

Université de Montréal

Évaluation d'un programme de promotion de la santé des jeunes au Cameroun

Par

Ansoumane Yassima CAMARA

Département de démographie

Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des Études Supérieures
En vue de l'obtention du grade de Philosophæ Doctor (Ph.D.)
en démographie

Avril 2010

© Ansoumane Yassima CAMARA, 2010

Université de Montréal

Faculté des Études Supérieures

Cette thèse intitulée :

Évaluation d'un programme de promotion de la santé des jeunes au Cameroun

Présentée par :

Ansoumane Yassima CAMARA

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Professeur Thomas LeGrand

Président-rapporteur

Professeur Barthélemy Kuate Defo

Directeur de recherche

Professeur Slim Haddad

Membre du jury

Professeure Ilene Speizer

Examinatrice externe

Professeure Anne Calvès

Représentante du doyen de la FES

Résumé

La baisse de plus en plus marquée de l'âge au premier rapport sexuel et l'augmentation de l'âge au premier mariage impliquent une durée plus longue d'exposition au risque des grossesses pré-nuptiales et aux infections sexuellement transmissibles incluant le VIH/sida. C'est pourquoi des interventions ont été mises en place en vue de protéger la santé des adolescents et jeunes. L'Observatoire de Population en Épidémiologie Socio-Clinique (POSE) conçu et mis sur pied au Cameroun depuis 1995, a fait de la santé des adolescents et jeunes une de ses priorités de santé publique en Afrique à travers le programme de promotion de la santé reproductive des adolescents et jeunes au Cameroun (CAREH). Le Programme CAREH mène des activités d'intervention dans la préfecture de Bandjoun depuis juillet 2000, et dans plusieurs autres régions du Cameroun depuis 2003. Cette thèse vise à évaluer certains aspects de cette intervention, en examinant dans quelle mesure entre 2000 et 2002, les activités d'intervention menées auraient contribué : 1) au report à plus tard du premier rapport sexuel chez les adolescents de 10 à 20 ans ; 2) à la prévention des grossesses non désirées chez les jeunes de 10 à 29 ans ; et 3) à la prévention de l'infection à VIH chez les jeunes de 10 à 29 ans.

Les données proviennent de l'Enquête sur la Famille et la Santé au Cameroun (EFSC), menée à Bandjoun en 2002. Un devis post-intervention a été utilisé après stratification des adolescents et jeunes en quatre groupes à savoir : jeunes exposés à l'intervention en milieu communautaire, jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire, jeunes non scolarisés non-exposés à l'intervention et jeunes scolarisés non-exposés à l'intervention. Les analyses descriptives et les analyses multivariées utilisant la régression logistique ont été utilisées pour examiner les associations présumées entre les variables d'intervention et les variables dépendantes considérées par rapport aux hypothèses de recherche émises. Nos analyses suggèrent que les adolescents scolarisés qui n'avaient pas déclaré avoir été exposés à l'intervention (RC = 1,973 ; IC =1,195-3,260) sont plus portés à avoir une perception négative de la sexualité prémaritale, que les adolescents

non scolarisés n'ayant pas déclaré avoir été exposés aux activités d'intervention. Il n'y avait cependant pas de report significatif du premier rapport sexuel dans les groupes d'adolescents exposés à l'intervention par rapport à ceux non-exposés. Les connaissances sur la prévention des grossesses sont significativement plus élevées chez les jeunes scolarisés non-exposés (RC=1,953; IC=1,452 – 2,627), jeunes exposés à l'intervention en milieu communautaire (RC = 3,074 ; IC = 2,157 - 4,382) et les jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire (RC = 4,962 ; IC = 3,367 - 7,311) que chez les jeunes non scolarisés n'ayant pas déclaré avoir été exposés aux activités d'intervention. Il n'y a aucune différence statistiquement significative entre ces différents groupes quant à l'utilisation de la contraception moderne. La discussion sur la prévention des grossesses ou l'utilisation de la contraception avec un formateur était significativement associée à une amélioration des connaissances en prévention de grossesses chez les jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire (RC = 1,549 ; IC = 1,056 – 2,272), comparativement à leurs camarades exposés aux activités d'intervention en milieu communautaire sans avoir bénéficié d'une telle discussion. Les jeunes exposés à l'intervention en milieu communautaire (RC = 2,106 ; IC = 1,514 – 2,930) et ceux exposés l'intervention en milieu scolaire (RC = 3,117 ; IC = 2,192 – 4,433) connaissent mieux les modes de prévention de l'infection à VIH que les jeunes scolarisés mais n'ayant pas été exposés aux activités d'intervention. Il n'y avait toutefois pas de différences entre les groupes quant à l'utilisation du condom.

Ces conclusions sont interprétables dans les limites des données disponibles. En effet, il n'a pas été possible de déterminer les niveaux de connaissances en prévention de grossesses ou du VIH avant l'exposition des jeunes à l'intervention. Ainsi, chez les jeunes exposés en milieu communautaire ou scolaire, on ne peut savoir quel aurait été leur niveau de connaissance en l'absence de l'intervention. Toutefois, il est très probable que l'intervention ait eu plus d'effets bénéfiques sur l'amélioration des connaissances que des comportements.

Mots clés : Évaluation, sexualité, contraception, IST, VIH/sida, Bandjoun et Cameroun.

Abstract

Early sexual initiation and delayed marriage are concurrently happening in most environments in Africa where traditionally early marriage and sexual initiation within marital union were more prevalent. This lengthens the time of exposure of young people to the risk of premarital sex and unwanted pregnancies as well as sexually transmitted infections including HIV/AIDS. Hence, several interventions have been carried out to promote the sexual and reproductive health of adolescents and young people. The Population Observatory in Socio-Clinical Epidemiology (POSE) designed and implemented since 1995 in Cameroon, had targeted the reproductive health promotion of adolescents and young people as one of its priorities, through the Cameroon Adolescent and Youth Reproductive Health Promotion Program (CAREH). The CAREH Program has been carrying out a series of intervention activities in the prefecture of Bandjoun since July 2000 and many other parts of Cameroon since 2003. This thesis evaluates some aspects of this intervention by examining the extent to which the intervention activities undertaken between 2000 and 2002 have contributed to: 1) delaying first sexual intercourse among adolescents aged 10 to 20 years, 2) preventing unwanted pregnancies among young people aged 10 to 29 years, and 3) preventing HIV infection among young people aged 10 to 29 years.

Data came from the 2002 Cameroon Family and Health Surveys (CFHS). A post-test design was used which divided adolescents and youth into four intervention groups (out-of-school youth unexposed to the intervention, young people enrolled in schools and unexposed to the intervention, young people exposed to the intervention in the community and young people exposed to the intervention in school settings). Descriptive analyses and multivariate logistic regression were used to assess the possible associations between intervention and outcomes variables, given the enunciated research hypotheses. Adolescents attending school who reported no exposure to the intervention (OR = 1.973; CI = 1.195 to 3.260) were more likely to have a negative perception of premarital sex than out-of-school and unexposed

adolescents. However, there were no significant differences in delaying the first sexual intercourse among adolescents exposed to the intervention compared to those not exposed. Knowledge about the prevention of pregnancy was significantly higher among unexposed students (OR = 1.953, CI = 1.452-2.627), youth exposed to the intervention in the community (OR = 3.074; CI = 2.157-4.382) and youth exposed to the intervention in school (OR = 4.962, CI = 3.367 to 7.311) than among those not exposed and not in school. No statistically significant difference was found between these groups regarding the use of modern contraception. The discussion about pregnancy prevention or contraceptive use led by a CAREH peer-educator significantly improved knowledge about pregnancy prevention for youth exposed to the intervention in school compared to their peers exposed in community where such discussion did not occur (OR = 1.549, CI = 1.056 to 2.272). Young people exposed to the intervention in community settings (OR = 2.106, CI = 1.514-2.930) and those exposed in school settings (OR = 3.117, CI = 2.192-4.433) significantly improved their knowledge about HIV prevention more than out-of-school youth unexposed to the intervention. Nevertheless, there were no significant differences between groups regarding the use of condom.

These findings should be interpreted within the limits of available data. Indeed, it was not possible to determine the level of knowledge about pregnancy prevention or HIV prevention among young people exposed to the intervention before hand. Therefore, it is impossible to know what level of knowledge young people exposed to the intervention would have had in the absence of the intervention. However, given the results comparing the four stratified groups, it is likely that the intervention had more beneficial effects on improving knowledge than behaviours.

Key words: Evaluation, sexuality, contraception, STI, HIV, AIDS, Bandjoun and Cameroon.

Table des matières

Résumé.....	iii
Dédicace.....	xvii
Remerciements.....	xviii
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
CHAPITRE I : CONTEXTE DE L'ÉTUDE	9
Introduction.....	10
1.1. Contexte politique d'implantation des activités d'intervention	10
1.2 Brève description du Cameroun.....	11
1.3 Description de Bandjoun.....	14
1.3.1 Situation géographique.....	14
1.3.2 Situation démographique	14
1.3.3 Éducation et système de santé.....	17
1.4 Description de quelques indicateurs de santé au Cameroun et dans la province de l'Ouest	22
Conclusion	28
CHAPITRE II : PRÉSENTATION DU PROGRAMME CAREH.....	30
Introduction.....	31
2.1 Cadre théorique de l'intervention du Programme CAREH	31
2.2 Objectifs du Programme d'intervention.....	35
2.2.1 Objectif général.....	35
2.2.2 Objectifs spécifiques	35
2.3 Stratégies de mise en œuvre des activités et principales réalisations.....	36
2.3.1 Principales activités de la période de pré-intervention (1995 – juin 2000)	37
2.3.2 Principales activités de l'intervention	39
2.4 Structures de mise en œuvre et fonctionnement du Programme.....	46
2.4.1 Structures de mise en œuvre	46
2.4.2 Fonctionnement du Programme	47
2.4.3 Gestion opérationnelle du Programme.....	47

2.4.4 Évaluation de la mise en œuvre	48
Conclusion	56
CHAPITRE III : QUESTIONS D'ÉVALUATION, CADRE LOGIQUE ET HYPOTHÈSES	57
Introduction	58
3.1 Questions de la recherche.....	58
3.1.1 Question générale d'évaluation.....	58
3.1.2 Questions spécifiques d'évaluation.....	59
3.2 Cadre logique de l'évaluation	59
3.3 Hypothèses	66
3.4 Liens entre le cadre logique et les hypothèses de la recherche	68
3.5 Indicateurs d'évaluation de l'intervention	72
3.5.1 Indicateurs pour le report du premier rapport sexuel chez les adolescents	73
3.5.2 Indicateurs d'appréciation de la prévention des grossesses	73
3.5.3 Indicateurs d'appréciation de la prévention du VIH	75
Conclusion	77
CHAPITRE IV : PRÉSENTATION DES DONNÉES ET MÉTHODES D'ANALYSE.....	78
Introduction.....	79
4.1 Présentation des données	79
4.1.1 Présentation des Enquêtes sur la Famille et la Santé au Cameroun.....	79
4.1.2 Critique des données	93
4.2 Méthodes d'analyse.....	96
4.2.1 Devis de recherche	96
4.2.2 Analyses des données.....	98
4.2.3 Analyses de différents facteurs affectant la validité interne et externe du devis post-intervention utilisé dans la présente évaluation.....	102
4.2.4 Contrôle des limites de la validité interne dans ce travail.....	110
Conclusion	116

