

ORIGINAL RESEARCH ARTICLE

Comportements Sexuels parmi les Adolescents et Jeunes en Afrique subsaharienne Francophone et Facteurs Associés

Jean-Robert Mburano RWENGE*¹

¹Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD), Yaoundé, Cameroun

*For correspondence: Email: rwenge_mburano@yahoo.fr; Tel: (237) 77789784

Résumé

Cette étude a comme objectif spécifique d'analyser les prévalences des comportements sexuels à risque et leurs facteurs sociaux dans les pays francophones d'Afrique subsaharienne parmi les adolescents et jeunes, en mettant en exergue les diversités entre pays. Les données utilisées sont celles des Enquêtes nationales Démographiques et de Santé. Les principaux résultats obtenus sont les suivants : 1°) parmi les garçons, les âges médians aux premiers rapports sexuels sont plus faibles au Congo et en RDC, en Afrique Centrale, et au Bénin qu'au Burkina Faso, au Rwanda et dans les pays fortement islamisés comme le Tchad, le Sénégal et le Mali ; 2°) parmi les filles, un schéma opposé a, dans une certaine mesure, été observé ; 3°) dans les pays étudiés, l'activité sexuelle multipartenaire persiste mais le Cameroun, le Congo, la Côte d'Ivoire, le Bénin et la Guinée en sont plus concernés que d'autres pays ; 4°) dans ces pays, le taux d'utilisation des condoms aux derniers rapports sexuels s'est amélioré mais certains d'entre eux comme le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Sénégal et le Cameroun sont plus avancés que d'autres ; 5°) plusieurs facteurs familiaux, extrafamiliaux et individuels y influencent les comportements sexuels à risque mais l'intensité et le sens des relations observées ne convergent pas nécessairement. L'approche globale d'explication de la sexualité des adolescents et jeunes est donc pertinente dans les pays étudiés mais le poids de ses différentes dimensions dans l'explication de ce phénomène varie d'un groupe de pays à l'autre. Ces résultats devraient être pris en compte dans l'orientation des stratégies de lutte contre le VIH/SIDA dans ces pays. (*Afr J Reprod Health* 2013; 17[1]: 49-66).

Abstract

This study has as specific objective to analyze the prevalence of risky sexual behaviors and their social factors in Francophone sub-Saharan African countries among young people by highlighting the differences between countries. The data used are those of the national Demographic and Health Surveys. The following are the main results of the study: 1) Among males, the average age at first sex is lower in two Central African countries, the Congo and DRC and in Benin than in Burkina Faso, and in strongly Islamized countries such as Chad, Senegal and Mali; 2) Among girls, an opposite schema has, to some extent, been observed; 3) In the countries studied, multi-partner sexual activity persists, but Cameroon, Congo, Cote-d'Ivoire, Benin and Guinea are more affected by this problem than other countries; 4) the rate of condom use at last sex has improved but some countries like Burkina Faso, Cote-d'Ivoire, Senegal and Cameroon are more advanced than others; 5) Several family, extra-family and individual factors influence risky sexual behaviors in the countries studied but the intensity and direction of observed statistical relations do not necessarily converge. Therefore, the global explanation approach of young people's sexual behaviors is relevant in the countries studied, but the weight of its various dimensions in the explanation varies according to the country. These results should be considered in the orientation of strategies of the fight against HIV/AIDS in these countries (*Afr J Reprod Health* 2013; 17[1]: 49-66).

Mots clés: Sexual behaviors, Social Factors, Diversities, Young People, Africa

Introduction

L'adolescence et la jeunesse sont deux périodes de transition séparant l'enfance de l'âge adulte. La différence entre les deux est qu'à l'adolescence, l'enfant est encore sous la dépendance des parents, alors qu'à la jeunesse, il acquiert une forme d'indépendance, même si elle n'est le plus souvent

que partielle^{1,2}. Les adolescents sont donc, selon la même source, les individus âgés de 10-19 ans, et les jeunes, ceux âgés de 20-24 ans.

Une personne sur quatre dans le monde – plus d'un milliard de personnes – est âgée de 10 à 24 ans³ et quatre adolescents et jeunes sur cinq vivent dans les pays en développement⁴. Dans ces pays, la proportion de grossesses non désirées chez les

adolescents et jeunes et celle d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses sont plus élevées que dans les pays développés⁵⁻⁹. Il en est de même de la prévalence des IST/VIH/SIDA et du taux de nouvelles infections à ces maladies¹⁰⁻¹². Ces problèmes ont dans les pays en développement des conséquences lourdes sur les adolescents et jeunes sur les plans médical, psychologique, social et économique.

Pour cela, des programmes de santé reproductive et de lutte contre le sida ont été mis en place dans les pays d'Afrique subsaharienne, mais leurs effets varient d'une région à l'autre. En effet, dans ces pays, l'intensité de l'activité sexuelle est élevée parmi les adolescents et jeunes mais la proportion de ceux qui se protègent contre les grossesses non désirées et les IST/VIH/SIDA reste faible dans la plupart des pays francophones. Par exemple, parmi les garçons, le taux d'utilisation des condoms au cours des rapports sexuels à hauts risques est de 54,7 % à 15-19 ans et 70,1 % à 20-24 ans au Kenya¹³ et respectivement de 54,4 % et 75,6 % à Zimbabwe¹⁴ alors que dans les pays francophones, ces proportions sont largement plus basses dans la plupart des pays ; en RDC (21,9 % et 31 %), en Guinée (34 % et 39,7 %), au Mali (30,8 % et 39,4 %), au Niger (31 % et 42,3 %), au Sénégal (44,1 % et 59,6 %), au Tchad (20,2 % et 30,1 %) et à Madagascar (12,3 % et 12,2 %)¹⁵⁻²². Parmi les filles, les différences vont dans le même sens (Kenya : 41,0 % et 38,2 %; Zimbabwe : 40,7 % et 43,7 %; RDC : 12,5 % et 22,8 %; Guinée : 24,3 % et 28,9 %; Mali : 13,7 % et 20,5 %; Sénégal : 31,2 % et 39,2 %; Tchad : 12,8 % et 23,2 %; Madagascar : 5,4 % et 5,3 %).

Les données spécifiques sur la sexualité collectées dans les pays francophones d'Afrique subsaharienne ont révélé divers modèles de déterminants sociaux des comportements sexuels à risque²³⁻²⁵ mais, compte tenu du fait qu'ils sont difficilement comparables, les problématiques et méthodologies de leur recherche étant notamment différentes selon le pays, il importe de réaliser une étude comparative sur le sujet à partir des données nationales des Enquêtes Démographiques et de Santé. L'existence d'une disparité contextuelle sur les pays francophones rend légitime ce type d'étude. Ce qui permettra de voir si elle a une

influence significative. En plus, la valeur ajoutée d'une recherche est plus importante quand il s'agit d'une étude comparative par rapport à l'étude d'un seul pays.

Le principal objectif spécifique de la présente étude est donc d'analyser les prévalences des comportements sexuels à risque et leurs facteurs sociaux dans les pays francophones d'Afrique subsaharienne en mettant en exergue les diversités entre pays.

Brève présentation de l'approche théorique

Les comportements sexuels des adolescents et jeunes ont une dimension individuelle et une dimension contextuelle. L'approche "individualisante" soutient l'idée d'une liberté de choix, une citoyenneté sexuelle²⁶⁻²⁸. Cette focalisation sur l'individu occulte l'importance des facteurs contextuels qui participent à la construction des situations de risque et empêchent l'adoption de comportements de prévention. Les approches sociale et politique d'explication des comportements sexuels sont donc aussi pertinentes chez les adolescents et jeunes dans les pays développés et en développement.

Selon l'approche socioculturelle, les comportements sexuels dépendent de la pression que le groupe social exerce sur les individus. En d'autres termes, les traditions, cultures et religions du milieu dans lequel vivent les individus influencent leurs comportements sexuels. Par exemple, dans le cas des adolescents et jeunes, leurs comportements sexuels dépendent des mœurs sexuelles que véhiculent leur milieu socioculturel et de leurs considérations de celles-ci sous l'effet des écoles, des médias et des pairs²⁹. On ne peut donc pas "désocialiser" leur activité sexuelle. Les dimensions familiale et extra-familiale devraient donc être suffisamment prises en compte lorsqu'on étudie leurs comportements sexuels.

L'approche économique considère les adolescents et jeunes comme des acteurs rationnels^{23, 24, 30-32}. En d'autres termes, ils s'engagent dans l'activité sexuelle pour atteindre des objectifs bien précis, d'ordre social ou d'ordre économique. Selon la dernière approche, l'adoption d'un comportement sexuel sain tient beaucoup aux politiques, programmes et lois mis en place par les

décideurs dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive^{33,34}. Elle dépend donc des contextes légal et politique et de la disponibilité des préservatifs et de l'information relative aux IST/VIH/SIDA.

Mais, dans la plupart des recherches antérieures, l'approche globale ou systémique d'explication n'a pas été utilisée et pourtant pour mieux comprendre les comportements sexuels des adolescents et jeunes dans les pays développés et en développement, on devrait prendre en compte les effets des institutions politiques, des communautés locales, de la famille, de l'environnement extra-familial et des individus concernés. L'approche globale d'explication devrait donc être privilégiée et c'est vers cette perspective qu'est orientée la présente étude.

Données et méthodes d'analyse

Nos principales sources des données sont les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) réalisées dans les pays francophones d'Afrique subsaharienne. Nous avons utilisé les bases de données mises à notre disposition par ORC Macro International et les données présentées dans les rapports publiés. Il s'agit précisément de celles portant sur les adolescents et jeunes âgés de 15-24 ans.

Ces données sont comparables puisque le plan d'échantillonnage utilisé dans les différents pays est le même, à savoir un échantillonnage aréolaire, stratifié et tiré à plusieurs degrés, et en plus un modèle standard de questionnaire a été utilisé pour collecter les données. Les EDS fournissent, entre autres, des informations sur les caractéristiques des individus, sur l'activité sexuelle, sur la connaissance, les attitudes et les comportements vis-à-vis du sida et d'autres infections sexuellement transmissibles. On y retrouve les informations sur les *caractéristiques familiales* (lien de parenté avec le chef de ménage, taille du ménage, sexe du chef de ménage, communication avec la mère, niveau de vie du ménage); *extrafamiliales* (religion, niveau d'instruction, occupation, exposition à la télévision, fréquentation des pairs); et *individuelles* (connaissance complète du sida, consommation d'alcool, etc.). On y retrouve aussi des

informations sur les comportements sexuels, notamment l'*âge aux premiers rapports sexuels*, le *nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois* précédant l'enquête et l'*utilisation du condom selon le rang des rapports sexuels*.

