

ORGANISME INTER-ETATIQUE

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

IFORD



UNIVERSITE DE YAOUNDE II (SOA)

INSTITUT DE FORMATION ET DE RECHERCHE DEMOGRAPHIQUES

*28<sup>ème</sup> Promotion*

*ANNEE ACADEMIQUE 2007-2008*

*Déterminants de la précocité des premiers rapports  
sexuels et de la non-utilisation du condom face aux  
VIH/SIDA chez les adolescentes en Centrafrique*

*Mémoire de fin d'études présenté et soutenu par :*

**YADJINDJI Corine**

*En vue de l'obtention du Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées en Démographie*

*(DESS-D)*

*Option : Collecte et Analyse des Données*

**Directeur :**

**Dr. RWENGE Mburano**

**Lecteur :**

**Dr. FASSA Tolno Daniel**

**Yaoundé, Octobre 2008**

## **ENGAGEMENTS**

*Les propos tenus dans ce mémoire sont propres à son auteur et n'engagent en aucun cas l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD).*

## **DEDICACES**

*A l'Éternel Dieu tout puissant pour son soutien indéfectible.*

*A mon défunt père YADJINDJI Alphonse qui m'a été arraché durant mon jeune âge.*

*Il m'a tout donné sans rien recevoir en retour. Il a su semer sans penser à qui récoltera.*

*A ma mère VOLAMIE Pauline, que ce travail soit pour toi un début de récompenses d'amour et de souci pour la réussite de tes enfants.*

*A ma défunte grande soeur aînée IWANGO Marguerite qui nous aimait tant, dont son courage et sa détermination à la réussite de ses soeurs demeurent un modèle à pérenniser.*

*A mes grandes sœurs : Béatrice, Charlotte et Eudoxie,*

*« Mes secondes mamans ! Que ce modeste travail soit la récompense de l'attention particulière que vous accordiez toujours à mes études ».*

*A mes frères, neveux, et nièces, que vous trouviez en ce travail le fruit d'un amour fraternel.*

*A mes beaux frères, LAWSON André et RAMADANE Noël pour le soutien moral et financier qu'ils m'ont accordé durant mes parcours scolaires.*

## **REMERCIEMENTS**

Ce travail a été réalisé grâce à la contribution de plusieurs personnes physiques et morales.

Nous ne cesserons jamais de leur exprimer notre reconnaissance.

Nous exprimons tout particulièrement notre profonde gratitude à Docteur RWENGE Mburano, notre directeur de mémoire, qui n'a ménagé aucun effort pour l'encadrement de ce travail.

Nous remercions notre lecteur Docteur FASSA Tolno Daniel, dont les observations ont permis d'améliorer ce travail.

Nos sincères remerciements au corps professoral de l'IFORD qui a usé de tout son talent et son savoir pour faire de nous de véritables démographes.

Nos remerciements vont à l'endroit du Fonds des Nations Unies Pour la Population (UNFPA/Centrafrique), qui a tout mis en oeuvre pour nous permettre de suivre cette formation.

A nos collègues et amis de la 27<sup>ème</sup>, 28<sup>ème</sup>, et 29<sup>ème</sup> promotion, nous disons merci pour leur soutien au cours de la réalisation de ce travail et pour l'esprit d'entraide et l'ambiance de franche collaboration qui a régné au cours de notre formation pendant ces deux années en dépit de toutes les difficultés.

Nous ne saurions terminer nos propos sans exprimer notre reconnaissance à notre ami MBOMON Ndoumba Jean pour son encouragement et l'accueil sympathique qu'il m'a toujours réservé.

## **SOMMAIRE**

ENGAGEMENTS .....	i
DEDICACES .....	ii
REMERCIEMENTS .....	iii
SOMMAIRE .....	iv
LISTE DES TABLEAUX .....	viii
LISTE DES GRAPHIQUES .....	ix
LISTE DES FIGURES .....	x
LISTE DES ABREVIATIONS .....	xi
RESUME.....	xii
INTRODUCTION GENERALE.....	1
CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE .....	5
1.1. REVUE DE LA LITTERATURE.....	5
1.1.1 Approche socioculturelle.....	5
a. L’ethnie.....	6
b. La religion .....	6
a. Le milieu de résidence et le milieu de socialisation .....	7
b. La scolarisation et le niveau d’instruction.....	9
c. L’exposition aux médias.....	10
1.1.2 Approche économique.....	10
1.1.3 Approche institutionnelle .....	11
1.1.4 Approche genre .....	12
1.2. CADRE CONCEPTUEL DE L’ETUDE .....	13
1.2.1 Hypothèse principale et schéma conceptuel.....	13
1.2.2 Définition des concepts .....	14
1.2.3 Variables opérationnelles .....	16
b. La religion .....	17
c. Le milieu de résidence et milieu socialisation.....	17
d. Le niveau d’instruction.....	17
e. Exposition aux sources d’informations .....	17

a. Niveau de vie de ménage.....	17
a. Degré d'adhésion aux modèles traditionnels de sexualité et genre.....	17
b. Niveau de connaissances du VIH/ SIDA .....	18
a. Précocité des premiers rapports sexuels.....	18
b. Non-utilisation du condom aux derniers rapports sexuels .....	19
c. Multipartenariat sexuel.....	19
a. Niveau de vie ménage .....	19
b. Niveau de connaissances du VIH/SIDA .....	20
1.2.4 Hypothèses spécifiques et schéma d'analyse .....	21
CHAPITRE II ASPECTS CONTEXTUELS ET METHODOLOGIQUES .....	24
2.1. CONTEXTE DE L'ETUDE.....	24
2.1.1 Contexte physique .....	24
2.1.2 Contexte démographique.....	25
2.1.3 Contexte politique et économique.....	26
2.1.4 Contexte social .....	28
2.1.5. Situation sanitaire.....	29
2.1.6. Impact du VIH/SIDA en République centrafricaine .....	30
2.1.7. Pratiques liées à la propagation du VIH/SIDA en RCA .....	31
2.1.8. Politiques nationales de lutte contre le VIH/SIDA en République Centrafricaine ..	32
2.2. ASPECTS METHODOLOGIQUES.....	33
2.2.1 SOURCE DES DONNEES.....	33
a. L'échantillonnage.....	34
b. Le questionnaire .....	34
2.2.2 EVALUATION DE LA QUALITE DES DONNEES.....	35
a. Evaluation des données sur l'âge déclaré des adolescentes .....	36
b. Evaluation des données sur l'âge aux premiers rapports sexuels.....	37
2.2.3 Distribution des variables de l'étude .....	40
a. L'ethnie.....	40
b. Religion .....	41
c. Milieu de résidence et le milieu de socialisation.....	41
d. Niveau d'instruction.....	41

a. Exposition aux sources d'information.....	43
b. Le niveau de vie du ménage.....	43
a. Le niveau de connaissance du VIH/SIDA.....	44
b. Les comportements sexuels à risques.....	45
2.2.4 Les méthodes statistiques d'analyse.....	46
CHAPITRE III ANALYSE DIFFERENTIELLE ET DETERMINANTS DE LA PRECOCITE DES PREMIERS RAPPORTS SEXUELS ET DE LA NON UTILISATION DU CONDOM FACE AU VIH/SIDA CHEZ LES ADOLESCENTES.....	50
3.1 VARIATIONS DE LA PRECOCITE DES PREMIERS RAPPORTS SEXUELS.....	50
3.1.1 L'ethnie.....	51
3.1.2 Le niveau d'instruction.....	52
3.1.3 L'exposition à la télévision.....	52
3.1.4 Le niveau de vie du ménage.....	53
3.1.5 Le niveau de connaissance du VIH/SIDA.....	54
3.2 VARIATIONS DE LA NON UTILISATION DU CONDOM SELON LES VARIABLES SOCIOCULTURELLES ET ECONOMIQUES.....	56
3.2.1 Le milieu de résidence.....	56
3.2.2 Le milieu de socialisation.....	57
3.2.3 Le niveau d'instruction.....	57
3.2.4 L'exposition à la télévision.....	58
3.2.5 L'exposition à la radio.....	59
3.2.6 Niveau de vie des ménages.....	59
3.2.7 Niveau de connaissances du VIH/SIDA.....	60
3.3. ANALYSE DESCRIPTIVE MULTIVARIEE.....	62
3.3.1 Interprétation des résultats.....	63
3.4. ESSAI D'EXPLICATION DE LA PRECOCITE DES PREMIERS RAPPORTS SEXUELS ET DE LA NON UTILISATION DU CONDOM CHEZ LES ADOLESCENTES.....	66
3.4.1 Déterminants de la précocité des premiers rapports sexuels.....	66
3.4.2 Déterminants de la non-utilisation du condom.....	71
b. Le niveau de connaissance du VIH/SIDA.....	71

*Déterminants de la précocité des premiers rapports sexuels et de la non utilisation du condom face au VIH/SIDA chez les adolescentes en Centrafrique*

CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS .....	77
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	81
ANNEXES .....	85



## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 2.2 : Répartition des adolescentes selon l'âge aux premiers rapports sexuels .....	38
Tableau 2.3: Présentation des variables de l'étude et taux de réponses .....	40
Tableau 2.4 : Répartition des adolescentes selon les variables socioculturelles .....	42
Tableau 2.5 : Répartition des adolescentes selon la fréquence d'exposition aux médias et le niveau de vie du ménage .....	44
Tableau 2.6 : Répartition des adolescentes selon les connaissances relatives au VIH/SIDA et leurs comportements sexuels .....	45
Tableau 3.1 : Variations de la précocité des premiers rapports sexuels selon les caractéristiques socioculturelles et économiques .....	55
Tableau 3.2 : Variations de la non utilisation du condom aux derniers rapports sexuels selon les caractéristiques socioculturelles et économiques .....	61
Tableau 3.3: Contribution des points-modalités à l'inertie des axes factoriels.....	63
Tableau 3.4: Contribution des variables à l'explication des variations de la précocité des premiers rapports sexuels .....	66
Tableau 3.4.2 Risques relatifs de la précocité des premiers rapports sexuels.....	69
Tableau 3.6 : Contribution des variables à l'explication de la non utilisation du condom aux derniers rapports sexuels .....	71
Tableau 3.7 : Risques relatifs de la non utilisation du condom chez les adolescentes aux derniers rapports sexuels .....	73

## **LISTE DES GRAPHIQUES**

Graphique 2.1 : Evolution de l'effectif des adolescentes selon l'âge .....	37
Graphique 2.2 : Evolution de l'effectif des adolescentes selon leurs âges aux premiers rapports sexuels .....	39
Graphique 3.1 : Variations de la précocité des premiers rapports sexuels selon l'ethnie .....	51
Graphique 3.2 : Variations de la précocité des premiers rapports sexuels selon le niveau d'instruction .....	52
Graphique 3.3 : Variations de la précocité des premiers rapports sexuels selon le suivi de la télévision .....	53
Graphique 3.4 : Variations de la précocité des premiers rapports sexuels selon le niveau de vie du ménage .....	54
Graphique 3.5 : Variations de la précocité des premiers rapports sexuels selon le niveau de connaissance du VIH/SIDA .....	54
Graphique 3.6 : Variations de la non utilisation du condom selon le milieu de résidence .....	56
Graphique 3.7 : Variations de la non utilisation du condom selon le milieu de socialisation .....	57
Graphique 3.8 : Variations de la non utilisation du condom selon le milieu de socialisation .....	58
Graphique 3.9 : Variations de la non utilisation du condom selon le suivi de la télévision .....	58
Graphique 3.10 : Variations de la non utilisation du condom selon l'écoute de la radio .....	59
Graphique 3.11 : Variations de la non utilisation du condom selon le niveau de vie du ménage ..	60
Graphique 3.12 : Variations de la non utilisation du condom selon le niveau de connaissance du VIH/SIDA .....	60

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1.1 : Schéma conceptuel .....	14
Figure 2.1 : Schéma d'analyse .....	22
Figure 3.1 : Caractérisation des adolescentes selon certaines caractéristiques .....	65

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

<b>APD</b>	Aide Publique au Développement
<b>DSRP</b>	Document de Stratégies de Réduction de la Pauvreté
<b>EDS RCA</b>	Enquête Démographique et de Santé
<b>FNUAP</b>	Fond des Nations Unies pour la Population
<b>IEC</b>	Information - Education - Communication
<b>IDH</b>	Indice de Développement Humain
<b>ISF</b>	Indice- Synthétique de Fécondité
<b>MICS</b>	Multiple Indicateur Clusters Survey (Enquête à Indicateurs Multiples)
<b>MST</b>	Maladies Sexuellement Transmissibles
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>PIB</b>	Produit Intérieur Brut
<b>PNUD</b>	Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>PVVIH</b>	Personne Vivant avec le virus d'Immuno Humain
<b>RCA</b>	République Centrafricaine
<b>RGPH</b>	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
<b>SIDA</b>	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
<b>TNS</b>	Taux Net de Scolarisation
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations-Unies Pour l'enfance
<b>USAID</b>	United States Agency
<b>VIH</b>	Virus d'Immuno-Humain

## **RESUME**

Cette étude permet de rechercher les déterminants des comportements sexuels à risques à travers la précocité des premiers rapports sexuels et de la non utilisation du condom face au VIH/SIDA chez les adolescentes de 15-24 ans en Centrafrique. L'hypothèse de base est que l'environnement socioculturel, économique, et institutionnel dans lequel vivent les adolescentes détermine directement et indirectement leurs comportements sexuels via les modèles culturels de sexualité et genre, les connaissances du VIH/SIDA.

Les résultats au niveau bivarié et multivarié confirment l'ampleur de la précocité des premiers rapports sexuels et de la non utilisation du condom face au VIH/SIDA, mais montrent effectivement que, conformément aux hypothèses, l'entrée précoce en vie sexuelle est plus prononcée chez les Haoussa. Par contre, la non utilisation du condom est plus importante chez les Sara.

Dans l'ensemble, les facteurs explicatifs de la précocité des premiers rapports sexuels et de la non utilisation du condom face au VIH/SIDA chez les adolescentes en Centrafrique sont l'ethnie, le niveau d'instruction, le suivi de la télévision, ainsi que la connaissance du VIH/SIDA

Sur la base de ces résultats en tenant compte des limites de l'étude, nous avons formulé quelques recommandations : notamment des actions en vue de revoir certaines pratiques socioculturelles nuisibles à l'éducation sexuelle des adolescentes en famille, dans le domaine de la sexualité afin d'améliorer les connaissances des parents dans le domaine de la santé reproductive ; des campagnes de sensibilisation pour l'utilisation du condom par celles-ci et la mise en oeuvre de programmes d'alphabétisation.

## **INTRODUCTION GENERALE**

Selon les rapports de l'ONUSIDA et de l'OMS de 2007, le Sida, considéré comme le fléau le plus dévastateur, figure parmi les principales causes de décès dans le monde. Il est la première cause de décès en Afrique subsaharienne. En effet, on y a enregistré en 2007, environ 1,7 million de nouvelles infections et 22,5 millions de personnes qui vivent avec le VIH, soit 68% de la population totale mondiale (ONUSIDA/OMS, 2007). Si, au début, le sida a été essentiellement une maladie d'hommes, les femmes représentent maintenant en Afrique, plus de la moitié de la totalité de la population touchée.(ONUSIDA, 2004b). Chez les adolescents, les filles y sont deux fois plus infectées que les garçons (Nations Unies, 2005).

Ainsi, il apparaît que la situation est très préoccupante en Afrique, non seulement à cause de son ampleur, mais surtout à cause de ses implications dans la vie des populations et, globalement, dans le développement social et économique de ce continent.

La République Centrafricaine fait partie des pays où la prévalence du SIDA est considérée comme élevée. Le rapport de l'UNICEF/ONUSIDA/OMS (2002) a montré que dans ce pays, 16,2 % des jeunes femmes de 15-24 ans vivaient avec le VIH/SIDA. Selon l'ONUSIDA (2005), les jeunes garçons de 15-24 ans sont cinq fois moins infectés que leurs sœurs du même âge. En dépit des efforts fournis par les autorités et les différentes associations, force est de constater que les adolescents et les jeunes continuent à adopter des comportements sexuels à risque en RCA.

En effet, les données de l'Enquête Démographique et de Santé (EDSRCA, 94-95) ont révélé que 72% des adolescentes de 15-19 ont déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours de leur vie. Par ailleurs, à l'âge de 20 ans, plus de 9 femmes sur 10 ont également débuté leur vie sexuelle. Ce qui montre que près de 3/4 de cette population s'engage très précocement dans la vie sexuelle. La statistique s'est avérée alarmante pour cette population si jeune.

Cela a suscité un certain nombre de préoccupations particulières notamment celle de savoir : ***Quels sont les déterminants sociaux des comportements sexuels à risques chez les adolescentes en Centrafrique dans le contexte du VIH/Sida ?*** Telle est la question à laquelle nous essayerons d'apporter des éléments de réponses dans cette recherche.

L'adolescence est une étape de vie qui est marquée par la puberté. Elle met ainsi en rapport plusieurs dimensions qui peuvent se situer à deux niveaux : le niveau individuel et le niveau collectif.

Au niveau individuel, l'adolescence traduit une phase transitoire qui marque le passage de l'enfance à l'âge adulte. Sur ce plan, les critères souvent évoqués pour caractériser cette phase, tiennent compte des dimensions biologiques ou physiologiques et démographiques. On met essentiellement l'accent sur les transformations physiques que subit l'individu avec l'apparition des caractères secondaires et son âge (OMS, 1977 ; Evina, 1998).

Au niveau collectif, la dimension sociologique ou sociale met en exergue le changement de statut de l'individu suite aux modifications biologiques (Evina, 1998 ; Keats cité par Kouton, 1992). L'adolescent est considéré par la société comme un adulte en devenir et mérite ainsi un autre type d'égard. C'est en cette période que s'effectuent les premiers rites initiatiques marquant l'entrée de l'individu dans une phase au terme de laquelle il sera consacré adulte.

Au regard de toutes les définitions, nous considérons comme « personne adolescente », toute personne ayant l'âge de 15 à 24 ans. Dans le contexte centrafricain, à ces âges, les filles sont encore économiquement dépendantes de leurs parents.

Il ressort de la littérature, trois grandes approches explicatives des comportements sexuels à risque des adolescents en Afrique subsaharienne, à savoir l'approche socioculturelle, l'approche économique et l'approche institutionnelle.

Selon l'approche socioculturelle, les différences des mœurs en matière de sexualité expliquent les différences de comportements sexuels (Evina, 1998 ; Rwenge, 1999 ; 2000). Selon le modèle « traditionnel » de cette approche, les adolescentes appartenant aux sociétés ayant des mœurs sexuelles « permissives » s'engagent plus dans l'activité sexuelle à risque que celles appartenant

aux sociétés à mœurs sexuelles rigides. En ce qui concerne le modèle « moderne » de cette approche, l'ouverture des adolescentes aux valeurs modernes véhiculées par la télévision, la radio, l'internet, etc. , les entraînent à s'engager dans l'activité sexuelle à risque. Un autre aspect de ce modèle est que la modernisation entraîne les adolescentes à être moins sous le contrôle de leurs parents et de leurs aînés.

D'autres études par contre, mettent l'accent sur l'approche dite de « l'adaptation rationnelle », selon laquelle les jeunes notamment les filles s'engagent dans une relation sexuelle dans le but d'obtenir de l'argent, des cadeaux ou diverse gratification en vue de subvenir à leurs besoins. (Rwengé, 1999 ; 2000 ; Kobelembi, 2005).

Pour ce qui est de l'approche institutionnelle, elle est basée sur l'idée que l'environnement institutionnel en matière d'activité sexuelle aurait une influence sur les comportements sexuels des jeunes. Il s'agit là de l'influence des institutions politiques sur les problèmes relatifs à la sexualité et celles des stratégies qu'elles mettent en œuvre pour faire face aux IST/SIDA (Evina, 1998 ; Rwenge, 1999).

L'approche genre met l'accent sur les inégalités de genre. Ces inégalités expliquent les difficultés pour les jeunes femmes à négocier une sexualité sans risque (Rwenge, 2002 ; 2004 ; Kobelembi, 2005). De même, ces inégalités entraînent que les jeunes femmes soient plus susceptibles d'être forcées à avoir des relations sexuelles et qu'elles soient moins à même de décider quand, où et comment les relations sexuelles devraient avoir lieu.

Chacune de ces approches contribue à la compréhension des facteurs qui peuvent influencer les comportements sexuels des adolescents. Toutefois, aucune d'entre elles ne saurait expliquer totalement ces comportements. Par conséquent, pour mieux comprendre les comportements sexuels à risque des adolescentes dans le contexte centrafricain, cette recherche sera orientée évidemment vers une approche globale qui prendra en compte toutes ces approches.

Le principal objectif de ce travail est de contribuer à l'amélioration de l'état des connaissances des facteurs explicatifs des comportements sexuels à risque des adolescentes en Centrafrique en



vue de mettre à la disposition des autorités, des informations nécessaires à l'amélioration des programmes de prévention du VIH/SIDA chez les adolescentes en Centrafrique.

Plus spécifiquement, il s'agit de:

- Montrer que les facteurs socioculturels, économiques et institutionnels influencent les comportements sexuels des adolescentes en Centrafrique.

- Mettre en évidence les mécanismes par lesquels ces facteurs influencent ces comportements.

Cette étude est constituée de trois chapitres. On retrouve dans le premier chapitre, le cadre théorique notamment la revue de la littérature, les hypothèses, les concepts et les indicateurs. Le deuxième chapitre porte sur les aspects contextuels, les données et méthodes d'analyse. Le chapitre trois est consacré aux analyses différentielles des comportements sexuels à risque et analyses explicatives de ces comportements. A la suite de ces chapitres, une conclusion générale permet de rappeler les principaux résultats obtenus et de faire quelques recommandations.

## **CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE**

Ce chapitre est consacré à la présentation de synthèse des travaux antérieurs traitant de la sexualité des adolescentes. Cet exercice de synthèse nous servira à définir les hypothèses, les concepts et leurs indicateurs ou les variables considérées.

### **1.1. REVUE DE LA LITTERATURE**

Il est question dans cette section de mettre en évidence les principales approches explicatives des comportements sexuels des adolescentes et de faire le point sur les résultats des recherches antérieures dans le cas des relations entre les différents facteurs et les comportements sexuels des adolescents et jeunes. Ces travaux nous permettront de formuler nos hypothèses, de présenter les concepts et leurs indicateurs. Cependant, on retrouve dans la littérature trois grandes approches explicatives notamment les approches culturelles, économiques et institutionnelles. A ces trois approches, on peut ajouter l'approche genre.

#### **1.1.1 Approche socioculturelle**

Selon cette approche, les comportements sexuels sont déterminés par les normes et valeurs socioculturelles. En d'autres termes, comme le dit aussi Rwenge (1999) « on ne peut désocialiser l'activité sexuelle ». On retrouve deux modèles de cette approche à savoir le modèle traditionnel et le modèle moderne. L'explication de la variation des comportements sexuels selon les inégalités de genre est un élément du premier modèle.

##### **1.1.1.1 Modèle traditionnel**

Selon ce modèle, le comportement sexuel est souvent influencé par les mœurs sexuelles traditionnelles auxquelles adhère l'adolescente. Celles ci sont véhiculées par le groupe ethnique d'appartenance et dans une certaine mesure la religion.

*a. L'ethnie*

Dans les pays où les mœurs sexuelles varient selon l'ethnie, celles-ci influencent les comportements sexuels des adolescents. En effet, dans les sociétés à mœurs sexuelles permissives, on accorde une faible importance à la virginité. Ainsi la sexualité et la fécondité prémaritales y sont plus fréquentes que dans les sociétés où les mœurs sexuelles sont rigides. Il s'agit par exemple dans le premier cas des Mongo et Tetela de la RDC (Okondo, 1999), des Beti du Cameroun (Rwenge, 2004), des Massiroko et des Teñala de Madagascar (Delaunay, 2005) et des Baganda de l'Ouganda (Delaunay, 2005).

Dans les sociétés à mœurs sexuelles rigides, la sexualité et la fécondité ne se réalisent qu'au sein du mariage. Dans ces sociétés, l'entrée en vie conjugale précède l'entrée en vie sexuelle et féconde. Ainsi, le mariage suivi de la sexualité et de la maternité (ou de la paternité) constitue la trajectoire de référence pour l'accession au statut d'adulte socialement reconnu (Beninguissé, 2007). C'est pourquoi dans ces sociétés, la virginité de la jeune fille est grandement valorisée. Celle-ci y observe des rituels lui permettant de protéger sa virginité et sa fécondité future (Caldwell, 1990 ; Miske-Talbot, 1984 cités par Beninguissé, 2007).

Pour lutter contre la sexualité et la fécondité prémaritales dans certaines communautés, on encourage le mariage précoce. L'étude de Konaté .F O et Cissé. P. (2003) le confirme dans les communautés rurales au Mali, chez les Bambara et les Mandingues.

