	1,199

Pearson chi2(5) = 93.2565 Pr = 0.000

. tab nupredrapsex Freqantécol , chi2

nupredraps ex		Freqantécol O	1	Total
0		54 174	605 366	659 540
Total	_	228	971	1,199

Pearson chi2(1) = 111.2703 Pr = 0.000

. tab nupredrapsex niveinstr , chi2

nupredraps		nive	einstr		
ex	1	2	3	4	Total
0	216	299	84	60	659
1	162	150	36	192	540
Total	378	449	120	252	1,199

Pearson chi2(3) = 135.0219 Pr = 0.000

. tab nupredrapsex religion , chi2

nupred	iraps				reli	igion				
	ex	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
	0	332 168	105 156	84	6 36	12 138	90	24	6 12	659 540
Т	Total	500	261	114	42	150	90	24	18	1,199

Pearson chi2(7) = 323.9858 Pr = 0.000

. tab nupredrapsex occuptut , chi2

nupredrap	s					occuptut						
е	x 1	1 2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Total
	0 198	3 22	46	144	0	60	12	17	34	12	114	659
	1 150) 6	30	84	18	0	6	6	0	6	234	540
Tota	1 348	3 28	76	228	18	60	18	23	34	18	348	1,199

Pearson chi2(10) = 187.5989 Pr = 0.000

. tab nupredrapsex père , chi2

n	upredraps ex	père O	1	Total
_	0	335 330	324 210	659 540
-	Total	665	534	1,199

Pearson chi2(1) = 12.6890 Pr = 0.000

. tab nupredrapsex mère , chi2

nupredraps ex	mère O	1	Total
0	570 378	89 162	659 540
Total	948	251	1,199

nupredraps		avparsexper		
ex	1	2	3	Total
0	18 12	6 24	635 504	659 540
Total	30	30	1,139	1,199

Pearson chi2(2) = 15.4078 Pr = 0.000

. tab nupredrapsex avparsexmer , chi2

nupredraps				
ex	1	2	3	Total
0	24 162	18 78	617 300	659 540
Total	186	96	917	1,199

Pearson chi2(2) = 240.0253 Pr = 0.000

. tab nupredrapsex freqboitnuit , chi2

nupredraps	freqboits	nuit	Total		
ex	0	1			
0	318	341	659		
	90	450	540		
Total	408	791	1,199		

Pearson chi2(1) = 131.9208 Pr = 0.000

. tab nupredrapsex nbrefreq , chi2

nupredraps		nbre	efreq		
ex	0	1	2	3	Total
0	1	78	257	323	659
1	0	42	396	102	540
Total	1	120	653	425	1,199

Pearson chi2(3) = 145.9349 Pr = 0.000

. tab nupredrapsex csmalc , chi2

nupredraps ex	csmalc O	1	Total
0	300 90	359 450	659 540
Total	390	809	1,199

Pearson chi2(1) = 112.6116 Pr = 0.000

. tab nupredrapsex nbrefoicsmoider , chi2

nupredraps		nb	refoicsmoid	er		
ex	0	1	2	3	4	Total
0	270	66	161	120	42	659
1	66	42	174	234	2 4	54C
Total	336	108	335	354	66	1,199

Pearson chi2(4) = 161.0921 Pr = 0.000

nupredraps ex	aeuist O	1	Total
0 1	546 330	113 210	659 540
Total	876	323	1,199

Pearson chi2(1) = 71.2818 Pr = 0.000

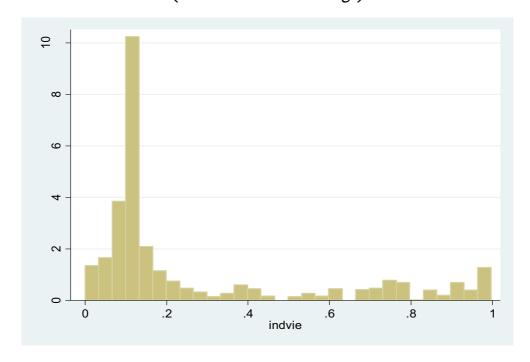
. tab nupredrapsex asolscessex , chi2

nupredraps ex	asolscess 0	asolscessex 0 1		
0	448	211	659 540	
Total	748	451	1,199	