CHAPITRE V : EFFETS DE L'INTERVENTION DU PROGRAMME CAREH SUR LE REPORT DU PREMIER RAPPORT SEXUEL À BANDJOUN.....	118
Introduction.....	119
5.1 Résultats.....	119
5.1.1 Analyses descriptives.....	119
5.1.2 Analyses multivariées.....	143
5.2 Discussion.....	150
5.2.1 Incidence du premier rapport sexuel chez les adolescents.....	150
5.2.2 Effets de l'intervention sur la perception négative sur la sexualité prémaritale.....	152
5.2.3 Effets de la perception négative sur la sexualité prémaritale sur l'entrée en sexualité.....	153
5.2.4 Effets des facteurs modifiant sur l'entrée en sexualité.....	154
Conclusion.....	155
CHAPITRE VI : PRÉVENTION DES GROSSESSES : PLACE DE L'AMÉLIORATION DES CONNAISSANCES ET DE L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION MODERNE.....	157
Introduction.....	158
6.1 Résultats.....	159
6.1.1 Analyses descriptives.....	159
6.1.2 Analyses multivariées.....	177
6.2 Discussion.....	189
6.2.1 Effets de l'intervention sur la prévalence contraceptive.....	189
6.2.2 Effets de l'intervention sur l'amélioration des connaissances.....	190
6.2.3 Effets de l'amélioration des connaissances en prévention des grossesses sur l'utilisation de la contraception.....	190
6.2.4 Effets de dose-reponse des activités d'intervention du Programme CAREH sur la prévention des grossesses.....	191
6.2.5 Effets des facteurs modifiant sur l'amélioration des connaissances et l'utilisation de la contraception.....	192

Conclusion	194
CHAPITRE VII : PRÉVENTION DES IST/VIH/SIDA : PLACE DE L'AMÉLIORATION DES CONNAISSANCES ET DE L'UTILISATION DU CONDOM.....	196
Introduction.....	197
7.1 Résultats.....	197
7.1.1 Analyses descriptives.....	197
7.1.2 Analyses multivariées	212
7.2 Discussion.....	225
7.2.1 Étude comparative des différents indicateurs sur les connaissances des IST/VIH/sida et l'utilisation du condom.....	225
7.2.2 Effets de l'intervention sur l'amélioration des connaissances sur la prévention du VIH.....	226
7.2.3 Effets des connaissances élevées de la prévention du VIH sur l'utilisation du condom.....	226
7.2.4 Effets de dose-réponse des activités du Programme CAREH sur la prévention des IST/VIH/sida.....	227
7.2.4 Effets des facteurs modifiant sur les connaissances de prévention du VIH et l'utilisation du condom	228
Conclusion	229
CONCLUSION GÉNÉRALE ET IMPLICATIONS.....	231
Bibliographie.....	i
ANNEXES	xiv
ANNEXE A	xv
Documents et correspondances officiels de l'intervention	xv
ANNEXE B.....	XXIII
TABLEAUX IV.5 : Définitions et spécifications des variables pour l'entrée en sexualité.....	XXIII
TABLEAUX IV.6 : Définitions et spécifications des variables pour la prévention des grossesses.....	XXIII

TABLEAUX IV.7: Définitions et spécifications des variables pour la prévention du VIH.....	XXIII
ANNEXE C.....	xxxv
TABLEAUX IV.8 À IV.13: ESTIMÉS POUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES	xxxv

Liste des tableaux

Tableau I. 1 : Présentation des populations par groupes d'âge, des infrastructures scolaires et sanitaires dans les différents districts sociosanitaires de Bandjoun	18
Tableau I. 2 : Présentation de quelques indicateurs de la santé des jeunes au Cameroun et dans la province de l'ouest entre 1998 et 2004	25
Tableau II. 1 : Répartition des jeunes dans les établissements scolaires selon leur participation à la campagne de sensibilisation du Programme CAREH.....	50
Tableau II. 2 : Distribution (en %) des jeunes exposés à l'intervention selon leur lieu d'exposition et la personne impliquée dans la discussion du Programme CAREH	53
Tableau II. 3 : Description de l'échantillon des jeunes exposés à l'intervention selon leur lieu d'exposition et le sujet de discussion avec un formateur du Programme CAREH	54
Tableau II. 4 : Description de l'échantillon des jeunes exposés à l'intervention selon leur lieu d'exposition et leur opinion des formateurs du Programme CAREH .	55
Tableau III. 1 : Répartition des adolescents et jeunes dans les quatre groupes	65
Tableau IV. 1 : Récapitulation de l'échantillon de l'Enquête sur la Famille et la Santé au Cameroun (EFSC) de 2002	82
Tableau IV. 2 : Distribution de l'échantillon selon les caractéristiques sociodémographiques et contextuelles.....	85
Tableau IV. 3 : Distribution de l'échantillon pour l'analyse de la contraception et la prévention du VIH selon les caractéristiques sociodémographiques et contextuelles.....	90
Tableau IV. 4 : Devis post-intervention.....	98
Tableau V. 1 : Proportions d'adolescents ayant une perception négative de la sexualité prémaritale selon différentes caractéristiques sociodémographiques	122
Tableau V. 2 : Perception négative sur la sexualité prémaritale (en %) chez les adolescents selon des connaissances, perceptions et comportements.....	127

Tableau V. 3 : Proportions d'adolescents ayant eu un premier rapport sexuel selon certaines caractéristiques sociodémographiques.....	132
Tableau V. 4 : Proportions d'adolescents ayant eu un premier rapport sexuel selon les connaissances, perceptions et comportements	137
Tableau V. 5 : Caractéristiques des adolescents au premier rapport sexuel entre 2001 et 2002.....	142
Tableau V. 6 : Rapports de cotes (RC) et intervalle de confiance à 95% (IC) des chances d'avoir une perception négative sur sexualité prémaritale chez adolescents	144
Tableau V. 7 : Rapports de cotes (RC) et intervalle de confiance à 95% (IC) pour l'entrée en sexualité pendant la période d'intervention	147
Tableau VI. 1 : Connaissances élevées sur la prévention des grossesses (en %) selon différentes caractéristiques individuelles et environnementales.....	161
Tableau VI. 2 : Connaissances élevées (en %) sur la prévention des grossesses selon la communication avec les parents et pairs, l'exposition aux médias et opinions sur l'avortement	165
Tableau VI. 3 : Utilisation de la contraception moderne (en %) selon certaines caractéristiques individuelles et environnementales.....	168
Tableau VI. 4 : Utilisation de la contraception moderne (en %) selon la communication avec parents et pairs, l'exposition aux médias et opinions sur l'avortement chez les jeunes sexuellement actifs.....	171
Tableau VI. 5 : Raison fondamentale de l'utilisation de la contraception moderne, par sexe et par groupes de jeunes.....	175
Tableau VI. 6 : Sources d'approvisionnement de la contraception à Bandjoun	176
Tableau VI. 7 : Rapports de cotes (RC) et intervalle de confiance à 95% (IC) des chances d'avoir des connaissances élevées de la prévention des grossesses...	179
Tableau VI. 8 : Rapports de cotes (RC) et intervalle de confiance à 95% (IC) des chances d'utilisation de la contraception moderne	181

Tableau VI. 9 : Rapports de cotes (RC) et intervalle de confiance à 95% (IC) des effets de la discussion avec un formateur sur les connaissances de la prévention des grossesses.....	185
Tableau VI. 10 : Rapports de cotes (RC) et intervalle de confiance à 95% des effets des discussions sur la prévention de grossesses avec un formateur sur l'utilisation de la contraception.....	187
Tableau VII. 1 : Connaissances élevées sur la prévention du VIH (en %) par rapport à différentes caractéristiques individuelles et environnementales	199
Tableau VII. 2 : Connaissances élevées sur la prévention du VIH (en %) selon certaines perceptions sur le VIH/sida et l'intention d'utilisation du condom..	202
Tableau VII. 3 : Utilisation du condom (en %) selon différentes caractéristiques individuelles et environnementales chez les jeunes sexuellement actifs	205
Tableau VII. 4 : Utilisation du condom (en %) selon les connaissances, perceptions et comportements des jeunes sexuellement actifs.....	208
Tableau VII. 5 : Rapports de cotes (RC) et intervalle de confiance à 95% (IC) des chances d'avoir des connaissances élevées de prévention du VIH.....	214
Tableau VII. 6 : Rapports de cotes (RC) et intervalle de confiance à 95% (IC) des effets des connaissances élevées de la prévention du VIH sur l'utilisation du condom chez les jeunes sexuellement actifs	217
Tableau VII. 7 : Rapports de cotes (RC) et intervalle de confiance à 95% (IC) des effets des discussions avec les formateurs sur les connaissances de prévention du VIH.....	221
Tableau VII. 8 : Rapports de cotes (RC) et intervalle de confiance à 95% (IC) des effets des discussions des discussions avec les formateurs sur la prévention des IST/VIH/sida sur l'utilisation du condom	223

Liste des figures

Figure 1. 1 : Carte du Cameroun.....	13
Figure 1. 2 : Situation géographique de Bandjoun.....	15
Figure 1. 3 : Densités de la population dans la préfecture de Bandjoun.....	16
Figure 1. 4 : Couverture du Programme CAREH dans les 12 districts sociosanitaires	21
Figure 3. 1 : Cadre logique de l'évaluation.....	63

Liste des abréviations

ACP	Analyse en Composantes Principales
CAN	Comité Aviseur National
CAPC	Connaissance, Attitude, Pratique et Comportement
CAREH	Cameroon Adolescent and Reproductive Health Promotion
CEG	Collège d'Enseignement Général
CES	Collège d'Enseignement Secondaire
CETIC	Collège d'Enseignement Technique Information et Communication
CNLS	Conseil National de Lutte contre le SIDA
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EFSC	Enquêtes sur la Famille et la Santé au Cameroun
EPPM	Extended Parallel Process Model
HBM	Health Belief Model
IRESKO	Institut de Recherche et des Études de Comportements
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
Km	Kilomètre
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
POSE	Population Observatory in Socio-Clinical Epidemiology
PRONUSTIC	Programme en Nutrition, Santé, et Technologie de l'Information et de la Communication
SIDA	Syndrome de déficience immunitaire acquis
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International
USD	Dollar des États-Unis d'Amérique
VIH	Virus de la déficience immunologique humain

Dédicace

*À ma chère épouse Fanta DOPAVOGUI et mes enfants
(Souleymane, Fatoumata, Mohamed Lavillé et Therna)*

Je suis très sensible aux immenses sacrifices que vous avez consentis au cours des durs moments de mon absence, trouvez en cette thèse votre réconfort moral et un exemple à suivre.

À mes parents

Ma pauvre mère (Hadja Therna CAMARA), mes sœurs (Hadja Kankou, M'Mah Koromah et Findako), mes frères (Lanfia et Moussa), ma cousine Mimi Damantang CAMARA et mon oncle Daman OLIANO, toutes mes reconnaissances.

Je dédie ce travail à la mémoire de mon très cher cousin, le Dr. Mohamed SYLLA qui nous a été brutalement arraché par la mort alors que sa vie devenait plus fleurissante. Repose en paix, amen !

A la mémoire de mon père El Hadj Souleymane CAMARA, qui n'aura pas connu les moments de succès de son fils, que son âme repose en paix, amen !

Remerciements

Mes sincères remerciements vont à mon directeur de thèse, Professeur Barthelemy KUATE DEFO, qui est l'artisan de la présente réussite pour m'avoir accordé la bourse d'étude à l'Université de Montréal ainsi que par son soutien morale et scientifique à l'accomplissement de cette œuvre.

Je remercie le Programme de Bourses de Doctorat pour la Formation et la Recherche en Afrique Francophone Subsaharienne (AFSSA) financé par la Fondation Mellon qui m'a accordé une bourse de scolarité doctorale ainsi que le Programme en Sexualité et Santé de la Reproduction financé par la Fondation Rockefeller (Projets RF94054-24 et RF97045-90) qui a appuyé financièrement la majeure partie de ma recherche doctorale; ces deux programmes ont été conçus et dirigés par le Professeur Barthélemy Kuate Defo. Je remercie aussi, la Fondation Bill Gates qui a financé une partie de ma recherche. Toute ma formation doctorale s'est déroulée au sein du Laboratoire PRONUSTIC dont le Fondateur et Directeur est le Professeur Barthélemy Kuate Defo. Cette thèse fait partie des travaux de recherche dudit Laboratoire à l'Université de Montréal.

Je remercie aussi, la Fondation Bill Gates qui à travers le Programme de Population et Santé en Afrique (PPSA) a financé une partie de ma formation. Ce Programme avait été géré conjointement par l'Université de Montréal et l'Université de Ouagadougou.

Je remercie, également, Population Reference Bureau pour m'avoir donné l'opportunité de bénéficier d'une formation sur les recherches en politique et communication et de participer à la Conférence de l'Association Américaine en Population en 2006.