*b. La religion*

La religion est l'un des facteurs socioculturels qui influencent les comportements sexuels des individus en général et des adolescentes en particulier. Elle véhicule un certain nombre de valeurs et normes qui régissent la vie des fidèles sur le plan comportemental et psychique (Akoto, 1985). Ainsi, la religion joue un rôle fondamental dans les perceptions, comportements et attitudes des fidèles à travers ses croyances, valeurs et dogmes. Toutes les religions chrétiennes et musulmanes

véhiculent le modèle traditionnel de sexualité : la chasteté avant le mariage et la fidélité dans le mariage.

La religion ne serait pas une variable différentielle du multipartenariat sexuel chez les adolescentes. L'influence de la religion résulte du fait que les parents de certaines obédiences religieuses, musulmanes et traditionnelles notamment, considèrent la sexualité comme un sujet tabou. Il s'en suit que les adolescents et jeunes grandissent sans être convenablement informés sur la sexualité et les problèmes de santé associés. Ils ont pour cela une faible connaissance des moyens de prévention des IST/VIH/SIDA. L'influence de la religion résulte aussi du fait que certains leaders religieux déconseillent le port du préservatif et l'usage des méthodes contraceptives.

### **1.1.1.2 Modèle moderne**

Selon cette approche, la modernisation a entraîné l'effritement des idéaux traditionnels et l'émergence de nouveaux modèles de sexualité. Par ailleurs, la modernisation a entraîné la diminution du contrôle social en matière de sexualité. Elle a entraîné la destruction des structures traditionnelles de contrôle des comportements des adolescents et augmenté le pouvoir décisionnel de ceux-ci dans le choix du moment, de la personne avec qui et du pourquoi contracter les rapports sexuels (Rwenge, 1999). Pour soumettre cette approche à l'épreuve des faits, dans les études antérieures, les variables comme le milieu de résidence, le milieu de socialisation, le niveau d'instruction et l'exposition aux médias ont été mises en relation avec les comportements sexuels des adolescents.

#### *a. Le milieu de résidence et le milieu de socialisation*

Le milieu de résidence est un facteur d'identification sociale important qui a des implications sur l'engagement des adolescentes dans les relations sexuelles à risque. Suite à leur ouverture aux valeurs modernes, les jeunes filles citadines entrent plus précocement dans l'activité sexuelle que leurs consœurs du milieu rural (Nguéyap F., 1997 cité par Dembele, 2004). En plus, le réseau des relations amicales est plus étendu en milieu urbain qu'en milieu rural. Ce qui élargit les

possibilités de rencontres. Enfin, la coexistence et les échanges entre différents groupes sociaux aux origines et aux habitudes plus ou moins permissives, multiplient les possibilités de rencontres aléatoires en milieu urbain et favorisent une stimulation et une incitation réciproques (Nguéyap F., 1997 cité par Dembele, 2004).

Il ressort de la littérature que les adolescents qui résident en milieu urbain utilisent plus le condom que leurs homologues du milieu rural. Cela, du fait de la plus grande disponibilité des préservatifs en milieu urbain qu'en milieu rural (Akoto et al. , 2005). Dans la même optique, l'étude de Bopda. F. (2001) au Cameroun a montré que les adolescentes du milieu rural utilisent très peu le condom par rapport à celles du milieu urbain.

Une étude réalisée au Kenya a montré que, les habitants des bidonvilles de Nairobi présentaient des comportements sexuels à risque plus importants que ceux des autres groupes urbains (entrée en vie sexuelle plus précoce, plus de partenaires sexuels, moindre connaissance et pratiques des méthodes préventives contre le VIH/SIDA) (Zulu et al., 2002 cité par Delaunay, 2005).

Pour ce qui est du milieu de socialisation, il détermine l'imaginaire des adolescentes en matière de sexualité. Plusieurs études ont montré que les adolescentes qui ont grandi en milieu rural ont tendance à respecter les règles traditionnelles de reproduction que celles qui ont grandi en milieu urbain. En effet, en milieu rural, l'éducation des enfants se fait par la transmission des valeurs normatives et religieuses de la société ; de plus, elle se réalise dans un contexte dominé par les anciens. En plus de cela, l'adolescente est tenue d'adopter un comportement tel que sa famille, son entourage et elle-même en soient honorés.

En milieu urbain, la situation est tout à fait différente. L'éducation y est peu soumise au contrôle social, et a pour effet de transmettre les valeurs que celles de la société traditionnelle. Elle est généralement offerte par l'école occidentale, les médias et les pairs, des instances à l'égard desquelles les adolescentes n'ont aucune contrainte morale. Dans un tel contexte, on a relevé une grande différence entre les adolescentes mariées, on dirait que celles qui ont grandi en milieu rural ont plus de chances d'avoir une sexualité précoce que celles du milieu urbain. Par contre,

les adolescentes ayant grandi en milieu urbain ont plus de chances d'avoir des relations sexuelles pré maritales que celles qui ont grandi en milieu rural (Cerpod, 1996 ; Kuate Defo, 1998).

*b. La scolarisation et le niveau d'instruction*

La scolarisation est un des canaux par lesquels les individus peuvent acquérir l'information sur la sexualité, les risques associés et la prévention (Beat Songué, 1999). Elle permet aussi aux adolescents de subir l'influence d'autres adolescents dans le domaine de la sexualité. Elle rend donc compte de l'influence des pairs (Dembele, 2004).

Le niveau d'instruction s'est avéré influencer négativement l'engagement précoce des adolescentes dans l'activité sexuelle (Kouton, 1992 ; Rwenge, 2000). Par ailleurs, L'étude de Rwenge (2000) sur les jeunes de Bamenda a montré que par rapport aux jeunes du lycée, ceux de niveau primaire ou du premier cycle secondaire commencent précocement leur activité sexuelle. De même, ces premiers étaient plus susceptibles d'avoir eu un(e) partenaire de passage. Les travaux de B. Songué (1998) et de Kuate-Defo (1998), ont montré que la scolarisation favorise la précocité de l'activité sexuelle par l'introduction de valeurs et de modèles étrangers en matière de sexualité (mariage, rôle de la cellule familiale, modalité du rapport sexuel, etc.). Celle-ci retarde le mariage et offre aux jeunes des occasions de contacts favorisant l'activité sexuelle. Dans la même optique, une étude réalisée au Mali montre que c'est parmi les jeunes filles les plus scolarisées qu'on observe une transition de la sexualité : âge au premier rapport sexuel moins précoce (Dudergil et al 2003, cité par Bassoutoura et al. 2007).

La scolarisation accorde une plus grande indépendance aux adolescentes en les soustrayant du regard familial et communautaire notamment par le transfert dans des localités pourvues en infrastructures scolaires. En l'absence donc, de la réprobation parentale et sous l'influence des pairs, elles se trouvent davantage exposées à une initiation sexuelle précoce (Dembele, 2004 ).

*c. L'exposition aux médias*

Les médias influencent à la fois les connaissances des jeunes dans le domaine de la sexualité et leur engagement dans l'activité sexuelle (Rwenge, 1999). L'accès à la radio, à l'internet et plus encore à la télévision constituent bon gré, mal gré, une source considérable de connaissances et d'influences dans le domaine de la sexualité chez les adolescentes. Ils sont un facteur d'information et de stimulation.

En Côte d'Ivoire, une étude menée par Zoungrana C. et al (1999) a révélé l'importance de l'accès aux médias de masse et à l'émission « SIDA dans la cité » dans les attitudes des adolescents vis -à- vis du SIDA et dans leurs comportements sexuels.

### **1.1.2 Approche économique**

Selon cette approche, les adolescents s'engagent dans l'activité sexuelle à risque pour atteindre des objectifs d'ordre économique (Rwenge, 1999). A titre illustratif, la Banque Mondiale (2001) dans son rapport sur le développement dans le monde a révélé qu'il existe une étroite corrélation entre la faiblesse et l'inégalité des revenus d'une part et les taux d'infection par le VIH d'autre part. Elle affirme qu'au cours des dernières années, le profil des individus infectés par le VIH a rapidement changé et le SIDA est entrain de devenir « une maladie des pauvres ». Dans ce même ordre d'idée, les analyses de Kaptue (1998) et Rwenge (1999 ; 2000 ; 2004) ont prouvé que malgré une bonne connaissance sur les IST/SIDA, les adolescentes continuent d'avoir des comportements à risque. La précarité de leurs conditions de vie étant la cause.

#### **1.1.2.1 Précarité des conditions de vie et comportements sexuels**

Les difficultés économiques sont une des raisons de l'adaptation par les adolescentes des comportements sexuels à risque dans le contexte de pauvreté économique. Les adolescentes et jeunes filles ont régulièrement des rapports sexuels avec des hommes aisés plus âgés et déjà mariés afin d'améliorer leur statut économique (Ngondo a pitshandengé S., 1998 cité par Dembele; 2004 ; Rwenge, 2000 ; 2004). Cela, parfois sous la pression des parents, désireux de voir partir rapidement leurs filles, et alléger quelque peu la charge financière de leur ménage.

Les gratifications recherchées peuvent être en nature ou en espèce et varier de la simple satisfaction des besoins essentiels, tels la nourriture, l'habillement, la scolarité, le logement, l'obtention d'un emploi et d'autres avantages administratifs (Caldwell J.C. et Caldwell P., 1987) ou servir à assouvir des désirs moins fondamentaux tel l'achat d'articles de luxe (parfums, vêtements prêt-à-porter, bijoux, etc.) (Calvès A.-E., 1997).

Les études de Zoungrana M.C. (1999) et de Rwenge (1999, 2000, 2002, 2004) ont bien relevé que les adolescents et jeunes qui ont des parents économiquement pauvres s'engagent plus que les autres dans l'activité sexuelle « à risque ».

### **1.1.2.2 Dépendance économique et pouvoir de décisions**

La pauvreté économique réduit la capacité des adolescentes à initier l'utilisation du condom dans l'activité sexuelle. En d'autres termes, là où la relation est basée sur des considérations financières, la capacité des femmes à négocier des comportements sexuels à moindre risque est limitée (Rwenge, (2002).

Il ressort aussi de la littérature que, le fait que les adolescentes ont pour la plupart des relations avec des hommes plus âgés qui réduisent leur capacité à s'engager dans l'activité sexuelle saine (Longfield *et al.*, 2004; Luke et Kurz, 2002; Meekers et Calvès, 1997 cité par Delaunay, 2005).

### **1.1.3 Approche institutionnelle**

La prise en compte des facteurs institutionnels dans l'explication des comportements sexuels des individus découle du fait que les lois, politiques et programmes mis en place par les gouvernements, les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et les organisations internationales influencent les connaissances et comportements sexuels des adolescentes dans le domaine de la sexualité.

Les politiques gouvernementales en matière de santé de la reproduction (SR) peuvent avoir une influence sur les comportements sexuels des adolescents, leurs connaissances et leur



sensibilisation au Sida. C'est dans cet ordre d'idée que (Rwenge, 1999) a souligné que le rôle des facteurs institutionnels dans l'activité sexuelle des jeunes se justifie par le fait que les lois, programmes et services en faveur des jeunes peuvent, d'une certaine manière, influencer sur l'intensité de leur activité sexuelle ou réduire les risques y afférents. L'auteur a relevé par ailleurs que, les programmes et politiques de la santé reproductive sont davantage limités par le fait qu'ils sont davantage orientés vers les adultes que les jeunes (Rwenge, 1999). Pourtant, ce sont ces derniers qui devaient être en principe privilégiés car, constituant une part importante de la population sexuellement active, ils sont moins informés sur les conséquences néfastes d'une sexualité libérale.

Dans nombre de pays africains, la législation sur le mariage est inexistante (Rwenge, 1999). Aussi, là où elle existe, elle est souvent favorable aux mariages précoces. Par ailleurs, elle est parfois imprécise, ce qui rend son application difficile.

En république centrafricaine, l'âge minimum au mariage est fixé à 17 ans pour les filles et 23 ans pour les garçons. Mais, ces lois ne sont pas toujours respectées par les parents.

#### **1.1.4 Approche genre**

L'approche genre sert à faire la distinction entre, d'une part, le sexe biologique qui est un état, c'est-à-dire le fait d'être biologiquement homme ou femme, et, d'autre part, le sexe social, autrement qualifié de genre, qui est un ensemble de constructions sociales qui alloue aux hommes et femmes des rôles et positions différents dans la société. Les rapports de genre découlent d'un processus qui relève de l'apprentissage de la vie sociale et qui se traduit par des comportements sociaux et des attentes sociales. Ils sont issus des normes et valeurs sociales intériorisées dès le plus jeune âge lors de la socialisation. Les caractéristiques de genre ne sont pas la résultante des facteurs biologiques, mais sont plutôt acquises et transmises à travers des rapports sociaux (Couillard, 1989 cité par Nguelebe, 2003).

D'après Rwenge (2004), le genre exprime le fait qu'au-delà des différences biologiques qui caractérisent chaque sexe, les différences de statut entre hommes et femmes et les rapports qui en découlent ont un caractère socialement construit. Ce concept recouvre donc les différences entre les rôles qui sont assignés aux hommes et aux femmes, aux garçons et aux filles, en fonction de la

culture et la société dans lesquelles ils évoluent. On n'attend pas ainsi la même chose des garçons et des filles et surtout lorsqu'il s'agit de l'activité sexuelle. Cela a des répercussions importantes sur les comportements sexuels des jeunes. Cette approche met l'accent sur l'explication des différences des comportements sexuels entre garçons et filles, particulièrement au niveau de l'utilisation des condoms. Elle a, entre autres, permis de justifier la plus forte prévalence du VIH/SIDA chez les filles que chez les garçons.

Ceci étant, en raison de son faible pouvoir de décision, la femme ou la jeune fille n'a aucun contrôle ou n'a qu'un contrôle limité sur sa sexualité (Kobelembi, 2005). L'auteur fait remarquer que l'adoption de comportements sexuels tel l'utilisation du condom devrait résulter du consentement des deux partenaires. Malheureusement, les femmes n'ont pas le pouvoir de demander, encore moins d'exiger de leur partenaire que le rapport soit protégé.

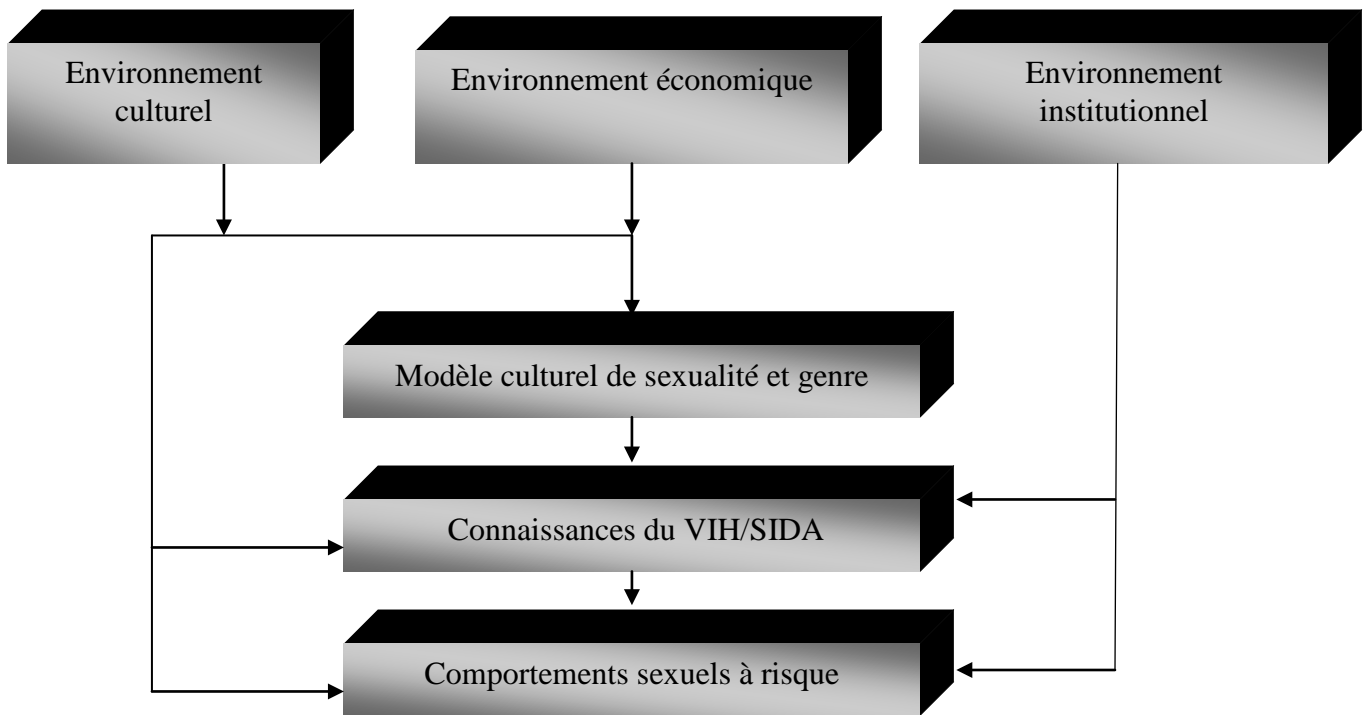
## **1.2. CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE**

Il s'agit dans cette section d'établir les relations entre les concepts, de définir les concepts ainsi que leurs indicateurs ou les variables de l'étude..

### **1.2.1 Hypothèse principale et schéma conceptuel**

Comme le montre notre schéma conceptuel ci-dessous, notre hypothèse principale est : l'environnement socioculturel, économique et institutionnel dans lequel vivent les adolescentes détermine directement ou indirectement leurs comportements sexuels via les modèles culturels de sexualité et genre, les connaissances du VIH/SIDA.

**Figure 1.1 : Schéma conceptuel**



## 1.2.2 Définition des concepts

### 1.2.2.1 Environnement culturel

Il est défini ici comme le cadre qui détermine les valeurs auxquelles adhère l'adolescente dans le domaine de la sexualité.

### 1.2.2.2 Environnement économique

Il rend compte des conditions dans lesquelles vit l'adolescent. Il renseigne sur le niveau de vie et de confort du ménage.

### 1.2.2.3 Environnement institutionnel

Il s'agit ici, des politiques et programmes mis en place par le gouvernement, les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et les organisations internationales dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive.

#### **1.2.2.4 Modèles culturels**

Selon Rwenge (1999), les modèles culturels sont des normes, des habitudes, des idées, des nécessités, des pratiques quotidiennes, etc., à propos du risque, et procurent à l'individu des cadres de pensée et de pratiques qui sont reconnus et valorisés socialement et tout au moins en adéquation avec la vie sociale et le système socio-culturel. En d'autres termes, les modèles culturels cristallisent et interprètent l'influence que les différents éléments du système socio-culturel peuvent avoir même de façon fortuite sur la sexualité ou la procréation.

#### **1.2.2.5 Connaissances du VIH/SIDA**

Les connaissances du VIH/SIDA renvoient aux informations acquises par l'adolescente par rapport à l'existence du VIH/SIDA, aux modes de transmission et les moyens de prévention de la maladie. Ces connaissances de risques sont non seulement associées à l'infection du VIH/SIDA mais à l'activité sexuelle. Quant au niveau de connaissances du SIDA, on fait allusion au degré de connaissances acquises par l'adolescente sur le SIDA.

#### **1.2.2.6 Comportement sexuel à risque**

On entend par comportements sexuels « à risque » ceux qui exposent l'adolescente au risque de contracter les IST/SIDA. Il s'agit ici des premiers rapports sexuels précoces, avec plusieurs partenaires et la non utilisation des condoms (Rwenge 2004).

### 1.2.3 Variables opérationnelles

*Tableau 1.1: Les variables opérationnelles des différents concepts*

<b>CONCEPTS</b>	<b>VARIABLES OPERATIONNELLES</b>
<b>Environnement culturel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ethnie</li> <li>- Religion</li> <li>- Milieu de socialisation</li> <li>- Milieu de résidence</li> <li>- Niveau d'instruction</li> <li>- Exposition aux médias</li> </ul>
<b>Environnement économique</b>	- Niveau de vie de ménage
<b>Modèles culturels de sexualité et genre</b>	- Degré d'adhésion aux modèles traditionnels de sexualité et de genre
<b>Niveau de connaissances du VIH/SIDA</b>	Indicateur composite créée à partir des variables : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avoir entendu parler du SIDA</li> <li>Transmission du VIH/SIDA par voie sexuelle</li> <li>- Prévention du VIH/SIDA par : Abstinence, Fidélité et un seul partenaire sexuel</li> </ul>
<b>Comportement sexuel à risque</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Précocité des premiers rapports sexuels</li> <li>- Non utilisation du condom aux derniers rapports sexuels</li> <li>-Multipartenariat sexuel au cours de quatre dernières semaines précédant l'enquête</li> </ul>

#### 1.2.3.1 Variables culturelles

##### *a. L'ethnie*

Elle est définie comme le lieu de reproduction des modèles socioculturels auxquels s'identifient les individus.

*b. La religion*

La religion véhicule un certain nombre de valeurs et normes qui régissent la vie des fidèles sur le plan comportemental et psychique.

*c. Le milieu de résidence et milieu socialisation*

Le milieu de résidence est la résidence au moment de l'enquête. Par contre, le milieu de socialisation est la résidence à l'enfance. C'est le milieu où l'adolescente a passé les douze premières années de sa vie. Par conséquent, c'est le milieu où l'adolescente acquiert un certain nombre de valeurs susceptibles influencer son comportement sexuel.

*d. Le niveau d'instruction*

Le niveau d'instruction traduit le degré de scolarisation ou le niveau d'étude atteint par l'adolescente. Cette variable permet de vérifier si le niveau d'instruction a une influence sur le fait de s'exposer ou non aux comportements sexuels à risque.

*e. Exposition aux sources d'informations*

L'exposition aux médias renvoie ici aux facilités que l'adolescente a pour s'informer sur le VIH/SIDA. Pour saisir l'exposition de l'adolescente aux médias, il était question de savoir si elle suivait la télévision ou la radio régulièrement ou au moins une fois par semaine.

### **1.2.3.2 Variable économique**

Dans le cas de notre étude, le niveau de vie du ménage est retenu comme variable opérationnelle

*a. Niveau de vie de ménage*

Il rend compte des conditions économiques qui caractérisent le milieu de vie de l'adolescente, voire la qualité de vie des ménages. Un indicateur composite de niveau de vie est construit à partir des caractéristiques de l'habitat et des biens et équipements des ménages.

### **1.2.3.3 Variables intermédiaires**

*a. Degré d'adhésion aux modèles traditionnels de sexualité et genre*

C'est le degré d'acquisition des valeurs, habitudes, des nécessités, des pratiques quotidiennes à propos du risque et qui procure à l'adolescente, des cadres de pensée et de pratiques qui sont reconnus et valorisés. En même temps, ces connaissances acquises par l'adolescente lui

permettent de partager ou de discuter avec ses parents, camarades, enseignants, etc. des sujets sur la sexualité. Cette variable ne sera pas prise en compte dans l'étude car elle n'a pas été saisie dans l'enquête.

#### *b. Niveau de connaissances du VIH/ SIDA*

Les connaissances sur le SIDA se réfèrent à la constatation et à la compréhension ainsi qu'à ses paramètres à savoir la létalité, les modes de transmission et les moyens de prévention etc. Quant au niveau de connaissances du SIDA, on fait allusion au degré de connaissances acquises par l'adolescente sur le SIDA (Loenzien M., 2002). Pour saisir cette variable, un indicateur composite sera créé à partir des informations fournies par les adolescentes sur les connaissances en matière de VIH/SIDA.

#### **1.2.3.4 Comportement sexuel à risque**

On entend par « *comportements sexuels à risque* », les comportements qui exposent les adolescentes à un plus grand risque de contracter le virus du SIDA: il s'agit de la précocité des premiers rapports sexuels, de la non utilisation du condom aux derniers rapports sexuels et du multipartenariat sexuel.

##### *a. Précocité des premiers rapports sexuels*

Elle est appréhendée par l'âge aux premiers rapports sexuels. Ces premiers rapports sexuels seront qualifiés de précoce s'ils ont lieu avant l'âge de 16 ans et de non précoce dans le cas contraire. La précocité des premiers rapports sexuels est le premier comportement sexuel que nous avons étudié. Nous l'avons considéré comme étant à risque parce qu'elle marque le début de l'exposition au risque de grossesse et surtout de l'infection au VIH/SIDA. En effet, l'entrée précoce dans la vie sexuellement active est un paramètre déterminant de l'exposition au SIDA dans la mesure où les femmes africaines sont infectées dans la grande majorité entre 15-24 ans (Ferry B, 1999). La précocité des premiers des premiers rapports sexuels semble en outre accroître le risque d'infection du fait de son association avec d'autres comportements sexuels à risque dont le multipartenariat, les rapports sexuels occasionnels et la non utilisation du condom.

