



UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI (UAC)

\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_

FACULTE DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES  
(FLASH)



\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_

ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE (EDP)

Espaces, cultures et Développement

\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_

FILIERE : SOCIOLOGIE-ANTHROPOLOGIE

OPTION : SOCIOLOGIE DU DEVELOPPEMENT

\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_

**LABORATOIRE D'ANALYSE ET DE RECHERCHE RELIGIONS ESPACES ET  
DEVELOPPEMENT (LARRED)**

\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETUDES APPROFONDIES (DEA)

SUJET :

**FACTEURS DE RESISTANCE AU CHANGEMENT DE  
COMPORTEMENT SEXUEL FACE AU VIH/SIDA  
CHEZ LES JEUNES DE DJOUGOU**

Réalisé et soutenu par :

Imorou ASSAN AOUDOU

Sous la direction de :

Prof. Dr. Dodji AMOUZOUVI

Maître de Conférences/CAMES

Date de soutenance : 10 mai 2016

**Jury**

**Président** : Prof. Emérite Albert NOUHOUAYI

**Examineur** : Dr. Cyprien AHLOU, Maître Assistance/CAMES

**Rapporteur** : Prof. Dr. Dodji AMOUZOUVI

**Mention** : Très bien

*Note*

: 16/20

Année Académique : 2015 – 2016

# SOMMAIRE

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>2</b>
<b>DEDICACE</b> .....	<b>3</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>4</b>
<b>LISTE DES SIGLES ET ACCRONYMES</b> .....	<b>5</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>7</b>
<b>LISTE DES GRAPHIQUES</b> .....	<b>7</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	<b>7</b>
<b>RESUME</b> .....	<b>8</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>8</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>9</b>
<b>PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE</b> .....	<b>12</b>
<b>CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE</b> .....	<b>13</b>
<b>CHAPITRE II : CADRE METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE</b> .....	<b>38</b>
<b>DEUXIEME PARTIE : LES FACTEURS DE LA RESISTANCE DES JEUNES NON SCOLAIRES AU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT FACE AU VIH/SIDA</b> .....	<b>47</b>
<b>CHAPITRE III : LES FACTEURS SOCIOCULTURELS DE LA NON- UTILISATION DES PRESERVATIFS LORS DES RAPPORTS SEXUELS CHEZ LES JEUNES NON SCOLAIRES</b> .....	<b>48</b>
<b>CHAPITRE IV : LES CONDITIONS SOCIO-ECONOMIQUES DE LA NON- UTILISATION DES PRESERVATIFS PAR LES JEUNES NON SCOLAIRES</b> .....	<b>61</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>71</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>73</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>78</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	<b>88</b>

# DEDICACE

- A mon Feu père **Aoudou ASSAN** ;
- A mes enfants **Chahida Maalè** et **Abdouchakour Adamo** et leur mère **ABOUBAKARI Mariam**.

# REMERCIEMENTS

Mes sincères remerciements au **Prof. Dr. Dodji AMOUZOUVI**, Maître de Conférences/CAMES qui a accepté accompagner ce travail de recherche par ses nombreux conseils et ses orientations. C'est grâce à lui que j'ai pu mener, à bien ce travail. Malgré les difficultés de terrain, il a toujours été disponible pour guider, par des orientations, ce travail de recherche. Pour toutes ces actions, je le remercie particulièrement.

Mes remerciements vont également à l'endroit des chercheurs du Laboratoire de d'Analyse et de Recherche, Religions, Espaces et Développement (LARRED) : **MOREMEM Brigitte, DOHOU Pascal, GANYE Karen, MONTCHO Sophie, Dr BAGBONON Carmidelle, Mescario D'ALMEIDA, Achille SODEGLA et Justin KIATI TAWEMA.**

Mes remerciements vont à l'endroit de la famille **ASSAN AOUDOU** et à tous ceux qui de près ou de loin m'ont apporté toutes sortes de soutiens. Je veux nommer **SINAOUENUGUI Gnon Kandi**, sans oublier **BIO SANNOU Idrissou, IDRISOU BIO BOUBARI Issa, SABI OROU BOGO Guimmongui Abib, AROUNA Ousséni, BONI YARA Rachid et ABOU-MOUMOUNI Issifou.**

## LISTE DES SIGLES ET ACCRONYMES

<b>ACM</b>	:	Analyse Factoriel en Composante Multiple
<b>AIDS</b>	:	Acquire Immuno Deficence Syndrom
<b>APAC</b>	:	African Population Advisory Community
<b>BIT</b>	:	Bureau International du Travail
<b>CD/VIH</b>	:	Conseil et Dépistage Volontaire du Virus d'Immunodéficience Humaine
<b>CNLS</b>	:	Comité National de Lutte contre le Sida
<b>ConFeGes</b>	:	Conférence des Ministres de la Jeunesse et des Sports des pays d'expression Française.
<b>CSA</b>	:	Centre de Santé d'Arrondissement
<b>CSC</b>	:	Centre de Santé de la Commune
<b>EDSB</b>	:	Enquête Démographique et de Santé du Bénin
<b>HBM</b>	:	Health Belief Model
<b>HIV/AIDS</b>	:	Human Immuno Virus and Acquire Immuno Deficence Syndrom
<b>HOSMS</b>	:	Hôpital Ordre Souverain de Malte
<b>IST</b>	:	Infection Sexuellement transmissible
<b>LARRED</b>	:	Laboratoire d'Analyse et de Recherche Religions, Espaces et Développement.
<b>LASDEL</b>	:	Laboratoire d'Etude et de Recherche sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local
<b>MDSC</b>	:	Maison de la Société Civile
<b>MS</b>	:	Ministère de la Santé
<b>OMS</b>	:	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	:	Organisation Non-Gouvernementale
<b>ONUSIDA</b>	:	Programme Commun des Nations Unies sur le Virus d'Immunodéficience Humaine et Syndrome d'Immunodéficience Acquise
<b>PDC</b>	:	Plan de Développement Communal
<b>PEC/PVVIH</b>	:	Prise en Charge des Personnes Vivant avec le Virus d'Immunodéficience Humaine

- PNLS** : Programme National de Lutte contre le Syndrome d'Immunodéficience Acquise
- PVVIH** : Personne Vivant avec le Virus d'Immunodéficience Humaine
- RDC** : République Démocratique du Congo
- RGPH** : Recensement Général de la Population
- SIDA** : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
- SPSS** : Statistical Package for Social Science
- SSER** : Sérosurveillance du Service de Surveillance Epidémiologique et de Recherche.
- UNESCO** : Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Culture et la Science.
- VIH** : Virus d'Immunodéficience Humaine

## LISTE DES TABLEAUX

Titres	Pages
<b>Tableau I</b> : Variables opérationnelles des différents concepts.....	20
<b>Tableau II</b> : Centres de documentation parcourus.....	42
<b>Tableau III</b> : Chronigramme des activités .....	46
<b>Tableau IV</b> : Utilisation régulière du préservatif selon le milieu de résidence des jeunes enquêtés .....	49
<b>Tableau V</b> : Utilisation du préservatif selon la religion d'appartenance des jeunes .	51
<b>Tableau VI</b> : Utilisation du préservatif selon l'âge au premier rapport sexuel .....	54
<b>Tableau VII</b> : Connaissance des moyens de prévention du VIH/SIDA par les jeunes	58
<b>Tableau VIII</b> : Utilisation du préservatif selon le sexe et l'occupation professionnelle des jeunes.....	62
<b>Tableau IX</b> : Contribution des points-modalités à l'inertie des axes factoriels .....	67
<b>Tableau X</b> : Variables participant à la formation de l'axe 1 .....	68
<b>Tableau XI</b> : Contribution au deuxième facteur.....	69

## LISTE DES GRAPHIQUES

Titres	Pages
<b>Graphique 1</b> : Répartition des enquêtés selon le sexe .....	48
<b>Graphique 2</b> : Répartition des jeunes selon leur religion d'appartenance.....	50
<b>Graphique 3</b> : Répartition des jeunes selon le type de leur premier rapport sexuel ..	52
<b>Graphique 4</b> : Evolution de l'âge au premier rapport sexuel selon le sexe.....	53
<b>Graphique 5</b> : Utilisation du préservatif selon le milieu de résidence des jeunes.....	63
<b>Graphique 6</b> : Répartition des jeunes selon la situation financière des parents .....	64
<b>Graphique 7</b> : Répartition des jeunes selon les auteurs de la satisfaction de leurs besoins.....	65
<b>Graphique 8</b> : Catégorisation des jeunes et représentation graphique .....	69

## LISTE DES FIGURES

Titres	Pages
<b>Figure 1</b> : Schéma conceptuel.....	18
<b>Figure 2</b> : Modèle de la théorie du comportement planifié. ....	33
<b>Figure 3</b> : Situation géographique du cadre de la recherche. ....	39

## RESUME

Cette présente recherche s'est intéressée aux facteurs socio-culturels et socio-économiques qui expliquent la résistance au changement de comportement face au VIH/SIDA chez les jeunes non scolaires de Djougou. Réalisée à partir d'une démarche empirique de collecte d'informations basée sur l'entretien semi structuré et l'observation directe, cette recherche s'inscrit dans une démarche qualitative appuyée de quelques données quantitatives a permis d'aboutir à deux principaux résultats. Il ressort des résultats dans un premier temps que la représentation sociale du VIH/SIDA, la perception du préservatif, le caractère sacré et tabou de la sexualité des jeunes sont les facteurs socio-culturels qui déterminent la résistance au changement de comportement face au VIH/SIDA chez les jeunes. Dans un second temps, il ressort que la situation financière de parents, l'activité économique des jeunes et le niveau d'instruction sont les facteurs socio-économiques qui influencent la résistance au changement de comportement sexuel.

**Mots-clés :** Facteurs, résistance, changement de comportement, jeunes, VIH/SIDA, Djougou

## ABSTRACT

The research was interested in the socio-cultural and socio-economic factors that explain the resistance to behavior change and HIV / AIDS among non-school youth Djougou. So she tried to answer the question what are the sociocultural and socioeconomic explaining resistance to the expected sexual behavior change in the fight against HIV / AIDS among youth the Djougou? The analyzed data are collected through individual interviews. The results show that the social representation of HIV /AIDS, perception of condoms, the sacred and taboo of youth sexuality are the sociocultural factors that determine resistance to behavior change and HIV / AIDS among young people. The financial situation of parents, youth economic activity and education level are socio-economic factors that influence resistance to change sexual behavior.

**Key Words:** factors, resistance, behavior change, youth, HIV/AIDS, Djougou

## INTRODUCTION

Les rapports sexuels sont les portes d'entrée à la procréation et à la multiplication de l'espèce humaine. Longtemps réservée aux adultes et après le mariage, l'activité sexuelle dépasse aujourd'hui cette frontière d'âge et de statut matrimonial. Mais les conditions auxquelles les jeunes non mariés entretiennent ces rapports sexuels les exposent aux risques tels que les grossesses non désirées, les avortements clandestins et les infections sexuellement transmissibles y compris le Syndrome Immunodéficience Acquise causé par le Virus d'Immuno-humaine (VIH/SIDA).

Ces différents problèmes liés à la sexualité des jeunes sont d'actualité. À l'échelle mondiale, selon l'ONUSIDA (2013), le nombre de nouvelles infections à VIH continue de baisser. Il y avait 2,3 millions de nouvelles infections à VIH en 2012. Le nombre d'infections à VIH a diminué de plus de 50 % dans 26 pays entre 2001 et 2012 et entre 25 % et 49 % dans 17 autres pays. La diminution des nouvelles infections au VIH est plus forte chez les enfants. De 2001 à 2012, le nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH a chuté de 52 %, soit de 550 000 en 2001 et à 260 000 en 2012. Les jeunes âgés de 15 à 24 ans représentent environ 45% des nouvelles infections à VIH à l'échelle mondiale.

L'infection à VIH/SIDA, comparée à l'échelle internationale, a trouvé un terrain favorable en Afrique. Car, elle détient le record mondial du rythme de propagation avec l'Afrique Australe en tête des zones les plus touchées. En effet, selon l'ONUSIDA, 1,9 millions de nouvelles infections ont été enregistrées en Afrique subsaharienne avec environ 75% de décès dus au SIDA en 2007. Les nouvelles infections varient de façon disproportionnée d'un pays à l'autre, selon les régions, le sexe et les tranches d'âge. Toutefois, les différences sont plus marquées chez les jeunes pour une prévalence variant de 0 à environ 25% selon les pays. Contrairement à la République Démocratique du Congo (RDC) les femmes de cette tranche d'âge sont plus infectées que les hommes.

En Afrique subsaharienne, la prévalence du VIH parmi les jeunes est en baisse dans de nombreux pays les plus touchés par le VIH, une réduction qui est essentielle pour enrayer la propagation du VIH sur le continent. Cependant, l'utilisation du préservatif

reste faible (FNUAP, 2012). Cette partie de l'Afrique est la plus touchée avec un rythme de propagation plus rapide au sein de la population jeune malgré les décennies de campagne de sensibilisation menées par plusieurs programmes. La majorité des études menées depuis l'apparition de l'infection a porté sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des populations en générale.

Au Bénin comme en Afrique globalement, la voie sexuelle est la principale voie de la transmission du VIH/SIDA. Maladie des groupes à haut risque à l'origine, l'infection à VIH/SIDA affecte aujourd'hui les autres individus de la population générale : les enfants, les adolescents, les jeunes et les adultes. En effet, avec une prévalence de 1,2% pour les 15-49 ans, le Bénin fait partie des pays à épidémie généralisée selon la classification de l'ONUSIDA/OMS. Toutefois, selon les résultats de l'EDSB-IV (2011-2012), les prévalences les plus élevées sont observés chez les femmes du Couffo (2,8 %), du Mono (2,5 %) et du Littoral (2,2 %). Chez les hommes, c'est dans le Littoral et le Mono (1,6 % dans chaque cas). Selon toujours la même source, la proportion de personnes séropositives augmente avec l'âge allant d'un minimum de 0,3 % parmi les personnes de 15-19 ans à un taux de 2,1 % à 30-34 ans. Au-delà, cette proportion diminue et varie de manière irrégulière jusqu'à 45-49 ans où elle atteint 1,3 % (EDSB-IV, 2011-2012).

Ces prévalences montrent que toutes les tranches d'âge de la population sont menacées. La prévalence chez les jeunes de 15-24 ans est de 0,7%. Malgré cette forte prévalence du VIH, l'utilisation du préservatif n'est pas régulière chez les jeunes. Étant donné que la transmission du virus du sida se fait essentiellement par voie sexuelle, il est admis que l'infléchissement de la pandémie du sida passe nécessairement par un changement de comportement sexuel des hommes et des femmes. Selon l'EDSB-IV (2011-2012), parmi les jeunes célibataires de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, 46 % avaient utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels contre 38% chez les femmes de la même tranche. Ces proportions augmentent avec le niveau de d'instruction, le lieu de résidence et la connaissance d'un point de vente de préservatif (EDSB-IV, 2011-2012).

Le présent travail relatif aux facteurs de résistance au changement de comportement sexuel des jeunes de Djougou face au VIH/SIDA s'articule autour de quatre (04) chapitres regroupé en deux parties. Le premier chapitre traite du cadre théorique de la recherche. Ainsi ce chapitre a abordé la problématique, le cadre conceptuel, la justification du choix du thème, les axes actuels de la discussion et le modèle théorique d'analyse. Ensuite dans le deuxième chapitre la monographie du cadre de la recherche et cadre méthodologique sont exposés. Les deux derniers chapitres de la deuxième partie mettent en exergues les facteurs socioculturels (chapitre 4) et les facteurs socioéconomiques (chapitre 5) qui expliquent la résistance au changement de comportement face au VIH/SIDA des jeunes non scolaires de Djougou. A travers ces chapitres sont présentés, analysés, interprétés et discutés les résultats obtenus.

**PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET  
METHODOLOGIQUE**

## **CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE**

L'objectif de ce chapitre est de développer la problématique en définissant la question de recherche, les hypothèses et le modèle théorique d'analyse. Dans un premier temps, il a été abordé l'angle d'approche concernant le phénomène du VIH/SIDDA tout en passant en revue un certain nombre de recherches relatives à cette maladie. La justification du choix du sujet, la délimitation thématique et la clarification d'un certain nombre de concepts sont également précisées.

### **1.1- Problématique**

#### **1.1.1- Problème**

Le Virus d'Immuno-humaine, agent pathogène du Syndrome Immuno-Déficiences Acquises (VIH/SIDA), constitue aujourd'hui une préoccupation majeure pour le monde et l'Afrique en particulier. En 2014, le nombre de Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) dans le monde est de 36,9 millions de personnes alors que près de 2 millions de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH (ONUISDA, 2015). D'après les estimations, 2,1 millions d'adolescents (10-19 ans) vivaient avec le VIH en 2012 dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Les données disponibles sur les jeunes adolescents (10-14 ans) étant limitées et il existe peu d'informations sur les progrès effectués en faveur de la prévention de nouvelles infections ou de décès dans ce groupe d'âge (ONUSIDA, 2013).

Sur l'ensemble des personnes vivant avec le VIH, en 2014, l'Afrique subsaharienne concentre à elle seule plus de la moitié. Selon l'ONUSIDA (2015), 25,8 millions de personnes vivaient avec le VIH en Afrique subsaharienne soit 69,9% des 36,9 millions de PVVIH que totalisait le monde. Les femmes représentent plus de la moitié du nombre total des personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne. Pour ce qui est des nouvelles infections enregistrées en 2014, on estimait à 1,4 million le nombre de nouvelles infections à VIH en Afrique subsaharienne dont 48% représentent les nouvelles infections de trois (03) pays : Afrique du Sud, le Nigéria et l'Ouganda (ONUSIDA, 2015).

Par ailleurs, divers pays d'Afrique subsaharienne ont enregistré une diminution notable de la prévalence du VIH chez les jeunes des deux sexes (15-24 ans), qui a chuté de 42 % dans la région entre 2001 et 2012 (ONUSIDA, 2013). 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.

En Afrique subsaharienne, la prévalence chez les jeunes de (15 – 21 ans), selon l'ONUSIDA (2013), est de 2,5% chez les femmes contre 1,2% chez les hommes. Le pourcentage de ces jeunes possédant des connaissances complètes et pertinentes sur le VIH a augmenté de 5 points de pourcentage chez les hommes et de 3 chez les femmes entre 2002 et 2011. Cependant, le niveau de connaissances dans ce domaine reste faible (36 % chez les jeunes hommes et 28 % chez les jeunes femmes). Le pourcentage de jeunes déclarant avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel a également augmenté au cours de cette période chez les deux sexes (ONUSIDA, 2013).

Au Bénin, à l'instar des autres pays de l'Afrique subsaharienne, l'infection à VIH est à un stade d'épidémie généralisée. Dans les épidémies « généralisées », la transmission est soutenue par le comportement sexuel de la population générale et persiste malgré les programmes de prévention efficaces visant les groupes vulnérables là où il en existe. L'enquête Démographique et de Santé (EDSB-IV, 2011 – 2012), estime le taux au sein de la population générale à 1,2 %. Contrairement aux jeunes de 15-24 ans, le taux de séroprévalence chez les femmes de 15-49 ans, estimé à 1,4 % est légèrement plus élevé que celui des hommes du même groupe d'âges (1,0 %). Comparé aux résultats de l'EDSB-III, la prévalence était estimée en 2006 à 1,5% parmi les femmes contre 0,8% parmi les hommes (EDSB-IV, 2011-2012). Ces résultats montrent que la prévalence du VIH entre 2006 et 2012 est restée la même aussi bien que chez les femmes que les hommes. Toutefois, la prévalence varie en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques : l'âge, le milieu de résidence et le sexe. Ainsi, selon la même source, en milieu urbain, la prévalence du VIH est plus élevée chez les femmes, soit un taux de 1,7% contre 1,5% pour les hommes alors qu'elle est de 1,2% (femmes) contre 0,5% (hommes) en milieu rural.

Par ailleurs, la prévalence varie également en fonction des départements. Les départements de la Donga, du Mono et du Couffo ont des prévalences à VIH supérieures à celle des autres départements sur le plan national. Ces taux sont au-delà de la séroprévalence nationale qui est de 1,2%. Selon les résultats de l'EDSB-IV (2011-2012), la prévalence est de 1,9% pour les femmes de 15 à 49 ans et de 0,8% pour les hommes de 15 à 64 ans dans l'Atacora contre une prévalence de 1,4% pour les femmes âgées de 15 à 49 ans et de 1,4% pour les hommes âgés de 15 à 64 ans dans la Donga.

Pour ce qui est des jeunes de 15-24 ans, l'EDSB-IV (2011-2012) estime à 0,6% la prévalence du VIH avec une prévalence urbaine de 1,0% contre 0,2% en milieu rural et une faible variation entre les femmes et les hommes de cette tranche d'âge. Dans les départements, on constate que c'est dans les Collines que la proportion de femmes séropositives (1,5%) est la plus élevée (EDSB-IV, 2011-2012). Les variations selon le niveau d'instruction et le niveau de bien-être économique du ménage sont irrégulières et très faibles et aucune tendance ne se dégage même si pour la prévalence cumulée le Borgou (2,7%) et l'Ouémé (2,1%) connaissent les taux les plus élevés. Cela est d'autant plus préoccupant qu'en 2002 et 2005, la prévalence du VIH à partir des sites sentinelle donnait des chiffres en dessous de la moyenne nationale. Selon l'EDSB-III (2006), la séroprévalence en 2002 et 2005 était de 1,3% et 0,9% pour l'Atacora et de 1,8% et 1,7% pour la Donga contre 2% et 2,1% au plan national. Une analyse comparative des chiffres de 2002, 2006 et de 2012, montre que le taux de prévalence de l'infection à VIH n'est vraiment pas toujours en baisse au Bénin, surtout dans les régions de la Donga en dépit des différents efforts de l'Etat avec l'appui des partenaires au développement. En effet, selon l'EDSB-IV (2011-2012), le taux de prévalence est de 1,4% dans la Donga contre 1,2% au niveau national malgré leur meilleure connaissance des moyens de prévention du VIH qui est de 97,01% pour les femmes et de 96,5% pour les hommes.