Mes remerciements vont particulièrement à ma cousine madame SYLLA Fatoumata CONDÉ, à mes amis : André LOUA et Félicité CAMARA, la sœur Justine TOGBA, Mohamed EIMady CAMARA et Fantagbè CAMARA, Saféré DIAWARA et Aicha KONATÉ.

Mes remerciements également à ma belle famille : Condet KOULIBALY, Justin, Tènin, Sassé, Gnèmè et Djènèba DOPAVOGUI pour votre soutien inestimable.

Toute ma gratitude à madame Lise Desjardins pour sa franche collaboration dans les laboratoires d'enseignement des Études Supérieures.

My friend Delrose GORDON, thank you very much for all your assistance.

A mes amis : Lansana SYLLA, Tsala DIMBUENE, Estelle SIDZE, Gilbert Ouou LAMAH, mon Père Roger OUEDRAOGO, André NGAMINI, Solian KONATÉ, Sory CONDÉ, Moustapha KOUYATÉ, Fantoumata Tata TOURÉ, Toromba OULARÉ, Saran MANSARÉ, Hawa KABA, Siba BÉAVOGUI, DjiCondet FOFANA, Lansana Laho DIALLO, Kézély BÉAVOGUI, Ibrahima Sory SOUARÉ, Lansana Mady CAMARA, Sékou CISSÉ, ainsi qu'à tous les étudiants du Programme de doctorat en démographie de l'Université de Montréal, toute mon amitié.

À la communauté Kissienne de Montréal tout mon attachement.

À tous les professeurs, au personnel du soutien administratif et technique, ainsi qu'à tous les étudiants du département de démographie, toute ma gratitude pour votre enseignement, collaboration et soutien.

Aux membres de mon jury, toute ma reconnaissance pour la qualité de vos critiques et suggestions pour l'amélioration de ce travail.

A tous mes amis et parents toutes mes reconnaissances.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Problématique

Plusieurs études montrent une diminution de plus en plus marquée de l'âge d'initiation du premier rapport sexuel et du report de l'âge au mariage (Bakilana, 2005; Bozon, 2003). Par conséquent, la durée d'exposition aux grossesses prénuptiales et aux infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/sida s'élargit (Leke, 1998a). L'augmentation de la prévalence contraceptive est l'un des défis auxquels se heurtent les programmes d'intervention visant les adolescents et les jeunes dans les pays en développement. En effet, malgré les multiples interventions auprès des jeunes, l'utilisation du condom reste inconsistante au Cameroun (Meekers et Klein, 2002). Par contre, lorsque les jeunes présentent des attitudes positives envers le condom, son utilisation tend à augmenter (Meekers et al., 2005).

Dans le monde, de 31,1 à 35,8 millions de personnes vivent avec le VIH/sida, dont 2,1 millions de moins de 15 ans (ONUSIDA/OMS, 2009). Selon la même source, en 2008, il y a eu 2,7 millions de nouvelles infections, dont 71% en Afrique Sub-saharienne. Les pays africains payent alors le plus grand tribut à cette épidémie du VIH/sida. En 2008, il a été estimé à 1,9 millions le nombre de nouvelles infections en Afrique, portant à 22,4 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH sur ce continent. En 2004, les prévalences les plus élevées de VIH/sida au Cameroun se retrouvent dans la région du Nord-Ouest (8,7%), suivi de Douala, Yaoundé et de la région du Sud-Ouest, qui ont des prévalences de 8,6% à 8%, tandis que la région de l'Ouest (où est située Bandjoun) a une prévalence de 4,7% (Mosoko et Affana, 2005). Étant donné que les jeunes deviennent de plus en plus frappés par l'épidémie, il est très important d'assurer leur protection à temps, car des évidences montrent que la plupart des cas de SIDA dans la vingtaine se seraient infectés à l'adolescence, parce que cette infection a une longue période d'incubation, qui est, en moyenne, de 8 ans (Boyer et Kegeles, 1991; Magnani et al., 2001).

En tenant compte de ces préoccupations, les adolescents et jeunes occupent encore une place importante dans les activités de la santé publique dans les pays en développement. Ainsi, les deux dernières décennies ont vu la prolifération de nombreux programmes et projets afférents à leur santé. Ces différents

programmes, s'ils ne souffrent d'aucun doute quant à leur pertinence, devraient cependant faire l'objet d'une évaluation continue. Ceci permettrait d'apprécier d'une part, la cohérence entre les activités et les résultats obtenus sur le terrain, et d'autre part, la cohérence des résultats avec les objectifs des programmes. Ce qui pourrait aider à réorienter certaines activités et stratégies pour de meilleurs résultats.

En conséquence, l'évaluation est une étape indispensable dans le cycle de vie des programmes d'intervention, qui permet de poser un véritable diagnostic des problèmes auxquels le programme est confronté en vue d'une réorientation stratégique. C'est une phase très attendue par les bénéficiaires, les planificateurs, les acteurs de mise en œuvre et les bailleurs de fonds, afin d'en tirer des leçons. Il pourrait s'agir d'une réussite ou d'un échec de la phase terminée. Les recommandations peuvent porter sur la mise en place de la phase suivante, sur l'extension du programme, la correction ou la réorientation de certaines stratégies.

C'est ainsi que l'évaluation est une pratique courante dans tous les domaines d'intervention, en particulier en santé publique. Bien que plusieurs programmes aient été mis en œuvre en faveur des jeunes dans les différentes régions, mais certains de ceux-ci n'ont jamais été évalués. Pour Hughes et McCauley (1998) les rares évaluations de programmes qui sont effectuées, sont pauvrement conduites et peu concluantes pour donner de valides orientations sur l'efficacité des programmes. Pour Yoder et collègues (1996), plusieurs scénarios peuvent se présenter dans les différents programmes: (i) l'effet du programme peut n'avoir pas atteint les objectifs fixés, (ii) certains programmes ont été bien efficaces mais non évalués, (iii) d'autres programmes ont été évalués mais les résultats non publiés, (iv) dans d'autres cas le succès du programme est consistant avec le résultat mais la méthodologie d'évaluation n'est pas tant rigoureuse pour le démontrer. Dans ces cas, l'évaluation ne parvient pas à démontrer l'impact des interventions sur le changement de comportement.

Finalement, il est clair que les programmes d'intervention dans les pays en développement souffrent d'une carence d'évaluation rigoureuse. Ainsi, la

présente étude a pour objectif d'évaluer les activités du programme de promotion de la santé des adolescents et des jeunes (Cameroon Adolescent and Youth Reproductive Health Promotion Program- CAREH). Les activités de ce programme ont été mises en place par l'Observatoire de Population et d'Épidémiologie Socio-Clinique (Population Observatory in Socio-Clinical Epidemiology - POSE) (Kuate Defo, 1999). Les questions suivantes ont guidé notre réflexion en abordant ce sujet : Quels sont les instruments utilisés et quand évaluer ? Quels sont les fondements théoriques de l'évaluation ? Qu'est ce qui est connu de nos jours sur l'évaluation des programmes d'intervention des adolescents et jeunes ? Quels sont les résultats des études évaluatives ? Quel peut être notre apport à cette science ?

Instruments et objectifs d'évaluation

L'évaluation d'une intervention est l'utilisation de méthodes scientifiques pour apprécier la mise en œuvre efficace et les résultats des programmes et politiques pour une prise de décision (Bingham et Felbinger, 2002). Elle peut porter sur : a) la mesure de la planification ou la pertinence du programme pour les priorités dans les différents pays ; b) l'atteinte des objectifs ou des résultats attendus ; c) la rentabilité ou l'efficacité des programmes en examinant les activités et stratégies utilisées par rapport à leur coût - efficacité.

Dans le cadre de la mesure de la pertinence du programme, l'évaluation cherche à apprécier si les objectifs du programme s'inscrivent encore parmi les priorités nationales. À partir de l'avènement du VIH/sida et son impact dans les pays en développement tout programme dans le cadre de sa prévention ou la gestion de ses conséquences devient une priorité dans ces pays. En ce qui concerne l'évaluation par objectif, elle est spécifique à chaque programme. Il est certain que les programmes ont des objectifs variés selon les différents contextes de leur implantation. Ils peuvent viser le report du premier rapport sexuel, la promotion de l'utilisation de la contraception moderne, l'amélioration des connaissances et comportements protecteurs du VIH/sida. En vue de faciliter le processus d'évaluation, un objectif d'intervention doit répondre aux critères SMART (Spécifiques, Mesurables, Acceptables/Ambitieux, Réalistes et déterminés dans le Temps) (Reijer et al., 2002). C'est dire que l'objectif ne doit pas être trop global ;

il doit être quantifiable si possible pour faciliter la mesure ; il doit pouvoir faire une différence acceptable ; et il doit être réalisable dans le temps avec les moyens disponibles.

Les stratégies d'évaluation peuvent être basées sur le processus, la clientèle, les services ou les résultats. L'évaluation peut être quantitative ou qualitative. Les indicateurs de résultats des interventions servent de référence dans l'appréciation des impacts. Ils sont définis lorsque les objectifs ont été fixés et les activités choisies (Adamchak et al., 2000). Pour l'évaluation d'un programme, des indicateurs qualitatifs (non numériques) ou quantitatifs (nombres, pourcentage, proportion, taux, moyenne) peuvent être utilisés respectivement pour une évaluation qualitative ou quantitative. Les enquêtes, sondages par groupes de discussion et l'examen des rapports et documents des programmes sont les instruments d'évaluation.

Fondements théoriques

Un nombre important d'études s'est penché sur l'évaluation des programmes de santé sexuelle des adolescents et jeunes comme l'entrée en sexualité, la prévention des grossesses et des IST-VIH/sida. Ces évaluations peuvent viser un seul objectif comme le report du premier rapport sexuel ou l'utilisation du condom. Dans d'autres cas, elles visent plusieurs aspects à la fois, telles que dans l'intervention Ouest africaine du Programme d'éducation pour la santé des jeunes au Nigeria et au Ghana (Brieger et al., 2001) et du Programme intégré de santé des jeunes au Brésil (Magnani et al., 2001), qui ont examiné à la fois l'utilisation des services de santé, ainsi que le report du rapport sexuel et l'utilisation du condom.

Lorsque les interventions sont évaluées, il y manque généralement le cadre logique. Dans plusieurs cas, les auteurs se limitent à une évaluation par objectif (Kirby, 2002; Kirby et al., 2004). De rares études fondent leurs analyses sur les cadres conceptuels qui ont prévalu à la mise en place de l'intervention. C'est ainsi que les auteurs font recours à diverses théories socio-environnementales de la santé comme celle écologique (Bronfenbrenner, 1979) et des réseaux sociaux (King, 1999). Les théories psychosociales sont également utilisées comme le

modèle des croyances relatives à la santé (en anglais Health Belief Model (HBM)), la théorie d'action raisonnée (Jo et al., 2003) et la théorie sociale cognitive de Bandura (Rosenstock et al., 1988). Parfois, des modèles spécifiques à certains problèmes de santé sont employés à l'image du Modèle de la Réduction du Risque (en anglais AIDS Risk Reduction Model (ARRM)) (Catania et al., 1990) ou du Modèle Étendu du Processus Parallèle (en anglais Extended Parallel Process Model (EPPM)).

Résultats des études évaluatives et perspectives

Globalement, les résultats des études évaluatives varient d'une étude à une autre très souvent dans le sens de l'atteinte des objectifs visés par le programme. Pour cela la publication d'un nombre impressionnant d'études évaluatives ayant atteint leurs objectifs pourrait être due à un biais de sélection lié au fait que l'on a plus la facilité de publier des résultats positifs.

Speizer et collègues (2003), après une recension des écrits sur l'efficacité des interventions pour les adolescents dans les pays en développement après 1900 ont retenu 41 interventions dans le groupe ayant suffisamment de preuves de causalité. Ce premier groupe comprenait des études avec un devis expérimental ou quasi-expérimental dans lesquelles il y avait en plus, d'autres éléments d'orientation sur l'attribution des changements observés. Il a été reproché aux autres, la faiblesse de preuve pour démontrer leur efficacité par la présence de facteurs confondants potentiels qui menacent leur validité d'une part, et d'autre part, la présence de biais de sélection relativement à la participation à l'intervention. Ces auteurs trouvent dans l'ensemble que les interventions semblent avoir eu un impact sur les connaissances et attitudes des adolescents et jeunes, et souvent pas d'impact positif sur les comportements.