Les tailles des échantillons étant suffisamment grandes dans les différents pays, les analyses ont été faites selon le genre. Dans un premier temps, les prévalences des différents comportements sexuels ont été présentées à partir des données publiées dans les rapports des EDS. Ensuite, comme les caractéristiques sociales sus-présentées ont été mesurées au moment de l'enquête, les analyses explicatives n'ont porté que sur deux variables dépendantes, à savoir le multipartenariat sexuel des douze derniers mois et la non-utilisation des condoms aux derniers rapports sexuels. Ces deux variables étant dichotomiques, leurs facteurs associés ont été identifiés en recourant aux modèles statistiques multivariés de régression logistique. Ces derniers ont porté sur les données des EDS les plus récentes concernant le Cameroun et le Tchad en Afrique Centrale, le Madagascar et le Rwanda en Afrique de l'Est, la Côte d'Ivoire, le Sénégal et le Burkina-Faso en Afrique de l'Ouest. On retrouve dans chaque région au moins un pays où la prévalence du VIH/SIDA est assez élevée. Ce qui a permis d'établir et d'enrichir les comparaisons entre pays.

Résultats

Age aux premiers rapports sexuels

Dans les deux sexes, l'activité sexuelle précoce est plus intense dans les pays francophones d'Afrique subsaharienne qu'en France, à l'exception du Burkina Faso et du Mali, parmi les garçons, et du Rwanda, parmi les filles. En effet, si l'on en croit notamment Wellings et al.³⁵, en France, la proportion d'individus sexuellement actifs avant d'atteindre l'âge de 15 ans est de 7,2 % chez les adolescents et jeunes garçons et 5,9 % chez les filles alors qu'au Cameroun elle est respectivement de 11,5 % et 18 % à 15-19 ans et 10,7 % et 21,6 % à 20-24 ans, au Tchad de 10,7 % et 19 % à 15-19 ans et 9,7 % et 35,5 % à 20-24 ans, à Madagascar de 8,4 % et 17,2 % à 15-19 ans et 10 % et 18,2 % à 20-24 ans, au Rwanda de 15,3

% et 5,2 % à 15-19 ans et 10,8 % et 2,6 % à 20-24 ans, en Côte d'Ivoire de 16,7 % et 20,4 % à 15-19 ans et 14,1 % et 18,1 % à 20-24 ans, au Burkina Faso de 4,7 % et 7,3 % à 15-19 ans et 2,3 % et 7,1 % à 20-24 ans, en Guinée de 17,9 % et 19,7 % à 15-19 ans et 14,1 % et 18,1 % à 20-24 ans, au Mali de 6,3 % et 23,5 % à 15-19 ans et 4,2 % et 26,1 % à 20-24 ans, au Sénégal de 12,7 % et 9,1 % à 15-19 ans et 11,9 % et 9,7 % à 20-24 ans.

A l'exception de la RDC, du Rwanda et du Sénégal, dans les pays africains, l'intensité de la sexualité précoce est moins élevée parmi les garçons que les filles. Par conséquent, dans la plupart des pays, l'âge médian aux premiers rapports sexuels est plus élevé parmi les garçons que parmi les filles. En d'autres termes, les filles sont plus susceptibles que les garçons d'avoir des rapports sexuels précoces et, comme nous le montrerons plus loin, moins susceptibles d'avoir recours aux condoms.

Parmi les garçons, les âges médians aux premiers rapports sexuels les plus élevés se retrouvent dans les pays fortement islamisés, à savoir le Tchad, le Sénégal et le Mali, au Burkina Faso et au Rwanda. En revanche, les plus faibles se retrouvent dans deux pays d'Afrique centrale, le Congo et la RDC, et au Bénin ; le Cameroun, le Madagascar et d'autres pays se retrouvent en position intermédiaire.

Parmi les filles, contrairement à ce qu'on a observé parmi les garçons, les âges médians aux premiers rapports sexuels les plus faibles se retrouvent dans les pays fortement islamisés, à l'exception du Sénégal. Dans d'autres pays d'Afrique de l'Ouest, la Côte d'Ivoire se rapproche des premiers alors que le Burkina Faso, le Togo et le Bénin se situent en position intermédiaire. En Afrique Centrale, l'âge médian aux premiers rapports sexuels est plus faible au Congo qu'en RDC, la RCA et le Cameroun se retrouvent entre les deux extrêmes. Enfin, en Afrique de l'Est, le Rwanda se démarque du Madagascar par un âge médian aux premiers rapports le plus élevé en Afrique francophone.

L'évolution de l'âge médian aux premiers rapports sexuels montre qu'en milieu urbain, parmi les filles, à l'exception du Bénin, Togo et Madagascar, où il est plus faible que chez leurs

mères, dans la plupart des pays, il a progressé dans le sens contraire. En milieu rural, au Bénin, au Togo et en Côte d'Ivoire, il a progressé dans le premier sens ; au Cameroun, en RDC et au Sénégal, il a progressé dans le second sens ; dans les autres pays, il est resté stable. Parmi les garçons, à l'exception du Rwanda, Niger et Tchad, dans d'autres pays où les données sont disponibles, ils entrent dans l'activité sexuelle plus tôt que leurs aînés et pères³⁶⁻⁴¹. Cette tendance a aussi été mise en évidence par Bozon⁴².

Multipartenariat sexuel

Si l'on ne considère que les données les plus récentes, à 15-19 ans, parmi les garçons, c'est au Cameroun et en Guinée que le taux de multipartenariat sexuel est le plus élevé. En revanche, il est le plus faible au Burundi, au Rwanda et au Burkina Faso. Les autres pays se retrouvent en position intermédiaire mais dans ce groupe le Congo et la Côte d'Ivoire se démarquent, dans une certaine mesure, du Bénin, du Madagascar, du Mali et du Niger par des taux élevés de multipartenariat sexuel. A 20-24 ans, on retrouve encore le Cameroun en tête de file suivi de la Côte d'Ivoire, du Bénin, du Congo et de la Guinée. Le Burundi et le Rwanda ont de même ici les taux les plus faibles alors que le Burkina Faso, le Mali et le Niger sont en position intermédiaire. Parmi les filles, dans les deux groupes d'âges, deux pays d'Afrique centrale, le Cameroun et le Congo, et la Côte d'Ivoire se démarquent des autres par des taux élevés de multipartenariat sexuel.

Les différences selon le genre montrent nettement que le phénomène de multipartenariat sexuel est quels que soient le pays et l'âge plus intense parmi les garçons que les filles.

Au Burkina Faso et au Mali, où l'on dispose de deux sources des données, on constate que ce phénomène a baissé. En revanche, au Cameroun, parmi les garçons, il a augmenté à 15-19 ans ; en Guinée, parmi les garçons, à 15-19 ans et à 20-24 ans et, parmi les filles, dans le premier groupe d'âges ; en Côte d'Ivoire, dans les deux sexes, dans le dernier groupe d'âges seulement.

Tableau 1 : Pourcentage d'adolescents et jeunes sexuellement actifs à 15 ans dans quelques pays francophones d'Afrique subsaharienne selon le genre et l'âge ^(a)

Pays	Sexuellement actifs (en %)				Age médian aux 1ers rapports sexuels	
	Garçons		Filles		Filles	Garçons
	15-19	20-24	15-19	20-24		
Bénin 1996	Na	18,6	13,5	15,4	17,2	17,2
Bénin 01	23,8	21,5	16,0	13,4	17,4	17,2
Burkina Faso 1993	na	na	12,8	12,5	17,2	Na
Burkina Faso 03	4,7	2,3	7,3	7,1	17,5	19,2
Cameroun 1991	na	na	24,0	27,9	16,1	Na
Cameroun 1998	17,8	15,9	26,0	26,3	16,3	17,0
Cameroun 04 (b)	11,5	10,7	18,0	21,6	16,7	18,0
Congo 05 (a)	25,3	29,0	23,5	23,5	16,2	16,3
Côte d'ivoire 1994	na	na	31,9	31,4	15,8	Na
Côte d'ivoire 1998-99	13,8	18,3	22,1	24,4	16,2	17,5
Côte d'ivoire 05 (b)	16,7	14,1	20,4	18,1		
Guinée 1992	na	na	19,5	32,3	15,9	Na
Guinée 1999	19,8	21,4	27,3	32,3	15,9	17,5
Guinée 05(b)	17,9	16,0	19,7	25,2	16,4	17,9
Madagascar 1992	na	na	17,7	19,8	17,0	Na
Madagascar 1998	na	na	19,4	19,4	17,1	Na
Madagascar 03-04	7,7	9,6	16,0	13,8	17,3	17,8
Madagascar 08-09	8,4	10,0	17,2	18,2	17,1	17,8
Mali 1996	14,7	6,7	23,8	24,8	15,8	18,7
Mali 01	na	na	26,0	30,1	15,9	Na
Mali 06 (b)	6,3	4,2	23,5	26,1	16,1	20,6
Niger 1992	na	na	31,1	50,5	15,0	Na
Niger 1998	10,0	3,7	28,0	35,5	15,3	20,3
Niger 06 (b)	5,3	4,7	25,9	33,9	15,8	21,6
RCA 1994-95	na	na	24,6	27,6	16,6	Na
RDC 07(b)	18,3	17,0	17,9	18,5	17,0	17,6
Rwanda 1992	na	na	2,1	2,3	20,2	Na
Rwanda 00	9,3	7,0	3,0	3,8	20,3	20,6
Rwanda 05	15,3	10,8	5,2	2,6	20,0	20,6
Sénégal 1992-93	na	na	11,8	16,4	17,5	Na
Sénégal 1997	na	na	9,4	12,5	18,8	Na
Sénégal 05	12,7	11,9	9,1	9,7	19,6	19,1
Tchad 1996-97	7,9	6,7	21,9	32,5	16,0	18,4
Tchad 04 (b)	10,7	9,7	19,0	35,5	15,9	18,8
Togo 1998	13,0	12,2	20,4	17,6	17,1	18,0

Sources: Rapports nationaux des EDS. Notes : ^(a) calculé en prenant l'ensemble d'adolescents et jeunes au dénominateur, na = non applicable, ^(b) calculé avant d'atteindre l'âge de 15 ans.