La connaissance des moyens de prévention appropriés est essentielle pour se protéger du VIH. Avec l'abstinence, la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté ainsi que l'utilisation du condom demeurent les principaux moyens de prévention de l'infection par le VIH. Avec l'EDSB-IV (2011-2012), près

de 38,4% des femmes et 46,0% des hommes de 15-24 ans ont déclaré que l'utilisation du condom réduirait les risques de contracter le VIH alors que ces taux sont de 25% et de 31% pour ce qui est du niveau de connaissance approfondie du VIH/SIDA.

L'évolution de la séroprévalence mise en exergue par les résultats de l'EDSB-IV et la faible utilisation du préservatif par les jeunes malgré une bonne connaissance du VIH/SIDA et des moyens de préventions permettent de dire que les multiples campagnes de sensibilisation et de persuasion menées, depuis la découverte du premier cas de SIDA au Bénin, n'ont pas abouti au changement de comportements sexuels escompté. Le recours au concept de comportement sexuel est lié à la découverte du rôle de certaines pratiques sexuelles dans la transmission du VIH (...). Partant de là, il s'est avéré nécessaire de mesurer l'incidence de ces pratiques (et des pratiques qui ont été progressivement définies "à risque") en tenant compte des caractéristiques sociales des individus et de leurs réseaux de socialisation afin de définir les risques d'exposition à l'infection. C'est dans ce contexte que la connaissance de certaines pratiques effectives et de leur incidence au sein de certains groupes ainsi que dans la population dite générale est apparue de première nécessité et trouve une justification scientifique et sociale (Giami, 1991). Au niveau le plus général, l'appartenance à une culture fournit à l'individu le cadre dans lequel s'opèrent les interprétations touchant les phénomènes du corps et, en particulier la maladie et ses symptômes (Adam et Herzlich, 1994). Il importe donc de s'interroger sur les facteurs de la résistance au changement de comportement sexuel face au VIH/Sida chez les jeunes de Djougou. A travers ces différents constats, la présente recherche qui aborde la question du VIH et de la jeunesse, cherche à répondre à la l'interrogation suivante : Quels sont les facteurs socioculturels et socioéconomiques qui expliquent la résistance au changement de comportement sexuel face au VIH/SIDA chez les jeunes de Djougou ?

### **1.1.2- Hypothèses**

Deux hypothèses sont formulées pour répondre à la question de recherche.

## **Hypothèse générale**

La résistance des jeunes à l'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels est déterminée par les facteurs socioculturels et économiques à travers le niveau de connaissance du VIH/SIDA et l'exposition aux messages de sensibilisation.

## **Hypothèses de recherche.**

- ✓ Les facteurs socioculturels déterminent la non-utilisation des préservatifs lors des rapports sexuels chez les jeunes.
- ✓ Les conditions socio-économiques expliquent la non utilisation des préservatifs.

### **1.1.3- Objectifs**

#### **Objectif général**

De façon principale, il s'agit d'étudier les facteurs socioculturels et socioéconomiques qui expliquent la résistance des jeunes au changement de comportement face au VIH/SIDA.

#### **Objectifs spécifiques**

Plus spécifiquement, la recherche vise à :

- ✓ Identifier les facteurs socioculturels de la résistance au changement de comportement face au VIH/SIDA chez les jeunes de Djougou ;
- ✓ Décrire les conditions socio-économiques de vie des jeunes de Djougou.

## **1.2- Délimitation de la recherche et clarification conceptuelle**

### **1.2.1- Délimitation thématique**

Au plan thématique, le travail est une recherche socio-anthropologie en rapport avec le VIH/SIDA. En d'autres termes, il s'agit d'un essai d'analyse socio-anthropologique de la santé. Il faut ainsi remarquer que la majeure partie des études dans le domaine du VIH/SIDA a porté sur les perceptions/représentations sociales, la prise en charge

psychosociale, la sensibilisation, l'attitude envers les PVVIH, l'attitude envers les moyens de prévention (préservatif) et sur les cibles telles que les jeunes scolaires, les femmes enceintes et les camionneurs. La présente recherche est allée au-delà de ces thématiques souvent traitées. Plusieurs facteurs déterminent la résistance au changement de comportement escompté face au VIH/SIDA, mais dans le cadre de cette recherche, il est question d'aborder les facteurs socioculturels et économiques, sans pouvoir prétendre à l'exhaustivité, qui déterminent la résistance des jeunes à l'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels préconjugaux.

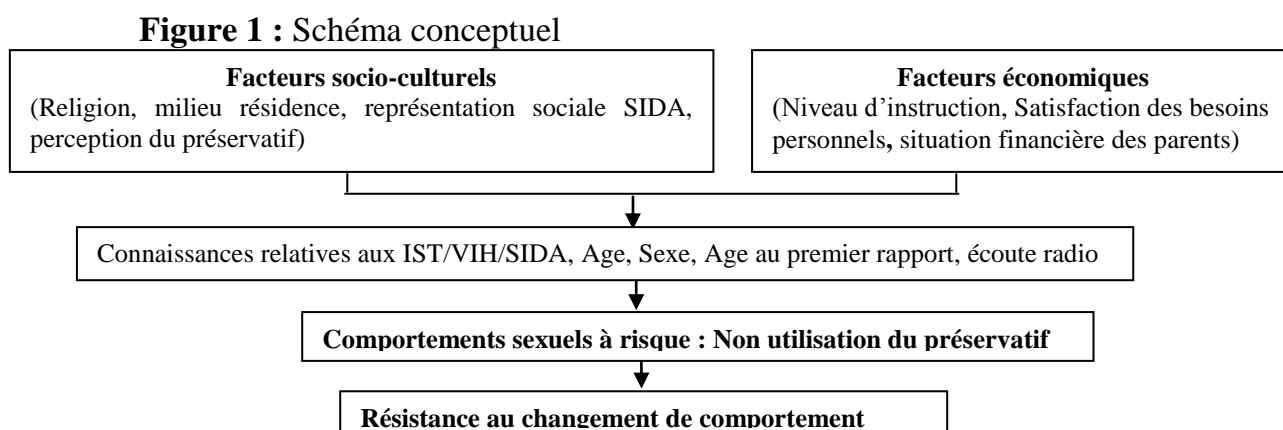
Par ailleurs, si plusieurs études et recherches sont réalisées sur le sida et le comportement sexuels des jeunes de 15-24 ans, rares sont celles qui sont orientées vers les jeunes non scolaires. En effet, la quasi-totalité des études et recherches sont faites sur les jeunes scolaires de 15-24 ans ou les jeunes de cette tranche d'âge mais assimilés aux professionnels de sexe. Ainsi, la recherche sur les facteurs socio-culturels et socio-économiques de résistance au changement de comportement face au VIH s'articulera autour des jeunes non scolaires, dont l'âge est compris entre 15 -24 ans (jeunes non scolarisés ou déscolarisés)

### 1.2.2- Cadre conceptuel et clarification des concepts.

Plusieurs concepts sont utilisés dans la recherche ; une explication de ces concept est faite pour comprendre l'essentiel de ce qui est développé dans la suite du travail.

#### 1.2.2.1- Le cadre conceptuel

Le cadre conceptuel de la recherche est schématisé de la façon suivante.



Source : Données de terrain, 2015

Ce cadre conceptuel indique et met en exergue les facteurs socioculturels et socio-économiques qui agissent sur les comportements sexuels et la résistance au changement de comportement. Ils sont particulièrement déterminants dans l'orientation et le contrôle des comportements sexuels. Leurs effets s'exercent aussi bien de façon directe qu'indirecte. La liaison indirecte implique l'intervention d'un autre groupe de facteurs dits intermédiaires. Il s'agit de l'exposition aux médias et les connaissances qu'ont les jeunes du VIH/SIDA. Nous supposons à travers cette relation que l'exposition des jeunes aux médias et leur niveau de connaissance du VIH/SIDA influencent leur comportement sexuel. Les facteurs socioculturels par le biais des diverses pratiques culturelles justifieraient la résistance des jeunes au changement de comportement. Quant aux facteurs socio-économiques, ils exercent une influence directe sur l'exposition aux médias et la connaissance du VIH/SIDA qui à leur tour influencent le comportement sexuel des jeunes et partant de la résistance au changement de comportement.

Les facteurs socio-culturels, dans le cadre de la recherche et ce de façon opératoire sont composés de l'appartenance religieuse, du milieu de résidence, du niveau d'instruction, de la représentation sociale du VIH/SIDA et de la perception du préservatif. Pour ce qui est des conditions socio-économiques de vie des jeunes, il s'agit de cerner le niveau de vie des parents et la satisfaction des besoins personnels des jeunes. Ces deux variables sont les variables explicatives alors que les comportements sexuels à risques défini par le multi partenariat et la non-utilisation du préservatif lors des rapports sexuels est la variable dépendante, c'est-à-dire celle qu'on cherche à comprendre (Voir tableau I).

**Tableau I** : Variables opérationnelles des différents concepts

Concepts	Variables	Variables opérationnelles
Facteurs socio-culturels	Variables socio-culturelles	Appartenance religieuse Perception préservatif Représentation sociale VIH/SIDA
Conditions socio-économiques	Variables économiques	Activité économique des jeunes Satisfaction besoins personnels Milieu de résidence Niveau d'instruction
Connaissances sur les IST/VIH/SIDA	Variables relatives aux connaissances des IST/VIH/SIDA	Niveau de connaissance des IST/VIH/SIDA, écoute de la radio
Comportements sexuels à risques	Variables dépendantes	Non-utilisation des condoms aux derniers rapports sexuels

**Source** : Données de terrain, 2015.

### 1.2.2.2- Clarification des concepts

Cette partie est consacrée à la définition des concepts de la recherche qui se dégagent à partir des objectifs définis et des hypothèses formulées.

#### Facteurs socio-culturels

Ce concept renvoie au milieu ou à l'entité socio-culturelle dans laquelle vit le jeune. Il se définit ici comme l'ensemble des caractéristiques et des conditions qui déterminent et modulent à des degrés divers les valeurs et normes propres à un groupe socio-culturel donné. Les normes pourraient être définies comme un « type de conduite très largement suivie dans un groupe donné et dont la non-observance est assortie de sanctions explicites ou diffuses, auxquelles les membres de ce groupe donnent une acceptation (adhésion) plus ou moins lucides et complètes» (Maisonneuve, 1951). Cette définition montre que les normes constituent «l'aspect régularité et d'obligation» chez les individus d'une même culture alors que le modèle de conduite est une «stéréotypie et d'apprentissage», selon les expressions de Jean Maisonneuve (1951).

Dans le présent travail, les facteurs socio-culturels liés à la sexualité font appel à la représentation sociale du VIH/SIDA, la perception du préservatif et l'appartenance religieuse.

### **Condition socioéconomique**

Le milieu économique rend compte des conditions économiques dans lesquelles les jeunes et les adolescents ont grandi. Ces derniers étant pour la plupart du temps encore dépendants de leurs parents. Dans le cadre de cette recherche, l'expression condition de vie, condition socio-économique et le style de vie ou mode de vie désignent la même réalité.

### **Connaissances sur les IST y compris VIH/SIDA**

Elles renvoient aux informations acquises par les jeunes et les adolescents dans leur cadre de vie par rapport aux IST y compris le VIH/SIDA, leurs modes de transmission et les moyens de prévention.

### **Jeune**

Définir le concept de « jeunesse » ou « jeune » est une tâche difficile du fait des nombreuses significations qui leur sont accordées. L'approche la plus commune et la plus ancienne du terme se fonde sur le critère de l' « âge ». Selon la définition des Nations Unies, l'âge des jeunes est fixé entre 14 et 25 ans alors que pour la Conférence des Ministres de la Jeunesse et des Sports des pays d'expression française (ConFeGes) l'âge fixé est de 15 à 35 ans. Cet âge est plus bas dans les pays occidentaux, plus développés, où les jeunes ont l'âge compris entre 15 et 24 ans. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le jeune est toute personne dont l'âge est compris dans la tranche qui part de 10 à 24 ans.

Au Bénin, la définition adoptée met en exergue le critère d'âge : le jeune est celui qui a entre 15 et 24 ans d'âge. Selon MSP (2010), les « jeunes gens » sont les jeunes dont la tranche est comprise entre 15- 24 ans. Dans le cadre de cette recherche, est considéré comme jeune toute personne dont l'âge est compris entre 15 et 24 ans. Ainsi, les jeunes non scolaires sont les jeunes ayant aucune instruction et ceux déscolarisés.

### **Comportement**

Etymologiquement, le mot comportement vient du mot Latin « Comportarer » composé de « portare » qui signifie « porter » et « cum » qui signifie « avec ». Selon Piéron (2000), le comportement, désigne les manières d'être et d'agir des animaux et des hommes, les manifestations objectives de leur activité globale.

Selon les anglais, la traduction du mot comportement, est "Behaviour" qui est la racine de la théorie générale du "Behaviorisme." Le comportement est dans ce sens la manière d'être et d'agir des Animaux et des Hommes, manifestations objectives de leur activité globale (Bloch, 1991). Pour les behavioristes, le comportement est l'ensemble des réactions objectivement observables qu'un organisme généralement pourvu d'un système nerveux exécute en réponse aux stimulations du milieu, elles-mêmes objectivement observables (Bloch, 1991). C'est une conduite agissante de manière plus ou moins cohérente pour atteindre un objectif (Ferréol, 1991). De ces différentes définitions, on peut retenir que le comportement peut être défini comme la réaction observable qu'un organisme animal ou humain exécute face une à excitation venant de son environnement.

### **Comportements sexuels**

Le terme de "comportement sexuel" résulte de la combinaison du concept "comportement" qui est la manifestation externe observable des organismes animal et humain face à une excitation interne ou externe et du concept "sexuel" qui est un champ. Le comportement sexuel se rapporte donc à l'ensemble de conduites et pratiques en rapport avec le sexe. "Le comportement sexuel humain apparaît comme le terme d'une évolution où la part prise par le système nerveux devient dominante, tandis que le système hormonal, tout en restant présent et actif, perd de son importance pour n'être que facultatif. On tendrait à considérer l'ensemble du domaine sexuel comme ressortissant à la biologie, en limitant la dimension socio-culturelle à l'addition d'un mélange de permissions et d'interdits à un phénomène purement physiologique. Or il semble possible, au contraire, de discerner en de nombreux domaines une participation extrêmement importante et souvent dominante des influences socio-culturelles, souvent là où on les attendrait le moins" (Giami, 1991). Cette deuxième définition procède d'un renversement de perspective dans lequel les dimensions socio-culturelles auraient un rôle sur l'élaboration et l'expression du comportement sexuel.

Le comportement sexuel dans le cadre ce travail est cette action ou manière de faire entre deux ou entre un groupe de personne allant d'une excitation sexuelle au rapport sexuel. Pour ce qui est des comportements sexuels à risque c'est l'ensemble des actes sexuels qui ont la particularité de soumettre l'individu à un risque, celui de contracter les IST/VIH/SIDA par exemple. Une seule dimension des comportements sexuels à

risque est prise en compte dans ce travail. Il s'agit de la non-utilisation du préservatif lors des rapports sexuels et surtout dans les trois derniers mois.

### **Représentation sociale**

Emile Durkheim fut le premier à identifier de tels objets, comme productions mentales et sociales relevant d'une étude de l'idéation collective. C'est pourquoi Jodelet (1984) eut à déclarer que le concept de représentation sociale ou plutôt collective apparaît en sociologie où il connaît une longue éclipse. Mais sa théorie va s'esquisser en psychologie sociale.

La représentation sociale est (un) *système* de valeurs, de notions et de pratiques relatives à des objets, des aspects ou des dimensions du milieu social, qui permet non seulement *la stabilisation du cadre de vie* des individus et des groupes, mais qui constitue également un *instrument d'orientation* de la perception des situations et *d'élaboration des réponses* selon Pierre Moscovici cité par Fischer (1987 ). A travers cette définition, il met l'accent sur le contenu d'une représentation sociale (valeurs, notions, pratiques) et les fonctions (stabilisation du cadre de vie, instrument d'orientation, élaboration de réponses).

Les représentations sociales sont des modalités de pensées et de pratiques orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal (Jodelet, 1994). Elles constituent (...) une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. Egalement désignée comme 'savoir du sens commun' ou 'savoir naïf', 'naturel', cette forme de connaissance est distinguée, entre autres, de la connaissance scientifique (Jodelet, 1994). Plus simplement, Abric (1994) indique que les représentations sociales sont des ensembles sociocognitifs, organisés de manière spécifique, et régis par des règles de fonctionnement qui leur sont propres.

De ces différentes définitions, il en ressort trois (03) éléments fondamentaux à propos de la représentation sociale. Il s'agit du *sujet*, l'*objet* et la *connaissance*. « Toute représentation sociale est représentation (*connaissance*) de quelque chose (*objet*) et de quelqu'un (*sujet*) » (Jodelet, 1994). Ce quelque chose (l'objet) peut être 'un travail à faire, un événement économique, un personnage social etc.' et le quelqu'un (sujet) peut

être `un individu, une famille, un groupe, une classe etc. Abric (1994) explique qu'il n'existe pas *à priori* de réalité objective, mais que toute réalité est représentée, c'est-à-dire appropriée par l'individu ou le groupe, reconstruite dans son système cognitif, intégrée dans son système de valeurs dépendant de son histoire et du contexte social et idéologique qui l'environne. Et c'est cette réalité appropriée et restructurée qui constitue pour l'individu la réalité même.

Les représentations sociales désignent le savoir de sens commun, socialement élaboré et partagé, construit pour et la pratique qui concourt à la construction de notre réalité (Ferréol et al, 1991). A partir de cette définition, nous comprenons que les représentations sociales ne se limitent pas au simple fait de représenter un objet ou de percevoir mais, surtout, c'est un outil de différenciation voire de démarcation d'un groupe social d'un autre. Les représentations sociales se présentent comme une forme de savoir individuelle et collective distincte du savoir scientifique, qui présente des aspects cognitifs, psychiques et sociaux en interaction (Akoum et Ansart, 1999). En d'autres termes, les représentations sociales sont des modalités de perceptions et de pensées pratiques orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et réel. A ce sujet, plusieurs auteurs ont apporté une définition de la représentation sociale. Pour nous, les représentations sociales des jeunes par rapport au VIH/SIDA et le préservatif ne sont rien d'autre que, la perception, le sens ou encore la connaissance endogène qu'ils ont par rapport à l'infection et le préservatif. En d'autres termes, leurs opinions et leurs croyances vis-à-vis de l'infection à VIH/SIDA et du préservatif.

### **Résistance et de la résistance au changement de comportement**

Terme d'origine latine (*resistere*, qui veut dire "s'arrêter") est introduit par Sigmund Freud dans le vocabulaire psychanalytique. La résistance c'est l'attitude du patient qui, de façon inconsciente s'oppose au déroulement de la cure (Sillamy, 1980). La définition de la résistance en psychologie a évolué avec le temps, il ne s'agit plus d'une force statique, unidimensionnelle et intrapsychique, mais d'un processus dynamique, interactif et multidimensionnel. Ce changement de perspective est illustré dans les réflexions contemporaines sur la motivation, c'est-à-dire l'inverse de la résistance. La résistance désigne la propriété d'un phénomène psychologique qui fait qu'il est difficile à modifier (Bloch et al, 1997). La résistance est une opposition ;

explicite ou implicite, violente ou non violente, aux forces ou situations perçus comme oppressives (Akoum et Ansart, 1999).

Pour certains auteurs, le concept de résistance ne doit pas être confondu à ceux de déviance, de rébellion, ou encore de marginalité. Il ressort de ces définitions que la résistance est une notion polysémique qui se rapporte au contexte auquel elle est utilisée. Mais quoi qu'il soit polysémique, et qu'il figure rarement dans les index des traités de sociologie, il est permis de l'ancrer dans une sociologie de la vie quotidienne qui met d'abord l'accent sur l'existence concrète, les sociabilités immédiates et l'inertie des 'us et coutumes' au regard des systèmes d'actions collectives (Akoum et Ansart, 1999). Il s'agit des manières de faire assimilable à des tactiques en opposition aux stratégies, désignant les calculs de rapports de forces pouvant être envisagés à partir d'une position de pouvoir : réussite du faible contre le plus fort, bon tour, arts de faire des coups et astuces de chasseurs, selon Michel de Certeau cité par Akoum et Ansart (1999). Toutefois, on peut distinguer la résistance à la modernité et à la résistance à la quotidienneté.

Selon Rocher (1968), la résistance au changement résulte d'une fonction de stabilité normative que même dans le cas d'une forte tension interne qui bloque toute transformation des structures. Le système peut tenter alors de rejeter les sources de perturbations ou les neutraliser.

Dans le cadre la présente recherche, la résistance au changement de comportement face au VIH/SIDA est donc le rejet ou le refus du préservatif par les jeunes de 15-24 ans lors des rapports sexuels. Il s'agit donc d'une résistance à la modernité car , le préservatif est une innovation biomédicale introduite dans les sociétés pour prévenir les cas d'infection à VIH/SIDA, d'autres IST et même des cas de grossesses indésirables.

### **Appartenance religieuse**

Les représentations du sida varient selon l'appartenance religieuse. Ainsi, les chrétiens et les musulmans peuvent évoquer le sida comme une punition divine alors que les adeptes des religions endogènes évoqueront la violation des tabous sexuels ou encore une maladie de la modernité.