La diversité des lieux ciblant les adolescents et jeunes a amené les évaluateurs à distinguer les jeunes dans différents lieux d'intervention comme en milieu scolaire (Agha, 2002), communautaire (Hayes et al., 2005) ou selon leurs exposition aux médias (Bessinger et al., 2004). Ainsi, nous avons pu remarquer que généralement les évaluateurs ne se soucient pas d'explorer les effets de la

même intervention dans différents lieux, bien que les stratégies, la population cible et la facilité de mise en œuvre varient grandement d'un lieu à un autre.

C'est pourquoi la présente étude souhaite utiliser un cadre logique d'évaluation inspiré de la théorie écologique de Bronfenbrenner (1979). Le cadre logique prendra en compte les adolescents et jeunes dans leurs caractéristiques individuelles, leur milieu familial et environnemental. Il tiendra compte de la mise en place des activités en milieu communautaire et scolaire et appréciera l'atteinte des résultats intermédiaires (amélioration de la perception négative sur la sexualité prémaritale, des connaissances sur la prévention des grossesses et des IST-VIH/sida) et lointains ou comportementaux (report du premier rapport sexuel, utilisation de la contraception moderne et utilisation du condom). Ce travail permettra donc de voir les différences entre d'une part, les jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire ou communautaire et d'autre part, ceux qui reconnaissent n'avoir pas été exposés à l'intervention qu'ils soient scolarisés ou pas.

Après cette introduction générale qui présente la problématique générale de la recherche et met un accent sur sa pertinence scientifique, notre thèse sera structurée comme suit.

Le chapitre I présente le cadre de notre recherche. Il porte sur la revue de la littérature sur le Cameroun (pays d'implantation) et Bandjoun (site d'intervention). Il présente quelques indicateurs de santé du Cameroun et de Bandjoun et permet ainsi de comprendre le contexte national qui a prévalu à la mise en place de l'intervention et le choix du site des activités d'intervention.

Le chapitre II présente le Programme CAREH, ses objectifs, ses stratégies et activités d'intervention. Il présente aussi les théories qui ont guidé la mise en place du programme. Le fonctionnement du programme, sa mise en œuvre et ses modes d'administration sont également abordés.

Le chapitre III présente les questions d'évaluation, le cadre logique et les hypothèses. Ensuite, les liens entre le cadre logique et les hypothèses sont

exposés. Enfin, les indicateurs d'appréciation de l'efficacité de l'intervention sont présentés.

Le chapitre IV porte sur les sources des données et les méthodes d'analyse. Ces données proviennent de l'Enquête sur la Famille et la Santé au Cameroun réalisée à Bandjoun en 2002 (EFSC). Les données sur les caractéristiques individuelles, la sexualité, la contraception et la prévention du VIH/sida, et sur l'évaluation de CAREH sont présentées. Ce chapitre analyse les différents échantillons et la définition opérationnelle des variables utilisées dans la thèse compte tenue des hypothèses de cette recherche évaluative. Puis, un examen critique de ces données a été abordé. Il présente également les méthodes d'analyse (descriptives et multivariées) au regard des questions de recherche. Enfin, il discute les différents biais qui pourraient entacher la validité des résultats, et présente les solutions envisagées dans ce travail pour atténuer leurs effets (la restriction, la stratification et les analyses multivariées).

Le chapitre V présente les résultats empiriques des effets des activités menées par le Programme CAREH sur la prévention de la sexualité prémaritale. Les différents groupes d'adolescents exposés ou non à l'intervention ont été comparés par rapport à plusieurs caractéristiques sociodémographiques, connaissances et perceptions.

Le chapitre VI présente les résultats des associations entre les activités d'intervention du Programme et la prévention des grossesses chez les adolescents et jeunes des deux sexes à Bandjoun. L'accent est mis sur les connaissances des stratégies de prévention des grossesses et l'utilisation de la contraception moderne au dernier rapport sexuel.

Le chapitre VII examine les associations entre les activités d'intervention et l'amélioration des connaissances sur la prévention du VIH, ainsi que sur l'utilisation du condom. Les perceptions des jeunes sur leur vulnérabilité et celle de leurs amis au VIH sont examinées. Enfin, la conclusion de la thèse résume les principaux résultats obtenus, les difficultés et limites du travail, les pistes de recherche à explorer davantage concernant les interventions en faveur des adolescents et jeunes dans cette localité.

CHAPITRE I

CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Introduction

Le présent chapitre vise à mieux comprendre le contexte politique de l'implantation du programme CAREH. Puis, il présente brièvement le Cameroun et Bandjoun, respectivement le pays et cadre géographique où se déroulent les activités du programme CAREH. Enfin, il décrit certains indicateurs de santé reproductive au Cameroun, avec une attention particulière sur la province de l'Ouest. Le Programme CAREH mène des activités d'intervention dans la préfecture de Bandjoun, dans la province de l'Ouest du Cameroun depuis juillet 2002, et plusieurs autres régions du Cameroun depuis 2003.

1.1. Contexte politique d'implantation des activités d'intervention

Le gouvernement du Cameroun a fait la réforme de son système de santé à travers la Déclaration de Politique Sectorielle de Santé en 1992 et celle de la mise en œuvre de la Réorientation des Soins de Santé Primaire en 1993 (EDS Cameroun, 2005). Il faut rappeler que la politique de Soins de Santé Primaire a été lancée par l'Organisation Mondiale de la Santé à Alma Ata, en 1978, afin d'améliorer l'accès aux soins de santé primaire dans les pays en développement, pour l'atteinte de l'objectif de la santé pour tous (OMS, 1998). Les principes suivants sont les bases de la politique : (i) la participation de la communauté dans le but de son auto responsabilisation vis-à-vis de ses problèmes de santé ; (ii) la mise en évidence du lien étroit entre le développement et la santé ; et (iii) le respect des Droits de l'Homme comme celui d'être informé et celui de l'intégrité de l'individu. La mise en œuvre de ces politiques a conduit à l'élaboration du document des stratégies sectorielles de la santé qui n'a été adopté qu'en octobre 2001(EDS Cameroun, 2005).

Dans ce document, le gouvernement s'est fixé les objectifs suivants : (i) réduire du tiers au moins la charge morbide globale et la mortalité dans les groupes de population les plus vulnérables ; (ii) mettre en place à une heure de marche et pour 90% de la population, une formation sanitaire délivrant le Paquet Minimum d'Activité; et (iii) pratiquer une gestion efficace et efficiente des ressources dans 90% des formations sanitaires et services de santé publics et privés à différent niveau de la pyramide. Pour cela huit programmes ont été mis en place : la lutte

contre la malaria, la santé de la reproduction, la promotion de la santé, les médicaments et consommables médicaux essentiels, le processus gestionnaire, l'amélioration de l'offre de santé, le financement du secteur de la santé et le développement des institutions. Dans ce processus, deux programmes visent directement la santé des adolescents et jeunes. Le programme «Santé de la Reproduction» qui met l'accent sur la santé de la mère, de l'adolescent et de la personne âgée. Puis, le programme «Promotion de la Santé» qui concerne surtout l'information, l'éducation et la communication de la santé, qui sont des éléments nécessaires pour amener les populations à adopter des comportements et styles de vie favorables à leur santé.

C'est dans cette optique que le gouvernement appuie toutes les initiatives privées ou communautaires pouvant aider à améliorer la santé des populations. Ainsi, par une lettre officielle, le Programme CAREH a été reconnu et adopté par le Ministère de l'Éducation dans l'exercice de ses activités en milieu scolaire (Référence : 001/PNA/897)¹.

1.2 Brève description du Cameroun

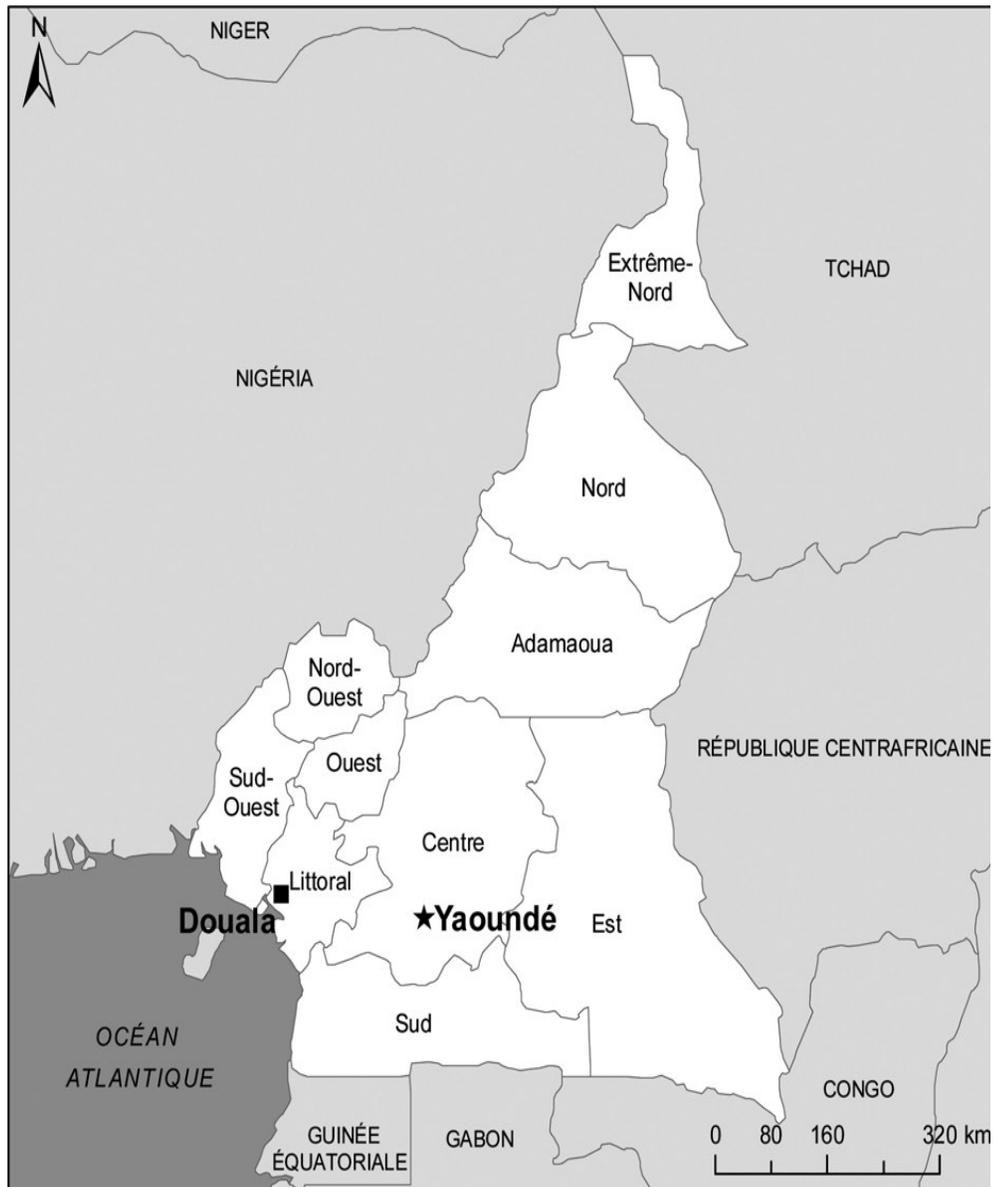
Le Cameroun est situé en Afrique Centrale et a une superficie de 475 650 Km². Il présente une véritable charnière entre l'Afrique Centrale et l'Afrique Occidentale. Il est limité à l'Ouest par le Nigeria, au Nord par le lac Tchad, à l'Est par la Centrafrique et au Sud par l'océan Atlantique, la Guinée Équatoriale, le Gabon et la République du Congo (Figure 1.1).