En comparant les données de l'enquête Baromètre santé réalisée en France en 2005, selon lesquelles le taux de multipartenariat sexuel est de 25,8 % chez les filles et 42,9 % chez les garçons à 15-19 ans et respectivement de 14,5 % et 39,8 % à 20-24 ans, à celles présentées ci-dessus dans le cas des pays africains, pour les deux sexes, on aurait tendance à conclure que ce phénomène est moins intense dans les pays africains qu'en France.

Utilisation des préservatifs au cours des rapports sexuels

Contrairement aux pays développés, où l'utilisation des préservatifs au cours des premiers

rapports sexuels concerne environ 85 à 92 % des adolescents et jeunes, dans une étude réalisée par Manzini et Ntsiki⁴³ en Afrique du Sud, ce taux n'était chez les filles que de 15 % à 15 ans, de 26 % à 16 ans, 36 % à 17 ans, 42 % à 18 ans et 47 % à 19-24 ans. Toutefois, on remarque que ces taux sont plus élevés que ceux des années antérieures¹². On remarque aussi que, dans ce pays, l'utilisation des préservatifs est, chez les filles, très positivement associée à l'âge, contrairement à ce qui se passe dans les pays développés. Les données concernant les pays francophones d'Afrique subsaharienne témoignent aussi de la faiblesse de la fréquence d'utilisation des préservatifs aux premiers rapports sexuels par les

Tableau 2: Age médian aux premiers rapports sexuels selon le milieu de résidence parmi les filles et leurs mères dans quelques pays francophones d'Afrique subsaharienne

Pays	Urbain			Rural		
	20-24	40-44	45-49	20-24	40-44	45-49
Bénin 1996	17,5	18,0	18,0	16,9	17,2	17,2
Bénin 01	17,5	17,3	18,2	16,9	17,3	17,6
Burkina Faso 1993	17,7	17,6	17,5	17,1	17,3	17,6
Cameroun 1991	16,5	16,0	15,9	15,8	15,6	15,6
Cameroun 1998	16,9	16,2	16,2	15,9	15,5	15,4
Cameroun 04	19,7	18,0	17,8	16,8	16,4	16,4
Côte d'ivoire 1994	16,4	16,3	16,5	15,5	15,8	15,9
Côte d'ivoire 1998	16,8	15,9	16,4	15,7	16,1	16,1
Congo 05	16,5	16,1	16,2	15,8	15,7	15,4
Guinée 1992	17,3	15,7	15,8	15,5	15,3	15,3
Guinée 1999	17,0	16,6	17,4	15,6	15,8	15,9
Guinée 05	17,3	16,9	16,7	15,9	16,0	15,9
Madagascar 1992	18,6	18,4	17,3	16,7	16,3	15,9
Madagascar 1997	17,9	18,2	18,0	16,7	16,0	16,5
Madagascar 03-04	17,8	18,2	18,5	17,1	17,0	17,0
Madagascar 08-09	17,9	18,5	18,4	16,8	17,1	17,0
Mali 1995-96	16,5	16,2	15,7	15,7	15,8	15,7
Mali 01	16,6	15,9	16,3	15,7	15,9	15,9
Mali 06	16,7	17,0	16,1	15,9	16,1	16,1
Niger 1992	16,3	15,0	14,9	14,8	14,9	14,9
Niger 1998	17,9	15,5	15,4	15,3	14,9	15,1
Niger 06	19,2	15,9	16,0	15,5	15,3	15,7
RCA 1994-95	16,1	15,5	15,6	15,9	16,0	16,1
RDC 07	17,7	17,6	17,1	16,6	17,2	16,2
Rwanda 05	20,3	20,4	19,9	19,9	20,0	20,1
Sénégal 1992-93	19,5	16,8	16,4	16,1	15,6	15,7
Sénégal 1997	a	17,5	17,1	17,3	16,1	16,3
Sénégal 05	a	18,8	18,2	17,9	16,6	16,9
Tchad 1996-97	16,0	15,3	15,7	15,9	15,3	15,4
Tchad 04	16,3	15,9	15,3	15,8	15,7	15,9
Togo 1998	17,9	18,2	18,2	16,6	17,1	17,4

Sources : Rapports nationaux des EDS. Notes : a= non calculé parce que moins de 50 % d'individus du groupe d'âges 20-24 ans ont eu leurs premiers rapports sexuels à l'âge de 20 ans.

Tableau 3: Pourcentage d'adolescents et jeunes ayant eu les rapports sexuels avec au moins deux partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois dans quelques pays francophones d'Afrique subsaharienne selon le genre et l'âge

Pays	Garçons		Filles	
	15-19	20-24	15-19	20-24
Bénin 01	8,8	35,9	1,6	2,2
Burkina Faso 1998-99	10,8	21,2	3,2	1,1
Burkina Faso 10	2,0	11,5	0,9	0,9
Burundi 10	0,8	1,6	0,2	0,3
Cameroun 1998	23,0	54,0	10,0	10,8
Cameroun 04	35,1	45,3	11,2	9,9
Congo 05	21,8	34,1	17,6	10,3
Côte d'ivoire 1994	41,3	26,5	7,9	4,1
Côte d'ivoire 1998-99	22,4	39,1	6,5	6,9
Guinée 1999	17,2	28,5	3,4	4,2
Guinée 05	31,6	34,7	5,1	3,1
Madagascar 1997	Na	Na	9,7	8,9
Madagascar 08-09	13,7	24,1	3,2	2,3
Mali 1995-96	8,5	21,1	na	na
Mali 01	5,4	12,6	1,4	1,2
Niger 1998	11,0	13,9	0,5	0,7
Rwanda 00	0,9	1,6	0,3	0,4

Notes : Etant donné que dans les rapports nationaux des EDS, les pourcentages ont été calculés en distinguant les individus en union de célibataires, nous présentons ici les moyennes pondérées.

Tableau 4 : Prévalence (en %) d'utilisation des préservatifs aux premiers rapports sexuels parmi les adolescents et jeunes dans quelques pays francophones d'Afrique sub-saharienne selon le genre et l'âge

Pays	Garçons		Filles	
	15-19	20-24	15-19	20-24
Cameroun 04	31,1	25,0	24,3	14,4
RDC 07	8,9	8,3	5,8	4,1
Congo 09	27,8	19,0	24,1	17,6
Tchad 04	9,5	8,4	3,7	3,0
Rwanda 05	10,7	12,0	13,3	5,2
Côte d'Ivoire 05	54,1	35,4	37,9	22,5
Guinée 05	11,0	12,8	11,1	7,6
Madagascar 08-09	5,3	6,0	3,9	2,8
Niger 06	18,9	11,6	1,6	2,8
Bénin 06	20,6	17,9	12,6	8,5
Sénégal 05	21,5	21,7	7,2	5,8

Sources : Rapports nationaux des EDS.

Tableau 5 : Prévalence (en %) d'utilisation des préservatifs aux derniers rapports sexuels à hauts risques parmi les adolescents et jeunes dans quelques pays francophones d'Afrique sub-saharienne selon le genre et l'âge

Pays	Garçons		Filles	
	15-19	20-24	15-19	20-24
Bénin 01	34,0	34,7	17,6	20,3
Burkina Faso 1998-99	44,6	63,9	41,5	52,2
Burkina Faso 03	61,6	71,0	46,4	67,4
Cameroun 04	55,8	58,4	47,4	45,4
Côte d'Ivoire 05	57,2	49,8	40,2	38,2
Congo 05	32,5	42,3	19,5	20,7
Madagascar 2003	12,3	12,2	5,4	5,3
Niger 2006	31,0	42,3	Na	Na
RDC 07	21,9	31,0	12,5	22,8
Rwanda 00	49,3	60,6	28,0	17,9
Rwanda 05	37,0	40,8	27,6	25,5
Sénégal 05	44,1	59,6	31,0	39,0
Tchad 04	20,2	30,1	12,8	23,2
Togo 1998	37,8	43,0	23,5	17,8

Sources : Rapports nationaux des EDS.

Tableau 6 : Prévalence (en %) d'utilisation des préservatifs aux derniers rapports sexuels pré-maritaux parmi les adolescents et jeunes dans quelques pays francophones d'Afrique sub-saharienne selon le milieu de résidence et le genre

Pays	Urbain			Rural		
	Garçons	Filles	Ecart relatif (en %)	Garçons	Filles	Ecart relatif (en %)
Burkina Faso 03	94,7	70,7	21,0	46,7	35,0	25,1
Cameroun 04	65,5	59,1	9,8	40,0	28,1	29,8
Côte d'Ivoire 05	61,4	47,0	23,5	45,6	34,3	27,0
Congo 05	44,7	25,1	43,8	23,6	14,0	40,7
RDC 07	40,5	20,8	48,6	15,3	11,4	25,5
Rwanda 05	65,3	38,5	41,0	27,9	17,2	38,4
Sénégal 05	57,0	27,7	51,4	31,7	11,1	65,0

Sources : Rapports nationaux des EDS.

adolescents et jeunes. Mais ici, il est encourageant de notifier que, dans la plupart des pays, les plus jeunes se protègent plus par les préservatifs que les plus âgés (tableau 4). De même, Guilla et Madise⁴⁴ ont observé au Burkina Faso que même

lorsque les adolescents et jeunes ont leurs premiers rapports sexuels avec des partenaires occasionnels ils ne prennent pas suffisamment de précaution : la fréquence d'utilisation des préservatifs n'était dans

ce cas que de 21,4 % chez les filles et 21,2 % chez les garçons.

Toutefois, en Côte d'Ivoire, où le gouvernement et d'autres organisations sont sérieusement engagés dans la lutte contre le SIDA, les adolescents et jeunes prennent à leur initiation sexuelle plus de précaution que leurs homologues d'autres pays (tableau 4). Par ailleurs, dans tous les pays, la fréquence d'utilisation des préservatifs aux premiers rapports sexuels est moins élevée chez les filles que chez les garçons (tableau 4).

La fréquence du port des préservatifs par les adolescents et jeunes aux derniers rapports sexuels témoigne, quant à elle, de l'amélioration de leurs comportements préventifs dans les pays francophones d'Afrique sub-saharienne (tableau 5); mais celle-ci varie considérablement selon le pays.