Pearson chi2(1) = 19.5299 Pr = 0.000

-

Distribution indice vie (Niveau de vie du ménage)



. ranksum indvie, by (nupredrapsex)

Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test

nupredrapsex	obs	rank sum	expected
0	653 540	471344 240877	389841 322380
combined	1193	712221	712221

unadjusted variance 35085690 adjustment for ties -109283.1 adjusted variance 34976407

Ho: indvie(nupred~x==0) = indvie(nupred~x==1) z = 13.781 Prob > |z| = 0.0000

. ranksum indvie, by (av18ans)

Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test

expected	rank sum	obs	av18ans
179100	172164	300	0
533121	540057	893	1
712221	712221	1193	combined

unadjusted variance 26656050 adjustment for ties -83026.891

adjusted variance 26573023

Ho: indvie(av18ans==0) = indvie(av18ans==1) z = -1.346

Prob > |z| = 0.1785

Annexe I3 : Résultats des analyses multivariées Précocité des rapports sexuels

Probit regression

Number of obs = 1,193

Wald chi2(36) = 562.94

Prob > chi2 = 0.0000

Log pseudolikelihood = -201.32984

Pseudo R2 = 0.7008

		Robust				
av18ans	Coef.	Std. Err.	Z	P> z	[95% Conf.	Interval]
	F00F40F	1563005	2.05	0.001	0150770	2020072
sexe	5085425	.1563985	-3.25	0.001	8150779	2020072
kin	.6422804	.231933	2.77	0.006	.1877002	1.096861
an	-3.102914	.3484613	-8.90	0.000	-3.785886	-2.419942
var11	-1.995074	.3770108	-5.29	0.000	-2.734001	-1.256146
var12	9386751	.2738582	-3.43	0.001	-1.475427	4019229
var13	1.320097	.2885427	4.58	0.000	.7545641	1.885631
var14	.8678015	.2987079	2.91	0.004	.2823447	1.453258
var15	1.314828	.3801224	3.46	0.001	.5698022	2.059855
mo	1.351015	.3055491	4.42	0.000	.7521501	1.949881
lb	.2193439	.2952074	0.74	0.457	359252	.7979399
bh	1186319	.2173982	-0.55	0.585	5447245	.3074608
bk	3416922	.243878	-1.40	0.161	8196844	.1363
bd	8151362	.287452	-2.84	0.005	-1.378532	2517407
bl	-2.200562	.3744169	-5.88	0.000	-2.934405	-1.466718
Elève	.6843724	.3671946	1.86	0.062	0353158	1.404061
etudiant	1.23782	.3828788	3.23	0.001	.4873918	1.988249
aucune	1.47086	.337997	4.35	0.000	.8083983	2.133322
vendamb	.8207372	.3623042	2.27	0.023	.1106341	1.53084
chretcath	.9574058	.3284617	2.91	0.004	.3136328	1.601179
chretprot	2.273478	.4572103	4.97	0.000	1.377362	3.169594
chretreveil	.176573	.2687946	0.66	0.511	3502547	.7034006
musulmam	3.129588	.6844625	4.57	0.000	1.788066	4.47111
père	4756922	.2014131	-2.36	0.018	8704546	0809298
mère	2.852276	.438839	6.50	0.000	1.992168	3.712385
gdsparents	.8436307	.3312464	2.55	0.011	.1943997	1.492862
connaissance	1.245596	.2727381	4.57	0.000	.7110393	1.780153
enseignant	.2556086	.1730021	1.48	0.140	0834692	.5946864
policier	.9901269	.3008045	3.29	0.001	.4005609	1.579693
cçant	.5326312	.3316576	1.61	0.108	1174058	1.182668
surpertoit	3.657086	.4529886	8.07	0.000	2.769245	4.544927
avparsexper	1.371088	.4255904	3.22	0.001	.5369458	2.20523
sumertoit	-1.546605	.3778409	-4.09	0.000	-2.28716	8060505
avparsexmer	-1.453321	.4319224	-3.36	0.001	-2.299873	6067688
freqboitnuit	1.39258	.3080574	4.52	0.000	.7887987	1.996362
csmciq	1.094892	.2822	3.88	0.000	.5417898	1.647994
indvie	0746166	.3273079	-0.23	0.820	7161283	.566895
	-2.625747	.8173528	-0.23 -3.21	0.020	-4.227729	-1.023765
_cons	-2.023/4/	.01/3320	-2.21	0.001	-4.221129	-1.023/03