D'un point de vue géographique, le Cameroun se subdivise en cinq régions naturelles : (i) la plaine littorale, (ii) la région montagneuse de l'Ouest, (iii) la région des collines du Sud et de l'Est, (iv) la région des Hauts Plateaux et (v) la région des plaines du Nord (EDS Cameroun, 2005). Sur le plan administratif, le pays compte 10 régions, 58 départements, 269 arrondissements et 53 districts. Les 10 régions sont : Sud, Est, Ouest, Centre, Littoral, Sud-Ouest, Nord-Ouest, Adamaoua, Nord et Extrême - Nord. En 2007 la population du Cameroun était

¹ Bulletin d'Information du Programme CAREH Août - Décembre 2001 No 1 (Annexe A)

estimée à environ 18 676 600 habitants dont 42,47% avaient moins de 15 ans et la projection de la population estime à 21 599 100 habitants la population du Cameroun en 2012 (Institut National de Statistique Cameroun, 2008).

Figure 1. 1 : Carte du Cameroun



Source : (EDS Cameroun, 2005)

1.3 Description de Bandjoun

1.3.1 Situation géographique

La préfecture de Bandjoun est située dans la région de l'Ouest au Cameroun, dans le département de Koung-Khi. C'est un territoire d'une superficie de 275 Km² (Kuate Defo, 1999a). Les localités limitrophes sont : Bafoussam, Bamougoum, Bameka, Bawang, Baham, Bayangam, Batoufam et la rivière Noun (Figure 1.2). Le relief est formé des montagnes et de nombreux plateaux. Le relief atteint des sommets d'environ 1 100 mètres à Bafang, 1 400 mètres à Dschang, environ 1 500 mètres à Bandjoun, et plus de 1 600 mètres à Bafoussam. Bandjoun a un climat tropical soudanien avec deux grandes saisons : une saison sèche qui va de mi-novembre à mi-mars, et une saison des pluies durant le reste de l'année. Les températures oscillent entre 18° et 30° C en moyenne avec une forte variation journalière. Au niveau des infrastructures routières, plusieurs grandes artères sont bitumées depuis les années 1990 par un philanthrope natif de Bandjoun, et qui est aussi le maire de Bandjoun depuis 1992.

1.3.2 Situation démographique

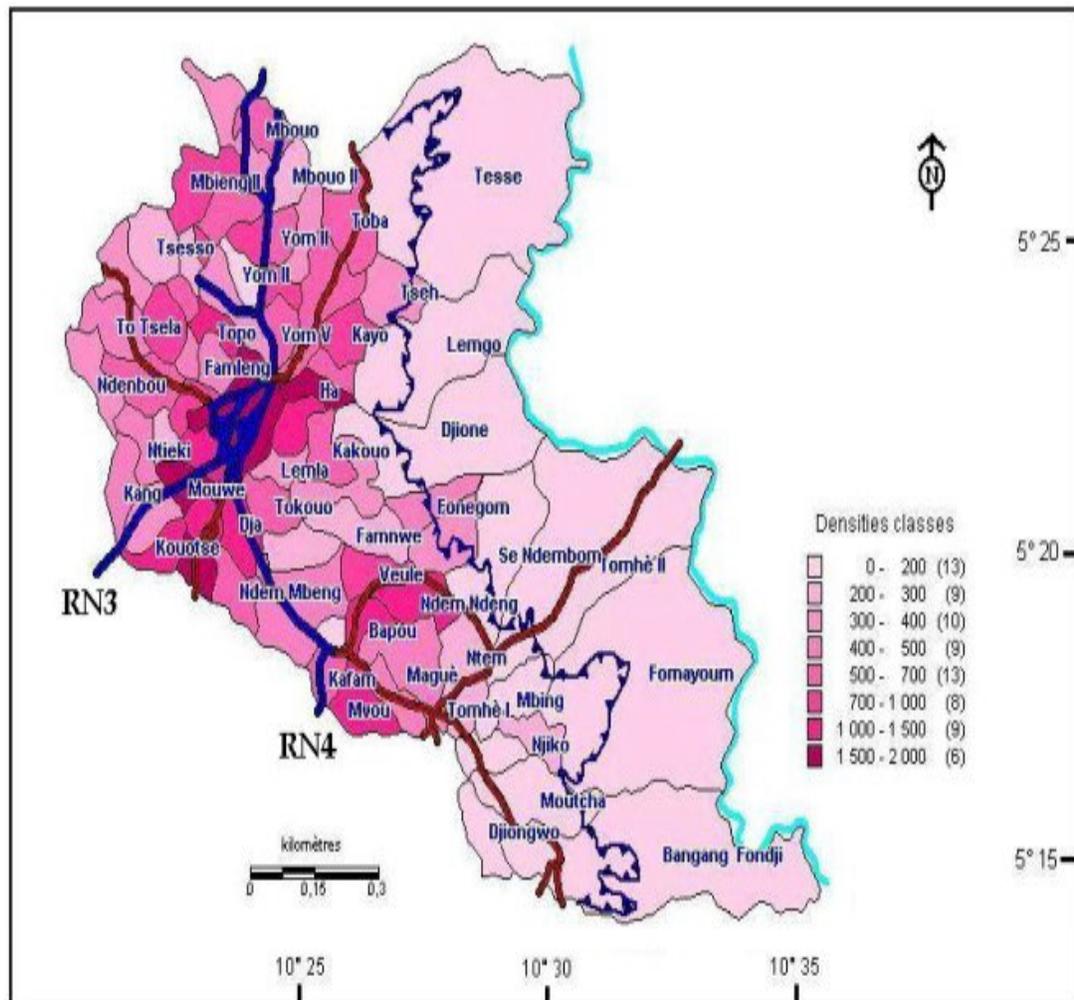
La population de Bandjoun était estimée à environ 30 000 habitants vers la fin des années 1930 et à 66 000 habitants au recensement de 1987; entraînant ainsi une forte densité de population qui se chiffre à 240 habitants au Km² (Kuate Defo, 1998a). En raison du développement des infrastructures sociosanitaires, de l'immigration vers Bandjoun, du maintien d'un niveau de fécondité élevé allant de pair avec une baisse constante des niveaux de mortalité, sa population devrait être estimée à plus de 91 000 habitants en 1999. Les projections actuelles situent la population de Bandjoun autour de 100 000 habitants en 2010. Pour Tchindjang et collègues (2003), la concentration des populations de Bandjoun le long des routes nationales peut dépasser 500 habitants au kilomètre carré (Figure 1.3).

Figure 1. 2 : Situation géographique de Bandjoun



Source : (Bouwa, 2006).

Figure 1.3 : Densités de la population dans la préfecture de Bandjoun



Source : (Tchindjang et al., 2003).

1.3.3 Éducation et système de santé

Bandjoun a connu un développement constant des infrastructures scolaires et sanitaires. L'éducation est une priorité de la population de Bandjoun. La quasi-totalité des adolescents vont à l'école. Les écoles secondaires ont commencé à ouvrir leurs portes dès les années 1940 alors que les premiers hôpitaux ont été installés depuis les années 1950 (Kuate Defo, 1998a). À ce jour, près d'une dizaine d'écoles secondaires, de collèges et d'écoles d'enseignements postsecondaires assurent la formation des jeunes, et une douzaine d'hôpitaux, de centres de santé et de cliniques, ainsi que près de 20 cases de santé offrent des services de santé aux populations. Le tableau I.1 donne la population dans chaque district sociosanitaire en 1996, le nombre de ménages, la répartition de la population par groupe d'âge, les écoles et les structures de santé avec leur date de création.

En tenant compte de la présence des établissements scolaires qui étaient des portes d'entrée pour les activités et des centres de soins (centres de santé et hôpitaux) qui fournissaient des personnels compétents et servaient de centres de référence, nous avons proposé dans la figure 1.4, la classification des 12 districts sociosanitaires selon la couverture en système scolaire et de soins. Ce qui correspond également à la couverture du Programme CAREH. Les districts sociosanitaires à couverture faible, n'avaient ni école, ni centre de soins (Djiomgho, SeDembom, Famleng, Ha'a, Bagang Fodji). Les districts sociosanitaires à couverture moyenne n'avaient pas d'école mais avaient au moins un centre de soins (Demdeng et Tsesse). Enfin, les districts sociosanitaires à couverture élevée avaient à la fois des écoles et centres de soins (Pete, Dja'a, Yom, Famla II et Tsela). En plus, ces derniers avaient été le cadre des activités pilotes.

Tableau I. 1 : Présentation des populations par groupes d'âge, des infrastructures scolaires et sanitaires dans les différents districts sociosanitaires de Bandjoun

<i>Districts sociosanitaires</i>	<i>Nombre ménages</i>	<i>Population totale</i>	<i>0 à 9 ans</i>	<i>10 à 14 ans</i>	<i>15 à 19 ans</i>	<i>20 à 49 ans</i>	<i>50 ans et plus</i>	<i>Établissements scolaires</i>	<i>Structures sanitaires</i>
Dja'a	1 248	9 974	3 399	1 614	1 142	2 060	1 757	- Collège Polyvalent Fotso Victor : 1987 (transformé en Institut Universitaire de Technologie en 1992)	- Hôpital départemental de Dja : 1991 (précédemment Hôpital d'Arrondissement depuis 1976)
Demdeng	1 032	7 996	3 128	1 401	685	1 501	1 250	----	- Centre de Santé de Demdeng (devenu hôpital) : 1991 - Dispensaire Ad Lucem de Semto : 1980
Sedembom	190	1 194	418	187	111	264	214	----	---
Yom	1 085	7 756	2 508	1 179	847	1 784	1 195	- Collège Elie Alegret de Mbo : 1946 - Lycée Bilingue de Yom en 1998 (précédemment CES de Yom depuis 1992)	- Hôpital Protestant de Mbo : vers les années 1950

Tableau I.1 : Présentation des populations par groupes d'âge, des infrastructures scolaires et sanitaires dans les différents districts sociosanitaires de Bandjoun (suite)

<i>Districts sociosanitaires</i>	<i>Nombre ménages</i>	<i>Population totale</i>	<i>0 à 9 ans</i>	<i>10 à 14 ans</i>	<i>15 à 19 ans</i>	<i>20 à 49 ans</i>	<i>50 ans et plus</i>	<i>Établissements scolaires</i>	<i>Structures sanitaires</i>
Djomgbo	676	5 156	1 736	901	647	1 017	855	----	---
Pete	823	4 769	1 483	780	773	1 230	491	- Collège Saint Joseph : 1973 - CETIC de Bandjoun : 1992 - Lycée de Bandjoun : 1991 (CEG créé en 1975, précédemment CES depuis 1977)	- Hôpital Ad Lucem de Pete : 1957 - Hôpital d'arrondissement de Poumougne 1991 (précédemment Centre de Santé développé de Yom depuis 1978)
Famla II	548	2 951	1 132	476	260	669	623	- Collège d'Enseignement Secondaire (CES) de Fatum : 1992 (érigé en lycée depuis 2002)	- Centre de Santé de Famla II : 1978
Haa	848	6 658	2 602	1 143	676	1 291	945	---	---