Parmi les garçons, le Burkina Faso détient le record de la plus forte fréquence du port des préservatifs suivi de la Côte d'Ivoire à 15-19 ans et du Sénégal à 20-24 ans. En revanche, dans les deux groupes d'âges, la plus faible fréquence est observée dans quatre pays, notamment au Bénin, au Congo, en RDC et au Tchad. Parmi les filles, on observe, dans une certaine mesure, la même tendance, mais ici le Cameroun se retrouve aussi à la tête de file. Au Rwanda, parmi les garçons, une tendance à la baisse de la fréquence du port des préservatifs est observée. Cette situation est une conséquence des problèmes socio-politiques que ce pays a connu puisqu'ils se sont négativement repercutés sur les efforts de son gouvernement en matière de lutte contre le SIDA.

Les ruraux sont plus en retrait du mouvement de diffusion des préservatifs que les citadins comme le montrent les données du tableau 6 portant sur l'utilisation des préservatifs aux derniers rapports sexuels pré-maritaux. Ces données montrent aussi qu'au Cameroun et au Sénégal, les différences selon le genre sont plus faibles dans les villes qu'en milieu rural. En revanche, au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, au Congo et au Rwanda, ces différences persistent de la même façon dans les deux milieux de résidence et sont mêmes en RDC plus importantes dans les villes que dans les campagnes.

Facteurs associés aux comportements sexuels à risque

Pour soumettre à l'épreuve des faits notre approche théorique de la sexualité des adolescents et jeunes dans les pays étudiés, nous avons distingué dans l'ensemble des variables indépendantes la dimension familiale des comportements sexuels de leurs dimensions extrafamiliale et individuelle. Rappelons que seulement deux variables dépendantes ont été étudiées au niveau explicatif, à savoir le multipartenariat sexuel des douze derniers mois et l'utilisation des condoms aux derniers rapports sexuels. Les résultats obtenus en recourant aux modèles multivariés de régression logistique sont présentés dans les tableaux 7 et 8.

- Facteurs familiaux

Le lien de l'enfant avec le Chef de Ménage (CM)

La position occupée par l'enfant dans l'échelle de la parentèle du CM influence ses comportements sexuels (tableau 7). Dans le cas du *multipartenariat sexuel*, parmi les garçons, au Cameroun, à Madagascar et en Côte d'Ivoire, les enfants du CM ou ses frères ont plus de risque que ceux adoptés ou qui n'ont pas de lien de parenté avec lui d'avoir eu plusieurs partenaires sexuels (tableau 7). Parmi les filles, une relation similaire est observée dans deux pays d'Afrique de l'Ouest fortement islamisés, à savoir le Sénégal et le Burkina Faso, alors qu'en Côte d'Ivoire et en Madagascar c'est plutôt une relation inverse qui est observée (tableau 7). Par ailleurs, dans ce dernier pays et au Tchad, parmi les garçons, et au Burkina Faso, dans les deux sexes, le risque de *n'avoir pas utilisé les condoms aux derniers rapports sexuels* est plus élevé chez les enfants du CM que chez ceux confiés (tableau 8). En Côte d'Ivoire, dans le même cas une relation inverse est observée parmi les filles et les deux relations parmi les garçons mais ici ce sont les enfants

Tableau 7: Effets de plusieurs facteurs sur le multipartenariat sexuel des 12 derniers mois précédent l'enquête chez les adolescents et jeunes, EDS les plus récentes.

Variables	Cameroun		Tchad		Côte d'Ivoire		Sénégal		Madagascar		Burkina Faso	
	G	F	G	F	G	F	G	F	G	F	G	F
Relation de parenté avec le CM												
CM	1,50	0,83	Ns	Ns	0,22*	0,26	Ns	Na	0,76	7,73*	9,22+	0,21
Epouse	Na	0,28*			Na	0,76		0,11*	Na	1,61	Na	0,17*
Fils/Filles	1,00	1,00			1,00	1,00		1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Beaux (belles) fil(le)s	Na	0,60			0,98	5,34*		0,07*	Na	0,93	Na	0,06*
Sœurs (frères)	1,63+	0,80			0,90	1,76		0,80	1,82+	0,93	4,78*	0,79
Neveux (nièces)	Na	Na			1,14	2,06*		Na	0,71	Na	Na	Na
Autres liens	1,08	0,80			1,20	0,59		Na	0,87	2,11+	0,61	0,39*
Adoptés	0,11*	Na			0,92	2,86+		1,29	Na	0,48	Na	Na
Sans liens	1,31	1,52			0,60+	1,85		2,15	0,39*	0,15	4,78*	0,11*
Sexe du chef de ménage												
Homme	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	1,00	Ns	1,00	Ns	Ns	Ns	Ns
Femme						1,91*		2,98*				
Taille du ménage												
Solo	Ns	2,38+	19,38*	Na	2,11+	Ns	Ns	Ns	2,50*	0,29	Ns	Na
2-3		1,68*	2,46	8,96*	1,28				0,98	0,40+		0,42
4-5		0,97	2,07	0,36	0,70				0,81	0,31*		0,42+
6-7		0,99	1,16	3,03	0,77				1,26	0,38*		0,89
8-9		0,94	0,93	3,62	0,49*				1,29	0,33*		0,81
10+		1,00	1,00	1,00	1,00				1,00	1,00		1,00
Niveau de vie du ménage												
Très pauvre	Ns	Ns	Ns	Ns	1,32	3,56*	1,19	0,26+	1,23	Ns	0,26*	1,12
Pauvre					1,55+	2,41*	0,69	0,20+	1,60+		0,61	1,58
Moyen					0,74	2,88*	0,83	0,34+	1,18		0,41+	1,42
Riche					0,95	1,62	0,35*	0,14*	1,08		0,27*	2,08+
Très riche					1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		1,00	1,00
Communication avec la mère												
Oui	Na	Ns	Na	Na	Na	Na	Na	Ns	Na	3,80*	Na	Ns
Non										1,00		
Communication avec les pairs												
Oui	Na	1,61*	Na	Na	Na	Na	Na	2,34*	Na	1,87*	Ns	Ns
Non		1,00						1,00		1,00		
Religions												
Catholiques	1,00	1,00	Ns	Ns	1,00	1,00	Na	Na	1,00	1,00	1,00	Ns
Protestantes	0,77*	1,10			0,93	1,78	Na	Na	0,82	1,28	0,09+	
Ensemble chrétiennes	Na	Na			Na	Na	0,01*	1,00	Na	Na	Na	
Musulmanes	1,05	0,66			0,61*	1,00	1,00	13,15*	2,51*	Na	1,46	
Animiste	0,88	2,19			Na	Na	Na	Na	Na	0,84	0,79	
Autres chrétiennes	Na	Na			0,57*	1,79	Na	Na	Na	Na	Na	
Sans religion	0,73	1,15			0,80	1,49	Na	Na	1,84*	1,70+	Na	
Nouvelles religions	0,30*	0,93			Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	
Sectes	Na	Na			Na	Na	Na	Na	Na	1,72	Na	
Autres religions	Na	3,49*			1,85	4,85*	Na	Na	0,41*	Na	Na	
Exposition à la TV												
Pas du tout	Na	1,00	Ns	Ns	1,00	Ns	Ns	Ns	1,00	Ns	Ns	1,00
<1 fois par semaine		1,31			3,21*				2,36*			3,36*
Une fois par semaine		1,84*			3,02*				2,43*			0,69
Tous les jours		1,51*			3,55*				1,70*			0,87
Occupation												
Inactif	1,00	Ns	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Cadres/	1,99+		1,11	32,98*	2,59*	0,16	0,47	Na	2,40*	Na	7,48*	Na
Employés												
Commerce	Na		Na	Na	1,57+	0,98	2,75*	8,96*	Na	Na	4,99*	0,91
Agriculture	1,51+		1,76	0,01	0,96	0,53	2,01+	0,14	1,70*	2,31*	3,30*	0,44*
Services	2,11*		Na	Na	2,50*	1,95*	9,79*	2,43	1,95*	2,09+	2,00	Na
Domestiques	Na		Na	na	na	na	Na	na	Na	Na	2,01	4,83*
Ouvriers qualifiés	1,11		2,27	Na	1,64+	4,52*	1,34	Na	1,53+	7,18*	1,45	0,19
Ouvriers non qualifiés	1,27		3,80*	0,22	Na	Na	Na	Na	2,31*	0,37	Na	Na
Scolarisé (e)												
Oui	Na	Na	Na	Ns	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Ns
Non												
Niveau d'instruction												
Sans niveau	0,27*	0,06*	Ns	0,01*	0,58*	0,30*	Ns	Ns	1,09	Ns	0,41*	Ns
Primaire	0,81	1,12		0,32	0,76	0,29*			0,87		0,99	
Secondaire	1,00	1,00		1,00	1,00	1,00			1,00		1,00	
Supérieur	1,09	0,31*		Na	1,30	0,44			1,73+		Na	
Connaissance complète du VIH/SIDA												
Oui	Ns	Ns	1,91*	Ns	Ns	0,63+	Ns	3,51*	0,77*	0,49+	Ns	0,46*
Non			1,00			1,00		1,00	1,00	1,00		1,00
Premiers rapports sexuels précoces												
Oui	1,00	1,00	Ns	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	Ns	1,00
Non	0,71*	0,43*		7,88*	0,69*	0,69+	0,66+	0,15*	0,55*	0,43*		0,44*
Milieu de résidence												
Grandes villes	1,50+	Ns	2,88	0,01*	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	2,74*
Petites villes	0,89		3,55+	0,14								1,07
Rural	1,00		1,00	1,00								1,00
Parité atteinte	1,17+	0,72*	Ns	Ns	1,30+	0,53*	Ns	0,52*	0,74*	0,55*	Ns	0,41*
Chi-deux	123,7	273,1	66,85	85,40	166,57	169,43	64,72	120,1	197,12	124,50	109,71	199,78
p	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
N	1352	2891	361	613	1249	1804	775	1146	1790	1537	664	3403

*p ≤ 0,05 + p ≤ 0,01

adoptés qui se démarquent des autres par des comportements négatifs (tableau 8).