Note: 6 failures and 173 successes completely determined.

Annexe I4: Résultats probit avec effets marginaux/ précocité des rapports sexuels

Probit regression, reporting marginal effects

Number of obs = 1193 Wald chi2(36) = 562.89

Log pseudolikelihood = -201.32984

Prob > chi2 = 0.0000 Pseudo R2 = 0.7008

		Robust					
av18ans	dF/dx	Std. Err.	Z	P> z	x-bar	[95% 	C.I.]
sexe*	0074346	.0051664	-3.25	0.001	.520536	017561	.002691
kin*	.007691	.0043261	2.77	0.006	.341157	000788	.01617
an*	6327153	.1345318	-8.90	0.000	.055323	896393	369038
var11*	2325119	.0913795	-5.29	0.000	.065381	411612	053411
var12*	0357937	.0270429	-3.43	0.001	.120704	088797	.017209
var13*	.007701	.0049132	4.58	0.000	.125733	001929	.017331
var14*	.0070999	.004587	2.91	0.004	.180218	001891	.01609
var15*	.0099463	.0054969	3.46	0.001	.198659	000827	.02072
mo	.019107	.0113438	4.42	0.000	.237217	003126	.04134
lb*	.0025166	.0034185	0.74	0.457	.115675	004184	.009217
bh*	0018509	.0034539	-0.55	0.585	.187762	00862	.004919
bk*	0066735	.0057753	-1.40	0.161	.154233	017993	.004646
bd*	0231802	.0112085	-2.84	0.005	.211232	045148	001212
bl*	2253111	.057974	-5.88	0.000	.165968	338938	111684
Elève*	.0086728	.0069542	1.86	0.062	.375524	004957	.022303
etudiant*	.0070993	.0048859	3.23	0.001	.111484	002477	.016675
aucune*	.0188433	.0111978	4.35	0.000	.347024	003104	.040791
vendamb*	.0062758	.0044535	2.27	0.023	.140821	002453	.015004
chretc~h*	.0133453	.0071581	2.91	0.004	.409053	000684	.027375
chretp~t*	.0189583	.0086831	4.97	0.000	.223806	.00194	.035977
chretr~l*	.0020874	.0026835	0.66	0.511	.095557	003172	.007347
musulmam*	.0069758	.0045284	4.57	0.000	.040235	0019	.015851
père*	007595	.0065026	-2.36	0.018	.442582	02034	.00515
mère*	.0236093	.0126764	6.50	0.000	.210394	001236	.048455
gdspar~s*	.0054712	.0034113	2.55	0.011	.07544	001215	.012157
connai~e*	.0065092	.0043486	4.57	0.000	.085499	002014	.015032
enseig~t*	.0031861	.0030296	1.48	0.140	.286672	002752	.009124
policier*	.0054929	.0036276	3.29	0.001	.055323	001617	.012603
cçant*	.0060393	.0035879	1.61	0.108	.291702	000993	.013071
surper~t*	.1716973	.0465209	8.07	0.000	.447611	.080518	.262877
avpa~per	.0193908	.0112432	3.22	0.001	2.92456	002645	.041427
sumert~t*	0222936	.0110656	-4.09	0.000	.625314	043982	000606
avpa~mer	0205538	.0101363	-3.36	0.001	2.60771	040421	000687
freqbo~t*	.0472169	.0276886	4.52	0.000	.663034	007052	.101486
csmcig*	.0255564	.0168718	3.88	0.000	.597653	007512	.058624
indvie	0010553	.0047749	-0.23	0.820	.278268	010414	.008303
obs. P	.7485331						
pred. P	.9951229	(at x-bar)					