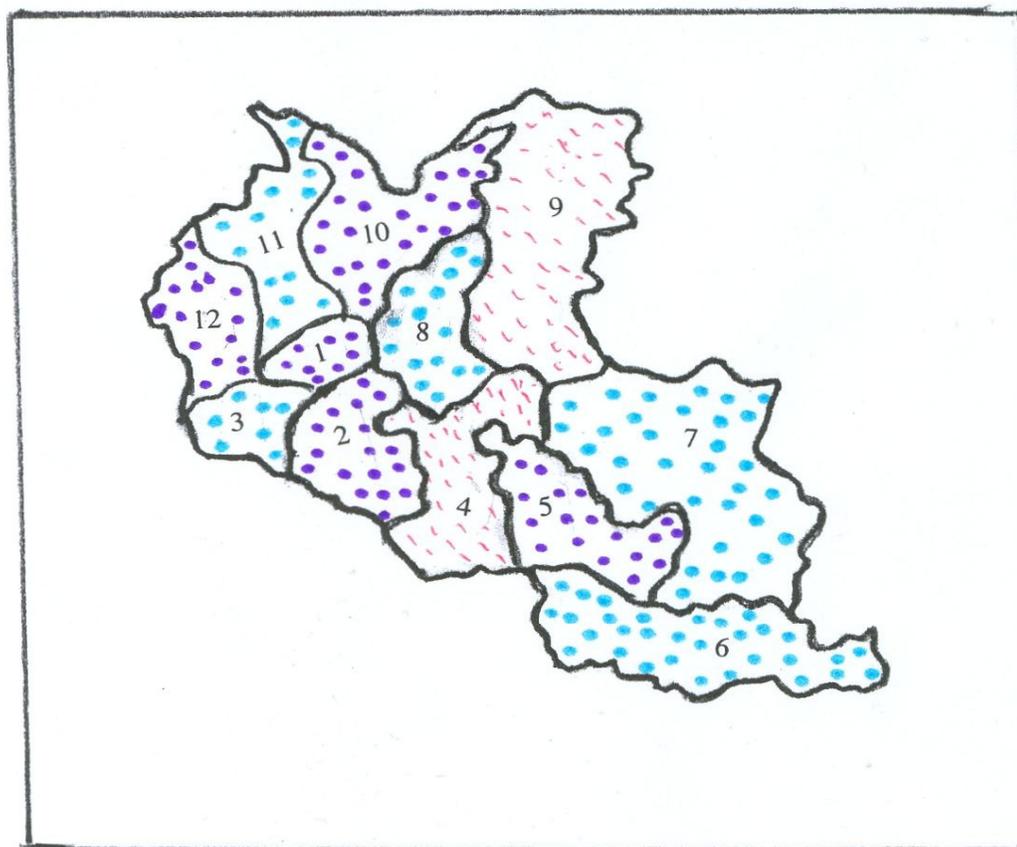
Tableau I.1 : Présentation des populations par groupes d'âge, des infrastructures scolaires et sanitaires dans les différents districts sociosanitaires de Bandjoun (suite et fin)

<i>Districts sociosanitaires</i>	<i>Nombre ménages</i>	<i>Population totale</i>	<i>0 à 9 ans</i>	<i>10 à 14 ans</i>	<i>15 à 19 ans</i>	<i>20 à 49 ans</i>	<i>50 ans et plus</i>	<i>Établissements scolaires</i>	<i>Structures sanitaires</i>
Famleng	529	3 537	1 159	605	410	743	619	---	---
Tsesse	632	5 075	2 099	885	433	1 039	628	---	- Centre de Santé de Tsesse : 1983 - Case de santé de Toba : 1982
Bagang Fodji	289	1 275	440	155	83	337	260	---	---
Tsela	501	3 829	1 338	669	461	762	599	CES de Tsela : 1998	- Centre de Santé de Tsela : 1982

Sources : 1 - (Kuate Defo, 1999a) Enquête sur Vie Familiale, Sexualité et Santé de la Reproduction au Cameroun (EFSR). Collecte et exploitation des données. EFSR-FRHS Working Paper Series No 3 pp. 1 - 44). Montréal, Canada: PRONUSTIC, Département Démographie, Université de Montréal.

2 - Kuate Defo, B. et Lepage, Y. (1997). Enquête sur Vie Familiale, Sexualité et Santé de la Reproduction au Cameroun (EFSR). Méthodologie de sondage. Working Paper Series No 2 pp. 1 - 32). Montréal, Canada: PRONUSTIC, Département Démographie, Université de Montréal.

Figure 1. 4 : Couverture du Programme CAREH dans les 12 districts sociosanitaires



Districts sociosanitaires

1 - Pete	7 - SeDembom
2 - Dja'a	8 - Ha'a
3 - Djjomgho	9 - Tsesse
4 - Demdeng	10 - Yom
5 - Famla II	11 - Famleng
6 - Bagang Fodji	12 - Tsela

Couverture

	Couverture faible
	Couverture moyenne
	Couverture élevée

1.4 Description de quelques indicateurs de santé au Cameroun et dans la province de l'Ouest

Les résultats des études présentées pendant le séminaire d'évaluation des problèmes de santé des jeunes organisé par le Programme CAREH en 1996 ont permis de faire un véritable diagnostic. Ces recherches sont compilées dans le livre sur la sexualité et la santé reproductive durant l'adolescence en Afrique avec une attention particulière sur le Cameroun sous la direction du professeur Barthélemy Kuate Defo (1998g). Il a été constaté qu'il y avait une relation consistante entre la ménarchie et le mariage précoce et les proportions les plus élevées de mariages précoces se retrouvaient à Yaoundé et Douala (Kuate Defo, 1998i). Le risque d'entrée en sexualité à l'adolescence est plus élevé dans les cohortes plus âgées (Kuate Defo, 1998c). Dans dix groupes de discussion parmi les jeunes universitaires, seulement 10% étaient encore vierges et la majorité des filles estiment que le premier rapport sexuel pourrait avoir lieu à partir de 8 ans ou deux années après la puberté (Savage, 1998i). Pour Kouinche (1998) la virginité est un caractère désiré à Bandjoun mais la jeune fille est bien acceptée même si elle n'est pas vierge. Par ailleurs, l'auteur soutient que contrairement à certaines provinces comme à Adamaoua où la virginité de la jeune fille est vérifiée au mariage, à Bandjoun, il n'y a pas de telle coutume. Calves (1998), trouve que parmi les adolescents à Yaoundé, 30% des filles 29% des garçons ont échangé des faveurs sexuelles pour l'argent ou des cadeaux et les principales causes de l'initiation sexuelle sont l'amour, la commodité et l'expérience. En plus, les adolescents qui sont socialisés par leurs parents en modèle traditionnel peuvent ne pas résister à la modernité quant au choix d'entrée en sexualité et le choix du partenaire (Songué, 1998).

Dans une étude Kuptue (1998) trouve que 18% de 200 élèves avaient déjà contracté une IST. Leke (1998b), trouve que sur 328 cas d'avortement rétrospectifs récapitulés 34,5% étaient provoqués, tandis que sur les 338 cas prospectifs 31,4% étaient provoqués. Cependant, un accroissement significatif de l'utilisation de la

contraception a été reconnue (Kuate Defo, 1998d). Il a été déclaré que la légalisation de l'avortement est en discussion pour faire face aux échecs de l'utilisation de la contraception (Nasha, 1998).

Par ailleurs, dans l'intérêt de la présente évaluation, les données des enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 1998 et de 2004 ont permis de dresser un portrait national des indicateurs de santé au Cameroun. Ainsi, les indicateurs de santé reproductive dans la province de l'Ouest permettront d'avoir une idée sur la situation de Bandjoun. Toutefois, le rapport EDS-1998 traite indistinctement les indicateurs des provinces de l'Ouest et du Littoral.

Le tableau I.2 montre globalement que les différents indicateurs se sont nettement améliorés d'après les enquêtes démographiques et de santé de 1998 et de 2004, tant au niveau national qu'au niveau de la province de l'Ouest. L'indice synthétique de fécondité est en légère diminution bien que celui de la province de l'ouest reste élevé (6 enfants par femme). L'âge médian déclaré pour le premier rapport sexuel chez les filles et les garçons a tendance à augmenter pour l'ensemble du pays, tandis que chez les garçons à l'Ouest, il y a une légère diminution. Contrairement à ce qui est observé dans la littérature, l'âge médian à la première union a tendance à diminuer tant chez les filles que chez les garçons au niveau national et dans la province de l'Ouest.

La connaissance d'au moins une méthode contraceptive moderne chez les femmes est en augmentation tant au niveau national qu'au niveau de la province de l'Ouest. Toutefois, les connaissances restent plus élevées dans la province de l'Ouest par rapport au niveau national. Au Cameroun, la connaissance que la période féconde est au milieu du cycle menstruel chez une femme a légèrement augmenté en passant de 33,1% à 33,7% entre 1998 et 2004. Globalement, l'utilisation de la contraception moderne est faible chez les femmes de 15 à 29 ans non mariées mais sexuellement

actives passant de 7% à 13% au Cameroun mais un accroissement de l'utilisation est noté tant au niveau national qu'au niveau de la province de l'Ouest. Cette utilisation en 2004 est plus élevée chez les femmes de la province de l'Ouest par rapport à la moyenne nationale. Toutefois, en 1998 l'utilisation de la contraception moderne chez les hommes était plus élevée au niveau national que dans la province de l'Ouest (13% contre 5%).

Tableau I. 2 : Présentation de quelques indicateurs de la santé des jeunes au Cameroun et dans la province de l'ouest entre 1998 et 2004

<i>Indicateurs de la santé</i>	<i>Cameroun</i>		<i>Province de l'Ouest</i>	
	1998	2004	1998	2004
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	5,2	5,0	6,2	6,0
Age médian d'entrée en sexualité des garçons (25 à 29 ans) (années)	17,6	17,9	17,7	17,5
Age médian d'entrée en sexualité des filles (20 à 24 ans) (années)	16,3	16,7	15,7	16,8
Age à la première union (femmes de 20 à 24 ans) (années)	18,6	18,3	19,2	16,9
Age à la première union (hommes de 25 à 29 ans) (années)	24,6	24,3	24,4	21,4
Connaissance que la période de fécondité est au milieu du cycle (%)	33,7	33,1		
Connaissance d'une méthode de contraception moderne (%)	76,5	88,2	91,7	97,8
Utilisation de la contraception moderne chez les femmes pas en union mais sexuellement actives (15 à 29 ans) (%)	7,1	12,5	1,8	16,3
Utilisation actuelle de la contraception moderne chez les hommes (%)	13,1		4,9	

Les connaissances sur les infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH/sida sont en amélioration et très satisfaisantes dans la population générale et en particulier chez les jeunes. L'Enquête Démographique et de Santé du Cameroun (1998) montre que les connaissances des IST sont plus élevées chez les hommes que les femmes (93% contre 78%), mais la prévalence des IST était plus élevée chez hommes que les femmes (10% contre 2%). En 2004, l'Enquête Démographique et de Santé du Cameroun avait un volet spécialement consacré au VIH/sida et a permis de montrer que les connaissances sur le sida sont presque universelles avec 98% et 99% respectivement chez les filles et les garçons. Soixante quatre pourcent des filles et 73,0% des garçons avaient une connaissance des méthodes de prévention du VIH, tandis que seulement, 27,4% des filles et 34,5% des garçons avaient une compréhension correcte des connaissances sur la prévention du sida. Les croyances négatives sur le sida étaient fréquentes chez 34,8% des filles et 42,4% des garçons. Le condom est cité comme un moyen de prévention du sida par 69% à 71% de jeunes filles et garçons. L'utilisation du condom est en progression, elle est passée de 16,4% chez les filles en 1998 à 46,5% en 2004, tandis qu'elle est passée de 31,4% à 57,4% chez les garçons dans la même période.

Au Cameroun, l'épidémie du VIH, qui était en croissance vertigineuse dans les années 1990, commence à décroître progressivement bien que la prévalence de base était une estimation clinique et les autres, des prévalences des enquêtes démographiques et de santé. D'une prévalence de 0,5% en 1987, elle est passée à 11,8% en 2001 pour baisser à 7%, 5,5% et 5,4% en 2003, 2004 et 2005 respectivement (ONUSIDA/OMS, 2007). Dans l'Enquête Démographique et de Santé de 2004, 5,5% des sujets âgés de 15 à 49 ans au Cameroun étaient séropositifs, dont 6,8% chez les femmes et 4,1% chez les hommes, soit un ratio de 1,7 femmes par homme (Mosoko et Affana, 2005). Ces auteurs reconnaissent que la prévalence augmente chez les jeunes filles de 2,2% entre 15 à 19 ans pour atteindre 10,3% entre

25 à 29 ans, tandis que chez les hommes d'une prévalence de 0,6% entre 15 à 19 ans, le seuil de 8,6% n'est atteint qu'entre 35 à 39 ans.

Selon l'EDS de 2004, la province de l'Ouest a une des plus faibles prévalences de VIH (4,7%) (Mosoko et Affana, 2005). Les femmes présentent les prévalences les plus élevées avec 11,9% dans la région de Nord-Ouest et 11,0% dans la région du Sud-Ouest, tandis que les hommes présentent dans ces régions respectives 5,2% et 4,5%. Globalement, chez les jeunes de 15 à 24 ans, la prévalence est de 1,4% chez les garçons contre 4,8% chez les filles.