*b. Non-utilisation du condom aux derniers rapports sexuels*

C'est le fait que l'adolescente n'utilise pas le condom pendant le rapport sexuel pour prévenir le risque d'infection au VIH/SIDA au cours des quatre dernières semaines précédant l'enquête. Cependant, l'instabilité qui caractérise les relations sexuelles à l'adolescence et l'ignorance du réseau ou du statut sérologique du (des) partenaires sexuels constituent des facteurs de risque d'infection. Il est par conséquent évident que l'adolescente s'expose à l'infection au VIH/SIDA lorsqu'elle entreprend des rapports sexuels non protégés dans des milieux où les mœurs sexuelles sont permissives.

*c. Multipartenariat sexuel*

C'est une pratique où l'adolescente contracte des relations sexuelles avec plusieurs partenaires sexuels. La question posée à l'enquêtée est de savoir avec combien de personnes avez-vous eu le rapport sexuel en dehors de votre partenaire régulier ?

**1.2.3.5 Variables de contrôle**

Les variables de contrôle qui seront considérées dans cette étude sont: l'âge et la situation matrimoniale. Ces deux variables sont d'une importance capitale car les comportements sexuels des adolescentes sont susceptibles de varier selon ces caractéristiques.

**1.2.3.6 Construction des indicateurs**

*a. Niveau de vie ménage*

Un indicateur composite a été créé pour saisir la situation économique du ménage dans lequel vit l'individu. Ainsi, cet indicateur est construit à partir des caractéristiques de l'habitat et de la possession des biens durables au sein du ménage (compte tenu des données disponibles dans les Enquêtes Démographiques et de Santé) (Kobiané, 1996 et Noumbissi, 1996).

Cependant, l'étude considère un nombre limité de biens fonctionnels du ménage, liés aux transports, à l'habitation et à la communication : réfrigérateur, télévision, radio, électricité;



automobile ; bicyclette ; mobylette ; téléphone. Ainsi, l'enquête indique l'existence de ces biens du ménage sans avoir précisé les quantités dont il dispose.

Pour la création de cet indicateur, les caractéristiques utilisées se rapportent au confort du logement : le principal matériau de construction, la source d'approvisionnement en eau de boisson et le type de toilette. Cette variable tient également compte des biens possédés : poste radio, téléviseur, réfrigérateur, bicyclette, mobylette, voiture, téléphone, et l'usage de l'électricité. La méthode utilisée pour la construction de l'indicateur de niveau de vie, est l'Analyse Factorielle de Correspondances Multiple (AFCM) du logiciel SPAD. A l'issue de cette méthode d'analyse, un seul facteur a été retenu, il a ensuite été recodé en trois modalités permettant de catégoriser les individus en niveau de vie faible, moyen et élevé.

*b. Niveau de connaissances du VIH/SIDA*

Les variables retenues pour créer cet indicateur proviennent des questions posées aux adolescentes sur le SIDA :

- Avoir entendu parler du SIDA ;
- Connaissance de la transmission du VIH/SIDA par la voie sexuelle ;
- Les trois principales méthodes de prévention contre le VIH/SIDA : Abstinence, Fidélité et Condom.

Pour construire cet indicateur, nous avons utilisé la méthode d'Analyse en Composantes Principales (ACP). A l'issue de cette méthode d'analyse, un seul facteur (le premier) a été retenu. Il a ensuite été recodé en trois modalités en tenant compte du nombre de réponses fournies par l'adolescente : faible, moyen et élevé.

### **1.2.4 Hypothèses spécifiques et schéma d'analyse**

**H1 :** Les adolescentes appartenant aux ethnies Gbaya, Mboum et Sara débutent plus tardivement leur vie sexuelle que celles de l'ethnie Haoussa.

**H2 :** Les adolescentes de la religion musulmane entrent précocement en vie sexuelle que leurs congénères de la religion chrétienne

**H3:** Les adolescentes vivant dans les ménages ayant un niveau de vie élevé ont plus de risque d'utiliser le condom que celles vivant dans les ménages de niveau de vie faible. Par ailleurs, elles entrent moins vite en vie sexuelle que ces dernières.

**H4 :** Les adolescentes résidant en milieu urbain débutent moins vite leur vie sexuelle que celles du milieu rural. Par conséquent, le risque de ne pas utiliser le condom est moins élevé chez les premières.

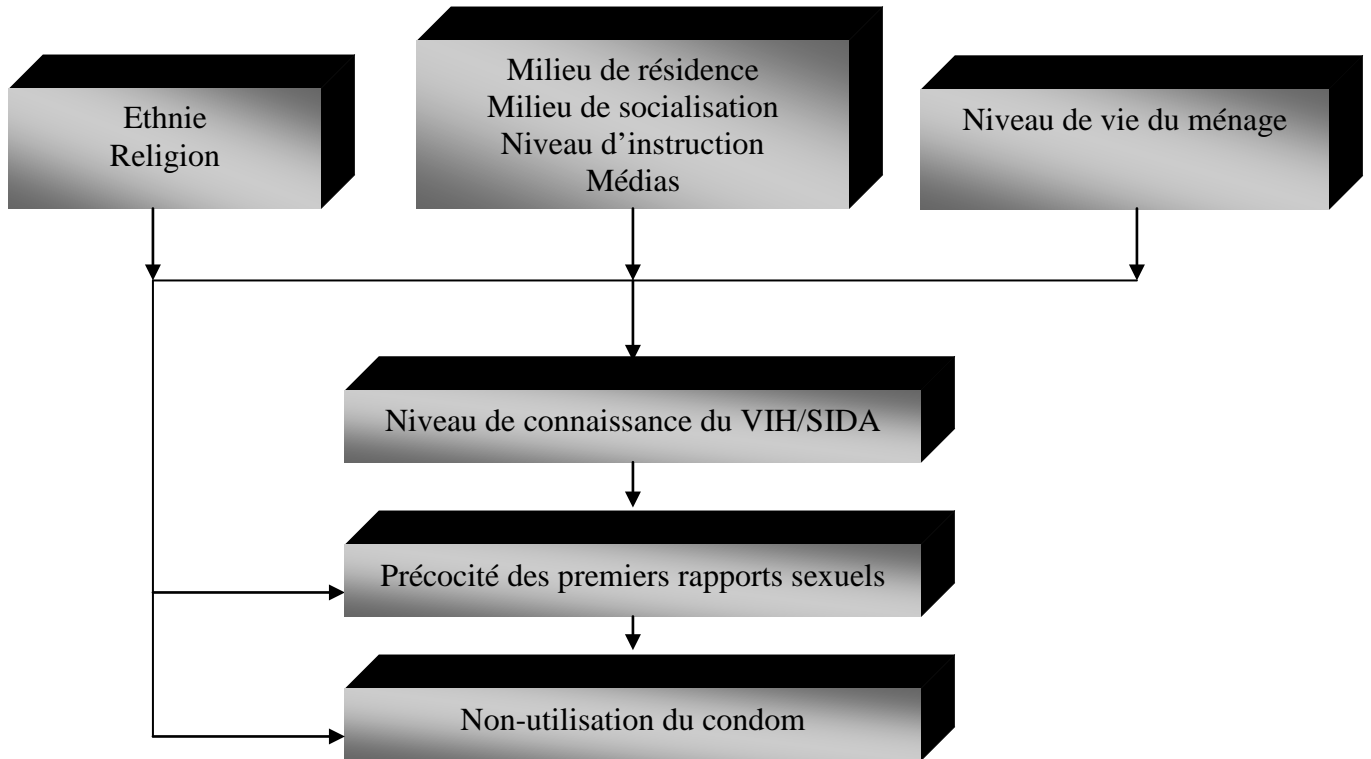
**H5-** Plus le niveau d'instruction des adolescentes est élevé, moins elles ont de risques d'avoir leurs premiers rapports sexuels précocement et elles sont plus enclines d'utiliser le condom.

**H 6:** Les adolescentes qui écoutent au moins une fois la radio par semaine s'engagent moins précocement en vie sexuelle que leurs homologues qui ne l'écoutent pas.

**H7:** Les adolescentes qui débutent tôt la vie sexuelle, ont plus de risque de ne pas utiliser le condom.

Le schéma ci-après met en évidence les relations entre les variables opérationnelles et les hypothèses définies dans cette étude. Toutefois, nous tenons à signaler qu'au cours de notre analyse, le multipartenariat ne sera pas pris en compte du fait que, la proportion des adolescentes ayant eu plus d'un partenaire sexuel est très faible, soit 3% de l'effectif total (cf annexes )

**Figure 2.1 : Schéma d'analyse**



## **Conclusion partielle**

Il ressort des travaux antérieurs relatifs à la recherche des déterminants des comportements sexuels des adolescentes plusieurs approches à savoir l'approche socioculturelle, l'approche économique, l'approche institutionnelle et l'approche genre.

De l'approche socioculturelle, il est ressorti deux modèles à savoir le modèle traditionnel et le modèle moderne. Le modèle traditionnel a permis d'expliquer les comportements sexuels des adolescentes par les différences ethnique et religieuse. Le modèle moderne a mis l'accent sur le milieu de résidence, le milieu de socialisation, la scolarisation, le niveau d'instruction et l'exposition aux medias.

L'approche économique a expliqué les comportements sexuels des adolescentes comme une stratégie d'adaptation aux conditions économiques difficiles vécues par celles-ci. L'approche institutionnelle a mis l'accent sur la législation en matière de nuptialité et sexualité et sur les différents programmes gouvernementaux de santé. L'approche genre a expliqué ces comportements comme la résultante des différences entre les rôles qui sont assignés aux hommes et aux femmes, aux garçons et aux filles, en fonction de la culture et de la société dans lesquelles ils évoluent.

A la lumière de cette revue de la littérature, le cadre conceptuel de l'étude a été bâti en prenant en compte toutes ces approches. L'hypothèse principale retenue est : ***l'environnement socioculturel, économique et institutionnel dans lequel vivent les adolescentes détermine directement ou indirectement leurs comportements sexuels via les modèles culturels de sexualité et genre, les connaissances du VIH/SIDA.*** A la suite de cette hypothèse de base, on a défini les concepts, les variables et les hypothèses spécifiques de l'étude. On se propose au chapitre suivant de présenter le contexte de l'étude ainsi que les données et méthodes d'analyse utilisées.

## **CHAPITRE II**

### **ASPECTS CONTEXTUELS ET METHODOLOGIQUES**

Dans ce chapitre, il s'agit dans un premier temps de présenter quelques caractéristiques physiques, démographiques, économiques, sociales et sanitaires de la République Centrafricaine et dans un second temps, de présenter la source de données et les méthodes d'analyse utilisées dans ce travail.

#### **2.1. CONTEXTE DE L'ETUDE**

Cette section est consacrée à la détermination du contexte dans lequel se situe notre étude. Ainsi, il s'agit de présenter les contextes physique, démographique, politique et économique, social et sanitaire.

##### **2.1.1 Contexte physique**

La République centrafricaine (RCA) est un pays enclavé de l'Afrique centrale ; elle s'étend sur une superficie de près de 623000Km<sup>2</sup>. Elle est située au centre du continent africain entre le 2°15 et le 11° de latitude Nord, et le 13° et le 27° de longitude Est. Elle partage ses frontières avec cinq pays notamment le Tchad au Nord, le Soudan à l'Est, le Cameroun à l'Ouest, le Congo et la République Démocratique du Congo au Sud. Le pays est entièrement situé dans la zone chaude intertropicale.

Le relief de la RCA est constitué d'une vaste pénéplaine dont l'altitude varie entre 350 et 850 m, dominé par deux massifs montagneux de plus de 1000 m de hauteur à ses extrémités Est et Ouest. Par ailleurs, le pays est généralement caractérisé d'une succession de surfaces d'aplanissement qui sont délimitées par des abrupts. Le relief de ce pays est monotone, c'est-à-dire que les altitudes ou les écarts entre les sommets des reliefs y varient peu. Le territoire s'étage entre 325 m et 1.410 m (mont Ngaoui). Ces altitudes extrêmes donnent une vigueur de relief d'environ

1.100 m selon les directions nord-ouest sud-ouest, nord-ouest sud-est, et nord-ouest nord. Le relief centrafricain présente une forme en « arc » dont la partie flexible (ou la tige) passe par le centre du pays (550 m).

S'agissant du climat, il est celui de transition entre le climat sub-sahélien et le climat équatorial avec une saison des pluies qui couvre la période d'avril à octobre et une saison sèche qui va de novembre à mars. Le pays dispose d'un réseau hydrographique très dense et une végétation favorable à la pratique de l'agriculture et de l'élevage.

## **2.1.2 Contexte démographique**

La population centrafricaine est marquée par un faible potentiel démographique à croissance lente. En 1921 la population est estimée à 606.644 habitants. L'effectif de la population donné par les autorités coloniales de l'Oubangui-Chari était plus estimatif jusqu'à l'indépendance. D'après le dernier recensement de 2003, l'effectif de la population centrafricaine est de 3.895.139 habitants avec un taux de croissance démographique annuel de l'ordre de 2,5% contre 2.688.426 habitants en 1988 et 2.067.268 habitants en 1975. L'accroissement démographique était plus rapide au cours de la période inter censitaire 1988-2003 qu'entre 1975 et 1988 (taux d'accroissement annuel moyen de 2,50 % contre 1,96 %). Cette dynamique démographique se lit aussi dans les densités respectives de la population : 3,4 hab./km<sup>2</sup> en 1975, 4,3 hab./km<sup>2</sup> en 1988 et 6,3 hab./km<sup>2</sup> en 2003<sup>1</sup>.

Cette population est inégalement répartie sur le territoire national. 70% de la population vivent sur un tiers du territoire. Les préfectures de l'Est et du Nord-Est qui représentent 40% de la superficie abritent moins de 5% de la population totale. Celles de l'Ouest et du Nord-ouest couvrent 33,6% et concentrent 53% de la population totale. Par ailleurs, la population centrafricaine est surtout concentrée sur les rives de l'Oubangui et sur les frontières camerounaises et tchadiennes. Près des deux tiers de la population vivent en milieu rural, tandis que Bangui regroupe environ 42% de la population urbaine.

---

<sup>1</sup> Atlas République centrafricaine, Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération Internationale, 2006, 121. p

La structure par sexe révèle une légère prédominance des femmes. En 2003, 49,8% de la population résidente était de sexe masculin contre 50,2% de sexe féminin. La structure par âge met en évidence la jeunesse de la population. Toujours en cette même période, un peu plus de 50% de la population ont moins de 18 ans et 42,8% ont moins de 15 ans. Cette proportion importante de jeunes s'explique par les niveaux de fécondité et de natalité élevés, mais il faut souligner que ce taux est en recul par rapport à 1975 (43,5%) et 1988 (43,3%). La population de 60 ans et plus ne représente que 4% de la population totale.

Pour ce qui est de la fécondité, celle-ci demeure élevée du fait qu'une femme centrafricaine donne en moyenne environ cinq naissances vivantes (ISF) au cours de sa vie génésique (EDS-RCA, 94/95). Il en est de même pour la mortalité infantile qui constitue une préoccupation malgré la tendance en baisse jusqu'en 1995. En effet, le RGPH 1988 a enregistré 132 enfants sur 1000 mouraient avant leur premier anniversaire. Ce taux est tombé à 97 pour mille (EDS-RCA 94/95) et est remonté à 132 pour mille en 2003 (FUNAP, 2006).

### **2.1.3 Contexte politique et économique**

Le développement économique de la République Centrafricaine repose en grande partie sur l'agriculture au sens large du terme (y compris élevage, forêts, chasse et pêche), qui fournit environ 50% du PIB et plus de 40% des recettes d'exportation, et avec un tissu industriel presque inexistant. Son Produit Intérieur Brut (PIB) par habitant, qui était de 425 dollars en 1993 est descendu jusqu'à 275 dollars en 1994. Depuis lors, l'économie croit à un rythme très faible au point que le PIB par habitant est de 349 dollars en 1995, pour ainsi atteindre 350 dollars en 2005. Etant donné que le produit intérieur brut réel est de 735 milliards de FCFA en 2006, le pays se voit dans l'incapacité de réaliser son développement.

Depuis plus d'une dizaine d'années, le pays reste très vulnérable à cause de l'instabilité engendrée par des séries d'événements politico-militaires qui ont détérioré les conditions de vie de la population, amplifiant la pauvreté et rendant l'accès de la majorité de la population difficile aux services sociaux de base. Son économie fragile et qui est sortie très sinistrée de ces événements, est caractérisée par un large secteur informel, une faible capacité à générer des revenus, un marché de capitaux inexistant. Elle reste sensible à la volatilité du prix des produits

de base et à la fuite des capitaux. Malgré la richesse de ses ressources naturelles, la RCA est l'un des pays les moins avancés au monde. Avec un Indicateur de Développement Humain (IDH) de 0,355, elle est classée en 2005 au 171<sup>ème</sup> rang parmi 177 pays (PNUD, 2005). Elle est aussi l'un des pays dans le monde ayant vu son IDH baissé au cours des années 1990 (PNUD, 2004b). L'incidence de la pauvreté en RCA est passée de 62% en 1994 à 71% en 2003. En plus, une forte proportion (56%) de la population n'arrive pas à satisfaire les besoins alimentaires de base. Ces tendances vont dans le sens opposé à celui souhaité pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement visant à réduire de moitié la proportion des pauvres à l'horizon 2015.

Par ailleurs, l'économie centrafricaine demeure très affectée par les crises militaro politiques qui ont secoué le pays pendant ces dernières décennies et qui, ont entraîné un déclin de l'activité dans la majorité des secteurs productifs et favorisé des déséquilibres macroéconomiques chroniques. Après une chute en 2002 et 2003 (respectivement de -2% et -7%) de la croissance de l'activité, celle-ci s'est quelque peu relevée entre 2005 et 2006 (2% à 3,6%), mais n'a toujours pas atteint un niveau suffisamment élevé pour favoriser une réduction significative de la pauvreté. Cela s'explique par la stagnation des activités dans la plupart des secteurs de l'offre, notamment dans les secteurs primaire<sup>2</sup> et secondaire. A cela s'ajoute la faible demande caractérisée par les faibles niveaux de l'investissement public et privé (le taux d'investissement global se situe en moyenne autour de 8%). De même, les exportations centrafricaines sont très faibles, peu diversifiées et dépendent essentiellement de l'exploitation minière et forestière. Par ailleurs, les exportations (café et coton) ont régressé pendant les 5 dernières années en raison des crises et de la récession qui frappe le secteur.

Au cours de la période 2005 et 2006, le Gouvernement a mis en place un certain nombre de réformes dont les résultats ont permis de corriger certains dysfonctionnements dans la masse salariale, et quelques dérapages dans les dépenses et le budget. Malgré ces efforts, le défi pour stabiliser le cadre macroéconomique reste encore considérable. Les ressources publiques demeurent très faibles avec, non seulement un taux de pression fiscale qui se situe autour de 9% (contre une moyenne de 16 à 17% dans la sous région), mais aussi un volume de l'Aide Publique

---

<sup>2</sup> Le secteur agricole représente environ 56% du PIB, près de 75% des emplois et fait vivre une grande majorité des pauvres en RCA.



au Développement (APD) qui est faible et en régression autour de 10% du PIB entre 2003 et 2005. Face aux difficultés de maîtrise des dépenses et de mobilisation des ressources intérieures et extérieures, le pays est confronté depuis de nombreuses années à des déficits publics récurrents, un niveau d'endettement insoutenable<sup>3</sup> et une accumulation d'arriérés de dette tant intérieure qu'extérieure.

En somme, le contexte macro-économique centrafricain a connu une évolution moins satisfaisante sur la période 1992-2001, ce qui constitue donc, l'un des facteurs de progrès mitigés de lutte contre le SIDA dans ce pays. Par ailleurs, une telle situation économique ne pourrait pas améliorer la situation des populations en général et des femmes, surtout des adolescentes face au SIDA.

#### **2.1.4 Contexte social**

Sur les 3 895 139 habitants que compte le pays, 67 % vivent avec moins d'un dollar par jour. Cette pauvreté compromet de façon durable l'accès d'une plus grande proportion de la population aux soins de santé. Le problème d'accessibilité aux services de soins se pose aussi en termes de mauvaise répartition des infrastructures et d'insuffisance des ressources. Même là où les infrastructures existent, les coûts d'accès aux soins médicaux, restent prohibitifs eu égard au faible pouvoir d'achat des ménages notamment en milieu rural.

D'une manière générale, la couverture en matière d'éducation est insuffisante sur l'ensemble du territoire national. Sur le plan de l'alphabétisation, plus de la moitié des centrafricains est encore analphabète. Le taux d'alphabétisation des personnes âgées de 15 ans et plus est de 48,2% pour les hommes contre 27% pour les femmes.

Au niveau primaire le taux brut de scolarisation et le taux net de scolarisation (TNS) en 2003 étaient respectivement de 68,7% et 40,7%. Ces taux sont généralement en défaveur des filles et des enfants du milieu rural. Etant donné que la plupart des campagnes de sensibilisation contre le VIH/SIDA se font par le biais des formations sanitaires et des infrastructures scolaires, et compte

---

<sup>3</sup> Selon le FMI en 2006, l'encours de la dette représente 74% du PIB, le ratio de la valeur actualisée nette de la dette sur les exportations se chiffre à 489% et le ratio du service de la dette sur les exportations est de 27%.

tenu de la faible couverture du pays par ces différentes infrastructures, cette situation ne saurait favoriser chez les jeunes, l'adoption des comportements sexuels sains, gage d'une meilleure protection contre le Sida.

### **2.1.5. Situation sanitaire**

L'état de santé de la population centrafricaine reste toujours préoccupant. La RCA est classée parmi les pays ayant une très faible couverture sanitaire : seulement 37% des habitants vivaient à moins de 10 km d'un centre de santé en 1993. Le taux de mortalité générale est passé de 17‰ en 1988 à 20‰ en 2003. En quinze ans, l'espérance de vie à la naissance de la population a reculé de plus de 6 ans passant de 49 ans en 1988 à 43 ans en 2003. Cette chute de l'espérance de vie est principalement liée au contrôle inefficace de la propension de l'infection au VIH/SIDA, aux niveaux très élevés de la mortalité maternelle et infantile. Ces causes sont par ailleurs liées à une offre de services de soins de mauvaise qualité en général et de la santé de la reproduction en particulier, au faible niveau d'éducation des populations notamment celui des femmes. Le principal déterminant étant la pauvreté qui limite la mise à disposition des services de santé de qualité, et qui traduit aussi le faible niveau revenu par habitant lequel explique le faible accès des populations aux services existants.

La mortalité maternelle suit également la même tendance que celle de l'espérance de vie. Sur 100.000 naissances vivantes 1355 décès maternels sont enregistrés en 2003 contre 683 en 1988 (Rapport FNUAP, 2006). Ce niveau élevé de la mortalité maternelle résulte principalement des faibles taux : de couverture prénatale (34%), d'accouchements assistés (44%) et de prévalence contraceptive (6,9%). On compte également les grossesses rapprochées, les avortements provoqués dus à l'ignorance et à la non utilisation des méthodes contraceptives, mais également la pauvreté monétaire accentuée chez la femme centrafricaine. Comme la plupart des pays de l'Afrique au Sud du Sahara, la RCA paie un lourd tribut à l'infection à VIH/SIDA. Depuis l'annonce officielle des premiers cas de SIDA en 1984, l'épidémie de l'infection à VIH n'a cessé de croître ; de 2% en 1984, la prévalence est passée progressivement de 4% en 1986 à 8% en 1988 à l'issue des enquêtes randomisées réalisées à Bangui.

Des études ont montré que l'épidémie touche toutes les tranches d'âge des deux sexes, mais surtout les personnes de 15 à 49 ans, c'est-à-dire la tranche d'âge la plus active, susceptible de conduire les actions de développement économique et social. On note aussi une grande vulnérabilité de la population jeune face au SIDA, notamment chez les adolescentes et les jeunes femmes (10-19 ans et 20-29 ans) qui seraient beaucoup plus souvent infectées que les hommes de la même tranche d'âge. Par ailleurs, la prévalence en milieu de travail à Bangui est de 14,9% (Institut Pasteur de Bangui, 1997). La RCA est donc un pays à épidémie généralisée car non seulement toutes les couches sociales sont touchées, mais le milieu rural est aussi touché avec une prévalence dépassant les 20% dans certaines zones.

### **2.1.6. Impact du VIH/SIDA en République centrafricaine**

Selon les données de l'enquête réalisée en RCA par le PNUD en 2003, le SIDA a eu un impact négatif sur les activités économiques et ménagères. Celles-ci se traduisent par un arrêt complet des activités (54,3% des cas) ou une diminution (32,8 %), une diminution du temps de travail (55,7 %), une baisse du revenu (77,2%) ; la vente des biens (60 %) pour faire face à la maladie, une augmentation des dépenses alimentaires (38,6%). L'impact du SIDA se traduit aussi au niveau des ménages par une augmentation des dépenses affectées à la santé (53 % des ménages affectés ont vu leurs dépenses de santé augmentées) au détriment des autres postes de dépenses, par exemple l'éducation (34,3% des ménages ont déclaré que leurs revenus étaient de moins en moins consacrés aux dépenses d'éducation). L'épidémie du VIH/SIDA touche davantage la population économiquement active et aucun groupe socioprofessionnel ni secteur de l'économie n'échappe à son impact. La hausse de l'absentéisme, et la baisse de la productivité des salariés, l'augmentation des coûts des heures supplémentaires payées aux travailleurs qui doivent remplacer leurs collègues malades, la hausse du coût des avantages sociaux due aux enterrements et aux frais médicaux ainsi que la hausse du coût pour le recrutement et la formation des employés devant remplacer ceux qui sont décédés affectent le budget de l'Etat et les résultats financiers des entreprises.