^(*) dF/dx is for discrete change of dummy variable from 0 to 1 \$z\$ and P>|z| correspond to the test of the underlying coefficient being 0

Annexe 15: Test de prédiction des résultats/ Précocité des rapports sexuels

Probit model for av18ans

	True		
Classified	D	~ D	Total
+	851	36	887
	42	264	306
Total	893	300	1193
	- if predicted Pr(D) ned as av18ans != 0	>= .5	
Sensitivity		Pr(+	D) 95.30%
Specificity		Pr(- -	~D) 88.00%
Positive pre	edictive value	Pr(D	+) 95.94%
Negative pre	edictive value	Pr(~D	-) 86.27%
False + rate	e for true ~D	Pr(+ -	~D) 12.00%
False - rate	e for true D	Pr(-	D) 4.70%
False + rate	e for classified +	Pr(~D	+) 4.06%
False - rate	e for classified -	Pr(D	-) 13.73%
Correctly cl	assified		93.46%

Dans le tableau ci-dessus, il est démontré qu'au seuil de 0.5 et dans le modèle probit pour les adolescents ayant eu de manière précoce leurs premiers rapports sexuels, 851 cas sur 887 ont été bien prédits (probabilité supérieur à 0.5) et pour ceux qui n'ont pas été sexuellement actifs de manière précoce, 264 cas sur 306 ont été bien prédits (probabilité inférieure à 0.5). Le taux de prédiction est de 93.46%.

Annexe 16 : Multipaternariat sexuel au cours de douze derniers mois précédant l'enquête

		Robust				
nbpat12moi	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf.	Interval
sexe	-1.216382	.1594368	-7.63	0.000	-1.528873	903892
kin	.0906782	.1735712	0.52	0.601	2495151	.430871
an	-4.661294	.6207444	-7.51	0.000	-5.877931	-3.44465
var11	-1.744031	.3038111	-5.74	0.000	-2.33949	-1.14857
var12	-2.30036	.3269509	-7.04	0.000	-2.941172	-1.659548
var13	.3121358	.2550385	1.22	0.221	1877305	.812002
var14	2773188	.2921798	-0.95	0.343	8499806	.29534
var15	2728828	.2329425	-1.17	0.241	7294416	.18367
mo	1.910189	.2340564	8.16	0.000	1.451447	2.36893
1b	4166995	.2854039	-1.46	0.144	9760809	.142681
bh	.560689	.2071871	2.71	0.007	.1546097	.966768
bk	.6899521	.2332609	2.96	0.003	.2327691	1.14713
bd	1.040275	.2092723	4.97	0.000	.6301092	1.45044
bl	8999685	.2424351	-3.71	0.000	-1.375133	424804
Elève	.1283062	.4209552	0.30	0.761	6967508	.953363
etudiant	.4818114	.4761462	1.01	0.312	4514181	1.41504
aucune	.4804556	.3928614	1.22	0.221	2895385	1.2504
vendamb	.0531717	.4009518	0.13	0.894	7326793	.839022
chretcath	.3578055	.2414182	1.48	0.138	1153655	.830976
chretprot	.7920178	.2582565	3.07	0.002	.2858444	1.29819
chretreveil	.050418	.2473448	0.20	0.838	4343688	.535204
musulmam	.6810639	.4017865	1.70	0.090	1064232	1.46855
père	1.2064	.3546506	3.40	0.001	.5112978	1.90150
mère	1.001659	.3059804	3.27	0.001	.401949	1.6013
gdsparents	.4363357	.3271511	1.33	0.182	2048686	1.0775
connaissance	2.051166	.3371722	6.08	0.000	1.390321	2.71201
enseignant	1080661	.1707015	-0.63	0.527	4426349	.226502
policier	-1.3826	.2226939	-6.21	0.000	-1.819072	94612
cçant	1701994	.2209569	-0.77	0.441	603267	.262868
surpertoit	5192585	.3639421	-1.43	0.154	-1.232572	.194054
sumertoit	5650556	.2293579	-2.46	0.014	-1.014589	115522
avparsexper	0674226	.2064158	-0.33	0.744	4719901	.33714
avparsexmer	3945546	.1408839	-2.80	0.005	6706818	118427
freqboitnuit	2.051195	.3266046	6.28	0.000	1.411062	2.69132
csmcig	2.295855	.3551506	6.46	0.000	1.599773	2.99193
indvie	-1.334185	.2814802	-4.74	0.000	-1.885876	782493
/cut1	-1.571779	.7783241			-3.097266	046291
/cut2	.8605845	.7926895			6930584	2.41422
/cut3	4.682793	.8234797			3.068802	6.29678