Le sexe du CM

Deux relations ressortent des études antérieures. Primo, les travaux sanitaires étant généralement effectués par les femmes, celles chefs de ménages jouent un rôle positif dans l'éducation sexuelle des enfants et la prévention des maladies⁴⁵. Secundo, dans les ménages dirigés par les femmes, ces dernières doivent tout assumer, leurs styles de contrôle et de supervision ne démontrent presque pas d'autorité et en plus elles véhiculent un modèle négatif de sexualité⁴⁶⁻⁴⁸. Dans les pays étudiés, les résultats ne convergent pas vers le même sens. Dans le cas du *multipartenariat sexuel*, parmi les filles, la direction d'un ménage par une femme est favorable à ce comportement sexuel dans les pays côtiers d'Afrique de l'Ouest (tableau 7). Cependant, dans ce type de ménage, le risque de *n'avoir pas protégé les derniers rapports sexuels* est moins élevé en Côte d'Ivoire (OR=0,52) qu'au Sénégal (OR=1,77) (tableau 8). Enfin, au Tchad, parmi les garçons, le risque d'avoir eu ce comportement est plus élevé dans les ménages dirigés par les femmes que dans les autres (OR=3,43).

La taille du ménage

Une taille élevée du ménage indique la disponibilité en plus des parents d'autres adultes susceptibles de participer à l'éducation sexuelle des enfants²⁸. Parmi les garçons, au Tchad, en Côte d'Ivoire et à Madagascar, la vie en solo est associée à un risque élevé de *multipartenariat sexuel* (tableau 7). Parmi les filles, cette relation est constatée au Cameroun mais là comme au Tchad, vivre dans les ménages de 2-3 personnes est aussi favorable à ce comportement sexuel. A Madagascar et au Burkina Faso vivre dans les ménages de faible taille est plutôt défavorable à ce comportement sexuel. Parmi les garçons, au

Cameroun et au Sénégal, le risque de *non-utilisation des condoms aux derniers rapports sexuels* est plus élevé dans les ménages de faible taille que dans ceux de grande taille alors qu'au Tchad et en Côte d'Ivoire une relation inverse est observée (tableau 8). Parmi les filles, la première relation est observée au Tchad et au Sénégal et la dernière au Burkina Faso.

Niveau de vie du ménage

Parmi les filles, dans les études antérieures, où la relation entre la pauvreté et les comportements sexuels étudiés a été évaluée, les résultats convergent vers le même sens : pour améliorer leur statut économique, les enfants appartenant aux familles pauvres ont précocement les premiers rapports sexuels, plusieurs partenaires sexuels et utilisent rarement les condoms^{23,32, 49, 50}. Parmi les garçons, il a en plus été observé, dans certains contextes, que l'aisance matérielle influence positivement les deux premiers comportements sexuels^{34, 51}. Que révèlent les données récentes des EDS réalisées dans les pays africains francophones ?

S'agissant du *multipartenariat sexuel*, dans les deux sexes, la pauvreté lui est positivement associée en Côte d'Ivoire alors qu'au Sénégal, c'est l'aisance matérielle qui lui est associée dans ce sens (tableau 7). Au Burkina Faso, le second facteur joue le même rôle chez les garçons et le premier chez les filles. A Madagascar, on observe seulement chez les garçons l'effet positif de la pauvreté sur ce comportement sexuel à risque. Dans la plupart des pays, parmi les garçons, la pauvreté est un déterminant positif de la *non-utilisation des condoms aux derniers rapports sexuels* (tableau 8). Parmi les filles, la même relation est observée au Cameroun, en Côte d'Ivoire et au Rwanda alors qu'au Tchad et au Sénégal, deux pays fortement islamisés, les riches adoptent moins fréquemment ce comportement que les pauvres (résultats non présentés dans le cas du Rwanda).

Communication avec la mère dans le domaine de la santé

Tableau 8: Effets de plusieurs facteurs sur la non-utilisation du condom aux derniers rapports sexuels chez les adolescents et jeunes, EDS les plus récentes.

Variables	Cameroun		Tchad		Côte d'ivoire		Sénégal		Madagascar		Burkina Faso	
	G	F	G	F	G	F	G	F	G	F	G	F
Lien de parenté avec le CM												
CM	Ns	0,91	0,83	Ns	0,46	2,41	Ns	Ns	1,81	Ns	0,04*	3,35*
Epouse		1,58+	Na		Na	2,42*			Na		Na	1,24
Fils/Filles		1,00	1,00		1,00	1,00			1,00		1,00	1,00
Beaux (belles) fil(le)s		0,69	Na		Na	2,53*			Na		Na	1,66
Seurs(frères)		0,73	1,07		0,70	2,47*			0,82		0,11*	0,52+
Neveux (nièces)		Na	Na		0,66+	0,95			0,87		Na	Na
Autres liens		Na	0,96		0,49*	1,93*			0,29*		0,08*	0,48*
Adoptés		Na	0,15+		12,53*	0,68			Na		Na	Na
Sans liens		8,79	Na		0,82	1,84*			1,15		0,17	0,85
Sexe du CM												
Homme	1,00	Ns	1,00	Ns	Ns	1,00	Ns	1,00	Ns	Ns	Ns	Ns
Femme	0,64*		3,43+			0,52*		1,77+				
Taille du ménage												
Solo	0,92	0,36+	0,21	0,15	0,65	Ns	Na	Na	Ns	Ns	Ns	0,26
2-3	1,71*	1,00	0,19+	0,65	0,54*		0,25	3,21				0,52*
4-5	0,84	0,75	0,77	1,54	0,89		0,30*	1,02				0,95
6-7	1,01	0,90	0,17*	2,07	1,34		2,51*	1,87				0,89
8-9	0,95	1,02	0,50	6,73*	1,38		0,70	2,22+				0,76
10+	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		1,00	1,00				1,00
Niveau de vie du ménage												
Très pauvre	1,74	1,86+	Ns	Na	0,87	1,01	3,20*	0,50	4,61*	Ns	3,31+	Ns
Pauvre	2,00*	1,02	0,22+	0,22+	0,92	2,1*	2,75+	0,24*	1,53		1,90	
Moyen	1,46	1,09	0,60	0,82	1,97*	1,33	0,68	4,22*			1,24	
Riche	1,17	0,82	0,46	1,45+	0,83	1,29	0,53	1,10			1,68	
Très riche	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00			1,00	
Communication avec la mère												
Oui	Na	0,45*	Na	Na	Na	Na	Na	Ns	Na	Ns	Na	Ns
Non		1,00										
Communication avec les pairs												
Oui	Na	Ns	Na	Na	Na	Na	Na	0,62+	Na	0,49*	0,56*	0,66*
Non								1,00		1,00	1,00	1,00
Religion												
Catholiques	Ns	1,00	Ns	Ns	Ns	0,81	Ns	Ns	1,00	Ns	Ns	1,00
Protestantes		0,85				0,72			0,77			2,05+
Ensemble chrétiennes		Na				Na			Na			Na
Musulmanes		1,34				1,00			0,57			1,25
Animiste		2,54				Na			Na			4,58*
Autres chrétiennes		Na				0,52*			Na			Na
Sans religion		0,68				1,29			1,94			2,31
Nouvelles		0,22+				Na			Na			Na
Autres religions		0,09*				4,18*			0,42+			Na
Exposition à la TV												
Pas du tout	1,00	1,00	Ns	Ns	1,00	1,00	Ns	1,00	1,00	Ns	1,00	1,00
<1 fois par semaine	0,51*	0,83			0,36*	0,61		1,06	0,45*		0,31*	0,51*
Une fois par semaine	0,50*	1,03			0,47*	0,45*		0,32*	0,28*		1,07	1,01
Tous les jours	0,40*	0,66*			0,36*	0,57*		0,46+	0,57		0,50	0,45*
Occupation												
Inactif	1,00	1,00	1,00	Ns	1,00	1,00	1,00	Ns	1,00	Ns	1,00	1,00
Cadres/	0,61	1,47	1,04		0,41+	0,18*	0,07*		1,76		3,63	1,67
Employés												
Commerce	Na	Na	Na		1,51	0,74	0,18*		Na		0,61	0,58*
Agriculture	1,68*	1,13	0,43		1,39	0,87	0,86		0,74		0,72	0,69
Services	1,58	Na	Na		0,87	1,01	1,29		0,95		1,03	0,21*
Domestiques	Na	na	Na		na	Na	Na		Na		0,21*	0,68
Ouvriers qualifiés	1,11	0,62*	1,71		0,99	0,15*	0,64		0,48*		0,18	1,84
Ouvriers non qualifiés	1,34	0,85	0,16*		Na	Na	Na		1,31		Na	Na
Scolarisé (e)												
Oui	Na	na	Na	0,19*	Na	Na	Na	Ns	Na	Na	Na	Ns
Non				1,00								
Niveau d'instruction												
Sans niveau	Ns	7,21*	10,92*	15,25*	2,28*	2,57*	Ns	7,94*	2,10+	5,60*	3,20*	4,10*
Primaire		1,52*	4,17*	3,07*	2,18*	0,96		2,10*	2,15*		3,45*	3,36*
Secondaire		1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	1,00
Supérieur		0,45*	Na	Na	0,52+	1,10		0,74	1,34		1,98	Na
Connaissance complète du VIH/SIDA												
Oui	0,78+	0,78*	Ns	Ns	Ns	0,57*	Ns	Ns	0,42*	Ns	Ns	Ns
Non	1,00	1,00				1,00			1,00			
A consommé l'alcool aux derniers rapports sexuels												
Non	Ns	1,00	Na	Na	1,00	1,00	1,00	Na	Ns	Na	Na	Na
Enquêté (e) seul (e)		5,21*	Na	Na	1,19	0,11*	14,73*	Na	Na	Na	Na	Na
Partenaire seul (e)		0,97	Na	Na	4,42+	0,29+	Na	Na	Na	Na	Na	Na
Les deux		0,65	Na	Na	6,59*	0,02*	Na	Na	Na	Na	Na	Na
Relation avec le (la) dernier (dernière) partenaire												
Cohabitant	1,00	Ns	Na	Na	1,00	1,00	1,00	Na	1,00	Ns	1,00	1,00
Ami	0,18*				0,57	0,23*	0,01*		0,25*		0,03*	0,31*
Occasionnel(le)	0,23*				0,23*	0,24*	0,01*		0,27*		0,01*	Na
Premiers rapports sexuels précoces												
Oui	Ns	Ns	Ns	Ns	1,00	Ns	Ns	1,00	Ns	Ns	Ns	Ns
Non					0,68*			0,46*				
A utilisé condoms aux premiers rapports sexuels												
Oui	0,13*	0,27*	0,08*	0,029*	0,19*	0,17*	0,08*	0,10*	0,10*	Ns	Na	Na
Non	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		Na	
Milieu de résidence												
Grandes villes	Ns	0,56*	0,05*	Ns	Ns	0,79	Ns	0,57	Ns	Ns	0,11*	0,48*
Petites villes		0,60*	0,05*			0,61*		0,46*			0,27*	0,78
Rural		1,00	1,00			1,00		1,00			1,00	1,00
Parité atteinte												
Chi-deux	1,27+	Ns	Ns	ns	Ns	Ns	Ns	ns	Ns	Ns	Ns	Ns
P	453,5	1177,6*	121,60*	147,80*	355,5	703,23	201,07	533,79*	287,8	175,1	357,7	1022,5*
N	1184	2882	308	1178	1030	1598	527	2536	1712	1714	551	2728