Au niveau du fonctionnement des structures sociales telles que les hôpitaux et les écoles, l'impact le plus direct du VIH/SIDA concerne le personnel, lié à la diminution du capital humain en termes de qualité et de quantité. En effet, l'augmentation des cas de SIDA a pour conséquence

d'accroître la demande de soins médicaux auprès des structures de santé. Le système éducatif centrafricain paie également un tribut particulièrement élevé à l'épidémie du VIH avec un taux de mortalité spécifique de 86% parmi les enseignants au cours de l'année scolaire 1996-1997, et comme conséquence, plus de 70.000 enfants de 6 à 11 ans qui ne seront pas correctement scolarisés jusqu'en 2005 (UNICEF/PNUD, 1999). L'enquête réalisée par le PNUD montre aussi que 30% des ménages ont réduit le nombre d'enfants scolarisés pour s'occuper davantage des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH).

La population centrafricaine déjà peu nombreuse, est affectée durement par le VIH/SIDA. Selon les projections réalisées par le PNUD en 2003, l'épidémie de VIH/SIDA affectera la taille, la composition et l'état de santé de la population. La conséquence pour la croissance naturelle de la population se traduira par une perte des effectifs de l'ordre de 990 à 1070 milliers d'habitants en 2015. Enfin, il est estimé que l'impact d'une baisse de la force de travail, suite au SIDA, sur le PIB serait de l'ordre de 2,1% à 3,5% en 2015.

### **2.1.7. Pratiques liées à la propagation du VIH/SIDA en RCA**

Le mode principal de contamination du VIH/SIDA en RCA est la voie sexuelle. Des coutumes rigides gèrent souvent tout ce qui a trait à la sexualité et à la fécondité. Les normes sociales sont encore favorables à une forte fécondité, notamment en milieu rural, et favorisent les unions précoces. Selon les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé de 1994-1995, une proportion importante des filles entrent précocement en union (57,7% avant 15 ans). Or, la précocité des unions et les grossesses rapprochées dues à l'ignorance et à la non utilisation des méthodes contraceptives portent atteinte à la santé.

Selon les données de MICS 2000, les pratiques traditionnelles néfastes comme les mutilations génitales féminines (35,9% au niveau national), le lévirat, le sororat, les violences corporelles (45,4%), les violences sexuelles (32,2%) constituent autant de facteurs de risque pour la santé. Cela explique en grande partie la prévalence élevée en milieu jeune et surtout les femmes en âge de procréer. Les données sur la transmission par voie sanguine ne sont pas disponibles, mais vue la situation des structures sanitaires et les conditions dans lesquelles travaillent les tradipraticiens

et les matrones traditionnelles, la transmission du VIH/SIDA en milieu de soins pourrait prendre de l'ampleur.

La situation de conflit récurrent que connaît la RCA depuis 1996, a favorisé largement la propagation de l'infection par le VIH en augmentant la vulnérabilité des populations souvent déplacées.

### **2.1.8. Politiques nationales de lutte contre le VIH/SIDA en République Centrafricaine**

Entre 1987 et 1999, le gouvernement centrafricain a entrepris des actions de lutte contre le fléau visant à apprécier le niveau de connaissances de la population de Bangui en matière de VIH/SIDA ainsi que les attitudes et pratiques face à l'épidémie, et cherchant à réduire la transmission du VIH/SIDA et l'impact de la maladie sur la morbidité et sur l'économie. Mais, les résultats de ces actions n'ont pas pu infléchir la courbe, puisque l'on note un accroissement constant de la maladie. Le VIH a augmenté d'une manière vertigineuse. Face à ces performances mitigées, l'État a mis en place une planification stratégique qui devrait identifier et hiérarchiser les actions prioritaires pouvant renforcer la réduction de l'impact de l'épidémie.

Cependant, le Gouvernement Centrafricain a développé et mis en oeuvre successivement de 1987 à 2005 des plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH/SIDA. Le dernier Cadre Stratégique National 2006-2010 (CSN) s'est inspiré du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), de la politique nationale de promotion de la femme et de la politique nationale de l'équité et de l'égalité des sexes. Ce nouveau CSN a pour ambition pour 2010, de contenir et de réduire la propagation du VIH et d'améliorer la qualité de vie des personnes infectées et/ou affectées. Les principaux axes stratégiques retenus dans le CSN sont :

- ✓ Intensification de la prévention pour réduire la transmission de l'infection à VIH ;
- ✓ Amélioration de la prise en charge globale des personnes infectées et/ou affectées par le VIH/SIDA ;
- ✓ Promotion d'un environnement favorable à la multisectorialité, à une meilleure gestion, au suivi évaluation et à la coordination des actions de lutte contre le VIH/SIDA. Au cours de la dernière Assemblée Générale du Comité National de Lutte contre le SIDA, le chef

de l'Etat a donné à chaque acteur des directives présidentielles pour les responsabiliser davantage dans la mise en oeuvre du nouveau Cadre Stratégique National.

## **2.2. ASPECTS METHODOLOGIQUES**

Cette section est consacrée à la présentation des données, à l'évaluation de la qualité de celles-ci et à la présentation des différentes méthodes d'analyse.

### **2.2.1 SOURCE DES DONNEES**

Les données que nous utilisons dans cette étude sont celles du volet femmes de l'Enquête Démographique et de Santé de la République Centrafricaine (EDS-RCA) réalisée en 1994-1995. Cette enquête a été financée par l'USAID, le FNUAP et l'UNICEF. Elle est exécutée par la Direction des Statistiques et des Etudes Economiques (Ministère de l'économie, du plan et de la coopération internationale), avec l'assistance de Macro Internationale Inc.

#### **2.2.1.1 Les objectifs de l'enquête.**

L'Enquête Démographique et de Santé de la République Centrafricaine (EDS-RCA 1994-1995) a été réalisée sur un échantillon national des femmes de 15-49 ans et d'hommes de 15-59 ans. Elle vise à atteindre un certain nombre d'objectifs suivants :

- ✓ Recueillir les données à l'échelle nationale, par milieu de résidence et par région sanitaire, permettant de calculer certains taux démographiques en particulier les taux de fécondité et les taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile ;
- ✓ Analyser les facteurs qui déterminent les niveaux et les tendances de la fécondité et de la stérilité;
- ✓ Mesurer le taux d'utilisation de la contraception par méthode selon le milieu de résidence et certaines caractéristiques socioéconomiques ;
- ✓ Mesurer les niveaux des besoins non satisfaits en matière de contraception aussi que les niveaux de fécondité non désirée ;
- ✓ Recueillir les données précises sur la santé familiale ;
- ✓ Fournir enfin, aux responsables et administrateurs des programmes de population en RCA des données de base actualisées sur la fécondité, la mortalité, la planification

familiale et santé. De telles données ne sont pas seulement utiles pour évaluer l'impact des activités, mais elles sont également importantes pour planifier de nouvelles stratégies pour l'amélioration de la santé et du bien être de la population.

*a. L'échantillonnage*

Réalisée en septembre 1994 et mars 1995, l'Enquête Démographique de Santé (EDS-RCA) est une enquête par sondage aréolaire stratifié et tiré à deux degrés. L'échantillon souhaité de cette enquête était de 6000 femmes âgées de 15-49 ans et 2000 hommes de 15-59 ans. Cet échantillon est stratifié par région sanitaire et milieu de résidence, puis pondéré au niveau national. L'enquête a donc couvert l'ensemble du pays et les résultats sont analysés par région sanitaire et par milieu de résidence. Elle s'est déroulée dans 11 strates. Cette stratification a servi non seulement de réduire l'effet de grappes dû au tirage à plusieurs degrés, mais également d'effectuer les analyses au niveau de sous populations. La base de sondage utilisée pour le tirage des unités primaires et secondaires est celle issue du recensement de la population et de l'habitat de 1988.

Pendant l'échantillonnage, 6159 ménages ont été sélectionnés et l'entretien a été réalisé auprès de 6000 femmes âgées de 15-49 ans. Mais, au cours des opérations de collecte, 5551 ménages et 5884 femmes âgées de 15-49 ans ont été effectivement enquêtées avec succès soit un taux de réponse de 98,0%. Sur les 5884 femmes enquêtées, on dénombre 2407 femmes âgées de 15-24 ans. Parmi celles-ci, 1876 sont sexuellement actives. Ces sont donc ces dernières qui constituent notre population cible.

*b. Le questionnaire*

Afin d'atteindre les objectifs fixés, quatre types de questionnaires ont été utilisés : un questionnaire ménage, un questionnaire femme, un questionnaire homme et un questionnaire communautaire.

✓ Questionnaire ménage

Il a été utilisé pour collecter des informations sur les ménages, telles que le nombre de personnes y résidant avec certaines de leurs caractéristiques. Il donne également les informations sur l'identification du ménage et ses conditions de vie. Cependant, le but du questionnaire ménage est d'établir l'éligibilité des personnes à interviewer individuellement.

✓ Questionnaire femme

C'est le principal élément de l'enquête. Il est administré à toutes les femmes éligibles (âgées de 15-49 ans) dans les ménages sélectionnés ; il consistait à recueillir des données : caractéristiques sociodémographiques de l'enquête, reproduction, connaissance et l'utilisation de la contraception, santé des enfants, les grossesses, et l'allaitement, la vaccination, l'autopsie verbale et les causes de décès, la vie matrimoniale, la préférence en matière de fécondité, les caractéristiques du conjoint et l'activité professionnelle, les MST et le condom, la mortalité maternelle, l'excision.

✓ Questionnaire homme

Plus allégé que le questionnaire femme, il est administré à tous les hommes éligibles, âgés de 15-59 ans, il portait essentiellement sur les caractéristiques sociodémographiques, la situation matrimoniale et la reproduction, la connaissance et l'utilisation de la contraception, la préférence en matière de fécondité, les MST/SIDA et le condom.

✓ Questionnaire communautaire

Il a servi dans le recueil des informations relatives aux caractéristiques de la communauté, à la disponibilité des services, à la santé et à la planification dans la communauté, à l'identification de l'établissement et des services de santé, ainsi que des méthodes de contraception.

## **2.2.2 EVALUATION DE LA QUALITE DES DONNEES**

L'évaluation de la qualité des données est une étape nécessaire dans le processus d'analyse des données. Avant d'aborder les analyses statistiques, nous devons nous assurer au préalable de la qualité des données sur lesquelles l'étude va porter. Car, la pertinence de nos résultats dépend de celle-ci. Pour cette étude, la population cible considérée est celle du groupe d'âges (15-24 ans). Pour ce faire, nous allons procéder d'abord, à l'évaluation de la qualité des données sur l'âge ensuite, à l'examen de la répartition des adolescentes selon leurs âges aux premiers rapports sexuels et enfin, les taux de non réponse.



### **2.2.2.1 Evaluation de la qualité des données sur l'âge**

L'évaluation de la qualité des données sur l'âge va porter sur le groupe d'âge 15-24 ans. Elle portera essentiellement sur l'âge déclaré des adolescentes ainsi que sur leur âge aux premiers rapports sexuels.

#### *a. Evaluation des données sur l'âge déclaré des adolescentes*

L'âge est une variable très importante dans l'analyse des phénomènes démographiques. Cependant, il fait souvent l'objet d'erreurs de déclarations dues aux défauts de mémoire, en particulier, dans le contexte de faible alphabétisation. Ainsi s'impose, avant toute analyse, l'évaluation de la qualité des données sur l'âge déclaré au moment de l'enquête. L'examen de la structure par âge déclaré permet d'avoir une idée sur celle-ci. Cet examen consistera essentiellement à l'analyse de la régularité de la courbe de répartition des adolescentes selon l'âge déclaré afin de déceler d'éventuelles préférences et/ou aversions.

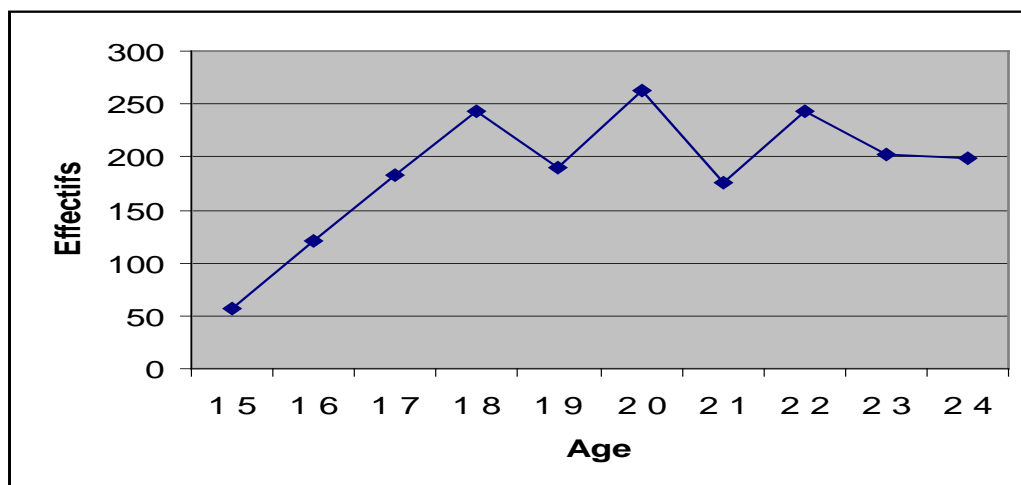
**Tableau 2.1 : Répartition des adolescentes (15-24 ans) selon l'âge déclaré**

<b>Ages</b>	<b>Effectifs</b>
15	56
16	121
17	183
18	244
19	190
20	262
21	176
22	243
23	203
24	198
<b>Total</b>	<b>1876</b>

*Source* : Traitement des données de l'EDS-RCA 94-95

Le graphique ci-après nous donne l'évolution de l'effectif des adolescentes selon leur âge au moment de l'enquête.

Graphique 2.1 : Evolution de l'effectif des adolescentes selon l'âge



Source : Traitement des données de l'EDS-RCA 94-95

Il se dégage du graphique 2.1 des irrégularités sur les âges 19 et 21 ans. En effet, on remarque des baisses brusques à ces âges comparativement aux âges consécutifs. Cela pourrait être dû aux attractions pour les âges 18 ans et 20 ans. L'attraction à 18 ans s'expliquerait par le fait qu'il correspond à l'âge de la majorité civile tandis que les préférences fréquemment observées aux âges rond justifieraient celle observée à 20 ans. Néanmoins, ces irrégularités ne sont pas de nature à entacher la qualité des données. Ainsi, nous supposons que l'âge a été relativement bien déclaré.

*b. Evaluation des données sur l'âge aux premiers rapports sexuels*

L'âge aux premiers rapports sexuels a été saisi lors de l'enquête par la question « *Quel âge aviez-vous quand vous avez eu vos premiers rapports sexuels (si vous en avez eu) ?* ». Le taux de "non réponse" (0%) semble montrer une bonne déclaration des données relatives à celui-ci. Néanmoins, comme l'âge déclaré au moment de l'enquête, il pourrait exister quelques erreurs de déclarations essentiellement liées au contexte socioculturel qui entoure l'activité sexuelle surtout en dehors d'une union formelle. Ce poids culturel pourrait influencer les filles à déclarer qu'elles n'ont pas encore eu des rapports sexuels ou qu'elles en ont eu tardivement.

On s'attend à ce que cet effectif croît régulièrement avec l'âge jusqu'à 15 ou 16 ans et diminue ensuite pour atteindre son minimum à 24 ans (âge supposé limite pour l'adolescence).

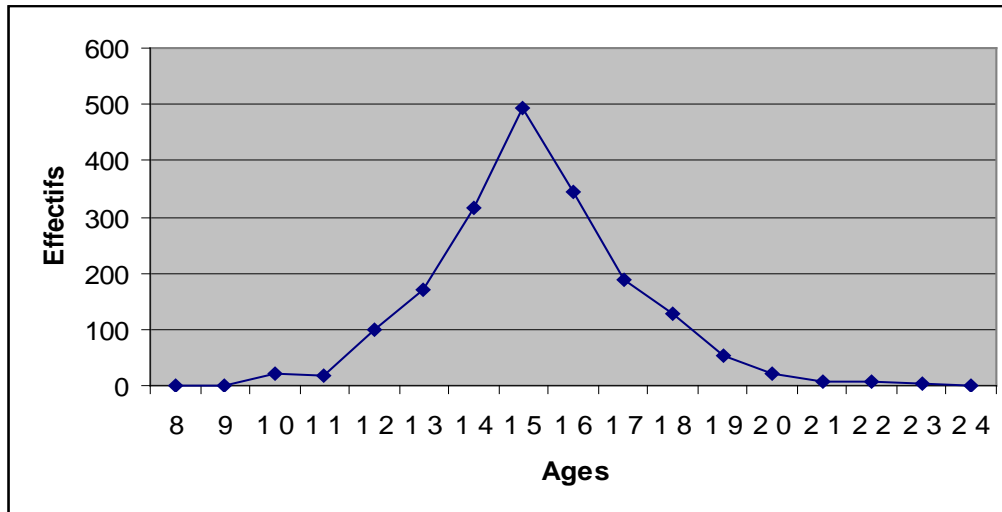
**Tableau 2.2 : Répartition des adolescentes selon l'âge aux premiers rapports sexuels**

<b>Age aux premiers rapports sexuels</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>	<b>Pourcentage cumulé (%)</b>
8	1	0,05	0,05
9	1	0,05	0,1
10	20	1,07	1,12
11	19	1,01	2,08
12	98	5,22	6,23
13	172	9,17	14,39
14	317	16,9	26,07
15	494	26,33	43,23
16	346	18,44	44,77
17	189	10,07	28,51
18	129	6,88	16,95
19	53	2,83	9,71
20	21	1,12	3,95
21	7	0,37	1,49
22	7	0,37	0,74
23	2	0,11	0,48
24	0	0	0,11
<b>Total</b>	<b>1876</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

*Source : traitement des données de l'EDS-RCA 94-95*

Le graphique qui suit montre l'évolution de l'effectif des adolescentes selon leurs âges aux premiers rapports sexuels.

Graphique2.2 : Evolution de l'effectif des adolescentes selon leurs âges aux premiers rapports sexuels



Source : traitement de données de l'EDS RCA 94-95

L'examen du graphique 2.2 montre une croissance régulière des effectifs des adolescentes ayant eues leurs premiers rapports sexuels jusqu'à l'âge de 15ans. Cet effectif diminue ensuite avec l'âge et atteint son minimum à 24 ans. Néanmoins, on peut observer une légère attraction à 10 ans (1,07 contre 1,01 à 11 ans, cf. annexes). Cela s'expliquerait par un rajeunissement de certaines adolescentes ayant eues leurs premiers rapports sexuels à 11 ans et qui déclareraient les avoir eues à 10 ans (âge rond). Cependant, cette irrégularité est tellement faible qu'elle ne peut pas remettre en cause les résultats des analyses. Ainsi, nous en concluons que la qualité des données sur l'âge au premier rapport sexuel est bonne.

### 2.2.2.2 Données relatives aux variables de l'étude

Les taux de réponse renseignent sur le degré de couverture des variables de l'étude. Au regard des résultats, on constate que, les variables retenues peuvent se prêter à l'analyse.

**Tableau 2.3: Présentation des variables de l'étude et taux de réponses**

<b>Variabes</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Valeurs manquantes</b>	<b>Taux de non réponse (%)</b>
Ethnie	1875	1	<b>0,1</b>
Religion	1876	0	0
Milieu de résidence	1871	5	<b>0,3</b>
Milieu de socialisation	1873	3	<b>0,2</b>
Niveau d'instruction	1876	0	0
Suivi de la radio	1876	0	0
Suivi de télévision	1875	1	<b>0,1</b>
Niveau de vie des ménages	1876	0	0
Niveau de Connaissances du VIH/SIDA	1876	0	0
Précocité des premiers rapports sexuels	1876	0	0
Non utilisation du condom aux derniers rapports sexuels	1866	10	<b>0,5</b>

*Source : traitement des données de l'EDS-RCA 94-95*

On constate à partir du tableau 2.3 que cinq variables présentent un taux de non réponse inférieur à 10% : il s'agit de l'ethnie, du milieu de résidence, du milieu de socialisation, de suivi de la télévision et de non utilisation du condom aux derniers rapports sexuels. Dans l'ensemble, les données considérées pour l'étude semblent acceptables et peuvent être prêtées à cette étude.

## **2.2.3 Distribution des variables de l'étude**

### **2.2.3.1 Les variables socioculturelles**

#### a. L'ethnie

On observe dans le tableau 2.4 que la République Centrafricaine se caractérise par une pluralité d'ethnies qui sont les suivantes: les Haoussa, Sara ; Mboum ; Gbaya ; Mandjia ; Banda ; Ngbaka-

bantou ;Yakoma-Sango, et Nzakara-Zandé. Ainsi, Selon l'appartenance ethnique de l'adolescente, on note une proportion importante des adolescentes chez les ethnies Gbaya 28,0% et Banda 27,4% ; qui sont majoritaires en République Centrafricaine. Les autres groupes ethniques contrairement à ceux-ci, sont peu représentés dans l'échantillon car leur proportion est moins de 10%.

*b. Religion*

Au niveau de la variable religion, la répartition des adolescentes selon la religion montre que les chrétiennes sont le plus représentées 89,3% dans l'échantillon. Tandis que les adolescentes musulmanes représentent 9,2% contre 1,5% pour les adeptes de la religion traditionnelle

*c. Milieu de résidence et le milieu de socialisation*

Le milieu de résidence est le milieu où l'adolescente se trouve au moment de l'enquête (résidence actuelle). On constate que la plupart des adolescentes résident en milieu rural 51,8% qu'en milieu urbain 48,0%.

Quant au milieu de socialisation, sa distribution montre également que les adolescentes sont beaucoup plus socialisées en milieu rural 44,4 % que dans les petites villes 30,7%. Par contre à Bangui, la proportion est de l'ordre de 24,9%.

*d. Niveau d'instruction*

Dans le cas du niveau d'instruction, on constate que 42,9% des adolescentes sont sans niveau, 40,2% sont de niveau primaire, et 16,9% de niveau secondaire ou plus.

**Tableau 2.4 : Répartition des adolescentes selon les variables socioculturelles**

<b>Variabes et modalités</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Fréquences</b>
<b>Ethnie</b>		
Haoussa	97	5,2
Sara	121	6,5
Mboum	116	6,2
Gbaya	525	28,0
Mandjia	162	8,6
Banda	514	27,4
Ngbaka-bantou	119	6,3
Yakoma-sango	118	6,3
Nzakara-zandé	63	3,4
Autres	40	2,1
<b>Total</b>	<b>1875</b>	<b>100</b>
<b>Religion</b>		
Chrétienne	1675	89,3
Musulmane	173	9,2
Traditionnelle	28	1,5
<b>Total</b>	<b>1875</b>	<b>100</b>
<b>Milieu de résidence</b>		
Urbain	900	48,1
Rural	971	51,9
<b>Total</b>	<b>1871</b>	<b>100</b>
<b>Milieu de socialisation</b>		
Bangui	466	24,9
Petite ville	575	30,7
Rural	832	44,4
<b>Total</b>	<b>1873</b>	<b>100</b>
<b>Niveau d'instruction</b>		
Sans niveau	805	42,9
Primaire	754	40,2
Secondaire et plus	317	16,9
<b>Total</b>	<b>1876</b>	<b>100</b>

*Source : traitement des données de l'EDS-RCA*

### **2.2.3.2 L'exposition aux médias et le niveau de vie des ménages**

#### *a. Exposition aux sources d'information*

Les deux variables qui sont retenues pour mesurer le degré d'exposition des adolescentes aux sources d'information : écoute de la radio et suivi de la télévision. Il ressort de la distribution de ces variables que 81,8% des adolescentes ne suivent pas la télévision contre 18,2% qui la suivent. En ce qui concerne l'écoute de la radio, les adolescentes ayant déclaré qu'elles écoutent la radio sont deux fois plus représentées que leurs consœurs qui ne l'écoutent pas. Les proportions respectives sont 68,7% contre 31,3%.

#### *b. Le niveau de vie du ménage*

Le niveau de vie du ménage renseigne sur la qualité de vie de l'adolescente. Ainsi, les informations sont saisies à partir de la situation économique des ménages. Ces informations sont relatives aux biens dont disposent ces derniers. Pour saisir la variable en question, un indicateur a été créé à partir de ces biens.

La distribution de cette variable indique que les adolescentes qui vivent dans les ménages de niveau de vie faible représentent 86,5% tandis que celles issues des ménages de niveau moyen sont 10,1%. Les adolescentes qui vivent dans les ménages de niveau de vie élevé représentent seulement 3,4%.