Annexe 17 : Non- utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel

Probit regression	Number of obs	-	1,193
	Wald chi2(35)	=	2856.27
	Prob > chi2	=	0.0000
Log pseudolikelihood = -402.05246	Pseudo R2	=	0.5106

nupredrapsex	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf.	Intervali
sexe	260693	.1111544	-2.35	0.019	4785516	042834
kin	.3987343	.1309692	3.04	0.002	.1420394	.655429
an	-1.322626	.2073908	-6.38	0.000	-1.729105	916147
var11	049387	.1861561	-0.27	0.791	4142463	.315472
var12	3374894	.1735099	-1.95	0.052	6775624	.002583
var13	.1192147	.1553023	0.77	0.443	1851722	.423601
var15	2382557	.1399489	-1.70	0.089	5125504	.03603
mo	6.002547	.3031338	19.80	0.000	5.408416	6.59667
lb	4.603749	.2986408	15.42	0.000	4.018424	5.18907
bh	4.178077	.2420405	17.26	0.000	3.703686	4.65246
bk	4.039706	.2521681	16.02	0.000	3.545466	4.53394
bd	4.272774	.3090018	13.83	0.000	3.667141	4.87840
bl	3.325831	.3197064	10.40	0.000	2.699218	3.95244
Elève	-1.014036	.2708461	-3.74	0.000	-1.544884	48318
etudiant	-1.154592	.2834905	-4.07	0.000	-1.710223	598960
aucune	3939128	.2478512	-1.59	0.112	8796922	.091866
vendamb	6745526	.2684193	-2.51	0.012	-1.200645	148460
chretcath	.6350719	.1830647	3.47	0.001	.2762716	.993872
chretprot	.9201549	.2101865	4.38	0.000	.5081969	1.33211
chretreveil	.1245743	.1871147	0.67	0.506	2421639	.491312
musulmam	2.287406	.3062391	7.47	0.000	1.687188	2.88762
père	1.174635	.2263263	5.19	0.000	.7310435	1.61822
mère	1.342356	.2619357	5.12	0.000	.8289717	1.85574
gdsparents	1.080398	.2246091	4.81	0.000	.6401725	1.52062
connaissance	1.753567	.2330036	7.53	0.000	1.296888	2.21024
enseignant	.1765336	.1362371	1.30	0.195	0904862	.443553
policier	0796604	.2403653	-0.33	0.740	5507676	.391446
cçant	0182078	.1602804	-0.11	0.910	3323516	.29593
surpertoit	4896775	.2244137	-2.18	0.029	9295203	049834
avparsexper	4177961	.2013158	-2.08	0.038	8123679	023224
sumertoit	.2132583	.2390891	0.89	0.372	2553477	.681864
avparsexmer	3077381	.1198803	-2.57	0.010	5426992	072776
freqboitnuit	1.444352	.2100312	6.88	0.000	1.032699	1.85600
csmcig	4421689	.1838944	-2.40	0.016	8025952	081742
indvie	-1.58099	.3245475	-4.87	0.000	-2.217091	944888
cons	-3.503501	.6646516	-5.27	0.000	-4.806194	-2.200808