## Niveau d'instruction

De manière consistante, la connaissance est liée à la scolarisation des individus. Lorsque dans une population donnée on compare les connaissances des individus de plus bas niveau par rapport à celles des autres estimées de plus haut niveau, les écarts sont donc notés, sur certaines connaissances, très discriminants. Pour le compte de la présente recherche, le niveau d'instruction des jeunes non scolaire réfère aux jeunes non scolarisés ou déscolarisés.

## Lieu de résidence

Les perceptions du sida varient selon qu'on vit en milieu urbain ou rural. Le lieu de résidence est le cadre de vie, le lieu d'habitation du jeune au moment de l'enquête et non celui de sa socialisation primaire.

### **1.3- Justification du choix du sujet**

#### **1.3.1- Raisons objectives**

Selon les résultats de l'EDSB-IV (2011-2012), la prévalence du VIH/SIDA dans les départements de la Donga est de 1,4% contre 1,2% au niveau national. Pour le PNLs (2010), la prévalence est de 0,1% chez les jeunes adolescents scolaires de 15 à 24 ans avec une prédominance masculine (0,15% contre 0,08%). Chez les jeunes travailleurs, elle est légèrement plus élevée à 0,6% avec une prédominance féminine soit 0,8% contre 0,3% (PNLS, 2010). Pour ce qui est de l'évolution de la prévalence entre 2010 et 2013, selon CNLS (2014), la prévalence chez les jeunes scolaires de même que chez les travailleurs ont connu une augmentation passant respectivement de 0,1% à 0,2% et de 0,6% à 0,7%. Cette augmentation de la prévalence entre 2010 et 2013 dénote de la persistance des comportements sexuels à risque et par conséquent la résistance au changement de comportement face au VIH/SIDA chez les jeunes. C'est dans le but de comprendre ce comportement des jeunes non scolaires de Djougou que la présente recherche est menée.

#### **1.3.2- Raison subjective**

Le thème représente un grand défi qui fascine. Il est également très important de deux points de vue : théorique et conceptuel pour les chercheurs et la vision scientifique du développement, des décideurs et des Organisations Non Gouvernementales (ONG). En

outre, la lutte contre le VIH/SIDA et d'autres IST demeure une préoccupation majeure. Une analyse socio-anthropologique des facteurs de la résistance au changement de comportement sexuel des jeunes face au VIH/SIDA est d'une grande importance et permet donc de lutter efficacement contre ce fléau. Cette recherche permet ainsi d'appréhender les raisons de la résistance à l'utilisation du préservatif par les jeunes dans un contexte marqué par une épidémie généralisée.

Conscient du fait qu'il n'y a pas encore ni traitement préventif ni curatif contre le SIDA, le moyen efficace de prévention du VIH/SIDA est l'adoption d'un comportement sexuel responsable adapté au statut des uns et des autres. Les adolescents et les jeunes, du fait de leur statut social et surtout économique sont exposés à plusieurs risques. Le SIDA est un phénomène social qui pose un problème de socialisation, d'interaction sociale, de rationalité et de comportement qui sont des préoccupations de sociologie et de l'anthropologie. Une analyse scientifique de cette épidémie est donc indispensable pour la prévenir et l'éradiquer. Plusieurs études et recherches sont faites dans ce sens. Mais, la plupart des études orientées vers la sexualité se sont concentrées principalement sur les comportements à risques d'une part et de la fécondité d'autre part et plus axées sur les populations dont l'âge est compris entre 15 -49 ans. Toutes les études menées de façon spécifique sur les jeunes de 15 à 24 ans l'ont été en majorité dans le milieu scolaire. Cette perspective laisse pourtant apparaître quelques failles notamment l'exclusion des jeunes non scolarisés ou déscolarisés.

#### **1.4- Quelques axes actuels de la discussion**

Le comportement sexuel et surtout celui des jeunes lié à leur sexualité est le thème central de la recherche. A ce sujet, il faut noter qu'avec l'apparition du VIH/SIDA quelques théories en sciences sociales tentent d'expliquer le changement de comportement.

Le VIH/SIDA, phénomène social est contracté dans la majorité des cas à la suite des pratiques sexuelles qui ne sont que les résultats des interactions entre partenaires. Nonobstant, ces interactions entre individus, le VIH/SIDA a été longtemps l'apanage des sciences biomédicales. Ce n'est que plus tard que la sociologie et l'anthropologie se sont intéressées à l'étude du VIH/SIDA en tant que fait social. Ainsi, sur la base de

ce constat (VIH/SIDA est un phénomène social), il s'agit d'appréhender les façons dont les facteurs socioculturels et socio-économiques ont été utilisés pour expliquer la variation de la prévalence de l'infection au VIH.

Pour Becker et al, (1999), l'économique, le social et le politique jouent un rôle important en matière de la vulnérabilité des populations africaines. De même, ils ont mis en exergue la relation entre la perception du SIDA par les populations et leurs conditions d'existence.

Delacroix et Guillaume (1997) font ressortir les pratiques développées pour faire face à l'épidémie du VIH/SIDA. Il s'agit d'une transformation structurelle des unités domestiques pour la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA.

Pour le BIT (2000), les travailleurs mobiles sont révélés comme les groupes ayant des comportements à risque augmentant leur vulnérabilité. Selon le rapport du BIT (2000) sur le VIH/SIDA, nombreux sont les travailleurs du secteur de transport qui ont souvent des rapports sexuels occasionnels non protégés avec plusieurs partenaires. Il ressort de ces études que la mobilité de la population constitue un des facteurs d'exposition au risque du VIH/SIDA. Toutefois, selon Rwenge (1999), les facteurs socioéconomiques, socioculturelles dans lesquelles vivent les populations influencent leurs comportements sexuels. Ces facteurs expliquent donc les variations de la prévalence du VIH/SIDA entre régions ou entre groupes sociaux. Pour lui, les facteurs socioculturels expliqueraient la variation de la prévalence de l'infection à VIH entre les pays, les villes de l'Afrique Subsaharienne.

Pour Socpa (2009), les schèmes culturels, surtout ceux qui sont étroitement liés aux comportements sexuels, ont évolué avec le temps et entraîné par le fait même des répercussions sur la perception du VIH/SIDA, la propagation de la maladie et le traitement des malades. Pour cet auteur, certaines pratiques traditionnelles telles que le mariage précoce, les rapports sexuels extraconjugaux, le legs des femmes, et plusieurs rituels sexuels sont susceptibles d'accroître la vulnérabilité de la femme notamment en ce qui concerne sa santé reproductive. Des types de sexualité rituelle et thérapeutique reposant sur une double idéologie de production et de procréation sont cités comme liées à la propagation de l'épidémie du VIH/SIDA au sein de certains

groupes socioculturels. Selon l'African Population Advisory Committee–Cameroun (APAC), cité par Socpa (2009), il existe des pratiques de la sexualité rituelle fréquentes dans certaines communautés du Cameroun dès le début des campagnes agricoles et piscicoles. En effet, à ces périodes précises, les paysans se livrent à une sexualité désordonnée, voire à un libertinage des rapports sexuels en vue de «faire en sorte que les récoltes ou les moissons soient bonnes». Le fait d'entretenir des rapports sexuels rituels est culturellement prescrit par une croyance selon laquelle ils donnent la vie tout comme la terre donne la vie aux plantes (Socpa, 2009). Le mariage précoce, les mutilations génitales féminines, les scarifications corporelles en série sans précaution, la polygamie, le lévirat/sororat qui contrairement à la sexualité thérapeutique sont des pratiques normatives sont également cités comme des facteurs qui favorisent la propagation du VIH/SIDA. Il ressort de cette recherche que certains éléments de la culture accroissent la vulnérabilité des populations notamment celles qui sont déjà mariées.

L'approche socioculturelle se fonde sur le fait qu'on ne peut pas "désocialiser" l'activité sexuelle. Selon Michel Foucault cité par Rwenge (1999), elle accorde un rôle central à la construction sociale et culturelle, sans laquelle aucun désir ne peut apparaître et s'exprimer. Ainsi, selon lui, les comportements sexuels et les circonstances dans lesquelles a lieu l'activité sexuelle sont déterminés par les normes et les valeurs socioculturelles en matière de sexualité. Une des expressions de cette approche est la thèse selon laquelle l'activité sexuelle des jeunes en milieu urbain s'expliquerait par la "désorganisation sociale", la faiblesse du contrôle social ou le relâchement des mœurs en matière de sexualité. Cette thèse fait partie de la théorie générale de la modernisation, qui se fonde sur l'affaiblissement des structures traditionnelles et le relâchement du contrôle des aînés sur les cadets. La résistance des jeunes à changer de comportement en matière de sexualité contredit cette thèse. Avec la persistance des comportements sexuels à risque chez les jeunes notamment la non utilisation du préservatif avec les partenaires et le multipartenariat sexuel, montre que le contrôle social est toujours assuré. Culturellement, si le multipartenariat est accepté par certaines sociétés, les rapports sexuels avant le mariage de même que l'usage du préservatif par les jeunes célibataires sont antinomiques.

L'approche économique considère les jeunes comme des acteurs dits rationnels. Cette approche se fonde ainsi sur la thèse de l'"adaptation rationnelle" selon laquelle les jeunes s'engagent aussi dans la sexualité pour atteindre des objectifs bien précis, d'ordre économique ou social. Dans le premier cas, on peut noter les études qui ont insisté sur le fait que les conditions économiques contribuent à l'engagement des jeunes dans l'activité sexuelle. Ainsi, la satisfaction des pulsions sexuelles peut aussi se faire chez les jeunes garçons en échange de cadeaux, d'habits, de somme d'argent ou d'un travail rémunéré en faveur des jeunes filles. Dans le second cas, se retrouvent les études qui expliquent l'activité sexuelle des jeunes, surtout chez les filles, par le mariage et la fécondité, celle-ci étant en fait une stratégie de l'aboutissement du mariage. Si l'argent ne constitue pas une motivation importante pour la première expérience sexuelle, il constitue toutefois par la suite une composante majeure de leur vie affective (Calves, 1998). Ainsi les avantages financiers découlant de la multiplicité des partenaires sont cités par un nombre important de jeunes femmes âgées de 20 ans et plus.

La situation économique agit doublement sur le comportement sexuel des jeunes. Les jeunes filles en situation d'insuffisance de moyens financiers, ont tendance à développer le multipartenariat. Les jeunes garçons à leur tour font recours à de rapports sexuels occasionnels et non protégés. Ainsi, pour contrer la suffisance des moyens financiers, les jeunes filles adoptent des comportements sexuels plus sains alors que les garçons s'engagent volontiers dans le multipartenariat.

En résumé, l'influence de moyens économiques auxquelles font face les jeunes peuvent les pousser à se compromettre dans des relations sexuelles rétribuées. Avec cette dépendance économique, les jeunes n'ont plus le pouvoir d'exercer un contrôle sur les conditions de déroulement de leur rapport sexuel. Ils peuvent ainsi être contraints à avoir des rapports sexuels non protégés, selon la volonté du partenaire qui exerce sa domination.

#### ○ **Théories et modèles de changement de comportement de santé**

En matière de santé, plusieurs théories ont tenté d'expliquer l'influence de différentes variables sur le comportement des individus et d'identifier les éléments qui les incitent au changement.

Parmi ces théories, on peut citer le modèle des croyances relatives à la santé, la théorie de l'action raisonnée, la théorie de l'action planifiée fondée sur l'hypothèse selon laquelle le meilleur indicateur prévisionnel du comportement est l'intention comportementale et le modèle transthéorique qui postule que le changement de comportement se fait par stade.

#### **Le modèle de croyance relative à la santé.**

Doyen des modèles théoriques, le Health Belief Model (HBM) ou modèle des croyances relatives à la santé, est le seul à avoir été élaboré dans et pour le domaine de la santé par Irwin Rosenstock (Boudreau, 2002). Les autres modèles proviennent de la psychologie sociale. Initialement élaboré pour la prévention des maladies cardiovasculaires (le tabagisme, la tuberculose), le HBM postule que la probabilité individuelle d'adoption d'une action préventive ou thérapeutique face à un problème de santé spécifique dépend d'un ensemble de facteurs relevant des croyances, dont le modèle présume qu'ils combinent leurs effets de façon multiplicative pour influencer le comportement.

Selon le même auteur, une forte perception de la susceptibilité individuelle à la maladie, la perception de la gravité de la maladie, la perception du bénéfice de l'action de prévention, la perception des barrières (coûts physiques, économiques et psychologiques) à l'adoption du comportement de prévention, le degré de certitude quant à l'efficacité de l'action de prévention, des facteurs démographiques et psychosociologiques contextuels constituent de bons prédicteurs d'une modification de comportements. Il s'agira d'intervenir activement sur ces perceptions et les croyances pour modifier un comportement.

Ce modèle a été fortement critiqué en raison de sa faible capacité prédictive, mais également parce qu'il postule une relation presque mécanique entre croyances et comportements, du fait qu'il fait abstraction des contextes et, finalement ne prend pas en compte les facteurs émotionnels.

Le HBM, victime de son origine est utilisée pour les interventions éducatives uniquement sous l'angle de la santé. L'adoption ou l'abandon d'un comportement par une personne fait la base du risque ou du bénéfice lié à la santé. La réduction du nombre de partenaire régulière et correcte, du préservatif peuvent adopter par une

personne s'ils sont jugés importants, efficaces et pour la santé. Or, souvent, l'adoption, le maintien et ou l'abandon d'un comportement n'est pas l'effet des seuls avantages liés à la santé mais aussi des facteurs sociaux. La seule croyance en l'existence du VIH/SIDA ne suffit pas pour aboutir à un changement de comportement. Il faut la présence d'autres facteurs tels que le milieu de vie, l'appartenance à une religion, la représentation sociale de la maladie/santé, la confiance en soi, l'efficacité de l'action à mener et le bénéfice lié à l'adoption de ce nouveau comportement. Ainsi, de façon plus ou moins alternative au HBM, les modèles inspirés des théories de l'apprentissage social, qui occupent une part croissante dans la littérature la plus récente sur les comportements à risque face au VIH/SIDA, s'efforcent de donner plus d'importance à l'identification des conditions environnementales permettant d'expliquer les comportements et de mieux considérer différentes étapes dans le changement éventuel.

#### **La théorie de l'action raisonnée**

Fishbein et Ajzen (1980), en se basant sur la nature multidimensionnelle de la relation attitude-comportement, unirent leur force afin d'imaginer une méthode visant à prédire les comportements humains. Selon le raisonnement des deux chercheurs, les gens considèrent les conséquences de leurs actes avant de décider s'ils adoptent ou non un certain comportement, cité par Boudreau (2002). Ainsi, ils parvinrent à développer une théorie qui, selon eux, pouvait prédire et permettre de comprendre la relation attitude-comportement. Cette théorie, qu'ils nommèrent la théorie de l'action raisonnée, suggère que les choix comportementaux en matière de santé sont des choix pensés et raisonnés, et que la raison et la volonté sont les moteurs du comportement. L'intention d'adopter tel ou tel comportement est donc le facteur décisif. Ce modèle prend en compte le rôle de l'entourage et de la pression sociale dans l'adoption des comportements.

Toutes ces théories appartiennent à l'approche cognitive des motivations. Elles présentent certaines limites du fait que les variables considérées par les modèles ne sont pas exhaustives. A ce titre, il est presque impossible d'expliquer la variance sur la base d'une corrélation significative entre les couples de variables. En effet, le processus est linéaire et le caractère direct ou indirect de l'influence de chaque variable n'est pas exactement précis.

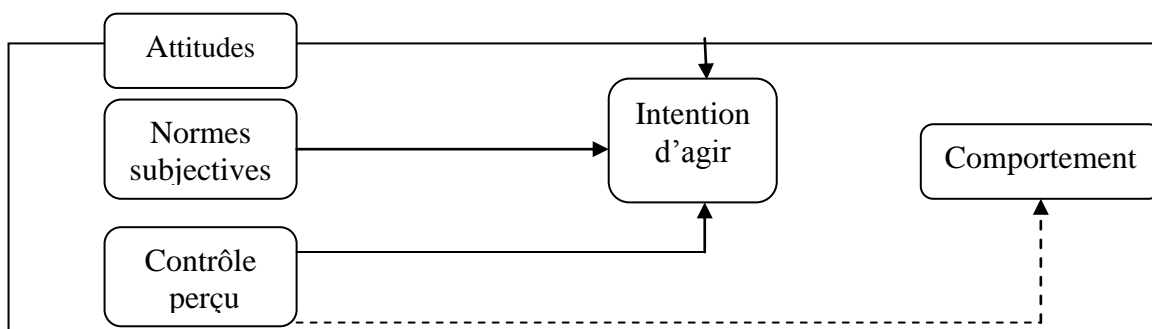
Des critiques plus radicales ont été adressées aux aspects épistémologiques implicites sur lesquels reposent ces théories, en particulier au postulat d'hyper rationalité de l'être humain et à l'attention exclusivement tournée vers le processus intra individuel. Le social a été considéré très indirectement que dans certains processus, si bien qu'on a pu parler de réductionnisme psychologisant, rationalisant et individualisant. L'ensemble de ces modèles a fait également objet de critiques portant sur leur conception de la «croyance», envisagée de façon essentiellement pragmatique, décontextualisée, fragmentaire et fragmentée.

### 🚦 La théorie du comportement planifié

Après avoir découvert quelques imperfections dans la structure de celle-ci, Icek Ajzen et Martin Fishbein ont modifié la théorie de l'action raisonnée en y ajoutant un troisième élément : le contrôle comportemental perçu. Ce concept est défini par la croyance de l'individu dans l'idée qu'il sera facile ou non d'adopter un certain comportement. Cet élément vise à contrebalancer les situations dans lesquelles les gens possèdent peu de contrôle (ou croient posséder peu de contrôle) sur leurs comportements et leurs attitudes, Mc Cormack Brown cité par Boudreau (2002).

L'idée principale qui découle de cette nouvelle théorie se résume ainsi : les individus ne seront pas susceptibles de développer une forte intention d'agir et de se comporter d'une certaine façon s'ils croient ne pas avoir les ressources nécessaires ou les opportunités pour y arriver, et ce même s'ils possèdent des attitudes favorables envers le comportement en question et s'ils estiment que les membres de leur entourage approuveraient le comportement (*normes subjectives*). La figure 2 illustre le modèle issu de cette théorie.

**Figure 2 :** *Modèle de la théorie du comportement planifié.*



**Source :** Données de terrain, 2015.

De la lecture de la figure ci-dessus, il en ressort que les intentions dépendent à la fois des attitudes et des normes en matière de comportement. Les normes sociales sont des règles admises et correspondant aux attentes de la collectivité, qui généralement sont favorables à des sanctions en cas de non observance. Par conséquent, les normes constituent des «Pressions sociales» qui poussent l'individu à adopter ou à rejeter un certain nombre de comportement.

En plus des auteurs des théories de l'action raisonnée et du comportement planifié, Prochaska et DiClemente (1982) ont étudié le processus de changement de comportement, en examinant les différentes variables qui y sont associées et en comparant leurs résultats avec ceux des nombreuses recherches effectuées dans ce domaine. Cette étude basée sur les théories de la psychothérapie a abouti au modèle développé, qu'ils ont adéquatement appelé le modèle transthéorique du changement, également connu sous le nom de modèle des stades du changement. Selon eux, le changement de comportement est un processus qui se passe en cinq (05) étapes à savoir la pré contemplation, la contemplation, la préparation, l'action, le maintien et la terminaison :

- Pendant le stade de pré contemplation, les sujets n'ont pas l'intention de modifier leurs comportements à risque élevé dans un avenir proche, c'est-à-dire au cours des six (06) prochains mois, puisqu'en général, les gens n'envisagent pas de modifier leur comportement plus de six (06) mois à l'avance ;
- La contemplation est le stade au cours duquel les gens ont sérieusement l'intention de changer de comportement au cours des six (06) prochains mois. Malgré leurs intentions, on estime qu'en moyenne, les sujets restent dans cette phase relativement stable pendant au moins deux (02) ans ;
- La préparation est le stade pendant lequel les sujets ont l'intention de prendre des initiatives très bientôt, généralement dans le mois qui suit. En général, ils ont un plan d'action et ont déjà pris quelques initiatives au cours de l'année précédente ou ont déjà modifié leur comportement dans une certaine mesure ;
- L'action est le stade au cours duquel des modifications du comportement déclarées ont été effectuées au cours des six (06) derniers mois. C'est au cours

de cette phase la moins stable que les sujets courent les plus grands risques de retomber dans leur comportement antérieur ;

- Le stade de maintien est la période qui commence six (06) mois après l'atteinte de l'objectif jusqu'au moment où il n'existe plus de risque que le sujet retombe dans son comportement antérieur ; et
- Le stade de terminaison est celui au cours duquel le sujet n'est plus tenté de retomber dans son comportement antérieur et son auto-efficacité est de 100 % dans toutes les situations qui présentaient auparavant une tentation.

Pour accompagner une personne dans son désir de changement, il faut tenir compte du stade où elle se trouve. A chaque étape, correspondent des modes d'intervention adaptés. Ainsi, ils ont également identifié, à l'intérieur de ces stades, neuf (09) procédés de changement, qui se réfèrent aux différents mécanismes que les gens utilisent pour modifier leurs comportements : Il s'agit de l'augmentation du niveau de conscience, l'éveil émotionnel, la libération sociale, la réévaluation personnelle, l'engagement, la gestion des renforçateurs, les relations aidantes, le contre-conditionnement et le contrôle environnemental ou la gestion des pressions sociales. Selon le modèle, l'adoption d'un comportement souhaité n'est jamais définitive. Tout individu ayant adopté un comportement est susceptible de rechuter et de revenir à un stade antérieur. Sur la base de cette hypothèse, le modèle propose des règles pratiques d'intervention. Aussi, le modèle permet-il de tester des messages adaptés à l'état de préparation au changement de l'individu sur de vastes échantillons constitués de façon aléatoire.