**Tableau 2.5 : Répartition des adolescentes selon la fréquence d'exposition aux médias et le niveau de vie du ménage**

<b>Variables et modalités</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Fréquences</b>
<b>Suivi la télévision</b>		
Non	1534	81,8
Oui	341	18,2
<b>Total</b>	<b>1875</b>	<b>100</b>
<b>Ecoute la radio</b>		
Non	587	31,3
Oui	1289	68,7
<b>Total</b>	<b>1876</b>	<b>100</b>
<b>Niveau de vie de ménage</b>		
Faible	1622	86,5
Moyen	190	10,1
Elevé	64	3,4
<b>Total</b>	<b>1876</b>	<b>100</b>
<b>Niveau de connaissances du VIH/SIDA</b>		
Faible	459	24,5
Moyen	543	28,9
Elevé	874	46,6
<b>Total</b>	<b>1876</b>	<b>100</b>

*Source : traitement des données de l'EDSRCA94-95*

### **2.2.3.3 Les connaissances relatives au VIH/SIDA et comportements sexuels à risque**

#### *a. Le niveau de connaissance du VIH/SIDA*

L'indicateur qui mesure la connaissance du VIH/SIDA, a été créé à partir des variables suivantes : Avoir entendu parler du VIH/SIDA, la transmission du VIH/SIDA par voie sexuelle et les moyens de prévention du VIH/SIDA à savoir : l'abstinence, la fidélité et le condom.

Cette nouvelle variable crée a trois modalités : faible, moyen et élevé.

En effet, il ressort que 24,5% des adolescentes ont une connaissance faible sur le VIH/SIDA, 28,9% ont une connaissance moyenne tandis que 46,6% ont une connaissance élevée.

*b. Les comportements sexuels à risques*

Dans le cadre de notre étude, la précocité des premiers rapports sexuels et la non utilisation du condom sont considérées comme comportements sexuels à risque du VIH/SIDA.

Concernant les premiers rapports sexuels, on constate que 59,8% des adolescentes ont eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 16 ans et 40,2 % l'ont eu après. Dans le cas de la non utilisation du condom aux derniers rapports sexuels, on observe que 93,6% des adolescentes n'ont pas utilisé le condom contre 6,4 % qui l'ont fait au cours des quatre dernières semaines précédant l'enquête.

En ce qui concerne le multipartenariat, 4,4% des adolescentes seulement ont eu des rapports sexuels avec des personnes autres que leurs partenaires réguliers au cours des quatre dernières semaines précédant l'enquête, et 95,8% ne l'ont pas eu.

**Tableau 2.6 : Répartition des adolescentes selon les connaissances relatives au VIH/SIDA et leurs comportements sexuels**

<b>Variables et modalités</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Fréquences</b>
<b>Niveau de connaissance du VIH/SIDA</b>		
Faible	459	24,5
Moyen	543	28,9
Elevé	698	46,6
<b>Total</b>	<b>1876</b>	<b>100</b>
<b>Âges aux premiers rapports sexuels</b>		
Précoce	754	40,2
Non précoce	1122	59,8
<b>Total</b>	<b>1876</b>	<b>100</b>
<b>Non utilisation du condom</b>		
Oui	1746	93,6
Non	120	6,4
<b>Total</b>	<b>1866</b>	<b>100</b>
<b>Groupe d'âges</b>		
15-19	794	42,3
20-24	1082	57,7
<b>Total</b>	<b>1876</b>	<b>100</b>

Etat matrimonial		
Célibataire	436	23,4
En union	1431	76,6
<b>Total</b>	<b>1867</b>	<b>100</b>

Source : traitement des données de l'EDSRCA 94-95

#### **2.2.3.4 Variables de contrôle**

Les deux variables de contrôle sont : l'âge et l'état matrimonial. S'agissant de la situation matrimoniale, 23,4% des adolescentes sont célibataires tandis que 76,6% sont en union. Pour ce qui est de l'âge, il y a 42,3% (15-19 ans) et 57,7% (20-24 ans).

### **2.2.4 Les méthodes statistiques d'analyse**

Le choix des méthodes doit répondre à deux exigences : les objectifs spécifiques de l'étude et la nature des variables d'analyse. On distinguera la nature des méthodes descriptives qui auront pour objectif l'examen des associations entre les variables indépendantes et les comportements sexuels à risque. Les méthodes explicatives qui servent à évaluer les effets nets des variables indépendantes sur notre variable expliquée.

Pour mener à bien cette étude, ces deux types de méthodes d'analyse seront utilisés: l'analyse descriptive et l'analyse explicative.

#### **2.2.4.1 Méthodes d'analyse descriptive**

La méthode descriptive sera basée sur l'analyse bivariée et l'Analyse Factorielle de correspondances Multiples (AFCM). Il s'agit dans premier temps de procéder à une analyse bivariée afin de déterminer les structures des relations éventuelles entre les variables dépendantes et les variables explicatives.

Pour ce faire, à l'aide de tableaux croisés et des statistiques du khi-deux, nous mettrons en évidence les associations des variables deux à deux. Dans un second temps, nous allons recourir à la méthode d'Analyse Factorielle de Correspondances Multiples (AFCM) pour montrer les contributions moyennes des différents facteurs dans l'explication de comportements sexuels à

risque des adolescentes. L'analyse factorielle des correspondances multiples est une technique d'analyse d'interdépendances entre des variables qu'on veut analyser simultanément. Elle n'impose aucune contrainte au niveau du nombre de variables.

Ses deux principaux avantages sont la réduction de l'information par la définition des dimensions principales ou axes principaux, et la possibilité de représentation graphique pour une visualisation des « points-caractères », ou « points-individus » et qui sont des représentations des groupes d'individus caractérisés par la variable. Deux points-individus sont d'autant plus proches que leurs profils sont semblables. Plus la distance entre deux points-individus est petite plus leur corrélation est grande (Sala-Diakanda, 1980).

A ce niveau d'analyse, on ne peut pas trop se fier aux résultats obtenus pour appréhender les déterminants du phénomène en question. Car, les relations observées ne sont que des présomptions et peuvent éventuellement être fallacieuses car ne prenant pas en compte les effets des autres facteurs qui peuvent en fait perturber la relation. En effet, corrélation ne signifie pas causalité, raison pour laquelle il sera procédé, par après, à des analyses explicatives multivariées

#### **2.2.4.1 Méthode explicative**

L'objectif de cette étude étant la recherche des déterminants associés à la précocité des premiers rapports sexuels et de la non utilisation du condom face au VIH/SIDA, et compte tenu de la nature dichotomique de nos variables dépendantes (précocité des premiers rapports sexuels et la non utilisation du condom), nous recourons à la méthode de régression logistique. Les principes de base de l'utilisation de cette méthode de régression sont les suivantes : La variable dépendante doit être une variable catégorielle et dichotomique (ayant deux modalités : 0 et 1). En effet, pour la précocité des premiers rapports sexuels, deux cas de figure peuvent se présenter : soit l'adolescente n'a pas eu son premier rapport sexuel précocement (non précocé=0), soit elle en a eu précocement (précoce=1). Pour ce qui est de la non utilisation du condom, la modalité considérée est celle de Oui=1 ce qui montre que l'adolescente n'a pas utilisé le condom pour se protéger contre le VIH/SIDA ou Non= 0 elle l'a utilisé.

Le modèle essaie aussi de prédire et d'estimer le sens de l'évolution d'une ou de plusieurs variables à expliquer au vu de la valeur des variables indépendantes. Les résultats peuvent s'interpréter soit en terme de coefficients  $\beta_j$  (coefficients log-odds) des variables explicatives soit en termes de probabilité que ces coefficients impliquent ; soit plus généralement en termes de chances ou de risques relatifs (odds) approximés par la relation  $R_{i/j} = \text{EXP}(\beta_i - \beta_j)$ .

La contribution  $C(x)$  de chaque variable se calcule en rapportant au chi-deux du modèle complet la différence entre ce chi-deux et celui sans la variable considérée. L'ordre de contribution des variables sera fonction de la grandeur de  $C(x)$ . Plus, il est grand, mieux la variable contribue à l'explication de la variable dépendante. Cependant, certaines permettent d'avoir la statistique  $R$  qui détermine la contribution de la variable considérée. Aussi, plus cette valeur est grande, mieux la variable contribue à l'explication de la variable dépendante. Dans le cas de cette recherche, nous allons recourir à la statistique  $R$  pour déterminer la contribution de chaque variable considérée.

A l'aide de cette méthode statistique d'analyse, nous allons ressortir non seulement les facteurs déterminant les comportements sexuels à risque du VIH/SIDA chez les adolescentes mais aussi le classement de ces déterminants selon leurs pouvoirs explicatifs respectifs. A ce niveau, on pourra mettre en évidence les effets des variables explicatives sur les variables à expliquer.

### **Conclusion partielle**

Ce chapitre a permis de présenter les aspects contextuels de l'étude notamment les contextes géographique, démographique, politique, économique, social et sanitaire. Quant aux données, elles sont issues de l'Enquête Démographique et de Santé de la République Centrafricaine. Pour évaluer la qualité des données sur l'âge, nous avons recouru à la méthode graphique. Cette évaluation a porté non seulement sur l'âge de l'adolescente mais également sur son âge au premier rapport sexuel. Il se dégage du premier, des relatives irrégularités dans la déclaration. Mais, ces irrégularités ne sont pas de nature à entacher la qualité des données. Tandis qu'au niveau du second, c'est à dire de l'âge aux premiers rapports sexuels, on a relevé une croissance régulière des effectifs des adolescentes ayant eues leurs premiers rapports sexuels jusqu'à l'âge de 15ans.

En ce qui concerne les méthodes d'analyse, nous avons recouru aux méthodes d'analyse statistique descriptive et à celle de la régression logistique multivariée.

Les méthodes d'analyse descriptive nous ont permis de faire ressortir les différentiels de précocité des premiers rapports sexuels et de la non utilisation du condom face au VIH/SIDA chez les adolescentes et ensuite, les caractériser selon ces comportements. La méthode explicative multivariée donne les déterminants et leurs mécanismes. Suite à ceci, est abordé dans le prochain chapitre, l'analyse différentielle et déterminants de précocité des premiers rapports sexuels et de non utilisation du condom face aux VIH/SIDA chez les adolescentes en Centrafrique.

## **CHAPITRE III**

# **ANALYSE DIFFERENTIELLE ET DETERMINANTS DE LA PRECOCITE DES PREMIERS RAPPORTS SEXUELS ET DE LA NON UTILISATION DU CONDOM FACE AU VIH/SIDA CHEZ LES ADOLESCENTES**

Dans le présent chapitre, nous essayons de donner un aperçu descriptif des relations qui pourraient exister entre les variables dépendantes et les variables indépendantes au niveau bivarié. Ces relations seront vérifiées à l'aide de la statistique du chi-deux des tableaux croisés. Nous recourons également à l'Analyse Factorielle des correspondances Multiples (AFCM) pour caractériser les adolescentes selon leurs comportements sexuels à risques. Le seuil de significativité minimum retenu est de 10% pour les différents tests statistiques.

Au niveau explicatif, nous essayerons d'identifier les déterminants de la précocité des premiers rapports sexuels et de la non utilisation du condom face au VIH/SIDA chez les adolescentes. Pour ce faire, nous recourons à la méthode de régression logistique. Par ailleurs, l'identification des mécanismes d'action des principaux facteurs sera mise en évidence par le modèle « pas à pas » et nous les hiérarchiserons selon leur pouvoir de prédiction.

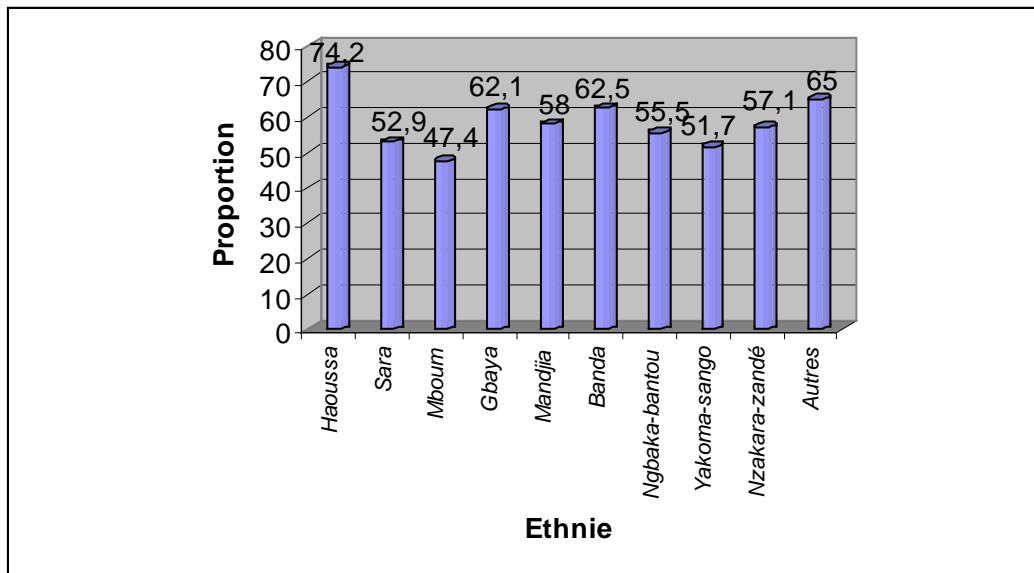
### **3.1 VARIATIONS DE LA PRECOCITE DES PREMIERS RAPPORTS SEXUELS**

Il ressort du tableau 3.1 que, parmi les caractéristiques socioculturelles et économiques considérées dans cette étude, seules l'ethnie, le niveau d'instruction, l'exposition à la télévision et le niveau de vie sont significativement associés à la précocité des premiers rapports sexuels au seuil de 1% et le niveau de connaissances du VIH/SIDA au seuil de 5%. Par contre, la religion, le milieu de résidence, le milieu de socialisation et l'exposition à la radio ne semblent pas être associées à l'entrée précoce en vie sexuelle.

### 3.1.1 L'ethnie

L'examen du graphique 3.1 montre que les femmes haoussa entrent plus précocement en vie sexuelle que les autres. Par contre, les femmes Mboum, Yakoma-sango et Sara sont les moins précoces. En effet, 74,2% des jeunes femmes haoussa ayant déjà connu leurs premiers rapports l'ont été avant 16 ans alors que chez les trois autres ethnies ci-haut citées, les proportions sont respectivement de 47,4 %, 51,7% et 52,9%.

Graphique 3.1 : Variations de la précocité des premiers rapports sexuels selon l'ethnie



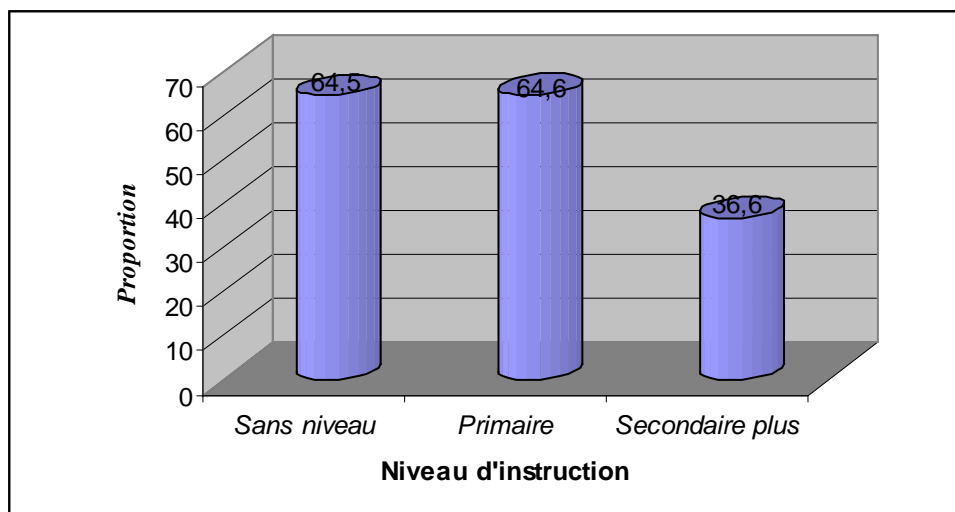
Source : Traitement des données de l'EDS-RCA94-95



### 3.1.2 Le niveau d'instruction

Le niveau d'instruction est significativement associé à l'entrée précoce en vie sexuelle, On constate que, la proportion d'adolescentes ayant eu précocement leurs premiers rapports sexuels est beaucoup plus faible chez les femmes de niveau secondaire et plus (36,6%) que chez les autres (environ 65 %). Ces résultats vont dans le même sens de ceux obtenus au Bénin par Kouton (1992) et, au Cameroun par Rwenge (1999 ; 2000 ; 2004). Cela serait dû au fait que l'instruction permet à l'adolescente de prendre conscience des risques associés à la précocité des rapports sexuels tels que les grossesses et les maladies sexuellement transmissibles.

Graphique 3.2 : Variations de la précocité des premiers rapports sexuels selon le niveau d'instruction

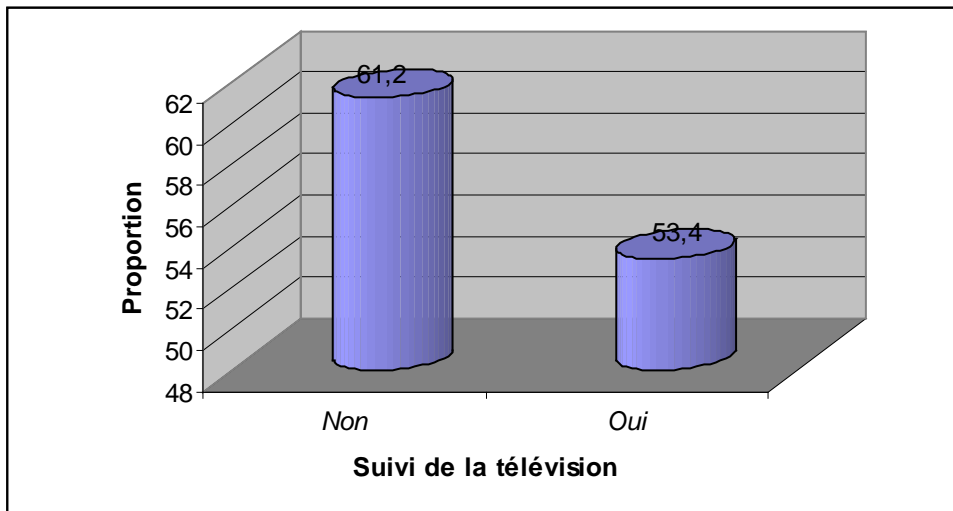


Source : Traitement des données de l'EDS-RCA94-95

### 3.1.3 L'exposition à la télévision

L'exposition à la télévision est négativement corrélée à la précocité des premiers rapports sexuels au seuil de 1%. En d'autres termes, les adolescentes ayant suivi la télévision, ont moins de chances d'entrer précocement en vie sexuelle que celles qui ne le font pas. Les proportions varient respectivement de 53,4% et 61,2%. Cela s'expliquerait par l'importance des émissions et d'autres campagnes de sensibilisation contre le VIH/SIDA qui passent à la télévision, pouvant influencer les comportements des adolescentes.

Graphique 3.3 : Variations de la précocité des premiers rapports sexuels selon le suivi de la télévision

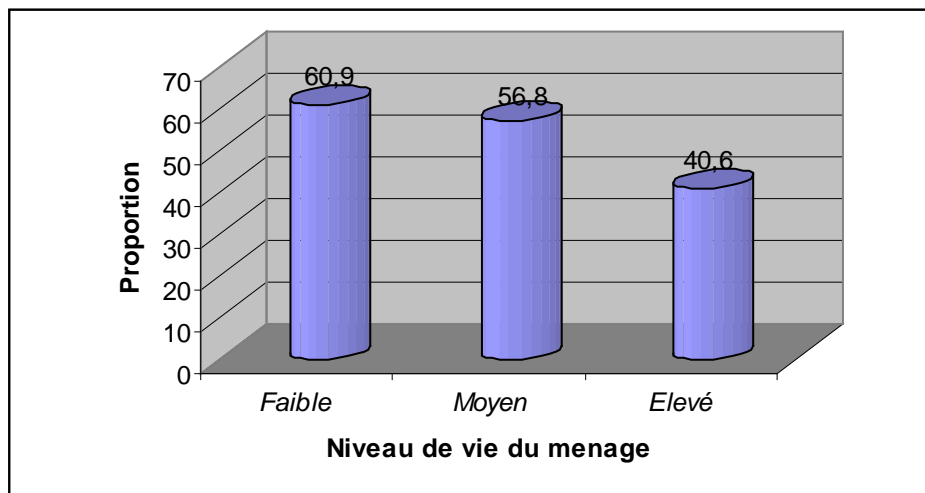


Source : Traitement des données de l'EDS-RCA94-95

### 3.1.4 Le niveau de vie du ménage

Le graphique ci-après suggère une relation négative entre le niveau de vie du ménage et la précocité des premiers rapports sexuels. Les proportions d'adolescentes ayant eu précocement leurs premiers rapports sexuels varient de 60,9 % à 40,6% lorsque le niveau de vie du ménage passe du niveau faible au niveau élevé. Cette proportion est seulement de 56,8% chez les adolescentes de niveau de vie moyen. Ce résultat semble confirmer les observations empiriques. Les difficultés économiques que rencontrent les adolescentes vivant dans les ménages économiquement pauvres sont une des raisons de l'adoption des comportements sexuels à risques par ces dernières.

Graphique 3.4 : Variations de la précocité des premiers rapports sexuels selon le niveau de vie du ménages

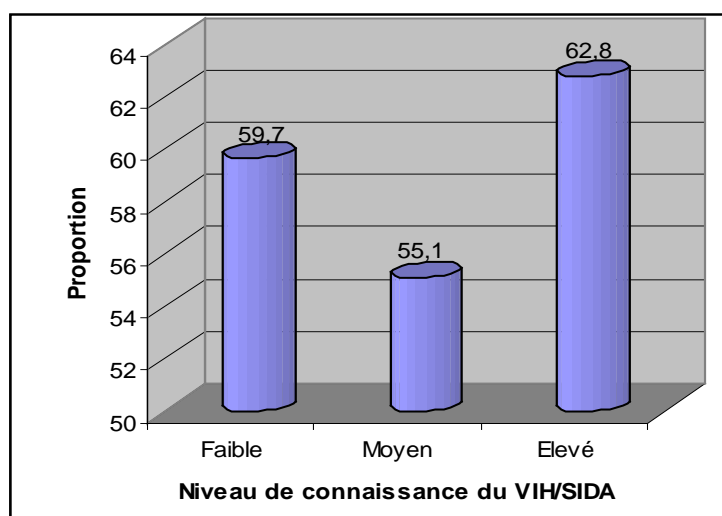


Source : Traitement des données de l'EDS-RCA94-95

### 3.1.5 Le niveau de connaissance du VIH/SIDA

Le niveau de connaissance du VIH/SIDA est associé à l'occurrence précoce des premiers rapports sexuels chez les adolescentes au seuil de 5%. Les adolescentes ayant un niveau de connaissances élevé du VIH/SIDA sont proportionnellement plus nombreuses à avoir eu précocement leurs premiers rapports sexuels avant 16 ans 62,8%. A contrario, les adolescentes ayant une connaissance moyenne du VIH/SIDA sont celles qui ont eu plus tardivement leurs premiers rapports sexuels 55,1%. Celles ayant une connaissance faible de ces maladies occupent la position intermédiaire 59,7%.