Note: 0 failures and 19 successes completely determined.

Annexe 18 : Résultats probit avec effets marginaux/ Non-utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel

Robust nupred~x dF/dx Std. Err. P>|z| x-bar 95% C.I. -.0991825 .041814 -2.35 0.019 .520536 -.181136 -.017229 sexe³ .1483827 .0472436 3.04 0.002 .341157 .055787 .240978 kin' -.579083 an* -.4736215 .0538077 -6.38 0.000 .055323 -.36816 -.0189723 .0719472 -0.27 .065381 -.159986 .122042 var11* 0.791 var12* -.1321935 .0687915 -1.95 0.052 .120704 -.267022 .002635 -.067785 var13* .0448644 .0574755 0.77 0.443 .125733 .157514 var15 -.0925104 .0548491 -1.70 0.089 .198659 -.200013 .014992 2.728208 .20344 11.33 0.000 .237217 2.32947 3.12694 mo lb, .6443017 .0221517 9.72 0.000 .115675 .600885 .687718 bh* .7592839 .0261818 8.78 0.000 .187762 .707969 .810599 .6930085 .0245293 8.39 .154233 .644932 .741085 bk* 0.000 bd* .8019977 .0262002 9.20 0.000 .211232 .750646 .853349 bl* .6724173 .0260245 7.74 0.000 .165968 .62141 .723425 -.3828936 .0949613 -3.74 0.000 .375524 -.569014 -.196773 Elève* etudiant* -.4316549 .0889922 -4.07 0.000 .111484 -.606076 -.257233 -.1519878 .0954849 -1.59 0.112 .347024 -.339135 .035159 aucune* vendamb* -.2637667 .1020887 -2.51 0.012 .140821 -.463857 -.063676 .409053 .109708 .359635 chretc~h* .2346718 .0637581 3.47 0.001 .3081978 .0581472 4.38 0.000 .223806 .194231 .422164 chretp~t* chretr~l* .046794 .0691194 0.67 0.506 .095557 -.088678 .182266 .35772 musulmam* .413476 .0284474 7.47 0.000 .040235 .469232 .4179613 .0724707 5.19 0.000 .442582 .275921 .560001 père* .4074357 .0592558 5.12 .210394 .291296 .523575 mère* 0.000 4.81 .226977 qdspar~s* .3177814 .0463295 0.000 .07544 .408585 .354012 connai~e* .4137664 .0304874 7.53 0.000 .085499 .473521 .0665735 .0507539 1.30 0.195 .286672 -.032902 .166049 enseig~t* policier* -.0307288 .093534 -0.33 0.740 .055323 -.214052 .152594 .291702 -.127219 .113277 -.006971 .0613522 -0.11 0.909 cçant* -.1867182 .0843518 -2.18 0.029 .447611 -.352045 -.021392 surper~t* -.1596307 2.92456 -.307592 -.011669 avpa~per .0754918 -2.08 0.038 -.098622 .262521 sumert~t* .0819496 .0921299 0.89 0.372 .625314 avpa~mer -.1175629 .0454799 -2.57 0.010 2.60771 -.206702 -.028424 freqbo~t* .5290483 .0653225 6.88 0.000 .663034 .401019 .657078 csmcig* -.1654424 .0671589 -2.40 0.016 .597653 -.297071 -.033813 indvie -.6040467 .1235279 -4.87 0.000 .278268 -.846157 -.361936 obs. P .4526404 pred. P .6157215 (at x-bar)