*p ≤ 0,05 + p ≤ 0,01

Le dialogue entre les enfants et leurs parents dans le domaine de la santé permet aux seconds d'informer les premiers sur les moyens de prévention des IST/VIH/SIDA^{52,53}. Parmi les pays où cette hypothèse a été vérifiée, au Cameroun, les filles qui communiquent avec leurs mères dans le domaine de la santé ont moins de risque que d'autres de n'avoir pas utilisé les condoms aux derniers rapports sexuels (tableaux 8). A Madagascar ce facteur a plutôt fait partie des déterminants positifs du multipartenariat sexuel (tableau 7).

- **Facteurs extrafamiliaux** *Religion*

Les religions chrétiennes anciennes, à savoir catholiques et protestantes, et l'Islam sont opposées à la sexualité préconjugale. Leurs enseignements insistent notamment sur la virginité et la chasteté jusqu'au mariage. En plus, elles sont opposées à l'infidélité dans les mariages. Cependant, dans la plupart des sociétés, ces normes religieuses sont plus imposées aux filles qu'aux garçons. Concernant l'usage du préservatif, les attitudes des autorités religieuses sont discordantes : les autorités religieuses catholiques et musulmanes en sont totalement opposées contrairement aux autorités religieuses protestantes. Mais comment se présente la relation entre la religion et les comportements sexuels étudiés dans les différents pays ?

Concernant le *multipartenariat sexuel*, parmi les garçons, il n'y a pas de différence entre les musulmans et les catholiques au Cameroun et au Burkina Faso (tableau 7). En revanche, au Sénégal et à Madagascar, le risque de multipartenariat sexuel est plus élevé chez les musulmans que chez les catholiques. En Côte d'Ivoire, la relation inverse est observée. Dans ce pays, au Cameroun, au Burkina Faso et en Madagascar, par rapport aux catholiques, les protestants, les adeptes de nouvelles religions chrétiennes ou d' "autres religions" ont moins de risque d'avoir eu plusieurs partenaires sexuels. En revanche, dans le dernier pays, les sans religion se démarquent du groupe de référence par un risque plus élevé de multipartenariat sexuel. Parmi les filles, quel que soit le pays où l'influence de la religion est

significative, les musulmanes, les adeptes d' "autres religions" ou les sans religion sont plus concernées par le phénomène de multipartenariat sexuel que les catholiques.

Parmi les garçons, l'influence de la religion sur la *non-utilisation des condoms aux derniers rapports sexuels* n'est significative qu'à Madagascar, où les adeptes d' "autres religions" ont moins de risque que les catholiques d'avoir eu ce comportement (tableau 8) Parmi les filles, une relation similaire au Cameroun et une relation inverse en Côte d'Ivoire sont mises en évidence. Dans ce dernier pays, ce sont les adeptes d' "autres religions chrétiennes" qui se démarquent des catholiques par un faible risque de non-utilisation des condoms aux derniers rapports sexuels. Au Burkina Faso, les protestantes et les animistes se démarquent de catholiques dans le sens inverse.

Exposition à la télévision

Comme les adolescents et jeunes accèdent aux messages sur la prévention des IST/VIH/SIDA via la télévision, leur exposition à ce média peut les entraîner à avoir des comportements sexuels responsables⁵⁴⁻⁵⁶. Toutefois, leur accès aux messages télévisuels ou virtuels violents peut jouer un rôle négatif dans leur activité sexuelle^{57,58}.

Dans les pays étudiés, dans le cas du *multipartenariat sexuel*, parmi les filles, au Cameroun et au Burkina Faso, l'exposition à ce média est positivement associée à ce phénomène (tableau 7). Parmi les garçons, la même chose est constatée en Côte d'Ivoire et à Madagascar. Cependant dans tous ces pays, ce facteur est négativement associé à la *non-utilisation des condoms aux derniers rapports sexuels* (tableau 8). Cette relation est, dans une certaine mesure, aussi observée parmi les filles sénégalaises et rwandaises (résultats non présentés dans le cas du Rwanda).

Scolarisation et niveau d'instruction

La scolarisation améliore notamment les connaissances et pratiques des adolescents et jeunes en santé sexuelle, y compris la prévention des IST/VIH/SIDA^{44, 59}. Mais, elle permet aussi à l'enfant de se retrouver dans un environnement où

il est facile d'être en contact avec le sexe opposé et de subir les pressions des camarades dans le domaine de la sexualité.

C'est seulement au Tchad que l'influence de la scolarisation a été évaluée parmi les filles, où il est constaté qu'elle est négativement associée à la non-utilisation des condoms aux derniers rapports sexuels (OR=0,19) (tableau 8). Parmi les garçons, dans les pays où l'on a observé une relation significative entre le second facteur et le *multipartenariat sexuel*, à savoir au Cameroun, en Côte d'Ivoire, à Madagascar et au Burkina Faso, un niveau élevé d'instruction est positivement associé à ce comportement sexuel (tableau 7). Parmi les filles, la même relation est mise en évidence en Côte d'Ivoire et au Tchad alors qu'au Cameroun on observe en plus une relation inverse. Enfin, dans les deux sexes, dans la plupart des pays, à un niveau élevé d'instruction correspond un faible risque de non-protection des derniers rapports sexuels (tableau 8).

Occupation

Dans les études antérieures, il a été constaté que l'exercice de l'activité économique dans l'adolescence dans les secteurs moderne et informel de l'économie est un facteur de risque^{34, 51}. Dans les pays étudiés, où la relation entre ce facteur et l'un ou l'autre comportement sexuel considéré ici est significative, les résultats obtenus convergent vers le même sens dans le cas du *multipartenariat sexuel*, à l'exception de ce qui est constaté parmi les garçons sénégalais et les garçons rwandais (tableau 7). Dans le cas de la *non-utilisation des condoms aux derniers rapports sexuels*, ce facteur n'a pas joué un rôle négatif dans la plupart des pays où il a significativement influencé ce comportement (tableau 8). L'exercice d'une activité économique dans les secteurs moderne et informel de l'économie peut donc aussi participer à l'amélioration de pratiques préventives chez les jeunes.

Communication avec les pairs sur la santé

La communication avec les pairs joue aussi un rôle positif dans la prévention des IST/VIH/SIDA⁶⁰ mais lorsque ces derniers sont déviants elle peut

avoir des conséquences néfastes sur les comportements sexuels⁶¹⁻⁶³.

Les deux relations sont observées au Burkina Faso parmi les garçons et au Cameroun, au Sénégal et à Madagascar parmi les filles. En effet, ce facteur est positivement associé au *multipartenariat sexuel* dans les trois derniers pays (tableau 7) et négativement à la non-protection des derniers rapports sexuels dans tous ces pays (tableau 8). En revanche, parmi les filles Burkinabé, seulement la seconde relation est observée (tableau 8).

- **Facteurs individuels**

Connaissance complète du VIH/SIDA

La connaissance du VIH/sida par les adolescents et jeunes, ne s'accompagne pas de pratiques préventives positives dans les pays fortement islamisés, à savoir le Tchad et le Sénégal, contrairement à ce qui est observé dans les deux sexes au Cameroun et à Madagascar et parmi les filles seulement en Côte d'Ivoire et au Burkina Faso (tableaux 7 et 8).

Consommation d'alcool aux derniers rapports sexuels

La relation entre ce facteur et la non-utilisation des condoms a été évaluée au Cameroun, à Madagascar, en Côte d'Ivoire et au Sénégal (tableau 8). Dans les deux derniers pays, parmi les garçons, la consommation d'alcool par l'un des partenaires ou les deux avant les rapports sexuels s'accompagne d'un risque élevé de non-utilisation des condoms. Parmi les filles, cette relation est, dans une certaine mesure, observée au Cameroun. En revanche, une relation inverse ressort en Côte d'Ivoire.

Occurrence précoce des premiers rapports sexuels

Au Cameroun, à Madagascar et dans les pays côtiers d'Afrique de l'Ouest, dans les deux sexes, une entrée précoce dans l'activité sexuelle est associée au *multipartenariat sexuel* (tableau 7). Au Burkina Faso, cette relation n'est observée que parmi les filles. En revanche, au Tchad, une

relation inverse est mise en évidence. A l'exception des pays côtiers d'Afrique de l'Ouest, où ce facteur est positivement associé la non-utilisation des condoms aux derniers rapports sexuels, dans tous les autres pays, son effet n'est pas significatif (tableau 8).

Utilisation des condoms aux premiers rapports sexuels

Dans les deux sexes, c'est parmi les adolescents et jeunes ayant utilisé les condoms aux premiers rapports sexuels que le risque de ne pas les utiliser aux derniers rapports sexuels est le plus faible (tableau 8).

- **Autres facteurs**

Age et parité atteinte

Dans les deux sexes, à Madagascar, le risque de multipartenariat sexuel diminue lorsqu'augmente le nombre d'enfants nés vivants (tableau 7). Parmi les filles, une relation similaire est mise en évidence dans tous les autres pays. En revanche, parmi les garçons, une relation inverse est observée au Cameroun et en Côte d'Ivoire.

Milieu de résidence

L'urbanisation augmente le pouvoir décisionnel des adolescents et jeunes sur le moment de, avec qui et pourquoi contracter les rapports sexuels⁶⁴.⁶⁵ Ce facteur contribue donc à l'autonomie des adolescents et jeunes dans ce domaine³⁰. Cependant, dans les villes, les adolescents et jeunes peuvent être davantage conscients des risques qu'ils courent dans l'activité sexuelle et, partant, adopter des comportements responsables²¹.