Malgré la popularité du modèle dans le domaine de la promotion de la santé au niveau communautaire, il présente quelques insuffisances. Par exemple, aucun consensus n'a été atteint quant à la méthode la plus appropriée pour définir et mesurer les étapes du changement alimentaire. Une autre critique porte sur l'utilisation de délais déterminés pour différencier les stades, ce qui ne permet pas de rendre compte des changements progressifs du comportement. D'une façon générale, les modèles devraient être considérés comme un moyen permettant de comprendre les facteurs qui influencent les décisions et les comportements individuels, et donc susceptible de faciliter l'élaboration d'interventions et de promotion de la santé appropriée.

### 1.5- Modèle théorique d'analyse

Dans l'analyse des comportements individuels, les théories sociologiques ne convergent point. Pour certains auteurs, tels que les partisans du paradigme holiste avec Emile Durkheim comme chef de file, les comportements individuels sont déterminés par le social. Il faut donc partir du social pour comprendre un fait ou un phénomène social. Par contre, pour certaines théories telles que l'individualisme méthodologique de Max Weber, les phénomènes collectifs peuvent être décrits et expliqués à partir des propriétés et des actions des individus et de leurs interactions. Notion clé de la théorie économique contemporaine et de la micro-économie plus particulièrement, la paternité du terme d'individualisme méthodologique reviendrait à Karl Menger, économiste autrichien qualifié de marginaliste, qui l'aurait employé pour la première fois en 1871. Selon Boudon (1992), ce sont l'économiste Friedrich Von Hayek et le philosophe des sciences Karl Popper qui vont par la suite populariser la notion d'individualisme méthodologique. Il s'intéresse à l'agrégation des actions individuelles d'acteurs sociaux situés et datés dans la société globale ou ses segments (Assogba, 1999). Pour Karl Popper cité par Laurent (1994), l'individualisme méthodologique est la doctrine tout à fait inattaquable selon laquelle nous devons réduire tous les phénomènes collectifs aux actions, interactions, buts, espoirs et pensées des individus et aux traditions créées et préservées par les individus. Comprendre le fait social c'est partir des analyses de comportements individuels. Au sens large, on peut caractériser l'individualisme méthodologique par trois propositions qui postulent que :

- ✓ seuls les individus ont des buts et des intérêts;
- ✓ le système social, et ses changements, résultent de l'action des individus ;
- ✓ tous les phénomènes socio-économiques sont explicables ultimement dans les termes de théories qui se réfèrent seulement aux individus, à leurs dispositions, croyances, ressources et relations.

Le principe de l'individualisme méthodologique énonce que, pour expliquer un phénomène social quelconque (...), il est indispensable de reconstruire les motivations des individus concernés par le phénomène en question, et d'appréhender ce phénomène

comme le résultat de l'agrégation des comportements individuels dictés par ces motivations d'après Raymond Boudon cité par Laurent (1994). De façon opératoire cela revient à dire que l'individualisme méthodologique met en évidence la relation entre les actions individuelles et les effets collectifs qu'elles produisent (Boudon et Bourricaud, 1986). L'individualisme méthodologique suppose la notion d'action, c'est-à-dire un comportement imputable à une intention ou à une rationalité, non pas absolue mais limitée (Assogba, 1999).

Le paradigme de l'individualisme méthodologique est la plus adéquate pour penser le social. Il a servi donc de référence théorique de base à ce travail car ; en opposition au structuro-fonctionnalisme, le holisme ou le déterminisme ou le culturalisme, l'individualisme méthodologique centre ses analyses sur les actions individuelles pour comprendre le phénomène ou le fait social. Son application à la présente recherche a permis de mieux comprendre un phénomène social tel que la résistance au changement de comportement face au VIH/SIDA, en fondant sa compréhension sur les actions individuelles, motivation individuelles – mais aussi, sur le contexte social dans lequel le fait social est observé. La résistance au port du préservatif est une agrégation, somme des rationalités individuelles dictées par l'environnement social pour reprendre l'expression de Raymond Boudon. En effet, en se comportant de façon rationnelle vis-à-vis de la sexualité des jeunes, la société est confrontée à l'augmentation de la prévalence du VIH/SIDA chez les jeunes du fait de leur rejet des moyens de prévention adaptés à leur catégorie dont le préservatif. La prévalence du VIH/SIDA chez les jeunes est donc un *effet pervers* qui est le fait de la *rationalité des acteurs* en présence selon les expressions de Boudon. Les effets pervers désignent les effets individuels ou collectifs qui résultent de la juxtaposition de comportements individuels sans être inclus dans les objectifs recherchés par les acteurs » selon Raymond Boudon cité par Assogba (1999). Il s'agit de façon opératoire, des conséquences inattendues des actions des acteurs qui interagissent. L'individualisme méthodologique à travers ses deux corollaires (effets pervers et rationalité de l'acteur) est donc utilisé pour comprendre les facteurs qui expliquent la résistance au changement de comportement face au VIH/SIDA chez les jeunes.

## **CHAPITRE II : CADRE METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE**

Ce chapitre aborde les méthodes et techniques d'approche de la recherche. A cet effet, il est présenté d'une manière générale la démarche utilisée pour parvenir aux différents résultats. De même, les procédures d'analyse des données et les difficultés rencontrées sont abordées.

### **2.1- Présentation du cadre de la recherche**

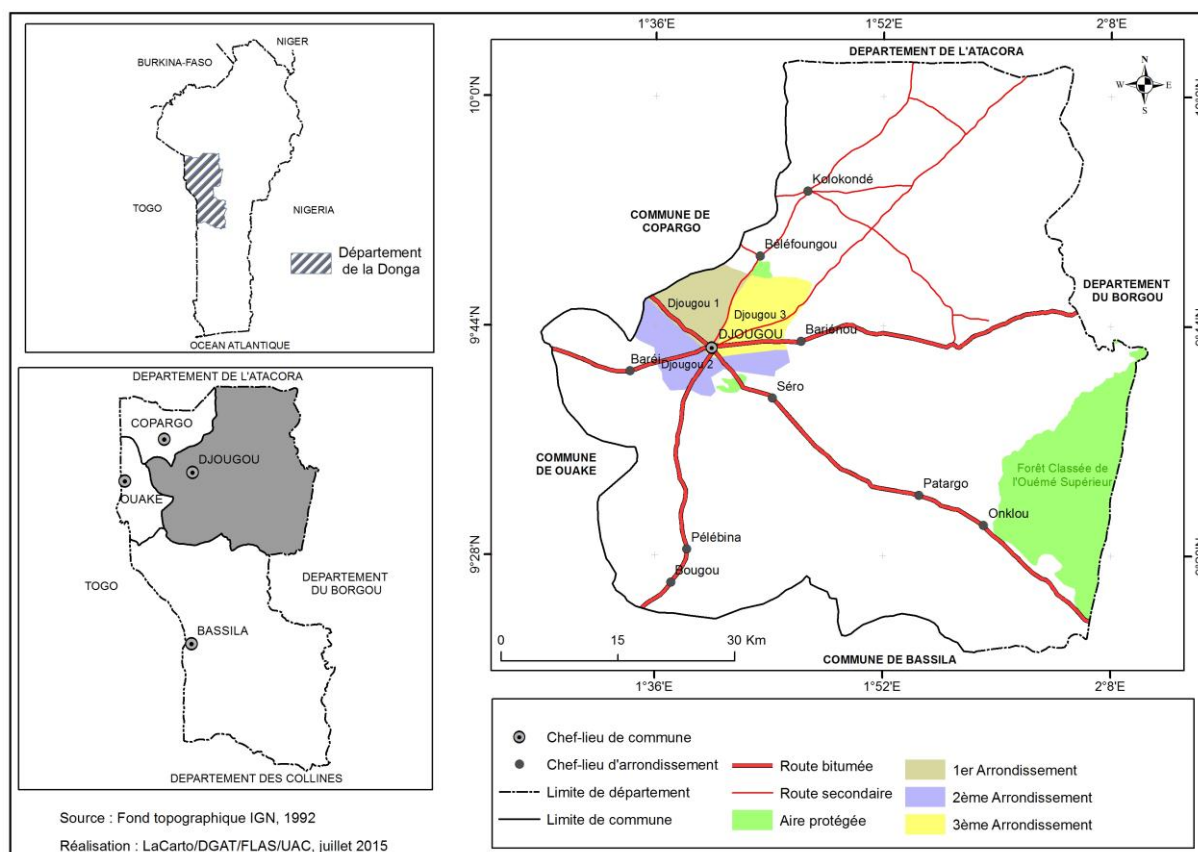
Le comportement sexuel se manifeste dans un cadre de vie déterminé avec l'influence de plusieurs facteurs. Le présent chapitre a pour objectif de mettre en exergue le contexte de la recherche afin de mieux comprendre les comportements sexuels des jeunes.

#### **2.1.1- Données physiques**

La recherche a porté sur les trois (03) arrondissements centraux (Djougou I, Djougou II et Djougou III) de la Commune de Djougou, situé dans le département de la Donga.

Située au Nord du Bénin, la commune de Djougou est à environ 461 km de Cotonou et couvre une superficie de 3.966km<sup>2</sup>. Elle est limitée au Nord par les communes de Péhunco et de Kouandé, au Sud par la commune de Bassila, à l'Ouest par les communes de Copargo et de Ouaké, à l'Est par les communes de Tchaourou, de Sinendé et de N'Dali. Commune à six (06) sorties, administrativement la commune de Djougou, compte treize (13) arrondissements dont trois (03) urbains. De par sa position géographique, la commune de Djougou constitue un carrefour et un trait d'union pour les communes de la Donga, de l'Atacora, du Borgou et de l'Alibori. On retrouve de jeunes migrants essentiellement de sexe féminin de moins de 30 ans, pour servir dans le secteur informel notamment comme employées de maison et des buvettes communément appelées des 'serveuses'. Pour certaines régions comme le Togo, pour des raisons de proximité, de ressemblances socioculturelles et des opportunités de premier emploi, l'une des premières destinations de ces jeunes migrants est la ville de Djougou. L'exode rural/urbain est l'un des facteurs contribuant à l'augmentation de la prévalence du VIH/SIDA (EDSB III, 2006).

**Figure 3 : Situation géographique du cadre de la recherche.**



Source (réalisation) : LaCarto/DGAT/FLASH/UAC, juillet 2015.

### 2.1.2- Données démographiques

Selon les résultats du quatrième recensement général de population (RGPH4, 2012), la population de Djougou est évaluée à 266.522 habitants. Selon la même source, le taux d'accroissement censitaire qui est de 3,45% est inférieur au taux national et à la moyenne départementale qui sont respectivement de 3,51% et 3,97%. Avec une population à plus de 60% de jeunes, elle a une tendance à l'émigration : les filles pour les emplois domestiques et les garçons en exode vers les communes du Borgou, des Collines et de Cotonou et surtout vers l'extérieur à destination du Ghana, de l'Allemagne, d'Italie, du Niger et du Nigéria.

Selon l'EDSB IV (2011-2012), une femme sur dix vit en union entre 15 ans et 22 ans et huit (08) femmes sur dix se marient entre 25 ans et 49 ans. Selon l'EDS IV (2011-2012), 13% des femmes dont l'âge est compris entre 25 – 49 ans avaient déjà leurs premiers rapports sexuels à l'âge de 15 ans et plus de la moitié à 18 ans. Quant aux hommes, 11% avaient les premiers rapports avant 15 ans alors que 44% l'ont entre 15

et 18 ans. Ces activités sexuelles précoces augmentent le risque de contamination au VIH car, elles se font souvent sans protection.

### **2.1.3- Données socio-culturelles**

Au plan social, la commune de Djougou est un melting-pot linguistique et racial. Avec les estimations du RGPH4 (2013), la commune de Djougou est peuplée à 51,5% de Yom-Lokpa, à 16,8% de Dendi, 10,3% de Peulh. On y rencontre également des Otamaribè (5,1%), des Baatonu (3,9%), des Fon et Adja (2%) et de 1,2% de Yoruba. Avec près de 10 groupes socioculturels, la population de Djougou se répartit à travers les trois grandes religions : Islam (78%), catholicisme (11%), religion endogènes et le protestantisme. Souvent basées sur des dogmes, ces religions constituent parfois des handicaps à certains moyens classiques de lutte contre le VIH.

### **2.1.4- Situation économique.**

L'agriculture reste dominant (46%) et le commerce (39%), ce qui permet à la commune de Djougou de servir de lieu d'échange de rencontre de divers produits agricoles et artisanaux (UNDEF, 2012). L'artisanat, secteur de prédilection des jeunes est aussi développé. L'artisanat de Djougou est dominé par les corps de métiers tels que la construction métallique (soudeurs et tôleurs), mécanique et ajustage (mécaniciens à deux roues, mécaniciens auto, mécanicien diéséliste et peintres autos-motos), maçonnerie, texture et habillement (couturiers, tailleurs, brodeurs, tisserands), coiffure et tresses. Les villes du Sud-Bénin sont les destinations des jeunes filles à la recherche d'un travail de domestique ou d'employée de bars. Quant aux jeunes hommes, ils vont dans les autres départements (Borgou et Collines surtout) et à l'extérieur du Bénin (Niger, Nigéria, Allemagne et Italie), à la recherche d'un mieux-être. Dans sa quête de mieux-être, les jeunes ont souvent des rapports sexuels précoces, pratiquent le multipartenariat et utilisent rarement le préservatif. Ceci les expose aux risques de l'infection à VIH.

### **2.1.5- Situation sanitaire.**

La commune de Djougou dispose de douze (12) centres de santé d'arrondissement (CSA), d'un (01) centre de santé communal (CSC) et d'une (01) léproserie. A ces formations sanitaires, s'ajoutent, l'infirmier de garnison (8<sup>ème</sup> Bataillon Inter Arme),

04 centres de santé confessionnels (Bona, Hôpital Ordre Souverain de Malte, Al-Armal, les Caméliens et des cabinets privés.

Il faut noter que le CSC de Djougou et l'HOSM abrite chacun un centre de Counseling et de Dépistage Volontaire des IST/VIH/SIDA (CDV/VIH) et de Prise en charge des Personnes vivant avec le VIH (PEC/PVVIH). En plus de ces centres de références, tous les centres d'arrondissement offrent les services de CDV/VIH. Malgré ces différents centres de santé, le taux de fréquentation des centres de santé est de 25% (MDSC-Bénin, 2010). Ce taux montre que les populations de Djougou fréquentent faiblement les formations sanitaires. Outre les spécialistes de la bio-médecine, la commune de Djougou regorge des médecins endogènes. Ces médecins endogènes traitent toutes formes de maladies (biologique, sociale, mental et psychique).

## **2.2- Nature de la recherche**

La présente recherche est de nature qualitative appuyée des données quantitatives. La recherche est de nature qualitative parce qu'elle a abordé des variables qui se réfèrent aux faits et à des comportements qui ne sont pas quantifiables, par essence. L'approche qualitative est appuyée par celle quantitative puisqu'elle prend en compte des données sur le nombre de partenaire, les revenus des parents de même que celles sociodémographiques. Ceci explique la combinaison des deux approches.

## **2.3- Techniques et outils de collecte de données**

### **2.3.1- Recherche documentaire**

La collecte des données a été faite dans les centres de documentations du Bénin. Dans ces centres, les ouvrages en rapport avec le sujet de la recherche ont été consultés et lus. Une fiche de lecture a servi à synthétiser les informations qualitatives et quantitatives obtenues. Le tableau II ci-dessous présente les centres visités, les types de documents consultés et la nature des informations collectées.

La technique de consultation des sources écrites a permis de prendre connaissance des travaux qui ont été réalisés sur le sujet. Elle a permis également d'avoir quelques pistes de recherche. Le tableau suivant présente les centres parcourus, la nature des documents collectés et les types d'informations obtenues. L'outil qui correspond à cette technique est la fiche de lecture.

**Tableau II : Centres de documentation parcourus et types d'informations obtenues**

Centres de documentation	Types de documents lus	Types d'informations collectées
Bibliothèque Universitaire d'Abomey-Calavi	Mémoires de maîtrise, thèses de doctorat	Données qualitatives sur la problématique liée à la santé de la reproduction
Bibliothèque départementale du Borgou-Alibori	Documents généraux	Informations conceptuelles
Centre de documentation de la Direction Départementale de la Santé de l'Atacora-Donga (DDS)	Rapports d'activités, annuaires statistiques	Données qualitatives et Statistiques nationales sur la santé de la reproduction, les IST/VIH/SIDA.
Bibliothèque de l'Institut Culturel Français de Cotonou	Documents généraux	Informations conceptuelles, socio-économiques, la méthodologie de recherche en Anthropologie, Sociologie.
Centre de documentation de l'OMS	Articles et rapports d'activités	Données qualitatives et quantitatives sur la santé humaine, les itinéraires thérapeutiques sur les maladies tropicales et infectieuses,
Centre de documentation du Ministère de la santé du Bénin	Rapports d'activités	Données qualitatives et Statistiques nationales sur la santé de la reproduction, les IST/VIH/SIDA.
LARRED	Thèses de doctorat, articles et document sur la recherche en sciences sociales	Données qualitatives et quantitatives sur la santé humaine, la méthodologie de recherche en Anthropologie de la santé.
LASDEL	Mémoire, thèses de doctorat, articles et document sur la recherche en sciences sociales	Données qualitatives et quantitatives sur la santé humaine, la méthodologie de recherche en Anthropologie de la santé.

Source : Données de terrain, 2015.

### **2.3.2- Entretiens individuels**

Des entretiens individuels qui sont de moyens par lesquels le chercheur produit des données à partir des discours des enquêtés ont été réalisés au cours de l'enquête exploratoire et également de l'enquête proprement dite. Il s'est agi d'entretiens individuels semi-directifs avec les agents de la santé, les jeunes sexuellement actifs et les parents des jeunes sexuellement actifs. Ces entretiens ont permis d'obtenir des informations relatives aux comportements sexuels, aux représentations sociales du VIH/SIDA ainsi qu'à la perception du préservatif. Un guide d'entretien est donc utilisé pour avoir les informations provenant de la source orale. Ce guide est constitué des thèmes et sous-thèmes abordant divers aspects du sujet de la recherche.

### **2.3.3- Questionnaire**

Pour la collecte des données quantitatives de même que qualitative, un questionnaire composé de différentes sections est également utilisé. Ce questionnaire est administré uniquement aux jeunes. La méthode d'administration indirecte est utilisée avec le questionnaire. Cette méthode a consisté, pour l'enquêteur à faire remplir par lui-même le questionnaire. Les données sociodémographiques sur l'enquêté, la connaissance sur le VIH/SIDA, les comportements sexuels des jeunes dont entre autres le nombre de partenaires sexuels, l'usage du préservatif et l'âge au premier rapport sexuel ont été les différentes articulations du questionnaire.

### **2.3.4- Groupe cible et technique échantillonnage**

Le présent travail vise à examiner les facteurs socioculturels et socioéconomiques des comportements sexuels à risque chez les jeunes de 15 à 24 ans de Djougou et leur influence sur le changement de comportement souhaité face au VIH. Pour cela, certains aspects ont été considéré dans le choix de la population d'étude : tous les enquêtés devraient être sexuellement actifs, célibataires et âgés entre 15 et 24 ans. Dans ce sens, des critères d'inclusion et de non inclusion sont définis.

Pour les critères d'inclusion, seuls sont retenus et interviewés :

- ✓ les jeunes non scolarisés ou déscolarisés dont l'âge est compris entre 15 – 24 ans ;

- ✓ les jeunes non scolarisés ou déscolarisés dont l'âge est compris entre 15 – 24 ans sexuellement actifs, célibataires et habitants dans l'un des trois arrondissements centraux de la commune pendant la période de l'enquête ; et qui acceptait de répondre aux questions.

Pour les critères de non inclusion, sont exclus de l'échantillon de la recherche :

- ✓ les élèves ;
- ✓ les jeunes non scolaires/déscolarisés âgé entre 15 et 24 ans, habitant l'un des trois arrondissements centraux de Djougou lors de l'enquête mais non sexuellement actifs.
- ✓ les jeunes célibataires non scolaires ou déscolarisés sexuellement actifs choisis mais qui n'ont pas accepté de répondre aux questions ;
- ✓ les jeunes non scolaires/déscolarisés, sexuellement actifs et célibataires n'habitant pas dans l'un des trois arrondissements centraux de Djougou lors de l'enquête ;

La représentativité de l'échantillon est assurée par une sélection au hasard des individus. Comme le souligne Rossi (1989), pour qu'un échantillon soit représentatif on procède soit par tirage aléatoire, soit par un contrôle de certains critères. En effet, la recherche a porté sur la population des jeunes non scolaires de Djougou dont la taille n'est pas connue. Mais la proportion de jeunes à interviewer est déterminée selon la formule de Daniel Schwartz (1963). Trois facteurs déterminent essentiellement la taille (N) de l'échantillon pour une enquête faite dans la population: i), la prévalence estimative de la variable étudiée à savoir la prévalence du VIH au sein de la population de 15-24 ans ii), le niveau de confiance visé et iii) la marge d'erreur acceptable. Ainsi, dans le cadre de la présente recherche qui est fondée sur un échantillon aléatoire simple et la taille de l'échantillon requise est calculée à l'aide de la formule suivante :

$$n = \frac{t^2 \times p(1-p)}{m^2}$$

$$N = n/m$$

*Explication :*

- ✓  $n =$  taille d'échantillon requise ;
- ✓  $t =$  niveau de confiance à 95% (valeur type de 1,96) ;
- ✓  $p =$  prévalence de l'infection à VIH chez les jeunes est de 0,7% (EDSB IV-2012-2013) ;
- ✓  $m =$  marge d'erreur à 5% (valeur type de 0,05)

Calcul de la taille

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,007(1-0,007)}{(0,05)^2}$$

$$n = 11$$

$$N = 11/0,05$$

$$N = 214$$

Ainsi, la taille de l'échantillon est de 214 individus répartis comme suit :

- 184 Jeunes sexuellement actifs (86%) ;
- 21 parents (10%);
- 09 personnes ressources intervenant dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA (4%).