^(*) dF/dx is for discrete change of dummy variable from 0 to 1 z and P>|z| correspond to the test of the underlying coefficient being 0

Annexe 19: Test de Prédiction des résultats/Non-utilisation du préservatif aux derniers rapports sexuels

Probit model for nupredrapsex

Correctly classified

	True		
Classified	D	~D	Total
+	426	78	504
-	114	575	689
Total	540	653	1193
	if predicted Page as nupredraps	• •	
Sensitivity		Pr(+ D)	78.89%
Specificity		Pr(- ~D)	88.06%
Positive pred	dictive value	Pr(D +)	84.52%
Negative pred	dictive value	Pr(~D -)	83.45%
False + rate	for true ~D	Pr(+ ~D)	11.94%
False - rate	for true D	Pr(- D)	21.11%
False + rate	for classified	+ Pr(~D +)	15.48%
False - rate	for classified	- Pr(D -)	16.55%

Le tableau ci –haut démontre qu'au seuil de 0.5 et dans le modèle probit pour les adolescents n'ayant pas utilisés le préservatif aux derniers rapports sexuels, 426 cas sur 504 ont été bien prédits (probabilité supérieur à 0.5) et pour ceux qui l'ont utilisé, 575 cas sur 689 ont été bien prédits (probabilité inférieur à 0.5). Le taux de prédiction du modèle est de 83.91%.

83.91%

Annexe 20 : Grille d'analyse / Analyse du contenu

CODE	CATEGORIE	INTITULE	% DE PROPOSITIONS (N=30)
OI	Comportements sexuels à risque		
OII	Précocité des		
	rapports sexuels		
0111		Démission des parents de leur rôle d'éducateurs numéro I	7.70
0112		Pression d'une autorité familiale	3.13
0113		Pression des pairs et influence du partenaire	5.13
0114		Recherche des moyens de subsistance, satisfaction de la curiosité sexuelle et recherche d'expérience	10.82
0115		Offre de téléphone Android aux mineurs et manque de contrôle de leur contenu par les parents	2.56
0116		Fréquentation des maisons closes	2.56
012	Multipartenariat sexuel		
0121		Recherche de la satisfaction sexuelle et l'acquisition de l'expérience sexuelle	9.50
0122		Incapacité des parents de satisfaire aux besoins de leurs enfants	2.54
0123		Permission des parents à recourir au multipartenariat et la décentralisation des tâches financières par les partenaires	2.50
0124		Refus du sexe et l'infidelité du partenaire	2.56
013	Non-utilisation du préservatif		
0131		Réduction du plaisir sexuel	10.56
0132		Crainte de perdre le partenaire	2.56
0133		Confiance du partenaire	2.56
02	Connaissance des risques encourus		
021		Infections sexuellement transmissibles	
0211		VIH/SIDA	
0212		Syphilis	2.56
0213		Gonocoque	
022		Grossesses indésirées	2.56
03	Raisons		
	d'abstinence		
	sexuelle		

	TOTAL		100%
		mentors	
044		Sensibilisation par les pairs et les mères	2.56
		accompagnement des parents	
043		institutionnel Création d'une structure d'éducaion pour	1.05
042		Organisation du cours d'éducation sexuelle	2.56
041		Distribution gratuite du préservatif	1.56
	envisagées		
04	Solutions		
037		Convictions religieuses	1.05
036		Manque d'occasion	3.69
035		Peur de contracter des IST/VIH/SIDA	5.69
034		Peur de tomber enceinte	2.56
033		Manque de partenaire	5.00
032		Attente du mariage	2.00
031		Age	2.48



Imprimé ProConcept Print +243 99 99 18 247 – 90 46 37 577