Les résultats obtenus ici ne sont pas constants d'un pays à l'autre dans le cas du multipartenariat sexuel contrairement à ce qui est constaté dans le cas de la non-utilisation des condoms aux derniers rapports sexuels. Parmi les garçons, dans les pays d'Afrique Centrale, la résidence en ville favorise le multipartenariat sexuel. Parmi les filles, une relation inverse est constatée au Tchad et une relation similaire au Burkina Faso (tableau 7). Enfin, dans l'un ou l'autre sexe, au Cameroun, à

Madagascar, au Sénégal et au Rwanda, la résidence en ville s'accompagne d'un faible risque de non-utilisation des condoms aux derniers rapports sexuels (tableau 8 mais les résultats concernant le Rwanda n'y ont pas été présentés).

Synthèse et conclusion

Cette étude avait comme principal objectif spécifique d'analyser les prévalences des comportements sexuels à risque et leurs facteurs sociaux dans les pays francophones d'Afrique subsaharienne parmi les adolescents et jeunes en mettant en exergue les diversités entre pays. Les données utilisées sont celles des Enquêtes nationales Démographiques et de Santé.

Dans la plupart de ces pays, les résultats obtenus ont montré que l'intensité de la sexualité précoce est chez les adolescents et jeunes plus élevée qu'en France. Toutefois, les garçons de certains pays comme le Congo et la RDC, en Afrique Centrale, et le Bénin ont les âges médians aux premiers rapports sexuels les plus faibles contrairement à ceux du Burkina Faso, du Rwanda et d'autres pays fortement islamisés comme le Tchad, le Sénégal et le Mali. En revanche, parmi les filles, dans une certaine mesure, un schéma opposé a été observé, puisqu'ici tous les pays fortement islamisés, à l'exception du Sénégal, se démarquent des autres par des âges médians aux premiers rapports sexuels les plus faibles et cette différence résulte de celle des âges aux premiers mariages. Par ailleurs, dans les pays étudiés, les adolescents et jeunes se sont avérés maintenir l'activité sexuelle multipartenariale mais le Cameroun, le Congo, la Côte d'Ivoire, le Bénin et la Guinée en sont plus concernés que d'autres pays. Enfin, dans la plupart des pays, l'initiation sexuelle se fait plus précocement et le multipartenariat sexuel moins intensément parmi les filles que parmi les garçons mais les premières sont plus susceptibles d'avoir leurs rapports sexuels dans les mariages que les derniers. Ces différences selon le genre s'expliquent par celles des contextes sociaux d'expérience sexuelle entre les jeunes filles et les jeunes garçons dans les pays étudiés. En effet, dans ces pays, la chasteté, la virginité et la passivité sont les valeurs le plus transmises aux filles dans l'activité sexuelle. La

sexualité et la fécondité prémaritales sont considérées chez les filles comme une violation des règles et sont passibles de sanctions sociales. En revanche, les garçons doivent être sexuellement expérimentés avant de se marier et des acteurs actifs dans l'activité sexuelle.

A l'exception de la Côte d'Ivoire, dans la plupart d'autres pays, les adolescents et jeunes prennent à leur initiation sexuelle moins de précaution que leurs homologues des pays développés. Le taux d'utilisation des préservatifs aux derniers rapports sexuels montre quant à lui qu'à l'exception du Rwanda les pratiques préventives se sont améliorées dans les pays francophones d'Afrique sub-saharienne mais certains pays comme le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Sénégal et le Cameroun sont plus avancés que d'autres. Dans la plupart des pays, conformément aux valeurs sociales transmises aux filles dans le domaine de la sexualité, le taux d'utilisation des préservatifs reste plus faibles chez elles que chez les garçons et cette différence est même plus importante dans les villes que dans les campagnes en RDC puisque les conditions économiques difficiles de vie en villes y augmentent le degré de passivité des filles dans l'activité sexuelle.

De l'analyse des facteurs sociaux des comportements sexuels à risque il est ressorti que les effets de certaines variables indépendantes considérées varient en intensité selon le pays. Par exemple, concernant les caractéristiques familiales, la position occupée par l'enfant dans l'échelle de la parentèle du chef de ménage n'a pas eu d'effet significatif sur le multipartenariat sexuel au Tchad dans les deux sexes et au Sénégal parmi les garçons, le sexe du chef de ménage n'en a pas eu dans tous les pays excepté parmi les filles de pays côtiers d'Afrique de l'Ouest, le niveau de vie du ménage dans les deux sexes dans les pays d'Afrique centrale et à Madagascar parmi les filles, etc. Par ailleurs, les sens des relations observées entre ces différents facteurs et les comportements sexuels étudiés ne convergent pas nécessairement. Des tendances similaires ont été mises en évidence dans le cas des caractéristiques extrafamiliales et des caractéristiques individuelles.

L'approche globale d'explication de la sexualité des adolescents et jeunes est donc pertinente dans les pays étudiés mais le poids de ses différentes dimensions dans l'explication de ce phénomène varie d'un groupe de pays à l'autre. Le poids de la dimension économique du cadre familial est moins important dans les pays d'Afrique Centrale et de l'Est que dans ceux d'Afrique de l'Ouest alors que celui de sa dimension sociale est important partout excepté au Rwanda et dans les pays fortement islamisés. Quant au cadre extrafamilial, dans une certaine mesure, un constat contraire a été fait.

Les actions de sensibilisation des parents sur la santé sexuelle des adolescents et jeunes seraient donc rentables dans tous les pays étudiés mais en plus ces actions devraient viser les adolescents et jeunes exerçant une activité économique. En plus, dans les pays d'Afrique de l'Ouest, on devrait identifier les moyens de rendre les adolescents et jeunes de familles pauvres moins vulnérables à la sexualité à risque et mettre en place des stratégies d'amélioration de leur taux d'utilisation des condoms.

Contribution des auteurs

Les données présentées dans la partie descriptive de cette recherche sont issues de celles publiées dans les rapports nationaux des EDS par Macro International Inc dans son site web. En revanche, celles de sa partie explicative sont issues des analyses effectuées par nous sur les données des EDS. Cet article a été intégralement rédigé par nous.

Références

1. GALLAND O. (2001a), *Sociologie de la jeunesse*, Paris, Armand Collin (Collection U. Sociologie), (3^{ème} édition).
2. GALLAND O. (2001b), "Adolescence, post-adolescence, jeunesse : retour sur quelques interprétations", in *Revue Française de Sociologie*, Vol.42, No4, p. 611-640.
3. FHI (1998), *Santé de la reproduction des jeunes adultes: Contraception, grossesses et maladies sexuellement transmissibles*. Modules sur la santé de la reproduction, FHI, mars 1998, 74p
4. UNICEF (2011), *La situation des enfants dans le monde 2011*. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, février 2011, 148p.

5. SINGH S., WULF D., SAMARA R. et al. (2000), "Gender differences in the timing of first intercourse: data from 14 countries", in *International Family Planning Perspectives*, vol. 26, n°1, p. 21-28 & 43.
6. TREFFERS P. (2003), "Teenage pregnancies, a worldwide problem", *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 147, (47): 2320-2325.
7. MAGADI M. (2004), "Unplanned childbearing in Kenya : the socio-demographic correlates and the extent of repeatability among women". *Social Science and Medicine*, 56, 2003, p. 167-178.
8. WHO (2004), *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*, 4th ed. (Geneva: WHO).
9. BANKOLE A., OYE-ADENIRAN B., SINGH S. et al. (2006). *Unwanted Pregnancy and Induced Abortion in Nigeria. Causes and consequences*. New York: Allan Guttmacher Institute, 2006, 32p.
10. PANCHAUD C., SINGH S., FEIVELSON D., DARROCH J. (2000), "Sexually Transmitted Diseases Among Adolescents in Developed Countries", in *Family Planning Perspectives*, 2000, Vol.32, Number 1, p.24-32 & 45.
11. UNAIDS (2005), *AIDS epidemic update: December 2005* (Geneva: UNAIDS).
12. DEHNER KL, RIEDNER G. (2005), *Sexually Transmitted Infections Among Adolescents: The need for adequate health services*, WHO and GTZ, 2005, 78p.
13. BULUMA C. B., MURIITHI P. et GITONGA J. (2010). "HIV/AIDS related knowledge, attitudes, and behaviors". In Kenya National Bureau of Statistics (KNBS) and ICF Macro. 2010. *Kenya Demographic and Health Survey 2008-09*. Calverton, Maryland: KNBS and ICF Macro.
14. CENTRAL STATISTICAL OFFICE (CSO) [Zimbabwe] and MACRO INTERNATIONAL Inc. (2007), *Zimbabwe Demographic and Health Survey 2005-06*. Calverton, Maryland: CSO and Macro International Inc.
15. BARRERE M. (2005), "Connaissance, Attitudes et Comportements vis-à-vis des IST/SIDA". In Institut National de la Statistique (INS) et ORC Macro. 2004. *Enquête Démographique et de Santé du Cameroun 2004*. Calverton, Maryland, USA : INS et ORC Macro.
16. RANAIVO A. F. et BARRERE M. (2004), "VIH.SIDA et Infections Sexuellement Transmissibles". In Institut National de la Statistique (INS) et ORC Macro. 2004. *Enquête Démographique et de Santé du Cameroun 2003-04*. Calverton, Maryland, USA : INS et ORC Macro.
17. CISSE I. et MARICO S. (2007), "VIH/SIDA et Infections Sexuellement Transmissibles". In Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce (DNSI/MEIC) et Macro International Inc. 2007. *Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006*. Calverton, Maryland, USA : CPS/DNSI et Macro International Inc.
18. OUMAROU S. et MARIKO S. (2007), "VIH/SIDA et Infections Sexuellement Transmissibles". Institut National de la Statistique (INS) et Macro International Inc. 2007. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger 2006*. Calverton, Maryland, USA : INS et Macro International Inc.
19. GAYE A. et NDIAYE S. (2005), "VIH/SIDA et Infections Sexuellement Transmissibles". Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie et Macro International Inc. 2005. *Enquête Démographique et de Santé, Sénégal 2005*. Calverton, Maryland, USA : INS et Macro International Inc.
20. Ministère du Plan et Macro International (2008). *Connaissance, Attitudes et Comportements vis-à-vis du VIH/SIDA*. Enquête Démographique et de Santé, République Démocratique du Congo 2007. Claverton Maryland USA.
21. BEDAOU C., KOYALTA D., NODJIMADJI K. (2004). *Connaissance, Attitudes et Comportements vis-à-vis des IST/SIDA*. In OUAGADJIO, BANDOUMAL et NODJIMADJI K. et al. *Enquête Démographique et de Santé Tchad 2004*. Claverton, Maryland, USA.
22. BAH C. (2006). *Connaissance, Attitudes et Comportements vis-à-vis des IST/SIDA*. Direction Nationale de la Statistique Ministère du Plan Conakry et ORC Macro International Inc. 2006. *Enquête Démographique et de Santé, Sénégal 2005*. Calverton, Maryland, USA : INS et Macro International Inc.
23. RWENGE M. (2000), "Sexual Risk Behaviors Among Young People in Bamenda, Cameroon", in *International Family Planning Perspectives*, Vol. 26, Number 3, September 2000.
24. KALAMBAYI B. (2007), *Sexualité des jeunes et comportements sexuels à risque à Kinshasa (R.D.Congo)*. Académia-Bruyant, 2007, 378p.
25. TSALA DIMBUENE Z. (2010), "Influences des structures familiales sur les connaissances et comportements de prévention du VIH/SIDA chez les adolescents et les jeunes au Cameroun". Thèse de doctorat Département de démographie, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal, février 2010, 222p.
26. BABALOLA S., QUENUM-RENAUD B. (2002), "The correlates of sex practices among Rwandan youth: a positive deviance approach", in *African Journal of AIDS research* 2002, Vol. 1, p.11-21.
27. GIAMI, 2002, "Sexual health: the emergence, development and diversity of a concept", *Annual Review of Sex Research* 13: 1-35.
28. RWENGE M. (2010), "De la pertinence de l'approche systémique de la sexualité à risque des adolescents et jeunes au Cameroun", *Etudes de la population africaine, vol.24, n°3*.
29. BOZON M. (2002), *Sociologie de la sexualité*. Paris Nathan 2002, 128p.
30. CALVES E. A. (1996), *Youth and fertility in Cameroon: changing patterns of family formation*, The