La collecte des données est faite dans 26 des 30 quartiers urbains et péri-urbains des trois arrondissements centraux de Djougou.

#### **2.4- Dépouillement et analyse des données**

Les différentes données recueillies dans le cadre de cette recherche ont été codifiées saisie dans le logiciel Statistical Package for Social Science (SPSS 21.0). Après cette étape, il a été procédé à l'analyse des données avec Stata 11.0 en plus de SPSS. L'analyse des données a consisté à faire des calculs des effectifs, des fréquences, des pourcentages et de croiser certaines variables. Il s'agit de la statistique descriptive. La méthode de l'analyse factorielle en correspondance multiples (ACM) est également utilisée pour montrer les contributions moyennes des facteurs dans l'explication de la résistance des jeunes à utiliser le préservatif pour se protéger du VIH/SIDA.

Pour ce qui est des données collectées à l'aide du guide d'entretien, elles ont fait l'objet d'une analyse thématique de contenu à l'aide d'une grille d'analyse. Elle a

permis d'appréhender la représentation sociale du VIH/SIDA et la perception du préservatif. Sur la base de résultats de l'analyse thématique de contenu, des calculs de fréquences des sous-thèmes pré-identifiés sont faits.

## 2.5- Organisation et durée de l'enquête de terrain

L'enquête de terrain s'est effectuée en trois (03) phases : la phase exploratoire et la phase de la collecte des données. La recherche à couvert une période de 37 semaines comme l'indique le tableau ci-dessous.

**Tableau III : Chronigramme des activités**

<b>Etape</b>	<b>Activités</b>	<b>Semaines</b>	<b>Période</b>
<b>Travaux préparatoires</b>	Etape exploratoire	5 Semaines	Décembre 2014- janvier 2015
	Production de la première version du protocole	8 semaines	Février-Mars 2015
	Correction et version finale du protocole de recherche	4 semaines	Juin 2015
<b>Enquête de terrain</b>	Collecte de données	7 semaines	Juillet 2015- Septembre 2015
<b>Rédaction</b>	Dépouillement et traitement	5 semaines	Octobre- Novembre 2015
	Rédaction	4 semaines	Décembre 2015
	Correction et relecture	4 semaines	Janvier – mars 2016
<b>Total</b>		37 semaines	

Source : Données de terrain, 2015

## 2.6- Difficultés éprouvées et limites

L'absence de statistiques spécifiques relatives à la commune de Djougou sur la prévalence du VIH/SIDA constitue l'une des principales difficultés rencontrées. Aussi, convient-il de souligner au rang des difficultés liées à la collecte des données, le refus de certains jeunes à répondre aux questions qui leur sont adressées. En effet, la recherche a porté sur la sexualité (comportement sexuel des jeunes) qui est un sujet tabou et sacré. Pour se faire, des entretiens sont faits avec les jeunes pour leur rassurer sur le caractère confidentiel des données. Avec certains enquêtés, le principe de l'anonymat a été appliqué.

**DEUXIEME PARTIE : FACTEURS DE LA  
RESISTANCE DES JEUNES NON SCOLAIRES AU  
CHANGEMENT DE COMPORTEMENT FACE AU  
VIH/SIDA**

### CHAPITRE III : FACTEURS SOCIOCULTURELS DE LA NON-UTILISATION DES PRESERVATIFS LORS DES RAPPORTS SEXUELS CHEZ LES JEUNES NON SCOLAIRES

Le présent chapitre traite des facteurs socioculturels qui expliquent la résistance des jeunes au changement de comportement face au VIH/SIDA. Dans cette logique, le profil social des jeunes enquêtés prend en compte les paramètres liés à l'âge au premier rapport sexuel, le sexe, le lieu de résidence au moment de l'enquête et leurs appartenance religieuse, leurs comportements sexuels, la représentation sociale du VIH/SIDA et la perception du préservatif.

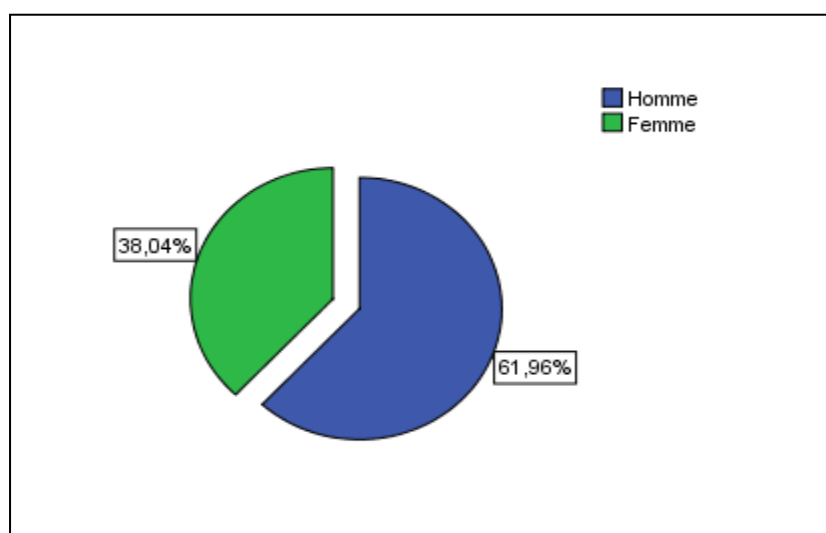
#### 3.1-Profil sociodémographiques

Il s'agit ici de décrire les caractéristiques sociodémographiques des jeunes enquêtés. Ainsi, le sexe, le lieu de résidence et la religion d'appartenance des jeunes sont examinés.

##### 3.1.1- Répartition selon le sexe

Selon le graphique ci-dessous met en exergue le sexe des jeunes non scolaires enquêtés.

**Graphique 1** : Répartition des enquêtés selon le sexe



Source : Données de terrain, 2015.

Sur un total de 184 jeunes sexuellement actifs enquêtés, les garçons représentent 61,94% des jeunes enquêtés et sexuellement actifs. Cet écart entre le nombre de filles et de garçons sexuellement actifs peut s'expliquer par le fait des valeurs culturelles qui

prônent la virginité des filles jusqu'au mariage. Ainsi, les rapports sexuels des filles avant le mariage reste encore un phénomène caché contrairement aux garçons dont la chasteté n'est pas une nécessité, une obligation mais plutôt un signe de leur incapacité et d'inquiétude pour les parents. Selon l'UNFPA (2012), au Malawi, au Lesotho et au Kenya, les adolescents garçons sont plus susceptibles que les filles de déclarer qu'ils sont sexuellement actifs avant l'âge de 15 ans.

### 3.1.2- Lieu de résidence

.Le tableau suivant présente les jeunes selon leur lieu de résidence des jeunes au moment de l'enquête croisé avec l'utilisation de préservatif au dernier rapport sexuel.

**Tableau IV :** Utilisation régulière du préservatif selon le milieu de résidence des jeunes enquêtés

Variables/modalités			12. Avez-vous utilisé le préservatif à votre dernier rapport sexuel?		Total
			Non	Oui	
Où habitez-vous?	P-urb	Effectif	32	15	47
		% compris dans Où habitez-vous?	68,1%	31,9%	100,0%
		% compris dans Avez-vous utilisé le préservatif à votre dernier rapport sexuel?	33,7%	16,9%	25,5%
		% du total	17,4%	8,2%	25,5%
	Urb	Effectif	63	74	137
		% compris dans Où habitez-vous?	46,0%	54,0%	100,0%
		% compris dans Avez-vous utilisé le préservatif à votre dernier rapport sexuel?	66,3%	83,1%	74,5%
		% du total	34,2%	40,2%	74,5%
Total	Effectif	95	89	184	
	% compris dans Où habitez-vous?	51,6%	48,4%	100,0%	
	% compris dans Avez-vous utilisé le préservatif à votre dernier rapport sexuel?	100,0%	100,0%	100,0%	
	% du total	51,6%	48,4%	100,0%	

Source : données de terrain, 2015.

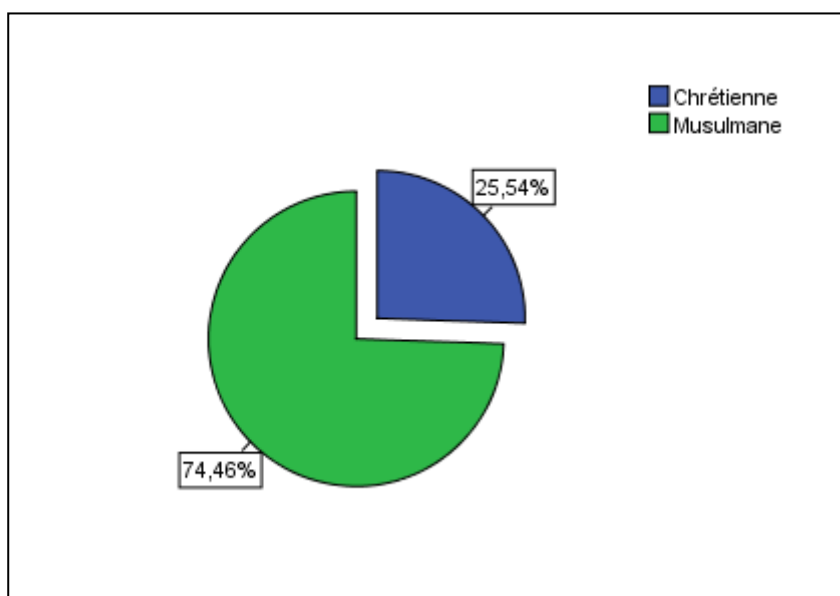
L'analyse de ce tableau montre la majorité des jeunes ayant répondu à nos questions vivent en milieu urbain (137 sur 184) soit 74,5% contre 25,5% (47 sur 184) qui vivent en milieu péri-urbain. Mais on constate que 33,7% des non utilisateurs de préservatif au dernier rapport sexuel ayant précédé l'enquête vivent en milieu péri-urbain alors

que 66,3% vivent dans les quartiers urbains. Ces résultats montrent que les jeunes réticents à l'utilisation du préservatif de façon régulière lors des rapports sexuels sont ceux résidents dans les quartiers urbains. Ces résultats sont confirmés par ceux de l'EDSB-IV (2011) et d'autres recherches menées au Cameroun et Côte d'Ivoire. Selon Yadjindji (2008), il existe une corrélation négative entre le milieu de résidence dans lequel vivent les adolescents et la non utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels. De même selon Kacou (2015), par rapport aux jeunes du milieu rural de la Côte d'Ivoire, ceux de la ville ont moins de chance d'utiliser le préservatif à leur dernier rapport sexuel.

### 3.1.3- Religion d'appartenance des enquêtés

Pour ce qui est de la religion pratiquée, le graphique ci-dessous fait ressortir la répartition des jeunes enquêtés selon leur appartenance religieuse.

**Graphique 2 :** Répartition des jeunes selon leur religion d'appartenance



Source : Données de terrain, 2015.

La majorité des jeunes de l'échantillon est constitué de musulmans. Ils représentent 74,46% contre 25,54% de chrétiens. Cette proposition de musulmans dans l'échantillon correspond à l'image de la population de Djougou.

Par ailleurs le graphique ci-dessous présente les résultats croisés de l'utilisation du préservatif et de l'appartenance religieuse.

**Tableau V** : Utilisation du préservatif selon la religion d'appartenance des jeunes

Variables/modalités			Avez-vous utilisé le préservatif à votre dernier rapport sexuel?		Total
			Non	Oui	
Religion	Chrétienne	Effectif	21	26	47
		% compris dans Religion :	44,7%	55,3%	100,0%
		% compris dans Avez-vous utilisé le préservatif à votre dernier rapport sexuel?	22,1%	29,2%	25,5%
		% du total	11,4%	14,1%	25,5%
	Musulmane	Effectif	74	63	137
		% compris dans Religion :	54,0%	46,0%	100,0%
		% compris dans Avez-vous utilisé le préservatif à votre dernier rapport sexuel?	77,9%	70,8%	74,5%
		% du total	40,2%	34,2%	74,5%
Total	Effectif	95	89	184	
	% compris dans Religion :	51,6%	48,4%	100,0%	
	% compris dans Avez-vous utilisé le préservatif à votre dernier rapport sexuel?	100,0%	100,0%	100,0%	
	% du total	51,6%	48,4%	100,0%	

**Source** : Données de terrain, 2015.

La lecture du tableau 4 montre que 51,6% des jeunes enquêtés n'ont pas utilisé le préservatif lors des rapports sexuels. Sur l'ensemble des 95 jeunes n'ayant pas utilisé le préservatif au dernier rapport sexuel, 22,1% (21 sur 95) sont des chrétiens alors que les 77,9% sont des musulmans soit 74 des 95 jeunes.

L'appartenance à une religion peut orienter le comportement sexuel des adeptes. Toutes les religions révélées véhiculent des normes et valeurs sur la sexualité. Elles rendent la sexualité sacrée à laquelle les jeunes doivent se conformer. En effet, les principes dogmatiques recommandent la virginité et la chasteté pour les jeunes jusqu'au mariage et déconseillent l'usage du préservatif. Malgré cette recommandation, les jeunes ont des rapports sexuels pré maritaux. D'après une étude menée en milieu urbain ivoirien, Talnan et *al*, (2002) ont observé que les jeunes

musulmanes ont moins de chance d'avoir recouru aux condoms dans leur vie que les jeunes adeptes de religions chrétiennes. Baya et Meda (2001) sont parvenus aux mêmes conclusions chez les jeunes de Bobo-Dioulasso. Selon Rwenge (1999), la non utilisation du préservatif par les jeunes musulmans peut s'expliquer par le fait que les jeunes musulmans grandissent et accèdent difficilement aux informations sur la sexualité.

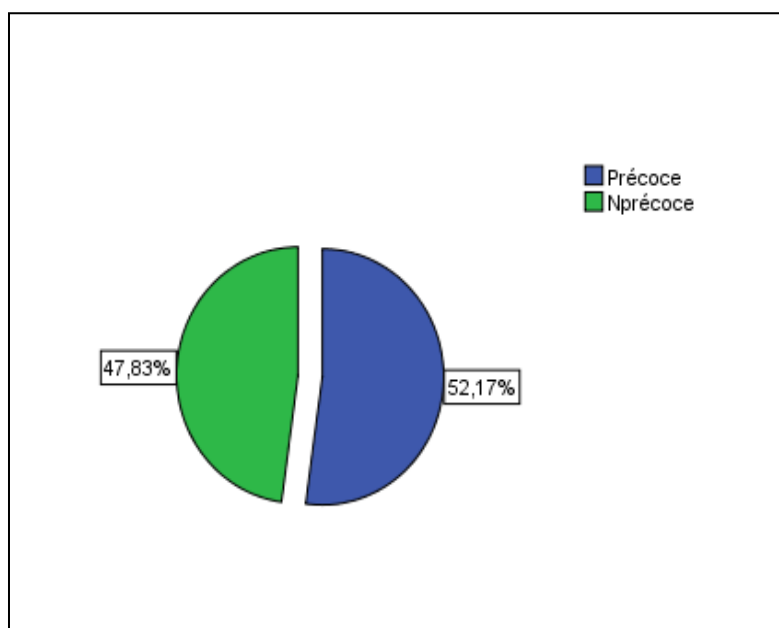
### **3.2-Population jeune et sexuellement active : les rapports pré-nuptiaux et l'utilisation du préservatif**

Si le milieu de résidence, le sexe et la religion sont des facteurs qui influence la sexualité des jeunes, des variables telles que l'âge premier rapport sexuel influence également l'utilisation le comportement sexuel des jeunes.

#### **3.2.1- Ages aux premiers rapports sexuels des jeunes.**

Le graphique 3 met en évidence la nature des premiers rapports sexuels des jeunes.

**Graphique 3 : Répartition des jeunes selon le type de leur premier rapport sexuel**

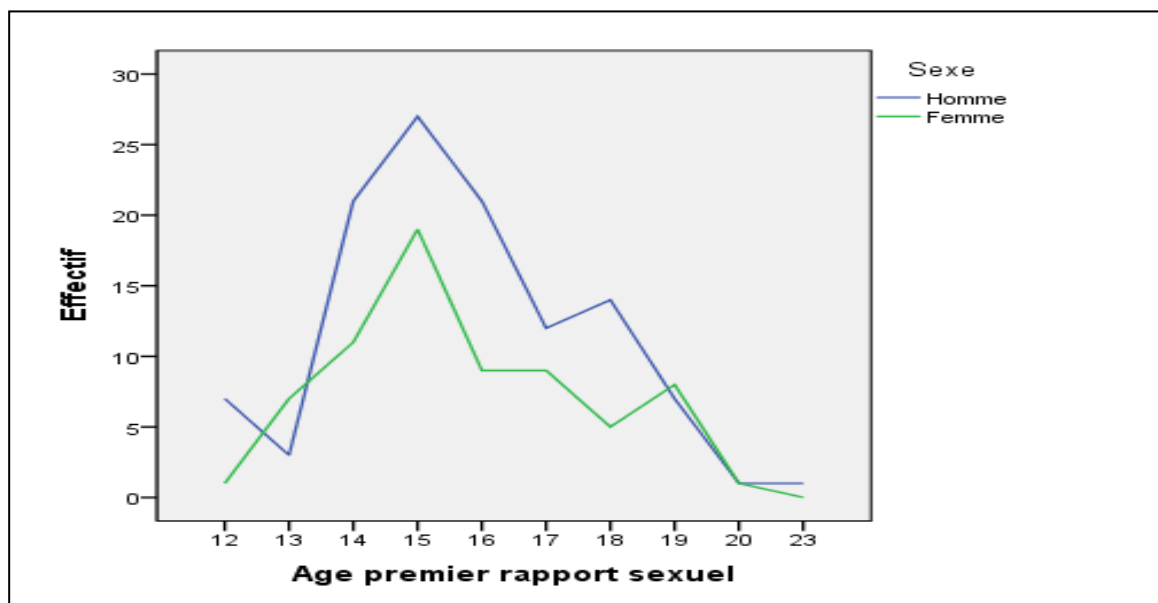


Source : Données de terrain, 2015.

Selon les résultats des enquêtés, 52,17% des jeunes sont sexuellement précoces contre 47,83% comme le montre graphique ci-dessous. Un rapport est dit précoce, lorsqu'il est entretenu avant l'âge de seize (16) ans même si la déclaration des âges au premier rapport sexuel pourrait être emprise d'incertitude du fait du contexte socioculturel et des questions de mémoires. La précocité des rapports varie donc en fonction du sexe.

Le graphique 4 montre l'évolution de l'âge au premier rapport sexuel en fonction du sexe.

**Graphique 4 :** Evolution de l'âge au premier rapport sexuel selon le sexe



Source : Données de terrain, 2015.

L'analyse du graphique 4 met en exergue une croissance régulière du nombre de filles ayant eu leurs premiers rapports sexuels jusqu'à l'âge de quinze (15) ans. Ce nombre diminue pour atteindre son minimum à 23 ans. Cette évolution est similaire à celle des garçons. Toutefois, on peut remarquer que les garçons sont sexuellement plus précoces que les filles. Cela s'expliquerait par la valeur sociale accordée aux relations sexuelles préconjugales des garçons malgré la promotion de la chasteté et de la virginité des jeunes jusqu'au mariage. Cette même tendance est observée dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne par Rwenge (2013). Selon ce même auteur, à l'exception de la RDC, du Rwanda et du Sénégal, dans la plupart des pays, l'âge médian aux premiers rapports sexuels est plus élevé parmi les garçons que parmi les filles. De façon spécifique en Côte d'Ivoire, d'après Talnan et al, (2002), environ 27,5 % des filles contre 36,4 % des garçons de 15-24 ans ont eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 16 ans.

### 3.2.2- Sexualité prénuptiale et utilisation du préservatif

L'un des facteurs d'exposition au risque d'infection au VIH est l'âge au premier rapport sexuel combiné au non utilisation du préservatif. Mais les résultats consignés

dans le tableau 4 montrent que la majorité des jeunes n'utilise pas toujours le préservatif pour se prémunir de l'infection à VIH.

**Tableau VI :** Utilisation du préservatif selon l'âge au premier rapport sexuel

Variables/modalités			Avez-vous utilisé le préservatif à votre dernier rapport sexuel?		Total
			Non	Oui	
<b>Précocité des Rapport sexuel</b>	<b>Précoce</b>	<b>Effectif</b>	91	84	175
		% compris dans Précocité des Rapport sexuel	52,0%	48,0%	100,0%
		% compris dans Avez-vous utilisé le préservatif à votre dernier rapport sexuel?	95,8%	94,4%	95,1%
		% du total	49,5%	45,7%	95,1%
	<b>Non précoce</b>	<b>Effectif</b>	4	5	9
		% compris dans Précocité des Rapport sexuel	44,4%	55,6%	100,0%
		% compris dans Avez-vous utilisé le préservatif à votre dernier rapport sexuel?	4,2%	5,6%	4,9%
		% du total	2,2%	2,7%	4,9%
<b>Total</b>	<b>Effectif</b>	95	89	184	
	% compris dans Précocité des Rapport sexuel	51,6%	48,4%	100,0%	
	% compris dans Avez-vous utilisé le préservatif à votre dernier rapport sexuel?	100,0%	100,0%	100,0%	
	% du total	51,6%	48,4%	100,0%	

Source : Données de terrain, 2015.