Conclusion

Le gouvernement camerounais a souscrit à toutes les conventions internationales pouvant mener à l'amélioration de la santé des populations. Il a mis en place les politiques et programmes nécessaires en vue de soutenir les réformes du système de santé et des soins. Contrairement aux indicateurs de santé des adolescents et jeunes qui montrent un décalage entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge du premier mariage à travers le monde (Bozon, 2003), au Cameroun, il y a plutôt une tendance au rétrécissement. Une utilisation peu satisfaisante de la contraception moderne est observée (13%). La prévalence du VIH de 5,4 pour l'ensemble du pays avec des jeunes très touchés reste encore un défi. C'est pourquoi la santé des adolescents et des jeunes occupe une place primordiale dans le programme sectoriel de la santé à travers les programmes de santé de la reproduction et de la promotion de la santé.

Il est à noter que les indicateurs de santé se sont améliorés entre 1998 et 2004. L'âge médian au premier rapport sexuel a légèrement augmenté chez les filles et les garçons. Les connaissances sur la contraception et les IST/VIH/sida ont aussi augmentées, ainsi que l'utilisation de la contraception moderne, particulièrement celle du condom. Dans l'ensemble du pays, l'épidémie du VIH/sida est en régression.

Plusieurs facteurs ont motivé ce choix de Bandjoun pour la mise en place des premières activités. Premièrement, les densités des populations y sont très élevées, ce qui pourrait être à l'origine des problèmes de santé. Deuxièmement, il n'existe pas dans cette préfecture de programme de santé reproductive visant les adolescents et jeunes. Enfin, bien que la prévalence du VIH/sida soit actuellement faible dans la préfecture de Bandjoun, elle partage ses frontières avec deux régions dont la prévalence du VIH/sida est élevée (la région du Nord-Ouest et la région du Sud-Ouest) (Mosoko et Affana, 2005). Dans ce sens, maintenir une prévalence faible dans cette préfecture demeure un vrai défi. En plus, Bandjoun est la ville charnière des routes nationales 3 et 4 entre les régions du centre et du

littoral et celles de l'Ouest; et les recherches antérieures indiquent qu'une circulation routière intense peut constituer un facteur d'exposition au VIH/sida dans la population, et chez les adolescents et les jeunes en particulier (Witte et al., 1998). Enfin, la grande concentration d'une population très migrante est un facteur non négligeable pour les risques de santé (Lydié et Robinson, 1998).

Les activités du Programme CAREH ont été favorisées par la couverture de dix districts sociosanitaires sur les douze en établissements scolaires et de huit districts en centres de soins (centres de santé ou hôpital). La classification des districts sociosanitaires selon la couverture Programme nous a permis de remarquer que parmi les cinq districts sociosanitaires ayant une couverture élevée seul le district de Famla II est semi rural les autres étant plus urbains.

CHAPITRE II

PRÉSENTATION DU PROGRAMME CAREH

Introduction

Ce chapitre présente le programme CAREH et son contexte d'implantation. Bien que l'ambition de la présente recherche n'est pas l'évaluation organisationnelle (organisation, personnel et moyens logistiques), mais une connaissance parfaite de ces éléments est un gage certain à la compréhension des éléments du succès ou de l'échec. Les objectifs du programme, ses activités et ses structures de mise en œuvre sont autant d'éléments qui peuvent orienter les résultats attendus. Aussi, ce chapitre offre une description détaillée du cadre théorique du programme, ses stratégies, activités et structures de mise en œuvre, ses mécanismes de gestion et de fonctionnement, ainsi que ses différents partenaires.

2.1 Théories de l'intervention du Programme CAREH

Selon Lipsey et Cordray (2000), les théories d'une intervention sont la représentation anticipée de l'amélioration attendue de la condition sociale. Le résultat du programme est, quant à lui, l'articulation entre les activités et théories qui ont guidé l'élaboration du programme. Ces théories doivent prendre en considération, la formulation du problème, les objectifs d'intervention, les activités à mettre en place et les résultats attendus. Pour ce faire, le Programme CAREH a identifié trois problèmes de la santé des jeunes sur lesquels il souhaiterait intervenir, à savoir : l'entrée précoce en sexualité, la faible utilisation de la contraception moderne et celle du condom.

Plusieurs théories ont été utilisées dans le cadre du Programme. Il s'agit entre autres : (i) du Health Belief Model (HBM), (ii) de la Théorie de la Socialisation, (iii) du AIDS Risk Reduction Model (ARRM) (le Modèle de la Réduction du Risque), et (iv) de la Théorie de Changement d'Étape de Prochaska.

Le Health Belief Model. Développé initialement par Hochbaum, Rosenstock et Leventhal dans les années 1950 (Rosenstock, 1974), ce modèle prend en compte le sentiment de vulnérabilité, de menace (vulnérabilité au risque et à la gravité des conséquences) et le rapport des avantages – inconvénients (ou coûts – bénéfiques) entre le comportement préventif et le risque (Drayton et al., 2003; Katatsky, 1977). Ce modèle serait efficace dans la prédiction des comportements

de santé (Becker, 1974). Kirscht (1974) reconnaît que la force du HBM est son applicabilité à une grande variété de problèmes de santé.

La Théorie de Socialisation. Elle fait recours au processus d'encadrement et d'intégration sociale des jeunes. La socialisation est un processus d'apprentissage qui permet à un individu d'acquérir les modèles culturels de la société dans laquelle il vit, à travers l'apprentissage des règles et des normes qui régissent les comportements. Cette socialisation est à la fois le résultat d'une contrainte imposée par certains agents sociaux, mais aussi et surtout d'une interaction entre l'individu et son environnement. Par exemple, le contrôle parental est un facteur déterminant qui influence le report du premier rapport sexuel (Singh et al., 2000; Whitaker et al., 2000). De même, l'influence de la socialisation par la communication parent-enfant et leurs relations sont largement documentées dans la littérature depuis Fox (1980). Le Comité National de Recherche et l'Institut de Médecine (2005b), reconnaissent plusieurs changements dans l'écologie de la santé de jeunes dans les pays en développement. C'est pourquoi ils reconnaissent que les jeunes sont influencés, d'une part, par les normes traditionnelles et les valeurs qui leurs sont transmises par leurs parents, familles, enseignants et membres de la communauté, et d'autre part, par l'apparition des nouvelles croyances, idées et idéologies liées à l'âge moderne dans lequel il vivent.

Le Modèle de la Réduction du Risque du SIDA (ARRM). Il a été développé en 1990 par Catania et collègues en utilisant les construits du HBM, de la Théorie d'Action Raisonnée, de la Théorie du Comportement Planifié, de la Théorie Cognitive Sociale et de la Théorie de Diffusion de l'Innovation (Catania et al., 1990). C'est un modèle utilisé pour la compréhension du comportement à risque, en particulier chez les utilisateurs de drogues, les homosexuels, mais aussi chez les jeunes. Trois étapes sont importantes dans l'ARRM pour la prévention : (i) la perception du problème, c'est à dire la connaissance des comportements à risque comme étant problématiques, par exemple, être sexuellement actif et ne pas utiliser le condom ; (ii) l'engagement, c'est-à-dire la prise de décision pour le changement de comportements à risque ; et (iii) la prise d'action ou la recherche de solution pour la réduction des activités risquées. Cette dernière étape

comprend la recherche de l'information, l'obtention de remèdes et la mise en place de solution.

Théorie des étapes du Changement de Comportement de Prochaska ou Trans-théorique. Elle a été développée par Prochaska et Diclemente (1983) pour l'abandon du tabagisme mais s'est avérée efficace dans les études de changement de comportements. Selon cette théorie, les individus passent par cinq étapes successives dans le processus de changement de comportement :

- (i) la pré-contemplation : l'individu n'est pas prêt à prendre une action dans les six mois à venir ;
- (ii) la contemplation : l'individu a l'intention de prendre une action dans les six mois ;
- (iii) la préparation à l'action : l'individu est prêt à prendre une action dans les 30 jours ;
- (iv) la prise d'action : l'individu opère un changement de comportement qui dure moins de six mois ; et
- (v) le maintien de l'action de changement : le changement de comportement persiste depuis plus de six mois.

Application de ces théories par le Programme CAREH

Le Programme en vue d'atteindre les changements de comportement pour une meilleure santé chez les jeunes, a mis en place des activités de formation. Il a estimé que la connaissance correcte sur les sujets de santé comme le soutient le Health Belief Modèle permet de prendre des décisions réfléchies chez les adolescents et les jeunes. En ce qui concerne le report du premier rapport sexuel, cette théorie suppose que la connaissance des inconvénients associés aux rapports sexuels, notamment les IST/VIH/sida et les grossesses précoces, sont indispensables pour aider les jeunes à décider d'avoir un premier rapport sexuel plus tard. Pour l'utilisation de la contraception moderne, la connaissance des différentes méthodes contraceptives, des circonstances de risques de grossesses, la communication avec les parents sur ses avantages sont des conditions nécessaires d'une plus grande utilisation contraceptive chez les jeunes. Pour la prévention des IST/VIH/sida, la théorie considère qu'une meilleure connaissance de ces infections dans leur transmission et moyens de protection permet de

prendre la décision pour un comportement préventif qui est l'utilisation du condom.

Quant à la socialisation, le Programme a pris en compte l'environnement familial des jeunes. C'est ainsi que des discussions étaient organisées avec les enfants et leurs parents dans les différentes familles. Les jeunes étaient également pris en compte dans leurs lieux de culte dans les différentes églises, leurs écoles et leurs lieux de loisirs (foyers communautaires et aires de jeux). Dans les différentes formations organisées par le Programme CAREH, les parents et enfants ont été encouragés à discuter souvent de divers sujets comme l'éducation sexuelle, la puberté, la prévention de grossesses et des IST/VIH, ainsi que l'utilisation de l'alcool et de la drogue.

L'intervention du Programme CAREH à travers le Modèle de la Réduction du Risque du sida souhaite amener les jeunes de la première à la troisième étape pour la compréhension de leurs comportements risqués. Le Programme s'assure que les jeunes ont plusieurs choix : s'abstenir ou commencer la vie sexuelle. Dans ce dernier cas, le programme vise à augmenter leurs connaissances sur les risques associés aux rapports sexuels et enfin, les équiper pour qu'ils prennent les décisions responsables pour se protéger. Les formations offertes par le Programme CAREH abordent les modes de transmission et les moyens de prévention du VIH/sida, en plus de leur donner les informations nécessaires sur les lieux de vente du condom et les encourager à consulter les personnels de santé en cas d'infections sexuellement transmissibles.

Enfin, des sondages sont faits au cours des formations pour la prise en compte de la Théorie des étapes du Changement de Comportement de Prochaska pour tous les problèmes de santé des jeunes. Les formateurs s'assurent des changements progressifs des jeunes par des questionnaires qu'ils remplissent au cours des formations successives comportant des questions sur leur degré de satisfaction, leurs changements de connaissances, d'attitude et de comportements depuis la participation aux activités du Programme. Ainsi, le Programme CAREH vise à créer des comportements durables jusqu'au maintien de l'action préventive comme l'utilisation consistante du condom.

À la lumière des problèmes identifiés et sur la base du cadre théorique présenté, le programme CAREH s'est fixé des objectifs d'intervention.

2.2 Objectifs du Programme d'intervention

2.2.1 Objectif général

Le Programme CAREH vise à promouvoir la santé en général et celle des adolescents et jeunes en particulier. Basée sur les résultats de la recherche documentaire, l'intervention avait pour objectif de tester un modèle de promotion de la santé publique avec un accent particulier sur la santé reproductive chez les jeunes à Bandjoun. L'intervention a développé et disséminé des informations de qualité, des matériels de communication dans le but de réduire les incidences et prévalences des problèmes de sexualité et de la santé de la reproduction particulièrement chez les adolescents et jeunes, filles et garçons (Kuate Defo, 1999).

Pour atteindre cet objectif, les activités suivantes ont été programmées :

- (i) le développement d'une stratégie d'éducation en sexualité et santé reproductive culturellement acceptable à Bandjoun ;
- (ii) la promotion de la fonctionnalité, de la connaissance et de l'efficacité des structures existantes pour l'éducation et la santé des jeunes ;
- (iii) la formation et mise à niveau des formateurs et utilisateurs de l'éducation en sexualité et santé de la reproduction et des cadres du Programme CAREH ; et
- (iv) la prestation d'un nombre limité de services aux jeunes dans les structures existantes à Bandjoun (publiques ou privées, traditionnelles ou modernes, communautaires ou hospitalières, en milieu scolaire ou extrascolaire).