Graphique 3.5 : Variations de la précocité des premiers rapports sexuels selon le niveau de connaissance du VIH/SIDA



Source : Traitement des données de l'EDS-RCA94-95

**Tableau 3.1 : Variations de la précocité des premiers rapports sexuels selon les caractéristiques socioculturelles et économiques**

Variables/modalités	Précocité des premiers rapports sexuels			
	Oui		Non	
	%	Effectifs	%	Effectifs
<b>Ethnie</b>	***			
Haoussa	74,2	72	25,8	25
Sara	52,9	64	47,1	57
Mboum	47,4	55	52,6	61
Gbaya	62,1	326	37,9	199
Mandjia	58	94	42	68
Banda	62,5	321	37,5	193
Ngbaka-bantou	55,5	66	44,5	53
Yakoma-sango	51,7	61	48,3	57
Nzakara-zandé	57,1	36	42,9	27
Autres	65	26	35	14
<b>Total</b>		<b>1121</b>		<b>754</b>
<b>Religion</b>	Ns			
Chrétienne	59,3	993	40,7	682
Musulmane	64,2	111	35,8	62
Traditionnelle	64,3	18	35,7	10
<b>Total</b>		<b>1122</b>		<b>753</b>
<b>Milieu de résidence</b>	Ns			
Urbain	58,4	526	41,6	375
Rural	61,1	593	38,9	378
<b>Total</b>		<b>1119</b>		<b>752</b>
<b>Milieu de socialisation</b>	Ns			
Bangui	57,1	266	42,9	200
Petite ville	60,2	346	39,8	229
Rural	61,1	508	38,9	323
<b>Total</b>		<b>1120</b>		<b>752</b>
<b>Niveau d'instruction</b>	***			
Sans niveau	64,5	519	35,5	286
Primaire	64,6	487	35,4	267
Secondaire plus	36,6	116	63,4	201
<b>Total</b>		<b>1122</b>		<b>753</b>
<b>Suivi de la télévision</b>	***			
Non	61,2	939	38,8	595
Oui	53,4	182	46,6	159
<b>Total</b>		<b>1121</b>		<b>754</b>
<b>Ecoute de la radio</b>	Ns			
Non	59,1	347	40,9	240
Oui	60,1	775	39,9	515
<b>Total</b>		<b>1122</b>		<b>755</b>
<b>Niveau de vie</b>	***			
Faible	60,9	988	39,1	634
Moyen	56,8	108	43,2	82
Elevé	40,6	26	59,4	38
<b>Total</b>		<b>1122</b>		<b>754</b>
<b>Niveau de connaissance du SIDA</b>	**			
Faible	59,7	274	40,3	185
Moyen	55,1	299	44,9	244
Elevé	62,8	549	37,2	325

<b>Total</b>		<b>1122</b>		<b>754</b>
Significatif au seuil de 1%; (**) = significatif au seuil de 5%; (*) = significatif au seuil de 10%; (ns) = non significatif				

Source : Traitement des données de l'EDS-RCA94-95

## **3.2 VARIATIONS DE LA NON UTILISATION DU CONDOM SELON LES VARIABLES SOCIOCULTURELLES ET ECONOMIQUES**

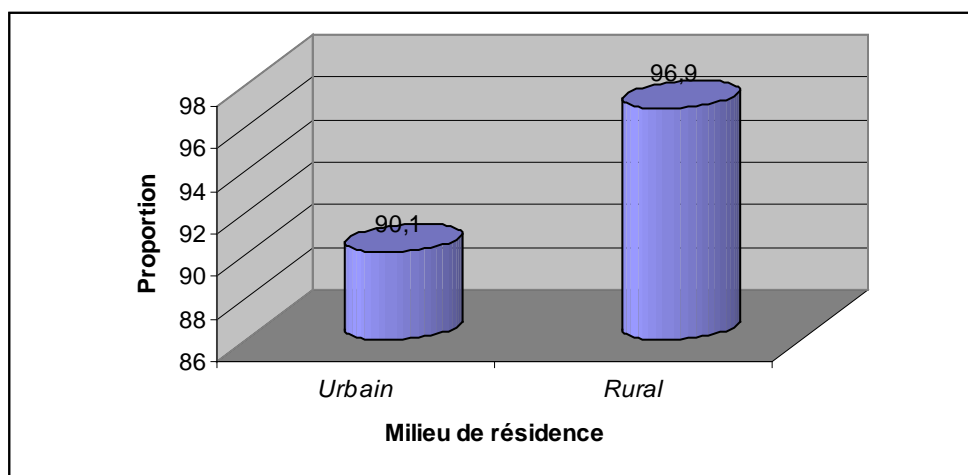
La non utilisation du condom est le second comportement sexuel à risque que nous avons abordé dans cette étude. L'instabilité qui caractérise les relations sexuelles à l'adolescence et l'ignorance du statut sexuel sérologique du (des) partenaires sexuel(s) constituent des facteurs de risque d'infection. Il est par conséquent, évident que l'adolescente s'expose à l'infection au VIH/SIDA lorsqu'elle entreprend des rapports sexuels non protégés.

Les résultats du tableau 3.2 montrent que, excepté la précocité des premiers rapports sexuels, la religion et l'ethnie, tous les autres facteurs considérés dans cette étude sont, au seuil de 1%, significativement associés à la non utilisation du condom. Il s'agit du milieu de résidence, du milieu de socialisation, du niveau d'instruction, du niveau de vie du ménage, du suivi de la télévision, de l'écoute de la radio et de la connaissance du VIH/SIDA.

### **3.2.1 Le milieu de résidence**

On remarque une corrélation négative entre le milieu de résidence dans lequel vivent les adolescentes et la non utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels. En effet, 96,9% d'adolescentes ayant connu leurs premiers rapports sexuels précocement l'ont eu en milieu rural que cette proportion est de 90,1% chez les citadines.

Graphique 3.6 : Variations de la non utilisation du condom selon le milieu de résidence

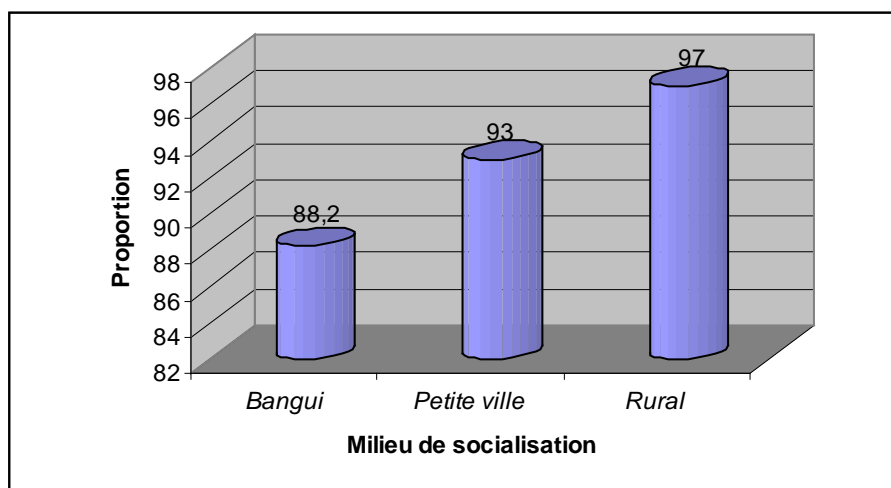


Source : Traitement des données de l'EDS-RCA94-95

### 3.2.2 Le milieu de socialisation

Il ressort du graphique ci-après une association négative, au seuil de 1%, entre le degré d'urbanisation du milieu de socialisation et la non utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels. On constate que la proportion des adolescentes n'ayant pas recouru aux condoms lors des derniers rapports sexuels est plus faible chez celles ayant passé les douze premières années de leur vie à Bangui, soit 88,2%, atteint le maximum chez celles ayant été socialisées en milieu rural, soit 97%, en passant par les adolescentes socialisées dans les petites villes avec 93,0%.

Graphique 3.7 : Variations de la non utilisation du condom selon le milieu de socialisation

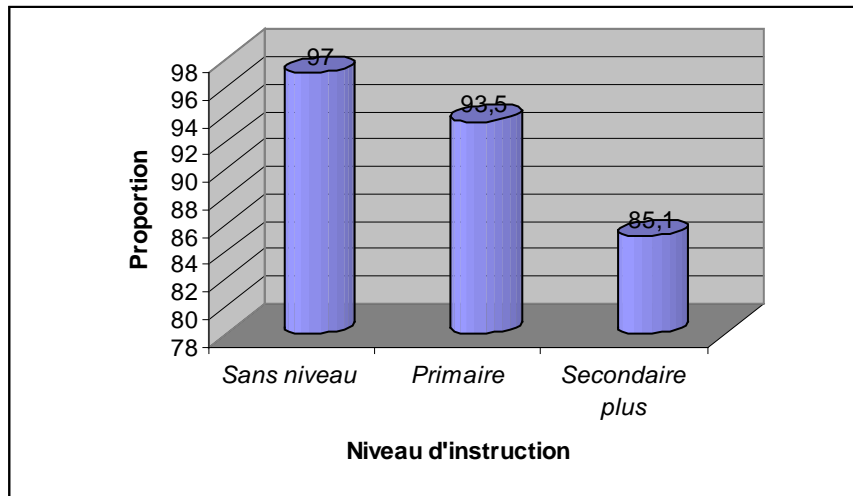


Source : Traitement des données de l'EDS-RCA94-95

### 3.2.3 Le niveau d'instruction

Le niveau d'instruction semble être un critère de différenciation de la non utilisation du condom. Il est négativement associé à la non utilisation du condom au seuil de 1%. On remarque que, lorsque le niveau d'instruction augmente, la proportion des adolescentes n'ayant pas utilisé les condoms au cours de leurs derniers rapports sexuels diminue. En effet, cette proportion varie de 97%, 93,5% à 85,1% lorsqu'on passe respectivement des groupes des adolescentes non instruites, niveau primaire, aux adolescentes de niveau secondaire et plus. Les résultats observés à ce niveau corroborent avec les résultats empiriques.

Graphique 3.8: Variations de la non utilisation du condom selon le milieu de socialisation

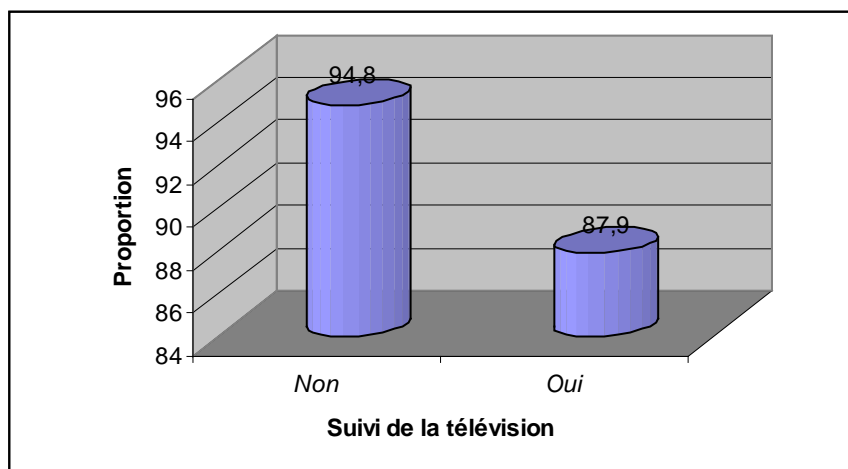


Source : Traitement des données de l'EDS-RCA94-95

### 3.2.4 L'exposition à la télévision

L'exposition à la télévision est négativement associée à la non utilisation du condom au seuil de 1%. En effet, la proportion des adolescentes n'ayant pas utilisé le condom lors de leur dernier rapport sexuel est plus élevée chez celles qui ne suivent pas la télévision, soit 94,8% contre 87,9% pour celles qui la suivent. Ces résultats semblent confirmer le rôle joué par les médias dans la sensibilisation et la prévention des IST/SIDA.

Graphique 3.9: Variations de la non utilisation du condom selon le suivi de la télévision

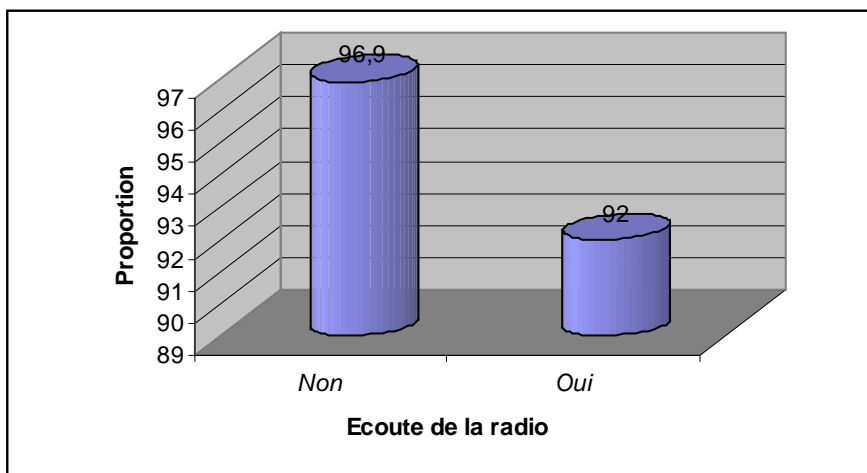


Source : Traitement des données de l'EDS-RCA94-95

### 3.2.5 L'exposition à la radio

Dans le cas de la radio, la proportion des adolescentes n'ayant pas utilisé les condoms au cours de leurs derniers rapports sexuels est plus élevée chez les adolescentes qui ne sont pas exposées à celle-ci, soit 96,9% contre 92% chez celles qui l'écoutent. Comme précédemment pour le suivi de la télévision, Ces résultats semblent confirmer le rôle joué par les médias dans la sensibilisation et la prévention des IST/SIDA.

Graphique 3.10 : Variations de la non utilisation du condom selon l'écoute de la radio



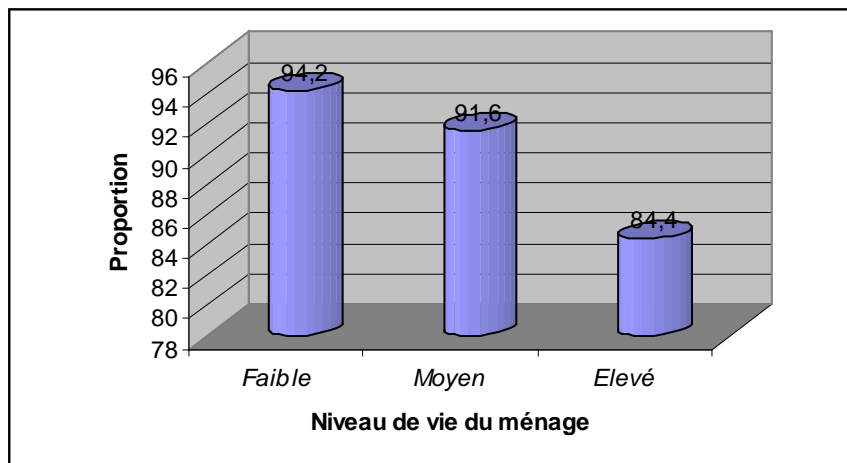
Source : Traitement des données de l'EDS-RCA94-95

### 3.2.6 Niveau de vie des ménages

Les résultats de l'analyse bivariée montrent une corrélation négative, au seuil de 1%, entre le niveau de vie des ménages et la non l'utilisation du condom. En effet, on constate que chez les adolescentes vivant dans les ménages du niveau faible, 94,2% n'ont pas utilisé le condom lors de leurs derniers rapports sexuels tandis que ces proportions sont de l'ordre de 91,6% et 84,4% respectivement chez les adolescentes vivant dans les ménages de niveau de vie moyen et élevé. Cette situation paraît normale, car, elle traduit l'idée selon laquelle, plus le niveau de vie est élevé, plus on utilise le condom.



Graphique 3.11 : Variations de la non utilisation du condom selon le niveau de vie du ménage



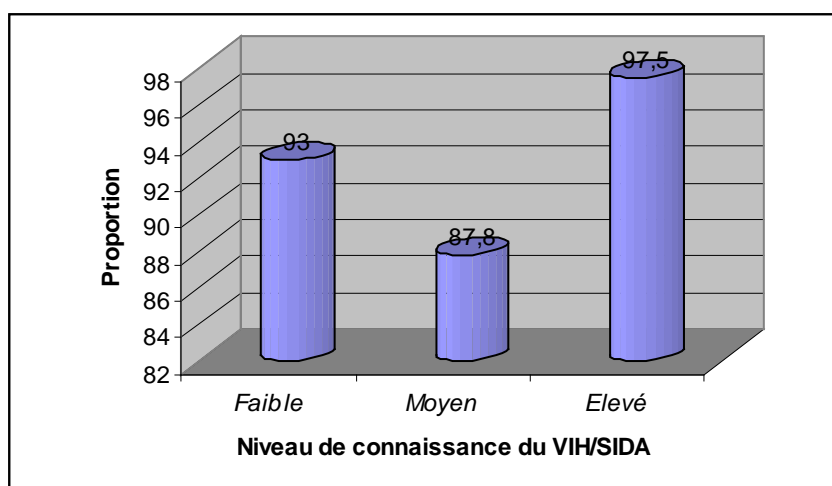
Source : Traitement des données de l'EDS-RCA94-95

### 3.2.7 Niveau de connaissances du VIH/SIDA

Le niveau de connaissances du VIH/SIDA est significativement associé à la non-utilisation du condom aux derniers rapports sexuels au seuil de 1%. On remarque que c'est parmi les adolescentes qui ont une connaissance élevée du VIH/SIDA que la proportion des adolescentes n'ayant pas utilisé de préservatifs aux derniers rapports sexuels est élevée (97,5%). Cependant, la proportion de celles ayant un niveau de connaissances faible et qui n'ont pas utilisé le condom lors des derniers rapports sexuels est de 93%. Par contre, celles qui ont une connaissance moyenne du VIH/SIDA et qui ont eu à adopter le même comportement sont de 87,8%.

Graphique 3.12 : Variations de la non utilisation du condom selon le niveau de connaissance du VIH/SIDA

Déterminants de la précocité des premiers rapports sexuels et de la non utilisation du condom face au VIH/SIDA chez les adolescentes en Centrafrique



Source : Traitement des données de l'EDS-RCA94-95

Tableau 3.2 : Variations de la non utilisation du condom aux derniers rapports sexuels selon les caractéristiques socioculturelles et économiques

Variables/modalités	Non utilisation du condom			
	Oui		Non	
	%	Effectifs	%	Effectifs
<b>Ethnie</b>	Ns			
Haoussa	95,8	92	4,2	4
Sara	97,5	118	2,5	3
Mboum	94,8	109	5,2	6
Gbaya	92,9	483	7,1	37
Mandjia	91,4	148	8,6	14
Banda	94,3	483	5,7	29
Ngbaka-bantou	90,7	107	9,3	11
Yakoma-sango	94,1	111	5,9	7
Nzakara-zandé	93,7	59	6,3	4
Autres	87,5	35	12,5	5
<b>Total</b>		<b>1745</b>		<b>120</b>
<b>Religion</b>	Ns			
Chrétienne	93,3	1554	6,7	112
Musulmane	95,3	164	4,7	8
Traditionnelle	100	28	0	0
<b>Total</b>		<b>1746</b>		<b>120</b>
<b>Milieu de résidence</b>	***			
Urbain	90,1	809	9,9	89
Rural	96,9	933	3,1	30
<b>Total</b>		<b>1742</b>		<b>119</b>
<b>Milieu de socialisation</b>	***			
Bangui	88,2	411	11,8	55
Petite ville	93	532	7	40
Rural	97	800	3	25
<b>Total</b>		<b>1743</b>		<b>120</b>
<b>Niveau d'instruction</b>	***			
Sans niveau	97	773	3	24
Primaire	93,5	704	6,5	49
Secondaire plus	85,1	269	14,9	47
<b>Total</b>		<b>1746</b>		<b>120</b>

Déterminants de la précocité des premiers rapports sexuels et de la non utilisation du condom face au VIH/SIDA chez les adolescentes en Centrafrique

<b>Suivi de la télévision</b>	***			
Non	94,8	1446	5,2	79
Oui	87,9	299	12,1	41
<b>Total</b>		<b>1745</b>		<b>120</b>
<b>Ecoute de la radio</b>	***			
Non	96,9	565	3,1	18
Oui	92	1181	8	103
<b>Total</b>		<b>1746</b>		<b>121</b>
<b>Niveau de vie</b>	***			
Faible	94,2	1518	5,8	93
Moyen	91,6	174	8,4	16
Elevé	84,4	54	15,6	10
<b>Total</b>		<b>1746</b>		<b>119</b>
<b>Niveau de connaissance du SIDA</b>	***			
Faible	93	424	7	32
Moyen	87,8	477	12,2	66
Elevé	97,5	845	2,2	22
<b>Total</b>		<b>1746</b>		<b>120</b>
<b>Précocité des premiers rapports sexuels</b>	Ns			
Non précoce	93,2	699	6,8	51
Précoce	93,8	1047	6,2	69
<b>Total</b>		<b>1746</b>		<b>120</b>
<i>Significatif au seuil de 1%; (**) = significatif au seuil de 5%; (*) = significatif au seuil de 10%; (ns) = non significatif</i>				

Source : Traitement des données de l'EDS-RCA94-95

### 3.3. ANALYSE DESCRIPTIVE MULTIVARIEE

Nous avons utilisé l'Analyse Factorielle de Correspondances Multiples (AFCM) pour la caractérisation des adolescentes adoptant un comportement sexuel à risque. Cette technique à l'avantage d'examiner en même temps l'ensemble des interrelations entre les variables. Nous avons retenu le premier plan factoriel pour cette analyse.

Pour mieux caractériser les deux axes factoriels, nous allons utiliser la contribution de l'axe i à la variance du point j (CTR) et sa contribution à la variance expliquée par l'axe i (CTA). Ainsi pour interpréter un axe, nous retenons les modalités pour lesquelles les CTA sont les plus fortes (ce sont celles ayant joué le plus grand rôle dans son positionnement). Par conséquent, chaque axe « oppose » les modalités qui ont des coordonnées négatives à celles qui ont des coordonnées positives par rapport à celui-ci. A partir de la matrice de

configuration, nous avons élaboré le tableau ci-après qui présente les contributions des variables-modalités à l'inertie des axes factoriels.

Le premier axe à un pouvoir explicatif de 14,06%, tandis que le second a un pouvoir explicatif de 7,99%. Nous nous limiterons aux deux premiers axes factoriels.

**Tableau 3.3: Contribution des points-modalités à l'inertie des axes factoriels**

AXE 1		AXE 2	
MODALITES	POSITIONNEMENT ET CONTRIBUTION	MODALITES	POSITIONNEMENT ET CONTRIBUTION
<i>Nonrad</i>	+ (5,2)	<i>Haous</i>	+ (38,9)
<i>Snivo</i>	+ (6,3)	<i>Musul</i>	+ (38,9)
<i>Rur</i>	+ (8,8)	<i>Chret</i>	- (4,3)
<i>Srur</i>	+ (8,8)		
<i>Nontel</i>	+ (2,7)		
<i>Ouitel</i>	-(12,1)		
<i>Sec+</i>	-(9,2)		
<i>Nmoy</i>	-(4,4)		
<i>Nelev</i>	-(3,6)		
<i>Urb</i>	-(9,4)		
<i>Gdvil</i>	-11,5)		
<i>cmoy</i>	-(5,3)		

*Source : Traitement des données de l'EDS-RCA94-95*

### 3.3.1 Interprétation des résultats

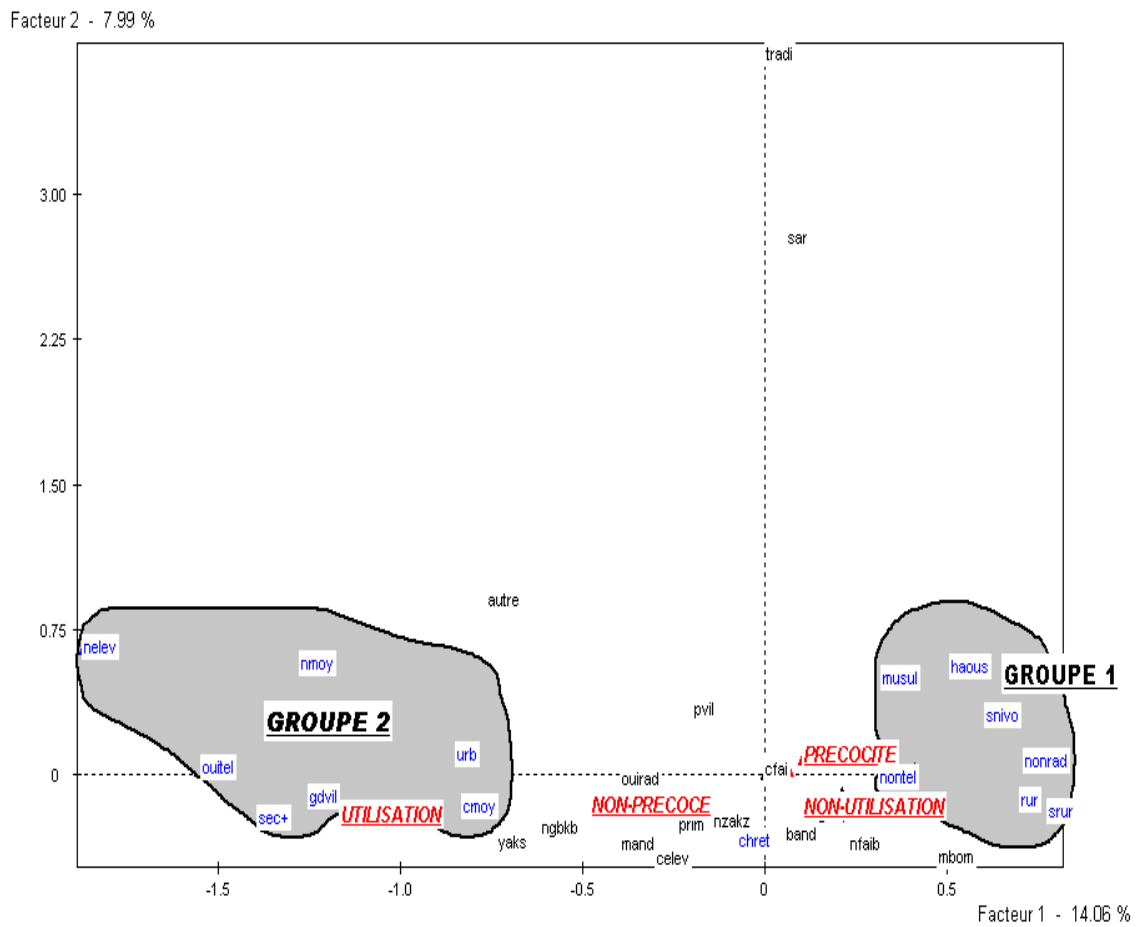
Le premier axe factoriel oppose dans sa partie positive, les adolescentes ayant été socialisées en milieu rural (**Srur**), sans niveau d'instruction (**Snivo**), résidant en milieu rural (**Rur**), qui n'écoutent pas la radio (**Nonrad**), ne regardent pas la télévision (**Nontel**) au moins une fois par semaine et dans sa partie négative, les adolescentes ayant passé leur enfance dans les grandes villes (**Gdvil**), étant de niveau d'instruction supérieur ou plus (**Sec+**), appartenant à des ménages de niveau de vie élevé (**Nelev**) ou moyen (**Nmoy**), résidant en milieu urbain (**Urb**). Ce sont, par ailleurs, les adolescentes de ce dernier groupe qui suivent la télévision

**(Ouitel)** au moins une fois par semaine. Cet axe montre le degré de modernité de l'adolescente. Il opposerait donc les adolescentes attachées à la tradition (partie positive de l'axe) aux modernes (partie négative de l'axe).