L'examen de ce tableau montre que parmi les jeunes sexuellement précoces, 49,5% n'ont pas utilisé le préservatif au dernier rapport sexuel contre 2,2% chez les non précoces. Au total, 51,6% des jeunes n'ont pas utilisés le préservatif au dernier rapport sexuel. Selon Rwenge (2013), dans tous les pays côtiers de l'Afrique de l'Ouest, il existe un lien significatif entre la précocité des rapports sexuels et la non-utilisation du préservatif lors des rapports sexuels. Ceci s'expliquerait par l'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel. En d'autres termes, le risque de la non utilisation du préservatif est plus élevé chez les jeunes n'ayant pas fait recours au préservatif lors de leurs premiers rapports sexuels. Ces jeunes adolescents constituent donc une population à risque parce qu'ils entretiennent pour la plupart des rapports sexuels occasionnels et souvent sans précaution (Becker, 1999).

Plusieurs raisons sont évoquées par les enquêtés pour expliquer cette difficulté qu'ils éprouvent à négocier l'usage du préservatif lors des rapports sexuels avec leurs partenaires réguliers ou irréguliers. La recherche du plaisir lors des rapports sexuels et l'étiquette de déviants sociaux collées aux jeunes non mariés et utilisateurs ou acheteurs de préservatifs sont les principales raisons citées pour expliquer la non utilisation régulière du préservatif lors des rapports sexuels avec les amis/amies.

Face à la recherche du plaisir lors des rapports sexuels non protégés, les jeunes filles comme garçons ont recours à certaines expressions pour soutenir leurs comportements sexuels à risque : *‘on ne sent rien avec le préservatif, nous ont fait ‘peau par peau’, chaire contre chaire ou encore en life et non en diféré, ‘on ne mange pas la banane avec sa peau’*.

L'attitude de réticence des jeunes à utiliser le préservatif pour se protéger du VIH/SIDA est un "construit social" en référence aux normes endogènes et aux représentations sociales de la sexualité des jeunes et surtout du construit social du VIH/SIDA.

### **3.3- Représentation sociale du VIH/SIDA**

La compréhension des représentations sociales du VIH/SIDA, d'une part, du préservatif et de l'abstinence comme les moyens les plus efficaces de la prévention du VIH/SIDA, d'autre part, s'avère indispensable dans l'explication de la propagation de ce fléau.

Déviance et stigmatisation sont les deux concepts autour desquels se font et se défont les représentations du SIDA par les jeunes de Djougou. Autrefois, inconnu des populations de Djougou en général, l'infection au VIH/SIDA est construite par analogie. Avec les premiers cas du VIH/SIDA au Bénin et en particulier à Djougou, le SIDA est considéré comme la maladie des "déviants sexuels". L'étiologie populaire dépeint la "fornication" désignée en langue nationale Dendi par l'expression *‘ziina’* (emprunt arabe). En effet, *‘ziina’* (H'aram) est un emprunt de l'Arabe et désigne tout rapport sexuel illicite. Considéré comme un péché, cette expression désigne ou sert à qualifier tout rapport sexuel consommé par les jeunes (filles et garçons) avant le mariage ou les rapports sexuels extraconjugaux (adultère).

Pour camoufler cette déviance sexuelle de l'auteur, ce déshonneur des géniteurs, l'expression "kpara zangnaiin" qui signifie littéralement "maladie de la ville" est couramment utilisée pour désigner la maladie du SIDA. Aussi, l'appellation "kapara zang'ayin" met-elle en exergue l'origine de la maladie : interaction humaine contrairement aux maladies de brousses souvent causées par les "ziini" ou encore Djinnns qui sont des créatures divines au pouvoir maléfique redoutés par les hommes. Il convient de préciser que les maladies causées par ces djinnns ne sont pas transmissibles ni contagieuses. C'est dans le sens d'une "protection sociale" de la personne malade du SIDA que cette expression moins dévalorisante est utilisée pour cacher le discrédit jeté sur les personnes infectées par le VIH. Cette construction sociale de la maladie du SIDA n'est pas le seul apanage des jeunes du secteur informel.

Quant à l'étiologie populaire dans un milieu à dominance musulmane, elle fait du SIDA une sanction pour les déviants sexuels. Ainsi, les malades du SIDA sont stigmatisés avec l'infection à VIH comme le stigmaté.

*« Selon notre religion (Islam), il est interdit de faire le ziina, c'est-à-dire d'avoir des rapports sexuels avant le mariage ou de coucher avec la femme de quelqu'un. Le SIDA est la sanction de Dieu pour tous ceux qui ne respectent pas cette obligation de notre religion, donc pour éviter le SIDA, il faut éviter de commettre la fornication ou l'adultère » (S.B. garçon, 18 ans, entretien du 21/02/2015 à Taïfa).*

L'influence du facteur religieux dans la représentation du VIH/SIDA est également mise en exergue au Congo. Suivant la conception religieuse, le sida est considéré comme une punition ou une malédiction de Dieu à l'égard des personnes n'observant pas ses ordonnances ou commettant des péchés. Le sida apparaît toujours comme une maladie — sanction d'une conduite sexuelle, ce qui l'assimile à l'impudicité, à la débauche, à l'adultère et fait du malade un pécheur qui n'a eu que ce qu'il mérite (Boumpoto, 1995).

Par ailleurs, le processus de construction sociale de cette nouvelle maladie montre que la nosologie populaire du SIDA fait référence aux symptômes d'autres maladies : varicelle et la tuberculose. En effet, les symptômes de certaines infections opportunistes telles que la syphilis, le zona (boutons) ou la tuberculose (amaigrissement) dont les signes constituent les manifestations de la maladie du SIDA

à une étape avancée amènent les populations de Djougou à utiliser la nosologie populaire d'autres maladies ayant pratiquement les mêmes signes (manifestations, symptômes) pour désigner la maladie du SIDA. Ainsi, des expressions telles que "burussa", "toko-toko béri" en Dendi et en yom qui sont les deux langues nationales les plus parlées à Djougou servent à désigner la maladie du SIDA. En effet, "burussa" qui dénote la présence de plusieurs boutons sur le corps du malade est le nom endogène de la varicelle alors que "toko-toko béri" est la nosologie locale de la tuberculose. Ainsi, la construction sociale de la maladie du SIDA, fait de toute personne atteinte d'une maladie qui se manifeste par l'apparition de bouton sur le corps, des micro-plaies, l'amaigrissement et la toux, objet de suspicion et de stigmatisation et par conséquent une personne atteinte de la maladie du SIDA. Il n'y a pas une source unique d'élaboration des représentations du sida chez les jeunes. Ainsi, en 1991, des jeunes Abidjanais connaissent le sida, mais parfois nient son existence ou se réfèrent à des schémas "vernaculaires", modernes ou mixtes sur le fonctionnement du corps, la procréation et le mécanisme des maladies sexuellement transmises (Déniand et al, 1995).

Malgré ce référent islamique sur la sexualité avant le mariage la valeur de la virginité/chasteté jusqu'au mariage n'est plus respectée. En effet, la majorité des jeunes choisis au hasard pour l'interview dans le cadre de ce travail dit avoir eu des rapports sexuels. Toutefois, cet aveu ne s'est pas fait avec aisance du fait du caractère sacré et tabou de la sexualité des adolescents et jeunes.

### **3.4-Niveau de connaissance et perception du préservatif.**

La majorité des enquêtés utilise les termes de "condom" ou "*haru boro foula*" (chapeau de l'homme) *en langue Dendi* pour désigner le préservatif. Pour ce qui est des jeunes enquêtés, préservatif et condom sont les expressions les plus utilisées pour faire référence au moyen de prévention du VIH/SIDA. Mais pour ceux qui ont une attitude négative vis-à-vis du préservatif, le terme de "*caoutchouc*" est utilisé pour désigner le préservatif.

**Tableau VII : Connaissance des moyens de prévention du VIH/SIDA par les jeunes**

Moyens de prévention du VIH	Effectif	Pourcentage
Abstinence	47	25,54
Fidélité réciproque	67	36,41
Bonne utilisation régulière du préservatif	59	32,07
Autres	11	5,98
Total	184	100

Source : Données de terrain, 2015.

L'analyse de ce tableau montre que 32,07 % de jeunes sexuellement actifs enquêtés (59 sur 184) estiment que le préservatif est un moyen efficace de protection contre le VIH/SIDA alors que pour 36,41% des jeunes, la fidélité réciproque à un partenaire non infecté est plus efficace contre le SIDA. Toutefois, pour 5,98% des jeunes, d'autres moyens tels que les prières, l'usage unique des objets coupants constituent un moyen de prévention du SIDA. Ces statistiques relatives aux jeunes interviewés montrent que le préservatif n'est pas totalement inconnu ni totalement rejeté. En effet, les enquêtés, reconnaissent pour la plupart les bienfaits et l'importance du préservatif.

*Le préservatif permet de se protéger contre les infections sexuellement transmissibles et surtout le VIH/SIDA. (B.S, fille, 17 ans, entretien du 11/02/2015 à Kpatougou).*

*Le préservatif permet surtout d'éviter les grossesses et nous permet de finir l'apprentissage et d'avoir notre diplôme. (A, H, garçon, 18 ans, entretien du 3/4/2015 à Zountori)*

Le préservatif est perçu par les jeunes comme un moyen efficace de prévention des grossesses non désirées. Il est considéré moins efficace contre la prévention des IST/VIH. Pour eux, le préservatif est un moyen inventé par les "blancs" pour diminuer la population africaine. Pour certains, il est un réservoir du virus du VIH/SIDA. Ces résultats concordent avec ceux de Faye (1999) pour qui le paradigme colonial sert aussi de référent aux habitants de Bamako pour nier le SIDA et l'efficacité du préservatif comme moyen de protection. En fonction de la nosologie populaire, l'une des représentations sociales fait la part belle à la morale, aux valeurs et préceptes religieux. Le préservatif est perçu comme une invention des "blancs" pour réduire la population de l'Afrique en propageant le VIH. Au Burkina Faso, la référence au préservatif ne convenait pas aux religieux. Ils ont dans ce cadre entrepris

de mettre systématiquement en doute son efficacité, ce qui permet ensuite d'affirmer que combattre le préservatif c'est lutter contre le sida ou que le risque d'attraper le sida que courent les utilisateurs du préservatif dans nos pays ne doit pas être appelé risque, mais certitude (Taverne, 1995). Cette construction fait du châtimeur et la punition divine comme la répréhension divine face aux conduites sexuelles socialement anormales (hors normes). La représentation sociale du VIH/SIDA sous l'angle religieux est source de conduites d'isolement, de replis sur soi de la personne malade du fait de la stigmatisation dans son environnement.

A travers cette représentation sociale à dominance religieuse, se cache une autre conception de l'infection à VIH/SIDA. Il s'agit de la construction sociale du SIDA influencée par le biomédical : transmission du VIH/SIDA par contact charnel avec une autre personne malade. En effet, pour certains des enquêtés, loin d'être une punition divine, le VIH/SIDA est une maladie introduite par le "blanc" dans le but de ralentir la poussée démographique de l'Afrique. Si la représentation du VIH/SIDA est d'ordre religieux et même biologique, celle du préservatif uniquement faite est selon une vision biomédicale. Ceci est également confirmé par les résultats d'une recherche menée auprès des jeunes abidjanais. Selon cette recherche, c'est plutôt l'image d'un instrument de santé (comme les médicaments, les seringues et le sparadrap) qui est mise en avant, suivie par la contraception. On retrouve en troisième position des réponses cumulées les notions d'hygiène et de bien-être corporel pouvant s'apparenter à la santé. La représentation du préservatif selon un mécanisme magico-religieux ne fonctionne pas (Déniard, 1995). Cette représentation sociale du SIDA a une implication sur les moyens de préventions et sur le comportement sexuel des jeunes. Ceci expliquerait le faible taux des jeunes ayant cité le préservatif comme le moyen de lutte le plus efficace contre le VIH/SIDA car, l'achat du préservatif pour usage est considéré à l'aune des valeurs socioculturelles, voire religieuses comme une déviance. La représentation sociale du SIDA et de ses moyens de prévention est faite en dehors du cadre de la biomédecine. C'est dans ce sens qu'Olivier de Sardan (1999) affirme que les représentations populaires des maladies en Afrique ont été produites dans les langues et les cultures sans un lien avec la médecine moderne.

*“Mais sans vous mentir hein, dans ma vie hein, je n’ai pas aimé le condom. Je suis moi directe. Parce que le condom, quand je mets, ça me gratte. J’avais même déjà expliqué ça à un docteur. Parce que la capote me dérange, j’utilise seulement malgré moi, sinon je n’utiliserai pas moi. Si on pouvait changer et utiliser une autre capote qui ne devait pas me démanger, ça allait me plaire. (V, fille, 19 ans, entretien du 11 avril 2015 à Baparapé)*

Malgré cette perception du préservatif et la construction du VIH/SIDA, certains jeunes l’utilisent souvent pour se protéger du VIH/SIDA alors que d’autres l’ont utilisé au dernier rapport sexuel pour des raisons de protection contre les grossesses non désirées. Le préservatif est donc utilisé pour prévenir les grossesses indésirables (intérêt) et non pour prévenir le VIH/SIDA. C’est un paradoxe d’avoir une idée peu favorable du préservatif et l’utiliser de même pour se protéger d’une telle éventualité. Ceci permet d’affirmer qu’il existe des jeunes qui ont une bonne intention d’utiliser le préservatif mais qui se trouvent influencés par d’autres facteurs socioculturels tels que le milieu de résidence, la perception du préservatif et surtout la représentation du VIH/SIDA. La perception du préservatif et la représentation sociale du VIH/SIDA sont déterminées par les valeurs religieuses.

## **CHAPITRE IV : LES CONDITIONS SOCIO-ECONOMIQUES DE LA NON-UTILISATION DES PRESERVATIFS PAR LES JEUNES NON SCOLAIRES**

La résistance à l'utilisation du préservatif dépend de plusieurs facteurs. Parmi ces facteurs, certains sont socio-culturels, économiques et d'autres correspondent aux différentes perceptions associées au VIH/SIDA et au préservatif. Dans ce chapitre, il s'agit de déterminer dans quelle mesure la résistance à l'utilisation du préservatif chez les jeunes dépend des conditions socio-économiques dans lesquelles ils vivent.

Deux types de variables sont retenus pour faire une classification des jeunes selon leurs conditions de vie. Le premier type traduit les capacités humaines de l'enfant. Il s'agit plus précisément le secteur d'activité économique, de leurs capacités à satisfaire leurs besoins personnels et de leur niveau d'instruction. Le deuxième type de variable rend compte de la situation financière de ces parents. La technique de l'analyse factorielle a été utilisée pour catégoriser les jeunes.

### **4.1- Type d'occupation professionnelle**

Le tableau 7 ci-dessous donne un aperçu de l'adoption ou du rejet du préservatif selon le sexe et le type d'occupation des jeunes.

**Tableau VIII : Utilisation du préservatif selon le sexe et l'occupation professionnelle des jeunes**

8. Profession :				Avez-vous utilisé le préservatif à votre dernier rapport sexuel?		Total
				Non	Oui	
Apprentis mécaniciens	Quel est votre sexe?	Homme	Effectif	11	19	30
			% compris dans Quel est votre sexe?	36,7%	63,3%	100,0%
	Total	Effectif	11	19	30	
			% compris dans Quel est votre sexe?	36,7%	63,3%	100,0%
Apprentis couturiers	Quel est votre sexe?	Homme	Effectif	41	43	84
			% compris dans Quel est votre sexe?	48,8%	51,2%	100,0%
	Femme	Effectif	33	20	53	
		% compris dans Quel est votre sexe?	62,3%	37,7%	100,0%	
Total	Effectif	74	63	137		
			% compris dans Quel est votre sexe?	54,0%	46,0%	100,0%
Apprentis coiffeur	Quel est votre sexe?	Femme	Effectif	10	7	17
			% compris dans. Quel est votre sexe?	58,8%	41,2%	100,0%
	Total	Effectif	10	7	17	
			% compris dans Quel est votre sexe?	58,8%	41,2%	100,0%
Total	Quel est votre sexe?	Homme	Effectif	52	62	114
			% compris dans Quel est votre sexe?	45,6%	54,4%	100,0%
	Femme	Effectif	43	27	70	
		% compris dans Quel est votre sexe?	61,4%	38,6%	100,0%	
Total	Effectif	95	89	184		
			% compris dans Quel est votre sexe?	51,6%	48,4%	100,0%

Source : Données de terrain, 2015.

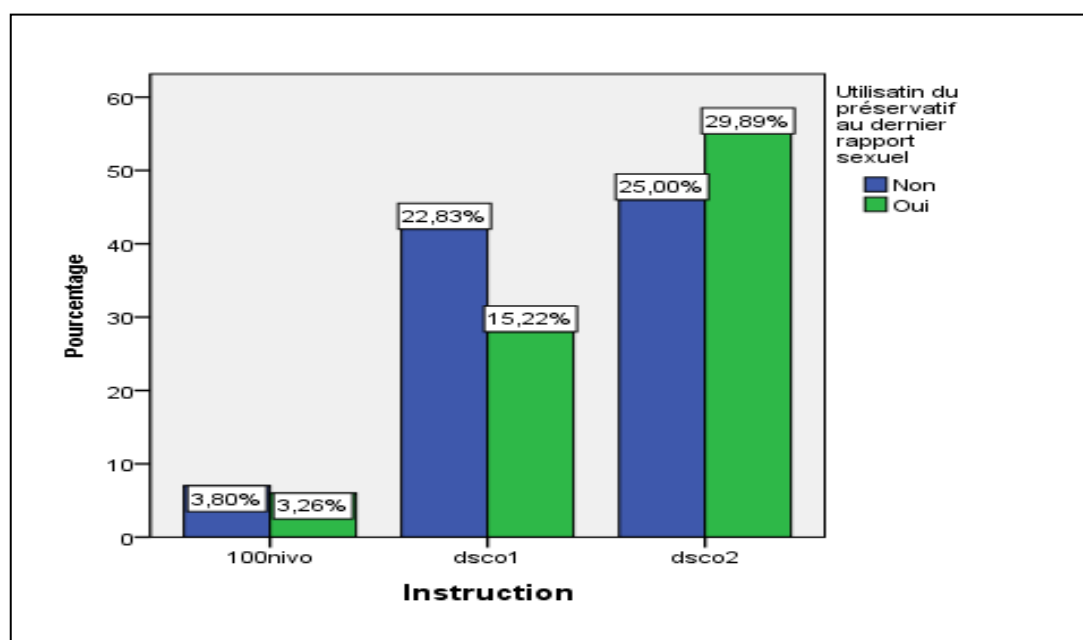
L'analyse du tableau montre que quel que soit le type d'occupation professionnelle, l'attitude des jeunes face à l'utilisation du préservatif varie selon le sexe. Le pourcentage d'hommes et de femmes ayant utilisé le préservatif au dernier rapport sexuel n'est jamais le même. Par exemple, les jeunes de sexe féminin apprenant la couture sont plus nombreux en proportion avec (62,3 %) que les hommes estimés à (48,8 %) à n'avoir pas utilisé le préservatif lors des derniers rapports sexuels. À l'opposé, les jeunes routiers (apprentis mécaniciens) qui sont tous de sexe masculin

sont les moins nombreux à ne pas utiliser le préservatif au dernier rapport sexuel (36,7 %). Ils sont donc les plus nombreux à voir utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel (63,3%).

#### 4.2- Niveau d'instruction

Le niveau d'instruction est l'une des variables retenues pour évaluer l'influence de la des conditions socio-économiques sur la résistance des jeunes au changement de comportement face au VIH/SIDA. Le graphique 5 ci-dessous montre le résultat du croisement de cette variable à celle de l'utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel.

**Graphique 5 : Utilisation du préservatif selon le niveau d'instruction des jeunes**



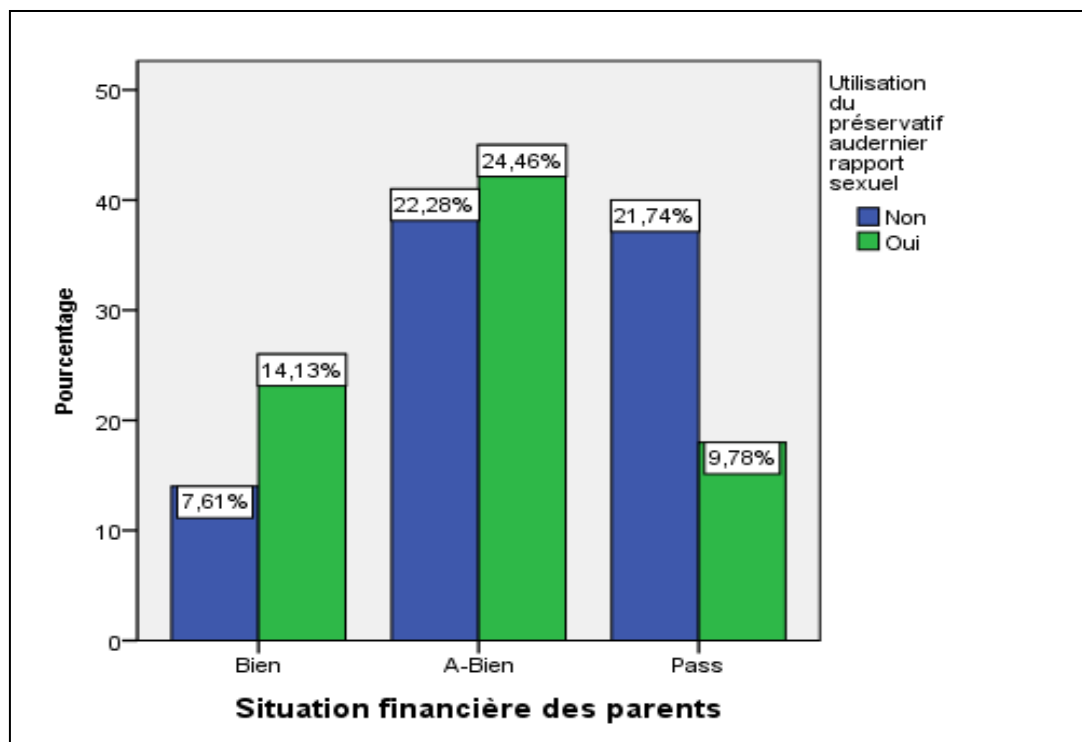
Source : Données de terrain, 2015.