- Pensylvania State University, 254p. [Thesis, Rural Sociology and Demography], August 1996, 254p.
31. MEEKERS D., CALVES E. (1997), "Main girlfriends, girlfriends, marriage and money: the social context of HIV risk behavior in sub-Saharan Africa", in *Health Transition Review*, Supplement to Volume 7, p.361-375.
 32. RWENGE M. (2003), "Poverty and Sexual Risk Behaviors Among Young People in Bamenda, Cameroon", in *Etudes de la Population Africaine*, Vol. 18, Number 2, 2003, p.91-104.
 33. PETO D., REMY J., VAN CAMPENHOUDT et al. (1992), *SIDA, l'amour face à la peur: modes d'adaptation au risqué du SIDA dans les relations hétérosexuelles*. Edition l'Harmattan, Collection logiques sociales, 221p.
 34. MAGNANI R, KARIM A, WEISS A, BOND C, LEMBA M, MORGAN T. (2002), "Reproductive health risk and protective factors among youth in Lusaka, Zambia". *Journal of Adolescent Health*, vol. 30, 2002, p.76-80.
 35. WELLINGS et al. (2006), "Sexual behaviour in context: a global perspective". *Lancet* 368:1706-1708.
 36. HOUEDOKOHO T. (1996), "Nuptialité et exposition au risque de grossesse". In *Enquête Démographique et de Santé, Bénin 1996*. Calverton, Maryland, USA : Direction de la Statistique et ORC Macro.
 37. TOHOUEGNON J.T et ZOUNON B. M. (2001), "Nuptialité et exposition au risque de grossesse". In *Enquête Démographique et de Santé, Bénin 2001*. Calverton, Maryland, USA : Direction de la Statistique et ORC Macro.
 38. FOMO M. A. (2005), "Nuptialité et exposition au risque de grossesse". In Institut National de la Statistique (INS) et ORC Macro. 2004. *Enquête Démographique et de Santé du Cameroun 2004*. Calverton, Maryland, USA : INS et ORC Macro.
 39. DIALLO I (2005), "Nuptialité et exposition au risque de grossesse". In Direction Nationale de la Statistique et ORC Macro. 2005. *Enquête Démographique et de Santé Guinée 2005*. Calverton, Maryland, USA : INS et ORC Macro.
 40. NGUELEBE E. (1995), "Nuptialité et exposition au risque de grossesse". In Ndamobissi R., Mboup G. et Nguelebe E. *Enquête Démographique et de Santé, RCA 1994-95*. Calverton, Maryland, USA : Direction des Statistiques Démographiques et Sociales et ORC Macro.
 41. BOUKPESSI B. (1999), "Nuptialité et exposition au risque de grossesse". In Anipah, Kodjo, Gora Mboup, Afii Mawuéna Ouro-Gnao et al. (1999). *Enquête Démographique et de Santé, Togo 1998*. Calverton, Maryland, USA : Direction de la Statistique et ORC Macro.
 42. BOZON M. (2003), "A quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle? Comparaisons mondiales et évolutions récentes", *Populations et Sociétés* n° 391, juin 2003.
 43. MANZINI, NTSIKI (2001), "Sexual initiation and childbearing among adolescent girls in Kwazulu Natal, South Africa", in *Reproductive Health Matters*, 9(17), Mai 2001.
 44. GUIELLA G., MADISE J. (2007), "HIV/AIDS and sexual-risk behaviors among adolescents : Factors influencing the use of condoms in Burkina Faso", in *African Journal of Reproductive Health*, Vol. 11, No3, 2007, p.182-196.
 45. CRESSON G.(1995), *Le travail domestique de santé : analyse sociologique*, L'Harmattan, Paris, 1995.
 46. KOUTON E. (1992), *Evaluation et Recherche des facteurs de la fécondité précoce au Bénin*, Cahier de l'IFORD, 3, décembre, 113 p.
 47. SIDZE M., KUATE-DEFO B. (2007), "Effets des trajectoires familiales et résidentielles sur le comportement sexuel à risque. Une approche selon la perspective du parcours de vie", Papier présenté à la 5^{ème} Conférence sur la Population Africaine, Arusha, Tanzanie, 10-14 décembre 2007, 23p.
 48. GODEAU E., VIGNES C., DUCLOS M., et al. (2008), "Facteurs associés à une initiation sexuelle précoce chez les filles : données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)/OMS", in *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, Vol. 36, 2008, p. 176-182.
 49. KOWALESKI-JONES L., MOTT L. (1998), "Sex, contraception and childbearing among high-risk youth: do different factors influence males and females?", in *Family Planning Perspectives*, Vol.30, No4, July/August 1998, p.163-169.
 50. TALNAN E., ANOH A., ZANOU B. (2004), "Inégalités sociales et comportements sexuels à risque chez les jeunes en milieu urbain ivoirien", in *Etudes de la Population Africaine*, Vol. 19, 2004, p. 61-80.
 51. RICH LAUREN M., KIM SUN-BIN (2002), "Employment and the Sexual and Reproductive Behaviour of Female Adolescents", in *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Vol. 34, No3, 2002, p.127-134.
 52. DITTUS P, JACCARD J, GORDON V (1999), "Direct and nondirect communication of maternal beliefs to adolescents: adolescent motivations for premarital sexual activity", *Journal of Applied Social Psychology* 1999; 29:1927-1963.
 53. DILORIO C, KELLY M, HOCKENBERRY-EATON M.(1999), "Communication about sexual issues: mothers, fathers, and friends", *Journal of Adolescent Health* 1999; 24:181-189.
 54. BANKOLE A., RODRIGUEZ G., WESTOFF C. (1995), "Mass media messages and reproductive behaviour in Nigeria". WESTOFF C., RODRIGUEZ G., BANKOLE A. (eds.): *Mass media and Reproductive Behaviour*, Chapel Hill: The EVALUATION Project, 1995.
 55. LEWICKY N., LETTENMAIER C., SENGENDO J. et al. (1996), "The Uganda HIV/AIDS youth communication campaign: preliminary evaluation results". Presented at the 124th Annual Meeting of the American Public Health Association, New York, 17-21 November 1996.

56. KWANKYE O., AUGUSTT E. (2007), "Media exposure and reproductive health behaviour among young females in Ghana". *African Population Studies*, vol. 22, n°2, p.77-106.
57. BANDURA A. (1986), *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
58. ZHANG Y., MILLER L., HARRISON K. (2008), "The relationship between exposure to sexual music videos and young adults' sexual attitudes", in *Journal of Broadcasting and Electronic Media*, Sept, 2008, 52, 368-386.
59. LLOYD C. (2010), "Role of schools in promoting sexual and reproductive health among adolescents in developing countries", Malarcher S. (ed.): *Social determinants of sexual and reproductive health: informing future research and programme implementation*, WHO, p. 113-132.
60. NEUKOM K., ASHFORD L. (2003), *Le marketing social: au service de la transformation du comportement des jeunes. Résultats des programmes et conclusions des recherches au Cameroun, à Madagascar et au Rwanda*, Population Reference Bureau, September 2003, 21p.
61. PADILLA-WALKER LAURA M., BEAN A., (2008), "Negative and positive peer influence: relations to positive and negative behaviours for African American, European American, and Hispanic Adolescents", in *Journal of Adolescence*, Vol. xx, 2008, p.1-15.
62. ALLEN J., PORTER M., MCFARLAND F. (2006), "Leaders and followers in adolescent close friendships: susceptibility to peer influence as a predictor of risky behaviour, friendship instability, and depression", in *Development and Psychopathology*, Vol. 18, p.155-172.
63. SIEVING E., EISENBERG E., PETTINGELL S., SKAY C. (2006), "Friends' influence on adolescents' first sexual intercourse", in *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Vol. 38, No1, 2006, p.13-19.
64. BAUNI E. (1990), "The changing sexual patterns of the Meru people of the Chogoria Region, Kenya". Paper presented at the IUSSP seminar on anthropological studies relevant to the Sexual Transmission of HIV, Sonderborg, Denmark, November 19-22, 1990.
65. MEEKERS D. (1992), "Sexual Initiation and Premarital Childbearing in sub-Saharan Africa". DHS Working Papers, Macro International Inc., 26p.