On retrouve dans la partie positive du second axe factoriel, les adolescentes d'ethnie "Haoussa" et adeptes de la religion musulmane (**musul**). A l'opposé, on retrouve les adolescentes Chrétiennes. Or, environ 97% des adolescentes d'ethnie « Haoussa » sont musulmanes. Ainsi, le second axe factoriel oppose les adolescentes musulmanes aux chrétiennes et serait un axe de confession religieuse de l'adolescente.

En résumé, deux catégories d'adolescentes se dégagent de l'analyse du premier plan factoriel. Le premier groupe (voir figure3.1), est celui des adolescentes qui ont eu précocement leurs premiers rapports (avant 16 ans) et qui n'ont pas utilisé le condom lors de leurs derniers rapports sexuels. On y retrouve les adolescentes d'ethnie Haoussa, de religion musulmane, ayant passé leur enfance en milieu rural et qui y résident. Ces adolescentes sont sans niveau d'instruction, n'écoutent pas la radio, ne regardent pas la télévision. On retrouve dans le second groupe, les adolescentes qui ont utilisé des condoms lors de leurs derniers rapports sexuels et qui ont eu tardivement leurs premiers rapports sexuels. Ces adolescentes chrétiennes ont été socialisées en ville et y résident. Elles vivent dans les ménages de niveau de vie moyen ou élevé, et suivent la télévision au moins une fois par semaine. Ces adolescentes sont de niveau d'instruction secondaire ou plus et ont une connaissance moyenne du VIH/SIDA.

**Figure 3.1 : Caractérisation des adolescentes selon certaines caractéristiques**



**Facteur 1** = Axe horizontal

**Facteur 2** = Axe vertical

### **3.4. ESSAI D'EXPLICATION DE LA PRECOCITE DES PREMIERS RAPPORTS SEXUELS ET DE LA NON UTILISATION DU CONDOM CHEZ LES ADOLESCENTES**

#### **3.4.1 Déterminants de la précocité des premiers rapports sexuels**

Il ressort du tableau 3.5 que les variables qui influencent l'âge au premier rapport sexuel sont l'ethnie, le niveau d'instruction et l'écoute de la radio.

*Tableau 3.4: Contribution des variables à l'explication des variations de la précocité des premiers rapports sexuels*

<b>Variables</b>	<b>Contribution (R) %</b>	<b>Rang</b>
Niveau d'instruction	14	1
Ethnie	3	2
Ecoute la radio	2	3

L'examen du modèle final (M9) du tableau 3.5 indique que seules les variables, ethnie, niveau d'instruction et écoute la radio au moins une fois par semaine sont significativement associées à la précocité des premiers rapports sexuels. En effet, la valeur du coefficient de régression semi-partiel (statistique R) n'est significative que pour ces variables, respectivement au seuil de 5%, 1% et de 5%. Cela signifie en outre que parmi toutes les variables indépendantes considérées dans le modèle, seules ces trois variables peuvent être considérées comme déterminants de la précocité des premiers rapports sexuels.

##### **3.4.1.1 Ethnie**

En ce qui concerne l'ethnie, on remarque que les risques relatifs à l'occurrence précoce des premiers rapports sexuels sont, toutes choses égales par ailleurs, significatifs uniquement chez les Haoussa et les Mboum. Une fille Haoussa a deux fois plus de risque d'avoir un rapport sexuel précoce qu'une fille Gbaya. Cependant, ce risque relatif est réduit de moitié chez les mboum (0,54). Ces comportements seraient dus aux différences des moeurs qui réprimandent les comportements sexuels précoces chez les mboum et les favorisent chez les Haoussa.

Ainsi, notre hypothèse **H1** qui stipule que « les adolescentes appartenant aux ethnies Gbaya, Mboum et Sara débutent plus tardivement leur vie sexuelle que celles de l'ethnie Haoussa » est donc confirmée. Le modèle **M1** montre que lorsqu'on contrôle les co-variables (âge et état matrimonial), la modalité « Ngbaka-bantou » de la variable ethnie devient significative à 5%. On remarque que par rapport aux adolescentes de la modalité de référence (Gbaya), les adolescentes « Ngbaka -bantou» ont 35% moins de risques de connaître un rapport sexuel précoce. En même temps, la modalité « Sara » qui était significative au seuil de 10% l'est devenue à 5%. Cela signifie que ces variables (âge et état matrimonial) inhibent l'action de l'ethnie sur la précocité des premiers rapports sexuels.

L'introduction de la religion (modèle **M2**) a rendu la modalité « Sara » de la variable ethnie non significative. Cette dernière médiatise en partie l'action de l'ethnie sur la précocité des rapports sexuels. Autrement dit, la différence de comportement en matière de précocité des premiers rapports sexuels, qu'on observe entre l'ethnie « Gbaya » et « Sara » est due à l'effet de la religion.

La modalité « Ngbaka-bantou » est devenue non significative après l'introduction de la variable niveau d'instruction (modèle **M5**) tandis que la significativité de la modalité « Yakoma-sango » est passée de 5% à 10%. Cela montre que le niveau d'instruction est une variable intermédiaire dans la relation entre l'ethnie et la précocité aux premiers rapports sexuels.

La variable suivi de la télévision introduite au niveau du modèle **M6** n'induit aucun effet significatif sur la relation entre l'ethnie et la précocité des premiers rapports sexuels tandis que l'écoute de la radio (modèle **M7**) a rendu la modalité « Yakoma-sango » non-significative. Cette variable médiatise en partie l'effet de l'ethnie sur la précocité des premiers rapports sexuels.

Ainsi, la relation entre l'ethnie et l'occurrence précoce des premiers rapports sexuels est tributaire de la religion, du niveau d'instruction et de l'écoute de la radio.



### **3.4.1.2 Niveau d'instruction**

Il ressort du modèle saturé que le niveau d'instruction est corrélé à la précocité des premiers rapports sexuels au seuil de 1%. En effet, une adolescente de niveau secondaire et plus a 71% moins de risques d'avoir un rapport sexuel précoce que celle sans niveau. Ce résultat confirme l'idée selon laquelle, l'école retarde les activités sexuelles chez les adolescentes.

Globalement, le niveau d'instruction des adolescentes est négativement associé à la précocité des premiers rapports sexuels. La modalité secondaire et plus est significative à 1%. En effet, les adolescentes de niveau secondaire et plus ont 71% moins de risques d'entrer précocement en activité sexuelle que les sans niveau lorsque tous les autres facteurs sont contrôlés. Le niveau d'instruction influence directement la précocité des premiers rapports sexuels. En effet, les variables suivi de la télévision, suivi de la radio, le niveau de vie, la connaissance du VIH/SIDA n'ont pas d'effets significatifs sur le niveau d'instruction des adolescentes.

### **3.4.1.3 Ecoute la radio**

Les résultats du tableau 3.5 montrent une corrélation au seuil de 5% entre l'écoute de la radio et la précocité des premiers rapports sexuels. Les adolescentes qui n'écoutent pas la radio ont environ 21% moins de risques d'avoir un rapport sexuel précoce que leurs homologues qui écoutent la radio. En effet, la radio constitue une source considérable de connaissances et d'influence dans le domaine de la sexualité chez les adolescentes en ce sens que certaines émissions peuvent permettre d'accroître leur connaissance et favoriser une sexualité saine ou malsaine. Ainsi, les adolescentes qui ne sont pas exposées à ce média ne peuvent pas être influencées et partant, ne pas avoir tôt leur expérience sexuelle. L'hypothèse **H6** Selon laquelle « plus les adolescentes sont exposées à la radio, moins elles sont enclines à commencer tôt la vie sexuelle » n'est donc pas confirmée.

La prise en compte du niveau de vie dans le modèle (**M8**), rend significative au seuil de 5% la modalité « Non » de la variable écoute la radio, qui était significative à 10% dans le modèle précédent (**M7**). Donc, la variable niveau de vie est une variable inhibitrice dans la relation qui lie l'exposition à la radio et l'entrée précoce en vie sexuelle.

**Tableau 3.4.2 Risques relatifs de la précocité des premiers rapports sexuels**

VARIABLES ET MODALITES	M0	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9
<b>Ethnie</b>										
Gbaya (MR)	®	®	®	®	®	®	®	®	®	®
Haoussa	1,75**	1,77**	2,58***	2,61***	2,64***	2,17**	2,18**	2,22**	2,33**	2,33**
Sara	0,68*	0,65**	0,72ns	0,72ns	0,72ns	0,75ns	0,73ns	0,74ns	0,73	0,73
Mboum	0,55***	0,57***	0,56***	0,56***	0,56***	0,54***	0,54***	0,54***	0,54***	0,54***
Mandjia	0,84ns	0,81ns	0,81ns	0,82ns	0,83ns	0,81ns	0,80ns	0,82ns	0,81ns	0,81ns
Banda	1,01ns	0,95ns	0,94ns	0,94ns	0,94ns	0,98ns	0,99ns	0,99ns	0,99ns	0,99ns
Ngaka-bantou	0,76ns	0,65**	0,64**	0,65**	0,65**	0,75ns	0,77ns	0,78ns	0,78ns	0,78ns
Yakoma-sango	0,65**	0,58**	0,57***	0,58**	0,58**	0,68*	0,69*	0,69ns	0,70ns	0,70ns
Nzakara-zandé	0,81ns	0,79ns	0,78ns	0,78ns	0,78ns	0,94ns	0,94ns	0,95ns	0,94ns	0,95ns
Autres	1,13ns	1,02ns	1,14ns	1,15ns	1,17ns	1,12ns	1,14ns	1,14ns	1,15ns	1,14ns
<b>statistique R</b>	<b>0,05***</b>	<b>0,05***</b>	<b>0,06***</b>	<b>0,06***</b>	<b>0,06***</b>	<b>0,02**</b>	<b>0,03**</b>	<b>0,02**</b>	<b>0,03**</b>	<b>0,03**</b>
<b>Religion</b>										
Chrétienne(MR)	®		®	®	®	®	®	®	®	®
Musulmane	1,22ns		0,66ns	0,66ns	0,66ns	0,64*	0,64*	0,63*	0,64*	0,65*
Traditionnelle	1,23ns		1,17ns	1,15ns	1,15ns	1,11ns	1,10ns	1,14ns	1,16ns	1,16ns
<b>statistique R</b>	<b>0,00ns</b>		<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>
<b>Milieu de résidence</b>										
Rural (MR)	®			®	®	®	®	®	®	®
Urbain	0,89ns			0,95ns	1,01ns	1,22ns	1,26ns	1,23ns	1,24ns	1,26ns
<b>statistique R</b>	<b>0,00ns</b>			<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>
<b>Milieu de socialisation</b>										
Rural (MR)	®				®	®	®	®	®	®
Bangui	0,84ns				0,89ns	1,26ns	1,41*	1,37*	1,39ns	1,40ns
Petites villes	0,96ns				0,92ns	1,07ns	1,06ns	1,05ns	1,05ns	1,05ns
<b>statistique R</b>	<b>0,00ns</b>				<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>
<b>Niveau d'instruction</b>										
Sans niveau (MR)	®					®	®	®	®	®
Primaire	1,00ns					0,97ns	0,97ns	0,94ns	0,94ns	0,95ns
Secondaire-supérieur	0,31***					0,28***	0,29***	0,28***	0,29***	0,29***
<b>statistique R</b>	<b>0,17***</b>					<b>0,15***</b>	<b>0,15***</b>	<b>0,15***</b>	<b>0,14***</b>	<b>0,14***</b>

*Déterminants de la précocité des premiers rapports sexuels et de la non utilisation du condom face au VIH/SIDA chez les adolescentes en Centrafrique*

<b>Suivi de la télévision</b>											
Non (MR)	®			®			®			®	
Oui	0,72***			0,74*			0,72**			0,76	
<i>statistique R</i>	<b>0,04***</b>			<b>0,00ns</b>			<b>0,00ns</b>			<b>0,00ns</b>	
<b>Ecoute radio</b>											
Non (MR)	®			®			®			®	
Oui	0,95ns			0,80*			0,79**			0,79**	
<i>statistique R</i>	<b>0,00ns</b>			<b>0,02*</b>			<b>0,02**</b>			<b>0,02**</b>	
<b>Niveau de vie</b>											
Faible (MR)	®			®			®			®	
Moyen	0,84ns			0,85			0,66			0,86	
Elevé	0,43***			0,66			0,00ns			0,66	
<i>statistique R</i>	<b>0,05***</b>			<b>0,00ns</b>			<b>0,00ns</b>			<b>0,00ns</b>	
<b>Niveau de connaissance du VIH/SIDA</b>											
Elevé (MR)	®			®			®			®	
Faible	0,87ns			0,96			0,9			0,96	
Moyen	0,72***			0,9			0,00ns			0,9	
<i>statistique R</i>	<b>0,04**</b>			<b>0,00ns</b>			<b>0,00ns</b>			<b>0,00ns</b>	
<b>Groupe d'âge</b>											
20-24 (MR)	®		®		®		®		®		®
15-19	2,02***		2,39***		2,39***		2,39***		2,39***		2,32***
<i>statistique R</i>	<b>0,14***</b>		<b>0,16***</b>		<b>0,16***</b>		<b>0,16***</b>		<b>0,15***</b>		<b>0,15***</b>
<b>Etat matrimonial</b>											
En union (MR)	®		®		®		®		®		®
Célibataire	0,56***		0,46***		0,45***		0,45***		0,49***		0,49***
<i>statistique R</i>	<b>0,09***</b>		<b>0,12***</b>		<b>0,12***</b>		<b>0,12***</b>		<b>0,11***</b>		<b>0,10***</b>
Khi-deux	<b>125,55***</b>		<b>128,24***</b>		<b>128,47***</b>		<b>128,94***</b>		<b>197,72***</b>		<b>202,07</b>
	<b>205,73***</b>		<b>207,84***</b>		<b>208,40***</b>						

**Significatif au seuil de 1%; (\*\*\*) = significatif au seuil de 5%; (\*) = significatif au seuil de 10%; (ns) = non significatif**

Source : traitement de données de l'EDS-RCA 94-95

### 3.4.2 Déterminants de la non-utilisation du condom

Il ressort du tableau 3.7 que les variables qui influencent la non-utilisation du condom aux derniers rapports sexuels sont le niveau d’instruction et le niveau de connaissance du VIH/SIDA.

**Tableau 3.6 : Contribution des variables à l’explication de la non utilisation du condom aux derniers rapports sexuels**

Variables	Contribution (R) %	Rang
Niveau de connaissances du VIH/SIDA	12	1
Niveau d’instruction	5	2

Les résultats relatifs à la non-utilisation du condom figurent dans le tableau 3.7. Il ressort de celui-ci que tous les modèles sont adéquats pour l’étude effectuée, car les valeurs du Chi deux sont significatives au seuil de 1% pour chacun de ces modèles. Par ailleurs, le niveau d’instruction et les connaissances du VIH/SIDA sont significativement corrélés à la non utilisation du condom respectivement au seuil de 5% et de 1%. La contribution du niveau d’instruction à l’explication des variations de la non utilisation du condom chez les adolescentes est de 5%. Quant au niveau de connaissance du VIH/SIDA, elle est de 12%.

#### 3.4.1 Le niveau d’instruction

On observe que, toutes choses égales par ailleurs, le niveau d’instruction est associé à la non utilisation du condom au seuil de 5%. Par rapport aux adolescentes sans niveau d’instruction, celles de niveau secondaire et plus ont 56% moins de risque de ne pas utiliser le condom lors des derniers rapports sexuels. Ce résultat pourrait s’expliquer par les résultats des études empiriques qui stipulent que, plus le niveau d’instruction est élevé, plus les adolescentes ont une bonne connaissance sur SIDA et elles sont enclines d’utiliser le condom.

##### *b. Le niveau de connaissance du VIH/SIDA*

Concernant le niveau de connaissance du SIDA, on constate toutes choses égales par ailleurs, que les adolescentes qui ont une connaissance faible du SIDA, ont 60% moins de risque de ne pas utiliser le condom que celles ayant une connaissance élevée. Par contre, les adolescentes qui ont une connaissance moyenne du SIDA ont 69% moins de risque de ne pas utiliser le condom que celles qui ont une connaissance élevée de la pandémie. Moins le niveau de

connaissances du VIH/SIDA est élevé chez les adolescentes, plus elles sont exposées à la non utilisation du condom.

Le contrôle de l'effet du niveau de connaissances du sida a fait que la modalité secondaire ou plus du niveau d'instruction qui était significative à 5% devient significative à 10% au modèle **M9**. Ce qui veut dire que, la variable niveau de connaissance du sida médiatise l'effet du niveau d'instruction. En d'autres termes, la différence constatée entre les adolescentes sans niveau d'instruction et celles ayant un niveau secondaire et plus est en partie due à la différence de connaissance du SIDA. L'introduction de la variable précocité des premiers rapports sexuels dans le modèle **M10** a augmenté légèrement la significativité du niveau d'instruction passant de 10% à 5%. Ce qui veut dire que l'occurrence des premiers rapports sexuels précoces apparaît comme une variable inhibitrice entre le niveau d'instruction et la non utilisation du condom.

Cependant, la précocité des premiers rapports sexuels n'a pas d'effet significatif sur le niveau de connaissances du VIH/SIDA. Toutefois, elle est associée à la non utilisation du condom aux derniers rapports sexuels.

**Tableau 3.7 : Risques relatifs de la non utilisation du condom chez les adolescentes aux derniers rapports sexuels.**

VARIABLES ET MODALITES	M0	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7
<b>Ethnie</b>								
Gbaya (MR)	®	®	®	®	®	®	®	®
Haoussa	1,76	1,71	1,65	1,86	1,85	1,37	1,38	1,33
Sara	3,01*	3,11*	3,13*	2,97*	3,00*	3,21*	3,17*	3,18*
Mboum	1,39	1,63	1,66	1,4	1,34	1,33	1,33	1,31
Mandjia	0,8	0,79	0,8	0,9	1,02	1,06	1,06	1,02
Banda	1,27	1,11	1,1	1,16	1,17	1,24	1,24	1,24
Ngbaka-bantou	0,74	0,62	0,6	1,68	0,74	0,87	0,88	0,87
Yakoma	1,21	1,04	1,05	1,29	1,43	1,7	1,71	1,69
Nzakara-zandé	1,12	1,1	0,98	1,02	1,05	1,2	1,21	1,19
Autres	0,53	0,44	0,44	0,58	0,62	0,59	0,59	0,6
<b>Statistique R</b>	<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>
<b>Religion</b>								
Chrétienne (MR)	®		®	®	®	®	®	®
Musulmane	1,47ns		1,05	1,09	1,1	1,06	1,05	1,07
Traditionnelle	1,17ns		1,17ns	1,15ns	1,15ns	1,11ns	1,10ns	1,14ns
<b>Statistique R</b>	<b>0,00ns</b>		<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>
<b>Milieu de résidence</b>								
Rural (MR)	®			®	®	®	®	®
Urbain	0,29***			0,35***	0,54**	0,62ns	0,63ns	0,66ns
<b>Statistique R</b>	<b>0,18***</b>			<b>0,14***</b>	<b>0,01ns</b>	<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>
<b>Milieu de socialisation</b>								
Rural (MR)	®				®	®	®	®
Bangui	0,23***				0,45**	0,63ns	0,65ns	0,68ns
Petites villes	0,41***				0,67ns	0,81ns	0,81ns	0,83ns
<b>Statistique R</b>	<b>0,17***</b>				<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>
<b>Niveau d'instruction</b>								
Sans niveau (MR)	®					®	®	®
Primaire	0,44***					0,66ns	0,66ns	0,72ns
Secondaire-supérieur	0,17***					0,36***	0,36***	0,40***
<b>Statistique R</b>	<b>0,21***</b>					<b>0,08***</b>	<b>0,08***</b>	<b>0,07***</b>
<b>Suivi de la télévision</b>								
Non (MR)	®						®	®
Oui	0,39***						0,95ns	1,00ns
<b>Statistique R</b>	<b>0,13***</b>						<b>0,00ns</b>	<b>0,00ns</b>
<b>Ecoute radio</b>								
Oui (MR)	®							®
Non	2,71***							1,62*
<b>Statistique R</b>	<b>0,11***</b>							<b>0,03*</b>
<b>Niveau de vie</b>								
Faible (MR)	®							
moyen	0,44***							
Elevé	1,04ns							
<b>Statistique R</b>	<b>0,16***</b>							
<b>Niveau de connaissance du SIDA</b>								
Elevée (MR)	®							
Faible	0,34***							
Moyenne	0,18***							

*Déterminants de la précocité des premiers rapports sexuels et de la non utilisation du condom face au VIH/SIDA chez les adolescentes en Centrafrique*

<b>Statistique R</b>	<b>0,21***</b>							
<b>Précocité des premiers rapports sexuels</b>								
Précoce (MR)	®							
Non-précoce	1,1							
<b>Statistique R</b>	<b>0,00ns</b>							
<b>Groupe d'âge</b>								
20-24 (MR)	®	®	®	®	®	®	®	®
15-19	1,15ns	1,51**	1,52**	1,50**	1,48*	1,36ns	1,36ns	1,35ns
<b>Statistique R</b>	<b>0,00ns</b>	<b>0,04**</b>	<b>0,05**</b>	<b>0,04**</b>	<b>0,04*</b>	<b>0,01ns</b>	<b>0,01ns</b>	<b>0,01ns</b>
<b>Etat matrimonial</b>								
En union (MR)	®							
Celibataire	0,32***	0,28***	0,28***	0,34***	0,35***	0,37***	0,37***	0,36***
<b>Statistique R</b>	<b>0,18***</b>	<b>0,20***</b>	<b>0,20***</b>	<b>0,16***</b>	<b>0,15***</b>	<b>0,14***</b>	<b>0,14***</b>	<b>0,14***</b>
Khi-deux		49,04***	53,16***	77,45***	83,70***	94,74***	94,79***	97,89***
<b>Significatif au seuil de 1%; (**)= significatif au seuil de 5%; (*)= significatif au seuil de 10%; (ns)= non significatif</b>								

Source : Traitement des données de l'EDS-RCA94-95

## **Conclusion partielle**

Dans ce chapitre, nous avons mis en évidence à l'aide des tableaux croisés et du test du khi deux, les associations entre les variables dépendantes et indépendantes. Nous avons recouru également à l'Analyse Factorielle en Composante Multiple (AFCM) pour caractériser les adolescentes selon leurs comportements sexuels.

Les résultats obtenus à ce niveau, montrent des différentiels de l'occurrence de premiers rapports sexuels selon les caractéristiques socio culturelles des adolescentes. Ainsi, l'ethnie, le niveau d'instruction, le suivi de la télévision, le niveau de vie et le niveau de connaissance du VIH/SIDA sont corrélés avec l'âge aux premiers rapports sexuels.

En ce qui concerne la non utilisation du condom aux derniers rapports sexuels, c'est seulement le milieu de résidence, le milieu de socialisation, le niveau d'instruction, le suivi de la télévision, l'écoute de la radio, le niveau de vie et le niveau de connaissance du VIH/SIDA qui sont associés à ce comportement.

Par ailleurs, il ressort de l'analyse descriptive multivariée deux groupes d'adolescentes ayant des comportements différents. Le premier groupe représente les caractéristiques des adolescentes qui sont d'origines traditionnelles tandis que le second groupe représente la modernité.

Rappelons qu'au niveau de l'analyse explicative, nous avons observé que la précocité des premiers rapports sexuels en Centrafrique est déterminée par le contexte socioculturel notamment, l'ethnie, le niveau d'instruction, et l'écoute de la radio. Tandis que, la non utilisation du condom aux derniers rapports sexuels est déterminée seulement par le niveau d'instruction, la connaissance du VIH/SIDA.