Le niveau d'instruction croisé à l'utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel, montre que le niveau d'instruction a une influence sur l'utilisation du préservatif. La proportion des utilisateurs est plus grande chez les jeunes déscolarisés au niveau secondaire (29.89%) contre 3,29% chez les jeunes non scolarisés. Ces résultats vont dans le même sens que ceux obtenus au Cameroun par Yadjindji (2008) qui remarque que la proportion de jeunes qui utilisent le préservatif lors des rapports sexuels augmente avec le niveau d'instruction. Selon Lloyd cité par Rwenge (2013), la scolarisation contribue à l'amélioration des connaissances des jeunes sur les IST y compris le VIH.

### 4.3- Situation financière des parents

La situation financière détermine le niveau de vie des ménages dans lesquels vivent les jeunes enquêtés. Le graphique 6 donne une idée de la relation entre la situation financière des parents et l'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels.

**Graphique 6 : Répartition des jeunes selon la situation financière des parents**



Source : Données de terrain, 2015.

La lecture du graphique 6 montre que les jeunes dont la situation des parents est perçue bien et assez-bien sont ceux qui sont le moins réticents à l'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels. En effet, 24,48% des jeunes ayant des parents dont les conditions de vie sont assez-bonnes ont déclarés avoir souvent utilisé le préservatif contre 9,78% des jeunes dont la situation financière des parents est moyenne. Les jeunes dont les parents ont une situation financière satisfaisante (bien) représentent 14,13% de l'ensemble des jeunes ayant affirmé avoir utilisé le préservatif au dernier rapport sexuel seulement.

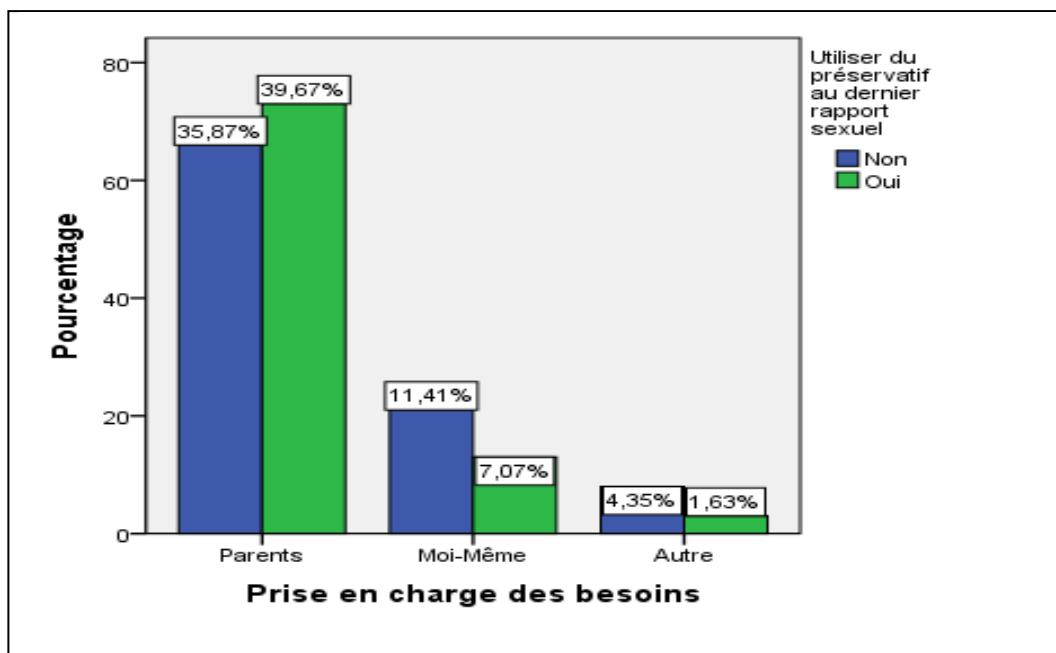
Le fait de vivre dans des conditions socio-économiques difficiles augmente de manière significative la probabilité chez les jeunes d'avoir des rapports sexuels à haut risque de grossesses non désirées et de contamination par les infections sexuellement transmissibles y compris le VIH/Sida (Talnan et al., 2003). Selon Lurie (1976) cité par

Rwenge (1995), la situation économique des parents affecte considérablement les comportements sexuels de leurs enfants et le type d'encadrement familial qui résulte de ces pressions économiques en est la raison. En effet, selon une recherche menée au Bénin par Kouton (1992), la situation socio-économique des parents détermine leur capacité à satisfaire les besoins de leurs enfants. Dans une situation financière satisfaisante, les jeunes peuvent s'engager dans le mutlipartenariat sexuel. La dépendance financière des jeunes à d'autres personnes autres que les parents leur ôte le pour de décision, de négociation des rapports sexuels protégés.

#### 4.4- Satisfaction des besoins personnels des jeunes enquêtés et attitude liée au préservatif

En plus de la situation financière des parents, les sources de satisfactions des besoins personnels des jeunes sont explorées. Le graphique 7 suivant en donne une idée.

**Graphique 7 :** Répartition des jeunes selon les auteurs de la satisfaction de leurs besoins



Source : Données de terrain, 2015.

L'analyse du graphique 7, montre que les jeunes dont les besoins sont satisfaits par leurs parents représentent 39,67%. Il s'agit de la proportion la plus élevée alors que ceux dont les besoins sont pris en charge par des personnes autres que les parents et eux-mêmes utilisent moins de préservatifs. Il ressort des résultats que plus les jeunes ont accès à plus de moyens financiers pour satisfaire leurs besoins, ils sont moins résistants à l'usage du préservatif. La proportion des jeunes dont les besoins sont

satisfaits par eux-mêmes (11,41%) et d'autres personnes (4,35%) font moins recours au préservatif lors des rapports sexuels. Ces résultats renforcent les théories des adeptes de l'approche économique de la sexualité des adolescentes qui stipulent que les adolescentes des ménages pauvres "monnayent" les rapports sexuels en vue de survenir à leurs besoins (Calvès, 1996 ; Rwenge, 1999). En effet, en cas d'insuffisance des moyens financiers, les jeunes filles ont tendance à se prostituer et les jeunes garçons à avoir des rapports sexuels occasionnels et non protégés. Cette réalité pousse les jeunes filles dans les échanges sexuels contre des cadeaux en nature ou moyennant de l'argent pouvant les aider à subvenir à leur besoins personnels. Dans cette situation, elles se retrouvent dans une situation d'incapacité d'exiger le port du préservatif lors de ces genres de rapports sexuels.

Les filles ne sont pas cependant seules à avoir ces genres de rapports sexuels pour satisfaire leurs besoins personnels. Rwenge (2000) a révélé que la précarité explique aussi les rapports sexuels occasionnels des garçons car ceux-ci n'ont pas assez de moyens pour entretenir une partenaire régulière. Dans ce cas, ils préfèrent avoir des rapports sexuels occasionnels, peu stables et moins coûteux.

Ces résultats s'inscrivent dans la logique de la théorie d'adaptation rationnelle qui postule que le comportement sexuel des jeunes notamment les jeunes filles résultent d'une décision rationnelle visant à rechercher un soutien d'ordre économique ; surtout pour les jeunes filles.

#### **4.5- Analyse descriptive : analyse factorielle des correspondances multiples**

Cette section présente les résultats de la mise en œuvre de l'ACM.

Plusieurs outils sont existents pour fixer le nombre d'axes factoriels que nous exploiterons ici et dans les analyses suivantes : le critère du pourcentage d'inertie, de coude et de Kaiser. Le premier recommande de choisir des axes par ordre décroissant de leur pourcentage d'inertie de façon à réunir une part d'inertie supérieure à un seuil compris entre 60 et 80 %. Le second critère (Critère de "coude") cherche à détecter l'existence d'un "coude" ou d'un palier correspondant à forte diminution de l'inertie. Quant au critère de Kaiser, il suggère de retenir les facteurs dont les valeurs propres sont supérieures à 1.

En analysant les résultats de l'ACM (annexe 3) on constate qu'aucun facteur n'a de valeur propre supérieure à 1. Toutefois on note un coude au niveau du troisième facteur avec une forte diminution de l'inertie.

En utilisant le critère de l'existence d'un "coude", on retient les deux (02) premiers axes factoriels qui représentent 52,33% de l'inertie totale. L'analyse s'est limitée aux deux premiers axes factoriels.

Une fois le choix des axes effectué, l'intérêt est porté sur les variables dont les modalités ont les plus fortes contributions (contrib) à la formation de ces axes et de meilleurs cosinus carrés (sqcorr). Ainsi pour interpréter un axe, seules sont retenues les modalités (Q) des variables (k) pour lesquelles les sqcorr sont les plus fortes que la valeur propre moyenne (Vpm) non nulle et ayant des contrib plus importantes à la formation des axes que l'inertie totale moyenne. Par conséquent, chaque axe « oppose » les modalités qui ont des coordonnées négatives à celles qui ont des coordonnées positives par rapport à celui-ci.

La formule suivante est utilisée pour déterminer la valeur propre non nulle :  $V_{pm} = 1/k$  ou  $k=7$  alors on a  $V_{pm} = 1/7 = 0,142$ . Ainsi, à partir du tableau disjonctif, la synthèse suivante est faite.

**Tableau IX :** Contribution des points-modalités à l'inertie des axes factoriels

Dimension 1		Dimension 2	
Modalité	Contribution à l'inertie (Coordonnée)	Modalité	Contribution à l'inertie (Coordonnée)
Dsco1	+1,198	Péri-urbain	+1,822
Voivih-non	+1,253	Cout	+0,685
Sitfina-pass	+1,787	Moi-Même	+1,627
Otre	+4,004	Mécanicien	-3,604
Dsco2	-1,023	Urbain	-0,625
Sitfina-ass-bien	-0,697		
Satbesoin-paren	-0,617		
Voivih-oui	-0,577		

Source : Données de terrain, 2015.

### Interprétation des axes

Les deux (02) premiers facteurs retenus précédemment sont expliqués.

## Description du facteur 1

Le premier axe factoriel restitue 32,58% de l'information transportée par le nuage de points. Cet axe oppose les jeunes dont la situation financière des parents est perçue passable (sitfina-pass) par eux-mêmes. Ils sont déscolarisés au niveau primaire (desco1) et n'ont pas une bonne connaissance du VIH/SIDA (Voivih-non). Il s'agit des jeunes dont la majorité de leurs besoins est satisfaite par d'autres personnes que les parents (Otre).

Dans sa partie négative, le premier axe factoriel regroupe les jeunes déscolarisés au niveau secondaire (desco1) dont la situation financière de leur ménage est assez-bonne (sitfina-ass-bien). Ce sont des jeunes pris en charge par leurs parents (satbesoin-paren) et qui ont une bonne connaissance du VIH/SIDA (Voivih-oui).

**Tableau X :** Variables participant à la formation de l'axe 1

<b>Dimension 1</b>			
<b>Modalité</b>	<b>Contribution à l'inertie (Coordonnée positive)</b>	<b>Modalité</b>	<b>Contribution à l'inertie (Coordonnée négative)</b>
Dsco1	+1,198	Dsco2	-1,023
Voivih-non	+1,253	Sitfina-ass-bien	-0,697
Sitfina-pass	+1,787	Satbesoin-paren	-0,617
Otre	+4,004	Voivih-oui	-0,577

Source : Données de terrain, 2015.

## Description du facteur 2

Selon les résultats de l'ACM, le deuxième axe factoriel fait 19,75% de l'inertie totale. Les variables relatives aux conditions socio-économiques et à la prévention des IST/VIH et des grossesses sont celles qui contribuent au positionnement de cet axe : Otre (40,04%), dsco1 (11,98%), voivih-non (12,53%), desco2 (10,23%) et sitfina-pass (10,87%). Cet axe oppose les jeunes de 15 – 24 comme suit :

Le groupe des jeunes de la partie positive de cet axe sont des jeunes issus des ménages à revenus moyens vivant en milieu péri-urbain qui affirment être pris en charge par eux-mêmes et apprenant la couture. Quant au second groupe de jeunes caractérisé par les coordonnées négatives du deuxième axe factoriel, ils vivent en milieu urbain et

n'ont pas été scolarisés. Ils exercent dans la mécanique auto-moto et sont pris en charge par des personnes autres que les parents.

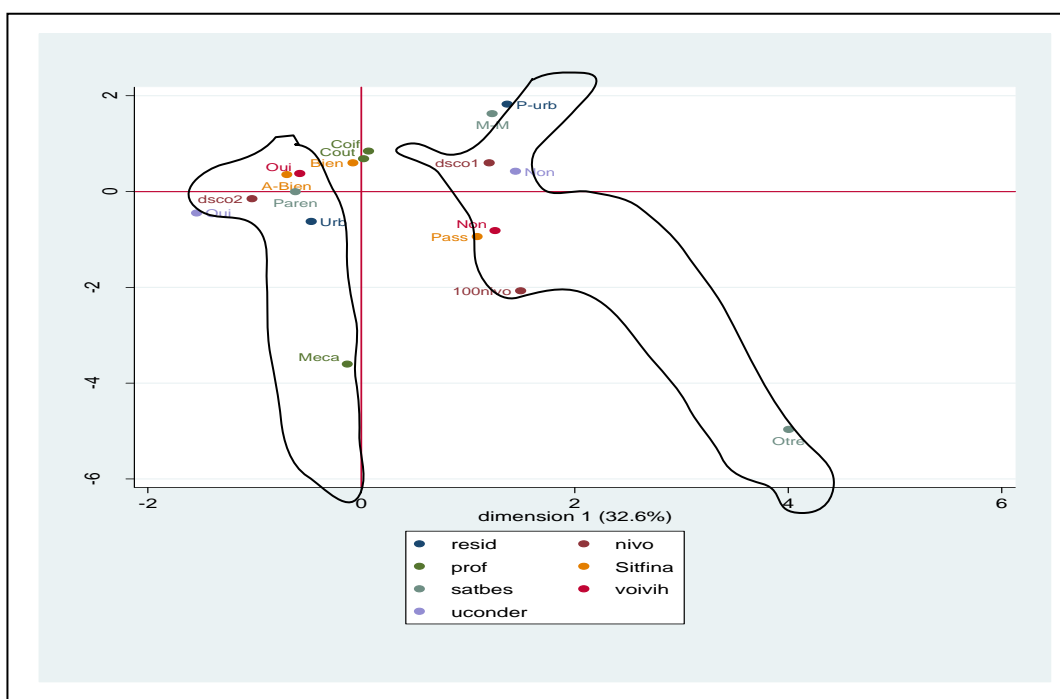
**Tableau XI : Contribution au deuxième facteur**

Dimension 2			
Modalité	Contribution à l'inertie (Coordonnée positive)	à	Modalité
			Contribution à l'inertie (Coordonnée négative)
P-urb	+1,822	Meca	-3,604
Cout	+0,685	Urb	-0.625
M-M	+1,627		

Source : Données de terrain, 2015.

Le plan factoriel obtenu à l'issue de l'analyse factorielle schématisé les 02 grands groupes de jeunes résistants ou non selon les facteurs socioculturels et socioéconomiques.

**Graphique 8 : Catégorisation des jeunes et représentation graphique**



Source : Données de terrain, 2015

Les résultats de tableaux croisés ont permis de distinguer trois catégories de jeunes : ceux qui ont de parents dont la situation financière est jugée assez-bonne (52,9 % chez les filles et 43 % chez les garçons), ceux qui ont des situations financières bonne (18,6

% chez les filles et 27,3% chez les garçons) et ceux qui vivent dans des ménages dont les situations financières sont passable, difficile (28,6 % chez les filles et 33,3% chez les garçons). Mais une analyse factorielle en composantes multiples (AFCM) regroupe les jeunes en deux catégories comme le montre le graphique ci-dessus. Quels sont les principaux traits caractéristiques de ces différentes catégories ?

Les jeunes de la première catégorie vivent dans les quartiers péri-urbains de Djougou. Ils sont en majorité déscolarisés au niveau primaire, exercent dans le domaine de la couture et n'ont pas une bonne connaissance du VIH/SIDA. Ils ont des parents ou des chefs de ménage dont la situation financière est moyenne et ; leurs besoins financiers sont pris en charge par d'autres personnes que leurs géniteurs. Ce sont des jeunes encore résistants à l'utilisation régulière du préservatif lors des rapports sexuels qu'ils entretiennent.

Les jeunes qui se retrouvent dans la deuxième catégorie ont des conditions de vie jugées assez-bonnes et vivent dans les quartiers urbains de Djougou. La majorité des apprentis mécaniciens ayant fait au moins le premier cycle du secondaire, ont leurs besoins financiers assurés par les parents. La plupart d'entre eux ont une bonne connaissance du VIH/SIDA et affirment avoir utilisé le préservatif au dernier rapport sexuel ayant précédé l'enquête.

## Conclusion

Les jeunes de 15-24 ans célibataires et sexuellement actifs, utilisent moins le préservatif lors des rapports sexuels pour se protéger de l'infection à VIH/SIDA. Toutefois, 67% des jeunes contre 38% des femmes connaissent les lieux d'acquisition ou d'approvisionnement du préservatif (EDSB IV, 2011-2012). C'est à partir de ce constat que la présente recherche est réalisée. Elle a pour objectif d'étudier les facteurs socio-culturels et socioéconomiques qui expliquent la résistance des jeunes non scolaires de 15 à 24 ans et sexuellement actifs face à l'utilisation du préservatif contre le VIH/SIDA.

Cette recherche s'est déroulée dans certains quartiers des trois arrondissements centraux de la ville de Djougou (Djougou I, Djougou II et Djougou III). A travers ces quartiers, 184 jeunes remplissant les critères d'inclusion ont été interviewés à l'aide d'un questionnaire et d'un guide d'entretien. Les données quantitatives recueillies sont analysées avec le logiciel SPSS 21 alors que celles qualitatives ont fait l'objet d'analyse de contenu.

Les résultats obtenus ont permis de comprendre que la majorité des jeunes enquêtés soit (79%) sont des musulmans alors que seuls 21% ont affirmé être chrétiens. De même, 68,5% des jeunes ont une bonne connaissance du VIH/SIDA et de ses moyens de prévention. En d'autres termes, ces 68,5% des jeunes savent qu'on peut éviter le risque de contracter le VIH/SIDA en observant l'abstinence primaire (chasteté/virginité), en limitant le nombre de partenaires sexuels et surtout en utilisant le préservatif lors des rapports sexuels.

Cependant, l'usage du préservatif lors des rapports sexuels est faible. En effet, 51,6% ont déclaré n'avoir pas utilisé le préservatif au dernier rapport sexuel contre 48,4% qui ont affirmé l'avoir utilisé. Cette utilisation irrégulière du préservatif par les jeunes dénote leur résistance à changer de comportement sexuel face au VIH/SIDA malgré leur niveau de connaissance appréciable. Cette résistance est influencée par les facteurs socio-culturels que sont la représentation sociale du VIH/SIDA, la perception du préservatif, d'une part, et par les conditions socio-économiques définies par la situation financière des parents, l'occupation des jeunes et le niveau d'instruction des

jeunes d'autre part. Bien que la sexualité préconjugale soit interdite, la sexualité des jeunes n'est-elle pas un sujet mal connu ? Pour répondre à cette question, il serait intéressant de mener une recherche approfondie sur la représentation sociale de la sexualité préconjugale et son influence sur le comportement sexuel des jeunes dans un contexte marqué par une épidémie généralisée du VIH/SIDA, des grossesses non désirées et des avortements clandestins.

## Références bibliographiques

- ABRIC, J.-C., 1994, « *Méthodologie de recueil des représentations sociales* ». In ABRIC, J.C., (Ed), 1994, *Pratiques sociales et représentations*, Paris, PUF, pp.59-82.
- ADAM, P. et HERZLICH, H., 1994, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan, 128p.
- AKOUN, A. et ANSART, P., (dir), 1999, *Dictionnaire de Sociologie*, Paris, Le Robert/Seuil, 587p.
- ALPES, Y., et al. 2007, *Lexique de sociologie*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Dalloz, 230p.
- ASSOGBA, A., 1999, *La sociologie de Raymond Boudon : essai de synthèse et application de l'individualisme méthodologique*, Canada, PUL - L'Harmattan, 327p.
- BECHU, N., et al. 1995, « *Les conséquences socio-économiques du sida* », in *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Paris, ORSTOM, pp.219-234.
- BECKER, C., DOZON, J.P., OBBO, C. et TOURE, M., 1999, *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris, Karthala, 712 p.
- BENOIST, J. et DESCLAUX, A., 1996, *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives*, Paris, Karthala, 381p.
- BIT, (2000), *VIH/SIDA une menace pour le travail décent, la productivité et le développement*, 49p.
- BLANCHET, A., et al. 1987, *Les techniques d'enquête en sciences sociales : observer, interviewer, questionner*. Paris, Dunod, 195p.
- BLOCH, H., et al, 1997, *Dictionnaire fondamental de la psychologie, L – Z*, Paris, Larousse, 736p.
- BOUDON, R. et BOURRICAUD, F., 1986, *Dictionnaire critique de la sociologie*, Paris, PUF, 2<sup>ème</sup> édition, 713p.
- BOUDON, R., 1992, « *Action* », in Raymond BOUDON (sous la dir.), *Traité de sociologie*, Paris, PUF, pp.21-56.