Dans le contexte centrafricain, les différences observées dans le cas de l'ethnie Haoussa par rapport à la précocité des premiers rapports sexuels seraient attribuables aux différences des mœurs sexuelles et aux disparités de la scolarisation. Par conséquent, on a remarqué que 94%<sup>4</sup> des adolescentes appartenant à cette ethnie pratiquent la religion musulmane.

---

<sup>4</sup> Statistique calculée en croisant la religion avec l'ethnie.



Cependant, elles représentent 93,7%<sup>5</sup> des adolescentes qui ont au plus un niveau d'instruction primaire. Celles-ci s'engagent souvent très précocement en vie sexuelle.

Le niveau d'instruction a un effet sur la sexualité des adolescentes. D'une part, à travers la fréquentation scolaire, il ne favorise pas l'initiation sexuelle précoce. D'autre part, lorsqu'il croît, il favorise l'utilisation du condom. Cependant, sur l'ensemble du territoire national, la couverture en matière d'éducation est insuffisante. Cette situation fait que bon nombre de filles sont sous scolarisées, ne sont pas édifiées sur la question de sexualité, entrent en activité sexuelle précocement et ont tendance à ne pas utiliser le condom.

---

<sup>5</sup> Statistique calculée en croisant le niveau d'instruction avec la religion.

## **CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS**

Le SIDA demeure l'une des maladies les plus préoccupantes de la planète. C'est un défi majeur en matière de santé publique. Compte tenu de sa dimension universelle, les acteurs mondiaux prennent des mesures multiformes pour contrecarrer sa progression. L'impact de cette pandémie est plus prononcé chez les femmes en général et les adolescentes en particulier. C'est en cela que cette étude a pleinement une importance. Ainsi, notre recherche avait pour objectif principal de :

-Contribuer à l'amélioration des connaissances sur les facteurs explicatifs des comportements sexuels à risque des adolescentes en Centrafrique, en vue de mettre à la disposition des autorités, des informations nécessaires à l'amélioration des programmes de prévention du VIH/SIDA.

Elle a permis d'une part, de déterminer les facteurs socio-culturels, économiques qui influencent les comportements sexuels des adolescentes en Centrafrique et d'autre part de mettre en évidence les mécanismes qui sous-tendent ce phénomène.

Pour atteindre nos objectifs, nous avons fait l'hypothèse que le contexte socioculturel, économique dans lequel vivent les adolescentes détermine directement et indirectement leurs comportements sexuels via les modèles culturels de la sexualité et genre, les connaissances du VIH/SIDA.

Pour vérifier nos hypothèses, nous avons utilisé les données de l'EDS-RCA 1994-1995. Nous avons fait recours aux méthodes descriptive et explicative pour analyser nos données. Plus précisément, nous avons d'une part, déterminé et apprécié les associations entre les variables explicatives et les comportements sexuels à risque des adolescentes face au VIH/SIDA à l'aide des tableaux croisés et du test de chi-deux., et d'autre part, mesuré l'effet net de ces variables par la régression logistique.

Les résultats de l'analyse bivariée indiquent que le contexte socioculturel notamment l'ethnie, influence l'entrée précoce en vie sexuelle chez les adolescentes en Centrafrique, de même

que la modernité (instruction et écoute de la radio). L'Analyse Factorielle des Correspondances Multiples (AFCM) a permis de catégoriser les adolescentes en deux groupes essentiels : le premier regroupe les adolescentes d'origine Haoussa de religion musulmane, ayant passé leur enfance en milieu rural et y résident. Elles sont pour la plupart sans niveau d'instruction, ont eu précocement leurs premiers rapports (avant 16 ans), n'ont pas utilisé le condom lors de leurs derniers rapports sexuels et elles ne regardent pas la télévision. Le second groupe concerne les adolescentes qui ont utilisé le condom lors de leurs derniers rapports sexuels et qui ont eu tardivement leurs premiers rapports sexuels. Ces adolescentes sont chrétiennes, ont été socialisées en ville et y résident. Elles vivent dans les ménages de niveau de vie moyen ou élevé, et suivent la télévision au moins une fois par semaine. Ces adolescentes sont de niveau d'instruction secondaire ou plus et ont une connaissance moyenne du VIH/SIDA.

En outre, au niveau explicatif, le niveau d'instruction, l'ethnie et l'écoute de la radio au moins une fois par semaine, déterminent la précocité de la sexualité des adolescentes en Centrafrique. Et que seuls, le niveau d'instruction et les connaissances du SIDA influencent significativement la non utilisation du condom.

Cependant, il ressort de nos résultats que les hypothèses suivantes (**H1**, **H5**, **H7**) ont été confirmées :

**H1** : Les adolescentes appartenant aux ethnies Gbaya, Mboum et Sara débute plus tardivement leur vie sexuelle que celles de l'ethnie Haoussa.

**H5**- Plus le niveau d'instruction des adolescentes est élevé, moins elles ont de risques d'avoir leurs premiers rapports sexuels précocement et elles sont plus enclines d'utiliser le condom.

**H7**: Les adolescentes qui débute tôt la vie sexuelle, ont plus de risque de ne pas utiliser le condom.

Au terme de cette recherche et face aux résultats obtenus, il nous est important de formuler quelques recommandations à mettre en oeuvre dans les programmes de santé reproductive et sexuelle des adolescentes afin de leur assurer une sexualité responsable à moindres risques :

- Mettre en place des programmes d'actions en vue de promouvoir l'alphabétisation des adolescentes et leur scolarisation aurait un effet positif sur leurs comportements à long terme ;

- Mettre en œuvre des programmes d'IEC (Information Education et Communication) sur les pratiques socioculturelles nuisibles à l'éducation sexuelle des jeunes en famille, afin de promouvoir des bons rapports de communication entre les parents et les jeunes dans le domaine de la sexualité. Pour ce faire, ces programmes devraient viser à améliorer les connaissances des parents dans le domaine de la santé reproductive ;

-Intensifier ces programmes visant à promouvoir l'utilisation du condom par les jeunes, tout en tenant compte des différents écueils socioculturels, socio-économiques ou institutionnels qui les influencent négativement ou en les impliquant dans les dynamiques de conception et d'exécution de ces programmes.

Nous souhaitons qu'une politique nationale de santé reproductive des jeunes, soit définie et mise en œuvre ; ce qui permettra de clarifier les orientations, de former le personnel et d'assurer la prise en charge de la santé des adolescents longtemps méconnue (OMS, 2005).

En définitive, il convient de préciser que cette étude a des limites. Les phénomènes démographiques étant complexes, leur meilleure appréhension nécessite une approche suffisante et globale. Du fait que nos données sont essentiellement quantitatives, il serait par conséquent intéressant de compléter, dans une recherche ultérieure, les résultats des approches quantitatives avec des analyses qualitatives et en explorant davantage le domaine sociologique, anthropologique et même psychologique afin d'expliquer au mieux les comportements sexuels des adolescentes en Centrafrique. Mais aussi, il serait intéressant d'oeuvrer pour l'amélioration de la collecte des données sur les questions sensibles telles que celles relatives au multipartenariat.

Par ailleurs, l'absence de certaines informations dans notre base de données ne nous a pas permis de mesurer l'influence de certaines variables révélées importantes dans la revue de la littérature pour expliquer la non-utilisation du condom par les jeunes filles. Il s'agit des variables relatives au genre notamment l'opinion/attitude sur le refus d'une femme d'avoir des relations sexuelles avec son mari en cas d'IST/SIDA, l'opinion/attitude sur les violences qu'un mari peut faire sur sa femme en cas de refus de relation ou de mésentente ; la personne qui a le dernier mot dans les décisions et du multipartenariat (l'infidélité). De même, les informations relatives aux facteurs institutionnels sont absentes. Et pourtant, Ces derniers sont d'une importance capitale. Ils prennent en compte les informations sur la disponibilité, l'accessibilité et la qualité de services de santé de reproduction des jeunes et adolescentes. Il

importe donc que les opérations de collecte de données sur les adolescentes recueillent des informations sur ces variables.

En outre, les études portant sur la sexualité des jeunes et adolescentes sont rares en République centrafricaine. Par conséquent, nous ne disposons pas de données récentes et suffisantes pour appuyer nos propos.

Malgré ces limites, les résultats de cette étude sur les déterminants des comportements sexuels des adolescentes seront utiles aux décideurs dans les programmes de lutte contre le VIH/SIDA.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

**AKOTO E. M (1985)** *Mortalité infantile et Juvénile en Afrique. Niveaux, caractéristique, causes et déterminants*, CIACO Ed, Département de Démographie, Louvain-la-Neuve, 273 p.

**AKOTO.E.M; AMOUZOU. A.DJANGONE; R.KASSEGNE.S; NGONDO.A ; NTSAME. O; TAMBASHE. O; ET TAMEKO. D (2005)** : *Sexualité, fécondité et pratique contraceptive chez les jeunes en Côte d'Ivoire, au Cameroun, au Togo, et au Burkina Faso*.[www.google.com](http://www.google.com) 15 p.

**BENINGUISSE. G (2007)** *Sexualité pré maritale et santé de la reproduction des adolescents et des jeunes en Afrique Subsaharienne*, article publié Ed. KARTHALA p289.

**BANQUE MONDIALE, (2001)**, *Rapport sur le développement dans le monde 2000/2001, combattre la pauvreté*. 381 p

**BASSOUTOURA. G, C. SAUVAIN-DUGERDIL, FATOU BERTHE, ABDOUL DIENG ET CHEICK BADY DIALLO (2007)** : *Initiation sexuelle et entrée dans la vie procréative des jeunes maliens : la transformation des comportements est-elle associée à des ressources humaines accrues ?* uaps 2007. [princeton.edu/hps/programm](http://princeton.edu/hps/programm) . pdf

**BOPDA. F (2001)** : *sexualité des adolescents et utilisation des condoms : une expression des relations de genre*. IFORD, Yaoundé. Colloque international Genre, population et développement en Afrique.12 P

**DEMBELE (2004)** *Santé de la reproduction des adolescentes : Qu'est ce qui détermine l'initiation sexuelle prémaritale des filles au Burkina Faso ?* CHAIRE QUETELELET 2004 *Santé de la reproduction au Nord et au Sud De la connaissance à l'action* 23p.17-20 Novembre2004.

**CERPOD, 1996**, *Santé de la reproduction au Sahel : Les jeunes en danger. Résultat d'une étude régionale dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest*, Cerpod (INSAD), Bamako, Mali, Décembre, 48 pages.

**DELAUNAY V. (2005)**, *Sexualité et prévention avant le mariage en Afrique subsaharienne : une revue de la littérature*, [en ligne]. Conférence virtuelle : « La régulation de la fécondité en Afrique : Transformation et différence au tournant du XXI<sup>e</sup> siècle », 10 au 14 oct. 2005, 31p.[http://www.up.univmrs.fr/wiupenv/labo/d\\_lpe/actualites/dec05/refa05/PDF/Delaunay-REFA%202005.pdf](http://www.up.univmrs.fr/wiupenv/labo/d_lpe/actualites/dec05/refa05/PDF/Delaunay-REFA%202005.pdf)

**FERRY B, 1999**, *Systèmes d'échanges sexuels et transmission du VIH/SIDA dans le contexte africain* « in *Vivre et penser le SIDA en Afrique* », sous la direction de Becker et al. **CODESRIA- KARTHALA- IRD.P. 237-255.**

**F. O. KONATE ET P. CISSE** : « *Adolescence et sexualité* : ». *Recherches Africaines*, Numéro 02 - 2003, 1 décembre 2003, <http://www.rechercheafricaines.net/document.php?id=168>.

**EVINA A. (1998)**. *Vie féconde des adolescents en milieu urbain camerounais*, *Cahiers de l'IFORD* N° 3, IFORD, Yaoundé.P.117.

**GASTINEAU. (2004)** *Santé de la reproduction au Nord et au Sud : De la connaissance à l'action* 12p.

**KAPTUE Lazare, 1998**, « *Les adolescentes et le VIH/SIDA* » in *sexualité et santé reproduction à l'adolescence en Afrique*, sous la direction de Kuate. D. Ediconseil Canada.p 287-296.

**KOBELEMBI. F. (2005)**. *Le comportement sexuel des adolescents à Bangui. Etude de la Population Africaine*, Vol 20, N° 2, 2005, pp66-99.

**KOUTON E. (1992)** : « *Evaluation et recherche des facteurs de la fécondité précoce au Bénin* », les cahiers de l'IFORD, N°3, Yaoundé, 122p.

**KUATE DEFO B, 1998**, « *Tendances et déterminants des variations régionales du début de l'activité sexuelle prémaritale à l'adolescence* », in *sexualité et santé reproductive à l'adolescence en Afrique*, sous la direction de Kuate D. Ediconseil Conseil. P137.

**NGUELEBE. E (2003)** *Rapport troisième recensement général de la population et de l'habitation République centrafricaine.*

**NOUMBISSIE. C.D (2007)** *Environnement et Attitudes face au VIH/SIDA, Sida net 2007, 4(6) : 1016*

**MYRIAM DE LOENZIEN (2002)** *Connaissances et attitudes face au VIH/SIDA, édition l'Harmattan 281 p.*

**ONUSIDA (2004),** *Rapport sur l'épidémie globale du VIH/sida. Genève.*

**ONUSIDA, (2007),** *Le point sur l'épidémie du Sida, ONUSIDA, Genève, 63 p.*

**FNUAP, (2006)** *Programmes de pays et questions connexes, projet de descriptif de programme de pays pour la République centrafricaine, 11-13 septembre, New York.*

**RWENGE M., 1999(a).** *Facteurs contextuels des comportement sexuels : le cas des jeunes de la ville de Bamenda (Cameroun) », Institut de Formation et de Recherche Démographique (IFORD), Rapport d'étude n°40, Yaoundé/Cameroun, 164 p.*

**RWENGE M. 1999(c).** *"Facteurs contextuels de la transmission sexuelle du sida en Afrique subsaharienne" (synthèse)[en ligne]. In Vivre et penser le sida en Afrique, sous la direction de Becker et al. CODESRIA-KARTHALA-IRD, [en ligne], pp.217-236. <http://www.codesria.org/Links/Publications/aids/rwenge.pdf>*

**RWENGE M. (2002).** *Culture, genre, comportements sexuels et MST/SIDA au Cameroun (Province de l'Ouest et du Centre), Yaoundé, Cahiers de l'IFORD, N° 28, 276 p.*

**RWENGE M. (2004).** *Genre et sexualité des Jeunes à Bafoussam et Mbalmayo, Cameroun. African Journal of Reproductive Health,[en ligne],Vol. 8 No.2, 2004 pp145-163. <http://www.bioline.org./abstract?id=rh04036&lang=fr>*

**SALA DIAKANDA M. (1980),** *Approche ethnique des phénomènes démographiques : le cas du Zaïre, Département de démographie UCL, Recherches Démographiques, cahier n° 4, 433p.*



**SONGUE Béat, 1998**, « Influence du milieu social sur la sexualité et les comportements reproducteurs des adolescents au Sud Cameroun », in *sexualité et santé reproductive à l'adolescence en Afrique*, sous la direction de Kuate D. Ediconseil Canada.177.192.

**ZOUNGRANA M. C. 1999**, *la situation de l'infection à VIH SIDA au Sahel. Rapport de synthèse d'une analyse situationnelle dans les pays du sahel*, Bamako, CERPOD, 117 p.

## ANNEXES

<b>MODALITES ET VARIABLES</b>	<b>NOUVELLES MODALITES</b>
<b>Ethnie</b>	
<i>Haoussa</i>	<i>haous</i>
<i>Sara</i>	<i>sar</i>
<i>Mboum</i>	<i>mbom</i>
<i>Gbaya</i>	<i>gbay</i>
<i>Mandjia</i>	<i>mand</i>
<i>Banda</i>	<i>band</i>
<i>Ngbaka-bantou</i>	<i>ngbkb</i>
<i>Yakoma-sango</i>	<i>yaks</i>
<i>Nzakara-zandé</i>	<i>nzakz</i>
<i>Autres</i>	<i>autr</i>
<b>Religion</b>	
<i>Chrétienne</i>	<i>chret</i>
<i>Musulmane</i>	<i>musul</i>
<i>Traditionnelle</i>	<i>tradi</i>
<b>Milieu de résidence</b>	
<i>Urbain</i>	<i>urb</i>
<i>Rural</i>	<i>rur</i>
<b>Milieu de socialisation</b>	
<i>Grande ville</i>	<i>gvil</i>
<i>Petite-ville</i>	<i>pvil</i>
<i>Rural</i>	<i>srur</i>
<b>Niveau d'instruction</b>	
<i>Sans niveau</i>	<i>sniv</i>
<i>Primaire</i>	<i>prim</i>
<i>Secondaire+</i>	<i>sup+</i>
<b>Suivi de la télévision</b>	
<i>Non</i>	<i>nontel</i>
<i>Oui</i>	<i>ouitel</i>
<b>Suivi de la radio</b>	
<i>Non</i>	<i>nonrad</i>
<i>Oui</i>	<i>ouirad</i>
<b>Niveau de vie du ménage</b>	
<i>Faible</i>	<i>nfaib</i>
<i>Moyen</i>	<i>nmoy</i>
<i>Elevé</i>	<i>nelev</i>
<b>Niveau de connaissance du SIDA</b>	
<i>Faible</i>	<i>cfai</i>
<i>Moyenne</i>	<i>cmoy</i>
<i>Elevée</i>	<i>celev</i>
<b>Âges aux premiers rapports sexuels</b>	
<i>Précoce</i>	<i>preco</i>
<i>Non précoce</i>	<i>npreco</i>
<b>Non-utilisation du condom</b>	
<i>Oui</i>	<i>ncond</i>
<i>Non</i>	<i>ocond</i>



Déterminants de la précocité des premiers rapports sexuels et de la non utilisation du condom face au VIH/SIDA chez les adolescentes en Centrafrique

V102 - musul	0.91	9.03	0.12	2.68	0.17	-0.04	0.07	0.0	38.9	0.2	0.0	0.0	0.00	0.79	0.00	0.00	0.00	
+----- CONTRIBUTION CUMULEE = 0.0 43.3 0.2 0.0 0.0 +-----																		
+																		
11 . Niveau de connaissance																		
V001 - cfai	2.22	3.09	0.13	0.08	-0.19	-0.98	0.84	0.1	0.1	0.7	19.4	14.9	0.01	0.00	0.01	0.31	0.23	
V002 - cmoy	2.64	2.44	-0.77	-0.12	-0.21	0.01	-0.43	5.3	0.2	0.9	0.0	4.6	0.24	0.01	0.02	0.00	0.08	
V003 - celev	4.22	1.15	0.41	0.04	0.23	0.51	-0.17	2.4	0.0	1.8	10.0	1.2	0.15	0.00	0.05	0.23	0.03	
+----- CONTRIBUTION CUMULEE = 7.8 0.4 3.4 29.4 20.7 +-----																		
-+																		

**VALEURS PROPRES**

**APERCU DE LA PRECISION DES CALCULS : TRACE AVANT DIAGONALISATION. 2.0909**

**SOMME DES VALEURS PROPRES .... 2.0909**

**HISTOGRAMME DES 23 PREMIERES VALEURS PROPRES**

NUMERO	VALEUR PROPRE	POURCENTAGE CUMULE	POURCENTAGE
1	0.2940	14.06	14.06
2	0.1670	7.99	22.05
3	0.1214	5.81	27.86
4	0.1095	5.24	33.09
5	0.1055	5.05	38.14
6	0.0978	4.68	42.82
7	0.0953	4.56	47.38
8	0.0936	4.48	51.85
9	0.0919	4.40	56.25
10	0.0910	4.35	60.60
11	0.0899	4.30	64.90
12	0.0856	4.10	69.00
13	0.0822	3.93	72.93
14	0.0794	3.80	76.73
15	0.0750	3.59	80.32
16	0.0748	3.58	83.89
17	0.0708	3.39	87.28
18	0.0684	3.27	90.55
19	0.0592	2.83	93.38
20	0.0476	2.28	95.66
21	0.0386	1.85	97.50
22	0.0267	1.28	98.78
23	0.0255	1.22	100.00

**RECHERCHE DE PALIERS (DIFFERENCES TROISIEMES)**

PALIER ENTRE	VALEUR DU PALIER
1 -- 2	-47.65
2 -- 3	-25.84
3 -- 4	-11.64
18 -- 19	-8.14
14 -- 15	-7.73
5 -- 6	-4.58
11 -- 12	-2.85
8 -- 9	-1.07
6 -- 7	-0.64

**RECHERCHE DE PALIERS ENTRE (DIFFERENCES SECONDES)**

PALIER ENTRE	VALEUR DU PALIER
1 -- 2	81.37
2 -- 3	33.72

Déterminants de la précocité des premiers rapports sexuels et de la non utilisation du condom face au VIH/SIDA chez les adolescentes en Centrafrique

3 -- 4	7.89	*****	
5 -- 6	5.30	****	
14 -- 15	4.06	***	
19 -- 20	2.68	**	
16 -- 17	1.48	*	
11 -- 12	0.82	*	
8 -- 9	0.80	*	
6 -- 7	0.72	*	
12 -- 13	0.62	*	
7 -- 8	0.08	*	

DESCRIPTION DE LA Coupure 'a' de l'arbre en 3 classes  
 CARACTERISATION DES CLASSES PAR LES MODALITES

CARACTERISATION PAR LES MODALITES DES CLASSES OU MODALITES  
 DE Coupure 'a' de l'arbre en 3 classes  
 CLASSE 1 / 3

V.TEST	PROBA	POURCENTAGES			MODALITES	
IDEN	POIDS	CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL	CARACTERISTIQUES	DES VARIABLES
				86.46	CLASSE 1 / 3 (Niveau de vie faible)	
aa1a	1622					
	25.04	0.000	93.43	99.94	92.48	non moto
V102	1735					
	20.68	0.000	91.38	99.94	94.56	non elect
V102	1774					
	20.21	0.000	95.20	89.33	81.13	terre materiaux du
plancher						V102 1522
	18.87	0.000	90.75	99.82	95.10	non tele
V102	1784					
	15.51	0.000	89.63	99.63	96.11	non vehicule
V102	1803					
	15.44	0.000	89.45	99.82	96.48	non frigo
V102	1810					
	12.91	0.000	97.56	46.86	41.52	non radio
V102	779					
	11.74	0.000	99.78	28.05	24.31	natu type de toilette
V103	456					
	8.83	0.000	94.86	42.11	38.38	eau3 v113re
V103	720					
	5.13	0.000	91.75	38.41	36.19	eau2 v113re
V102	679					

CLASSE 2 / 3

V.TEST	PROBA	POURCENTAGES			MODALITES	
IDEN	POIDS	CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL	CARACTERISTIQUES	DES VARIABLES
				10.13	CLASSE 2 / 3 (Niveau de vie moyen)	
aa2a	190					
	22.21	0.000	86.92	59.47	6.93	oui moto
V101	130					
	14.51	0.000	34.38	63.16	18.60	ciment materiaux du
plancher						V101 349

Déterminants de la précocité des premiers rapports sexuels et de la non utilisation du condom face au VIH/SIDA chez les adolescentes en Centrafrique

11.81	0.000	56.70	28.95	5.17	oui		elect
V101	97						
9.99	0.000	52.38	23.16	4.48	oui		tele
V101	84						
9.96	0.000	23.09	57.37	25.16	eau1		v113re
V101	472						
9.49	0.000	15.38	88.42	58.21	oui		radio
V101	1092						
7.94	0.000	13.02	95.26	74.09	lat		type de toilette
V102	1390						
6.84	0.000	41.79	14.74	3.57	oui		vehicule
V101	67						

CLASSE 3 / 3

V.TEST PROBA ----- POURCENTAGES ----- MODALITES  
 IDEN POIDS  
 CLA/MOD MOD/CLA GLOBAL CARACTERISTIQUES DES VARIABLES

				3.41	CLASSE 3 / 3		(Niveau de vie élevé)
aa3a	64						
21.12	0.000	98.28	89.06	3.09	oui		frigo
V101	58						
13.29	0.000	42.27	64.06	5.17	oui		elect
V101	97						
13.23	0.000	46.43	60.94	4.48	oui		tele
V101	84						
12.17	0.000	49.25	51.56	3.57	oui		vehicule
V101	67						
12.14	0.000	16.05	87.50	18.60	ciment		materiaux du
plancher						V101 349	
8.14	0.000	9.96	73.44	25.16	eau1		v113re
V101	472						
7.13	0.000	5.68	96.88	58.21	oui		radio
V101	1092						
4.86	0.000	13.08	26.56	6.93	oui		moto
V101	130						

### Distribution des adolescentes selon la variable multipartenariat

Variables/modalités	fréquences	%
<b>Multipartenariat</b>		
Un seul partenaire	1264	67,4
1	47	2,5
2	5	0,3
3	2	0,1
4	2	0,1
Total	1320	70,4
ND	556	29,64
Total	1876	100

Source : Traitement de données de l'EDS-RCA 94-95