- BREHM, W., 1966, *A theory of psychological reactance*, New-York, Academic Press, 135p.
- CALVES, E., 1998, « *La sexualité pré maritale des adolescents à Yaoundé* », in Kuate-Defo B. (dir), *Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique*, Boucherville, Ediconseil Inc., pp.15-26.
- CNLS-Bénin, 2014, *Rapport national de suivi de la déclaration de politique sur la VIH/SIDA au Bénin en 2014*, Cotonou, 63p.
- DELCROIX, S. et GUILLAUME, A., 1997, « *Le devenir de familles affectées par le sida : une étude de cas Côte-d'Ivoire* », in LOCOH T, (dir), 1997, *Ménage et Familles en Afrique*, Paris, PUF, pp.345-369.
- DENIAUD, F., 1995, « *Jeunes et préservatifs à Abidjan : Une recherche d'ethno-prévention du sida et des MST* », in DOZON, J.P. et Vidal, L., 1995, *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Paris, ORSTOM, pp.89-108.
- DOZON, J-P. et FASSIN, D., 1989, « *Raison épidémiologique et raisons d'Etat. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique* », In *Sciences sociales et santé*, Vol. VII, N°1, pp.21-36.
- DOZON, J.P. et VIDAL, L., 1995, *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*. Paris, ORSTOM, 300p.
- DURKHEIM, E., 1993, *Education et sociologie*, Paris, PUF., 329p.
- FASSIN, D., 1999, « *L'anthropologie entre engagement et distanciation : essai de Sociologie des recherches en sciences sociales sur le sida en Afrique* », in Becker, C., DOZON, J.P., OBBO, C. et TOURE, M., 1999, *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris Karthala, pp.41-66.
- FAY, C., 1999, « *Du 'Culturel', 'universel' ou du 'social' ?* », In Becker, C., DOZON, J.P., OBBO, C. et TOURE, M., 1999, *Penser le SIDA en Afrique*, Paris, CODERSIRA-Karthala-IRD, pp.277-299
- FERREOL, G., (dir), 1991, *Dictionnaire de Sociologie*, Paris, Armand Collin, 300p.
- FERREOL, G., 2004, *Dictionnaire de sociologie*, Paris Armand Colin, 3<sup>ème</sup> édition, 895p.

- FISCHER, G-N., 1987, *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, Paris, Montreal, DUNOD, PUM, 206p.
- FLEURY, L., 2009, *Max Weber*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, PUF, 128p.
- FREUD, S., 1985, *La vie sexuelle*, Paris, P.U.F., 159p.
- GIAMI, A., 1991, « *De Kinsey au sida : l'évolution de la construction du comportement sexuel dans les enquêtes quantitatives* », in *Sciences Sociales et Santé*, vol. IX, pp.23-55.
- JODELET, D., 1994, « *Représentations, pratiques, sociétés et individus sous l'enquête des sciences sociales* », in JODELET, D, 1994, *Les représentations sociales*, Paris, PUF, pp.36-57.
- KACOU, E., 2015, *Sexualité prémaritale et utilisation du préservatif parmi les jeunes en Côte d'Ivoire*, Abidjan, 12p.
- KPOKPOGBEE, C., 2000, *Construction sociale d'innovation technologique et résistance paysanne au changement*, Thèse présentée à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval pour l'obtention du grade de Philosophie Doctor (Ph.D.), Québec, Département de sociologie faculté des Sciences Sociales Université Laval, 300p.
- LAURENT, A., 1994, *L'individualisme méthodologique*, Paris, PUF, 1<sup>ère</sup> édition, 127p.
- MAISONNEUVE, J., 1951, *La psychologie sociale*, Paris, PUF, 1<sup>ère</sup> édition, 128p.
- MAUSS, M., 1960, « *Essai sur le don : forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques* », in MAUSS M, 1960, *Sociologie et Anthropologie*, Paris, PUF., pp.145-279.
- MDAEP/ISAE, 2006, *Enquête Démographique et de Santé (EDSB-III) Bénin*, 512p.
- MDAEP/ISAE, 2012, *Enquête Démographique et de Santé (EDSB-IV) Bénin*, 573p.
- MSP/DSME, 2010, *Stratégie Nationale Multisectorielle de Sante Sexuelle et de la Reproduction des Adolescents et Jeunes au Benin 2010-2020*, 48p.
- ONUSIDA, 2015, *Le Sida en chiffre 2015*, 15p.
- ONUSIDA, 2016, *Fiche d'information 2015*, 8p.

- ONUSIDA, 2013, *Le Sida en chiffre*, 12p.
- ONUSIDA, 2013, *Rapport Mondial du sida en 2013*, 274p.
- PNLB-Bénin, 2011, *Sérosurveillance de l'infection à VIH et de la syphilis au Bénin en 2010*, Cotonou, 54p.
- ROSSI, J-P., et al. 1989, *La méthode expérimentale en psychologie*, Paris, Dunod, 253p.
- RWENGE, M., 1995, *Facteurs contextuels de la transmission sexuelle du Sida en Afrique subsaharienne (le cas des jeunes de la ville de Bamenda, Cameroun)*, UEPA/IFORD, 164p.
- RWENGE, M., 1999, «*Facteurs contextuels de la transmission sexuelle du Sida en Afrique subsaharienne : une synthèse*», in BECKER, C., DOZON, J.P., OBBO, C. et TOURE, M., 1999, *Vivre et penser le Sida en Afrique*, Paris, CORDESRIA-Karthala-IRD, pp.217-236.
- SCHWARTZ, D., 1963, *Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes*, Paris, Éd. médicales Flammarion, 291p.
- SILLAMY, N. (dir), 1980, *Dictionnaire de la psychologie L-Z*, Paris, Larousse, 1287p.
- UNDEF, 2012, *Synthèse plan de développement communal 2011-2015 de Djougou*, 12p.
- UNFPA, 2012, *Le Rapport sur le statut des adolescents et des jeunes en Afrique subsaharienne : possibilités et enjeux*, Johannesburg, 78p.

### **Références webographiques**

- AJZEN, I. et FISHBEIN, M., 1980, *Understanding attitudes and predicting social behavior*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Inc, in <http://globaldrugpolicy.org/Issues/Vol%202%20Issue%203/Using%20the%20Theory%20of%20Planned%20Behavior-7.pdf>, consulté le 12 décembre 2015 à 8h30.
- BOUDREAU, G., 2002, *Le changement de comportement en général*, 15p, in [www.umoncton.ca/littoral-vie/ecosage/Gaston2.rtf](http://www.umoncton.ca/littoral-vie/ecosage/Gaston2.rtf), consulté le 16 juin 2015 11h20.

- PROCHASKA, O. et DICLEMENTE, C., 1982. *Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), pp.276-288, in <http://www.hbftpartnership.com/documents/uploadResources/TranstheoreticalT-Prochaska1982.pdf>, consulté le 15 décembre 2015 à 11h30.
- INSAE/BENIN, 2012, *Le taux du VIH en milieu urbain et rural selon les départements*, in <http://www.insae-bj.org/files/publications/Indicateurs/Nouveaux%20indicateurs%20de%20octobre%202014/Taux%20du%20VIH%20SIDA%20en%20milieu%20Rural%20et%20Urbain%20par%20departement.pdf>, consulté le 31 octobre 2015 à 22h05.
- PETTIFOR A. et al, 2010, *Précocité des premiers rapports sexuels et facteurs de risque de contraction du VIH associés chez les jeunes femmes et hommes d'Afrique du Sud*, in, *Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique*, 2010, pp. 29–37, in <https://www.guttmacher.org/pubs/journals/2010-029-FR.pdf>, consulté le 12 décembre 2015 à 10h45.
- TALNAN, E. et al, 2003, *Inégalités sociales et comportements sexuels à risque chez les jeunes en milieu urbain ivoirien*, Université de Paris X Nanterre, pp.53-72, in <https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/5826/1/ep04035.pdf>, consulté le 16 juin 2015 à 12h25.

# ANNEXES

## QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX JEUNES ARTISANTS AGES DE 14 A 24 ANS ET NON MARIÉS

Bonjour/Bonsoir M./Mme/Mlle, on m'appelle.....nous menons cette recherche dans le cadre des études universitaires. Nous vous prions de répondre très sincèrement à nos questions. Nous vous garantissons l'anonymat et la confidentialité de vos réponses qui ne seront exploitées que dans le cadre notre étude.

**NB :** Si votre âge n'est pas compris entre 14 et 25 ans et que vous êtes marié(e), nous vous prions de ne répondre et de nous retourner le questionnaire non rempli.

**FICHE N° :**

<b>CONDITION SOCIODEMOGRAPHIQUE ET ECONOMIQUE DE L'ENQUETE</b>		
1.1-SEXE	MASCULIN 1  FEMININ 2	
1.2- Quelle est votre date de naissance ?	Jour <input type="text"/> <input type="text"/> Mois <input type="text"/> <input type="text"/> Année <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
1.3- Quel âge avez-vous ?	Age  VERIFIER LA COHERENCE AVEC LA QUESTION PRECEDENTE. RETABLIR SI NECESSAIRE	
1.4- Quelle est votre profession ?	Apprenti(e) couturier(ère) 1 Apprenti(e) coiffeur (se) 2 Apprenti(e) tisserand(e) 3 Apprenti Mécanicien 4	
1.5- Etes-vous allé(e) à l'école ?	Oui 1 Non 0	1.7 →
1.6- Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint ?	Primaire 1 Secondaire 1 <sup>er</sup> cycle 2	

(ENTOURER LA REPONSE)	Secondaire 1 <sup>er</sup> cycle	3	
1.7- Avez-vous fréquentée ou fréquentez-vous un autre établissement ?	Oui 1 Non 0		1.10 →
1.8- S'agit-il d'un établissement religieux ou dirigé par un groupe religieux ?	Ecole Arabe 1 Ecole Coranique 2		
1.9- L'établissement religieux que vous fréquentez ou que vous avez fréquenté est-il ou était-il ... <b>LISEZ A HAUTE VOIX LES REPONSES POSSIBLES</b>	Mixte ? 1 Réservé aux garçons (réservé aux filles) ? 2		
1.10- Quelle est votre religion ?	Endogène 01 Catholique 02 Aure religion chrétienne 03 Musulmane 04 (PRECISER).....0 5		
1.11- Assistez-vous généralement aux services religieux...	Tous les jours ? 1 Au moins une fois par semaine ? 2 Au moins une fois par mois ? 3 Au moins une fois par an ? 4 Moins d'une fois par an ? 5 Jamais ? 6		
1.13- Avez-vous déjà eu des rapports sexuels	Oui 1 Non 0		→ Arrêtez l'entretien
1.14-Combien dépensez-vous mensuellement pour la communication via votre téléphone portable ?			
1.17- Combien gagnez-vous	0 à 5000		

(gagniez-vous) par semaine ?	01 6000 à 11.000 FCFA 02 12000 à 17.000 FCFA 03 18.000 à 23.000 FCFA 04 Autre (A préciser).....05	
1.18- Je vais maintenant vous poser quelques questions sur votre famille. Votre père est-il toujours en vie ?	Oui 1 1 Non 0 2	→ 1.22
<b>2. EXPOSITION AUX SOURCES D'INFORMATION</b>		
2.1- Les jeunes ont beaucoup de sources d'information sur les IST/VIH/Sida -. Quelle a été votre principale source d'information sur les IST/VIH/Sida? Et votre deuxième source d'information ? ENTOURER LA PRINCIPALE SOURCE DANS LA COLONNE 1 ET LA DEUXIEME SOURCE DANS LA COLONNE 2		(1) Source principale 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 (Préciser..... .....)
	(2) Deuxième source 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 .....	(3) Source préférée 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11
<b>3- FACTEURS SOCIOCULTURELS ET TYPES DE COMPORTEMENTS DE SEXUELS.</b>		
SI LA REPONSE A LA QUESTION I.13 EST «OUI» : Vous m'avez dit que vous eu de copain/copine. Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les contacts sexuels que vous pouvez avoir eus		

3.1 À quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ?	Âge ( <i>en années révolues</i> ) / _ / _ / Ne se souvient pas 98 Non réponse 99	
3.4 Est-ce que, dans ces cas, vous ou le partenaire sexuel avez fait quelque chose pour éviter une grossesse et les IST/VIH/Sida ?	Toujours 1 Parfois 2 Jamais 3	
REVOIR LES QUESTIONS I.13 ET COCHER LA CASE		
La personne interrogée a déclaré avoir eu des rapports sexuels	<input type="checkbox"/> →	3.10
3.9 Je veux être sûr(e) d'avoir des informations correctes. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?	Oui 1 Non 2	→ 3.14
3.10 Avec combien de personnes avez-vous eu des rapports sexuels jusqu'à aujourd'hui ?	Nombre <input type="text"/> <input type="text"/>	
A combien de temps remonte votre dernier rapport sexuel avec un homme/une femme ? SI MOINS D'UNE SEMAINE, INDIQUER 00 SEMAINES	Semaines ou Mois <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
3.12 A cette occasion, vous ou votre partenaire avez-vous fait quelque chose pour éviter une grossesse et les IST/VIH/Sidada?	Oui 1 Non 2	→ 4.1
3.13 Quelle méthode avez-vous utilisé ?	Oui Non Préservatif 1 0	

4- CONNAISSANCE DU VIH/SIDA ET DES AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES		
4.1-Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur votre premier rapport sexuel. Quel âge aviez-vous à ce moment-là ?	AGE <input type="text"/> <input type="text"/>	
4.2 Avez-vous entendu parler du	Oui 1	→

VIH ou du SIDA ( <i>utiliser la terminologie locale</i> )?	Non 0	4.7
<p>4.3- Pouvez-vous me citer les moyens par lesquels se transmet le virus du SIDA ?</p> <p>Quoi encore ?</p> <p><i>(Ne pas suggérer de réponse. Encercler 1 chaque fois qu'une réponse est mentionnée. Réponses multiples possibles).</i></p>	<p>Oui Non</p> <p>a) Par les rapports sexuels 1 0</p> <p>b) Par les rapports sexuels non protégés 1 0</p> <p>c) Par la salive 1 0</p> <p>d) Lors des transfusions sanguines 1 0</p> <p>e) De la mère à l'enfant pendant la grossesse 1 0</p> <p>f) De la mère à l'enfant lors de l'accouchement 1 0</p> <p>g) De la mère à l'enfant lors de l'allaitement 1 0</p> <p>h) En saluant personne infectée par VIH 1 0</p> <p>i) Par la piqûre des moustiques 1 0</p> <p>j) En utilisant tranchants souillés 1 0</p> <p>k)</p> <p>Autre _____ _____</p>	
4.4 Avez-vous déjà eu peur d'attrapper le SIDA ou une autre maladie sexuellement transmissible en ayant des rapports sexuels avec PRENOM ? Si OUI, beaucoup ou un	<p>Très peur 1</p> <p>Assez peur 2</p> <p>Pas du tout 3</p>	

peu ?		
4.5 Avez-vous fait quelque chose pour réduire le risque d'infection ?	Oui 1 Non 2	
4.6 Qu'avez-vous fait ? <i>Approfondir</i>	J'ai utilisé un préservatif 1 J'ai pris des médicaments 2 Autre (.....) 3	
4.7- Combien de partenaires stables avez-vous ces derniers trois mois ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	
4.8- Combien de partenaires occasionnels avez-vous ces derniers trois mois ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	
4.9 A quand remonte votre dernier rapport sexuel ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	
4.10 Combien de rapports sexuels avez-vous ces derniers trois mois ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	
4.11 Combien de rapports sexuels non protégés avez-vous ces derniers trois mois ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	

## 5- RAISONS DES COMPORTEMENTS SEXUELS.

Répondez aux questions suivantes selon les réponses aux questions 4.5 ET 5.7, 5.10

5.1- Dites-moi très sincèrement les raisons pour lesquelles vous avez eu (Cf. REPONSE QUESTION 3.5) des rapports sexuels contre l'argent/cadeau ces derniers trois mois?

.....

.....

.....

.....

5.2- Dites-moi très sincèrement les raisons pour lesquelles vous avez eu (Cf. REPONSE QUESTION 6.7) nombres de partenaires occasionnels ces derniers trois mois ?

.....  
.....  
.....  
.....

5.3- Dites-moi très sincèrement les raisons pour lesquelles vous avez eu (Cf. REponse QUESTION 4.10) des rapports sexuels non protégés ces derniers trois mois ?

.....  
.....  
.....  
.....

*Je vous remercie pour votre très bonne collaboration.*

## **GUIDE D'ENTRETIEN**

Bonjour/Bonsoir M./Mme/Mlle, on m'appelle.....nous menons cette recherche dans le cadre des études universitaires. Nous vous prions de répondre très sincèrement à nos questions. Nous vous garantissons l'anonymat et la confidentialité de vos réponses qui ne seront exploitées que dans le cadre notre étude.

### **Les caractéristiques des jeunes**

- ✓ Age
- ✓ Sexe
- ✓ Niveau d'étude
- ✓ Activité professionnelle
- ✓ Lieu de résidence
- ✓ Religion

### **Les représentations et les perceptions des jeunes sur le VIH/SIDA et le préservatif**

#### **Comportement sexuel à risque**

- ✓ Age premier rapport
- ✓ Nombre de partenaires
- ✓ Usage préservatif
- ✓ Raison de la non protection ou de l'usage du préservatif
- ✓ Connaissance des IST et du VIH/SIDA
- ✓ Voie de transmission
- ✓ Moyen de prévention

#### **Conditions de vie et adoption de comportements sexuels à risque.**

- ✓ Situation socioprofessionnelle des parents
- ✓ Source de revenu de l'enquêté
- ✓ Satisfaction des besoins

*Je vous remercie pour votre très bonne collaboration.*

**Résultat Analyse Factorielle en Composante Multiple.**



## TABLE DES MATIERES

<b>SOMMAIRE</b> .....	2
<b>DEDICACE</b> .....	3
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	4
<b>LISTE DES SGLES ET ACCRONYMES</b> .....	5
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	7
<b>LISTE DES GRAPHIQUES</b> .....	7
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	7
<b>RESUME</b> .....	8
<b>ABSTRACT</b> .....	8
<b>INTRODUCTION</b> .....	9
<b>PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE</b> .....	12
<b>CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE</b> .....	13
1.1- Problématique.....	13
1.1.1- Problème .....	13
1.1.2- Hypothèses .....	16
1.1.3- Objectifs .....	17
1.2- Délimitation de la recherche et clarification conceptuelle .....	17
1.2.1- Délimitation thématique.....	17
1.2.2- Cadre conceptuel et clarification des concepts. ....	18
1.2.2.1- Le cadre conceptuel.....	18
1.2.2.2- Clarification des concepts .....	20
1.3- Justification du choix du sujet .....	26
1.3.1- Raisons objectives .....	26
1.3.2- Raison subjective .....	26
1.4- Quelques axes actuels de la discussion .....	27
1.5- Modèle théorique d'analyse .....	36
<b>CHAPITRE II : CADRE METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE</b> .....	38
2.1- Présentation du cadre de la recherche .....	38
2.1.1- Données physiques .....	38
2.1.2- Données démographiques.....	39
2.1.3- Données socio-culturelles.....	40
2.1.4- Situation économique. ....	40
2.1.5- Situation sanitaire. ....	40
2.2- Nature de la recherche .....	41
2.3- Techniques et outils de collecte de données.....	41
2.3.1- Recherche documentaire .....	41
2.3.2- Entretiens individuels .....	43
2.3.3- Questionnaire.....	43
2.3.4- Groupe cible et technique échantillonnage .....	43
2.4- Dépouillement et analyse des données .....	45

2.5-	Organisation et durée de l'enquête de terrain.....	46
2.6-	Difficultés éprouvées et limites .....	46
<b>DEUXIEME PARTIE : LES FACTEURS DE LA RESISTANCE DES JEUNES</b>		
<b>NON SCOLAIRES AU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT FACE AU</b>		
<b>VIH/SIDA .....</b>		<b>47</b>
CHAPITRE III : LES FACTEURS SOCIOCULTURELS DE LA NON-		
UTILISATION DES PRESERVATIFS LORS DES RAPPORTS SEXUELS CHEZ		
LES JEUNES NON SCOLAIRES .....		
	48	
3.1-	<i>Profil sociodémographiques.....</i>	48
3.1.1-	Répartition selon le sexe .....	48
3.1.2-	Lieu de résidence .....	49
3.1.3-	Religion d'appartenance des enquêtés .....	50
3.2-	<i>Population jeune et sexuellement active : les rapports pré-nuptiaux et</i>	
	<i>l'utilisation du préservatif.....</i>	52
3.2.1-	Âges aux premiers rapports sexuels des jeunes. ....	52
3.2.2-	Sexualité pré-nuptiale et utilisation du préservatif.....	53
3.3-	<i>Représentation sociale du VIH/SIDA .....</i>	55
3.4-	<i>Niveau de connaissance et perception du préservatif.....</i>	57
CHAPITRE IV : LES CONDITIONS SOCIO-ECONOMIQUES DE LA NON-		
UTILISATION DES PRESERVATIFS PAR LES JEUNES NON SCOLAIRES .....		
	61	
4.1-	Type d'occupation professionnelle .....	61
4.2-	Niveau d'instruction .....	63
4.3-	Situation financière des parents.....	64
4.4-	Satisfaction des besoins personnels des jeunes enquêtés et attitude liée au	
	préservatif .....	65
4.5-	Analyse descriptive : analyse factorielle des correspondances multiples ...	66
<b>CONCLUSION .....</b>		<b>71</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>		<b>73</b>
<b>ANNEXES .....</b>		<b>78</b>
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>		<b>88</b>