2.2.2 Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques suivants ont été fixés et restent les éléments sur lesquels les activités d'intervention seront évaluées (Kuate Defo, 1999). Ce sont :

1. augmenter la sensibilisation du personnel des structures dans les 12 districts sociosanitaires de Bandjoun sur les services de santé en général et la santé de la reproduction des jeunes en particulier ;
2. assurer que les formateurs sur la sexualité et santé de la reproduction sont adéquatement formés, y compris une formation à l'approche genre, ils doivent être dotés d'une stratégie efficace de communication avec les jeunes et leur formation continue devra être assurée en matière de sexualité et santé de la reproduction ;
3. assurer que les jeunes ont l'éducation adéquate en matière de sexualité et santé reproductive dans les structures existantes à Bandjoun, qu'elles soient à base communautaire ou au niveau des formations scolaires ou sanitaires ;
4. promouvoir une bonne communication entre les adolescents et leurs parents dans le domaine de la sexualité et santé de la reproduction, à travers des réunions de village, une conversation d'éducation avec les parents analphabètes et encourager les activités de jeux de rôle visant la promotion de la communication adolescents – parents ;
5. fournir des informations à jour et des méthodes contraceptives limitées aux jeunes dans les différentes structures de Bandjoun ;
6. assurer le suivi de la sensibilisation et des perceptions sur les activités d'intervention ainsi que les différents obstacles à l'accessibilité, l'utilisation des services, à l'éducation sexuelle et en santé de la reproduction des jeunes ;
7. évaluer les performances générales, l'efficacité et l'impact des différentes activités d'intervention ; et
8. développer des mécanismes de pérennisation des activités d'intervention.

Les objectifs 3, 4, 5 et 7 feront l'objet de la présente évaluation.

2.3 Stratégies de mise en œuvre des activités et principales réalisations

La mise en place d'une intervention en faveur des jeunes doit faire l'objet d'une planification rigoureuse. L'importance du cadre théorique dans la mise en place des interventions est bien connue. Selon Wingood et DiClemente (1999), en l'absence de fondements théoriques, les programmes d'intervention insistent

parfois sur des facteurs qui ne sont pas les plus importants ou les seuls déterminants du changement de comportement. Fishbein et collègues (1994), estimaient qu'une raison fondamentale de l'échec des programmes d'intervention est la non prise en compte des croyances appropriées dans le contexte.

Les activités ont été mises en œuvre en deux phases, la phase de pré-intervention (Phase I de POSE) et la phase d'intervention (Phase II de POSE ou de mise en œuvre du Programme CAREH).

2.3.1 Principales activités de la période de pré-intervention (1995 – juin 2000)

Dans la phase I du POSE dite de pré -intervention, qui sur le terrain a commencé en 1995 et a pris fin en juin 2000. Pendant cette période, des visites de terrain ont eu lieu afin de faire un plaidoyer sur l'acceptation de l'installation d'un programme d'intervention pour la santé des jeunes auprès des autorités administratives, coutumières et religieuses à tous les niveaux ainsi qu'auprès des associations de jeunes. Ainsi, la connaissance culturelle et de l'environnement socioéconomique a permis aux planificateurs de choisir les activités les plus pertinentes comme la sensibilisation sur la santé dans les milieux de culte et les écoles.

Dans cette phase, en plus de la recherche documentaire, il a été organisé un séminaire national sur la santé des adolescents et des jeunes pour discuter de cette problématique afin de faire un véritable diagnostic et d'adopter des stratégies efficaces pour tous les intervenants au Cameroun. Cette conférence nationale a connu la participation de tous les acteurs en santé des jeunes (Voir la liste des 42 associations culturelles, sectorielles de jeunes présentes à ce séminaire et quelques documents officiels de l'intervention à l'Annexe A). À la clôture de ce séminaire, un véritable diagnostic a été élaboré sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes au Cameroun, à partir duquel les indicateurs ont été présentés dans le contexte de la présente étude.

Ensuite, une Enquête sur la Famille et la Santé au Cameroun (EFSC) a été faite entre Décembre 1996 et Mars 1997 afin de collecter les données de base. Pour plus d'information sur cette enquête, il faut se référer aux différents Working Papers sur le contexte de Bandjoun, les comportements sexuels en référence à la population adolescente, la grossesse des adolescents, la contraception et les infections sexuellement transmises, l'emploi du temps des adolescents et les services de santé (Kuate Defo, 1998h, 1999e, 1999f, 1999h; Kuate Defo et al., 1999g; Kuate Defo et Leke, 1997).

À partir des résultats de cette phase, le document du programme d'intervention a été élaboré. Le projet d'intervention CAREH a suivi toutes les étapes depuis la planification des activités, la soumission et l'approbation du projet par les comités d'éthiques de l'Université de Montréal et du Cameroun (CAREH, 1999). Enfin, les dernières missions de plaidoyer, de sensibilisation des autorités administratives, coutumières et religieuses à Bandjoun ont été faites afin de leur présenter le Programme. C'est ainsi que la deuxième phase a été mise en œuvre.

Globalement, toutes les stratégies citées par Aggleton et Rivers (1999), dans le cadre de la mise en œuvre d'une intervention pour les adolescents et jeunes ont été prises en compte par le Programme CAREH. Il s'agit de la reconnaissance de la diversité des jeunes et de leurs besoins, leur participation à toutes les phases, la prise en compte de l'approche genre et la stratification par groupes d'âge, ainsi que la promotion des structures impliquées dans la santé reproductive des jeunes (CAREH, 1999). L'approche participative des jeunes et de l'ensemble de la population a été retenue à toutes les étapes, depuis la planification, la mise en œuvre, le monitoring, l'évaluation et la dissémination des différents résultats. Ainsi, un partenariat solide a été construit entre les jeunes filles et garçons et le Programme ; entre la communauté, la société civile, les administrations traditionnelles et religieuses ainsi que le système de santé et les établissements scolaires et le programme d'intervention.

2.3.2 Principales activités de l'intervention

Dans la phase II du POSE, cette phase marque la mise en place du Programme CAREH depuis juillet 2000. De juillet 2000 à juin 2001, c'était la période des activités pilotes dans les différents districts sociosanitaires dits à couverture élevée (Pete, Dja'a, Yom, Famla II et Tsela) (CAREH, 2002). Puis, la deuxième phase d'intervention proprement dite de juillet 2001 à juin 2002. C'est sur ces deux années (juillet 2000 à juin 2002) que porte la présente évaluation bien que l'intervention continue jusqu'à aujourd'hui.

a) Première phase d'intervention pilote (juillet 2000 à juin 2001)

Des séances de sensibilisation et formation étaient organisées en vue de tester les différentes stratégies à mettre en place. Cette période a connu donc le test de toutes les activités et stratégies d'information d'éducation et de communication (IEC) dans les communautés, les écoles ainsi qu'à travers les activités religieuses, sportives et culturelles. Puis, des corrections ont été apportées aux différentes stratégies selon les remarques et suggestions reçues des bénéficiaires des services : adolescents et jeunes, parents, leaders religieux, coutumiers et administratifs, afin d'améliorer les futures séances. C'est dans cette phase pilote également que les cadres du Programme ont été formés. Enfin, le programme a élaboré quatorze volumes de formation en santé de la reproduction des jeunes (sept volumes pour les formateurs et sept volumes pour les élèves) qui ont été utilisés à différents âges (Kuate Defo, 2001).

Le premier livre est intitulé : «Comment allez-vous?». Il vise à aider les adolescents de 10 à 14 ans à faire un bilan de leur état de santé. Il permet de répondre à quelques interrogations sur la santé, à savoir : ce qu'il faut manger, l'hygiène corporelle, les exercices, l'alcool et le tabac. Donc, ce livre présente les concepts clefs de la nutrition et de l'hygiène, donne quelques astuces simples pour bien manger dans le contexte de Bandjoun afin de se maintenir en bonne santé. Il informe également sur les dangers de deux fléaux majeurs (l'alcool et le tabac). En particulier, ce livre présente l'effet que l'alcool peut avoir sur l'entrée en sexualité quand on n'est pas bien préparé. C'est pourquoi, l'effet de la consommation d'alcool sur l'entrée en sexualité est examiné dans ce travail.

Le deuxième livre : «Ma vie reproductive? Je suis serein(e) !». Il est spécialement conçu pour les adolescents de 10 à 14 ans. Il aide à faire le point sur les changements physiologiques et psychologiques qui surviennent à la puberté. Il éduque également les adolescents par rapport à la société qui les entoure en favorisant le dialogue et la compréhension des autres. Il traite des rituels d'initiation, de la puberté, des options personnelles, de l'éveil sexuel, de l'exploitation sexuelle et du harcèlement sexuel. Ce livre permet à l'adolescent de respecter les barrières de la société quant à l'entrée en sexualité. Il permet également de familiariser les adolescents à des concepts comme la pornographie, la prostitution, l'inceste, la pédophilie, le harcèlement sexuel, l'agression sexuelle et le viol. Pour évaluer la compréhension du contenu de ce livre la connaissance de la période féconde dans le cycle menstruel de la jeune fille sera explorée, ainsi que la perception des adolescents des inconvénients des rapports sexuels prémaritaux.

Le troisième livre : «Ma vie reproductive? Pas de problème !». Il est destiné aux jeunes de 15 ans et plus. Il permet d'approfondir et compléter les thèmes abordés dans l'ouvrage « Ma vie reproductive ? Je suis serein(e) ! ». Ce livre parle de la connaissance du corps humain, des difficultés à se connaître, de l'art de faire des rencontres. Il permet aux adolescents et jeunes de se donner le temps de se connaître, de se parler, de lever le voile sur les malentendus, de lever les peurs et les doutes qui pourraient faire obstacle à leur vie reproductive. Ainsi, dans ce livre, les adolescents et jeunes sont formés sur les changements anatomiques, physiologiques et psychologiques de la période pubertaire afin de les préparer à la transition pubertaire. Plusieurs questions étaient suggérées aux adolescents dans une relation sexuelle, entre autres : Est-ce que je suis prêt(e) à avoir des relations sexuelles ? Suis-je prêt(e) à en assumer les conséquences ? Pourquoi aurais-je une relation sexuelle avec cette personne ? Est-ce que j'en ai envie ? Les discussions sur ces différents thèmes en formation devraient permettre aux jeunes de faire des choix éclairés dans leur vie reproductive.

Le quatrième livre : «Les pressions? Je sais dire non». Il parle des pressions que peuvent subir un adolescent en matière de sexualité et éduque à résister contre

toute pression. Le contenu est basé sur les témoignages d'adolescents, de jeunes, des adultes, ainsi que des parents, acteurs ou victimes des pressions. Ce livre vise à développer des habiletés chez les jeunes en vue de promouvoir leur santé de la reproduction. Il est conçu pour encourager les jeunes à penser, à discuter et à mettre en pratique les informations qui les aideront à résister aux pressions de la société et de leurs pairs. Il offre de nombreuses mises en situation qui les préparent à affronter la période de vulnérabilité à l'adolescence et les aide à se prendre en charge. Ce livre permet d'amener les jeunes à comprendre les pressions de la société qui influencent leur comportement, de les aider à connaître leurs droits au sein des relations sociales et de les aider à remettre à plus tard leur premier rapport sexuel. Une série de questions évalue la capacité de résister à une pression pour avoir un rapport sexuel. Il s'agit de la capacité des adolescents à pouvoir résister aux pressions pour désir sexuel de quelqu'un qu'on connaît depuis peu ou plus de trois mois, de quelqu'un qui a donné des cadeaux, ou de quelqu'un qui paye les études, d'un professeur ou d'un employeur.

Le cinquième livre : «Un enfant? Oui, mais pas tout de suite!». Il traite de l'éventualité d'une grossesse à l'adolescence et de ses répercussions. Il amène à réfléchir sur les raisons et les conséquences d'une grossesse aux âges jeunes par des mises en situation. Ce livre traite de la grossesse des jeunes comme un grand risque, et les invite à réfléchir avant de s'y engager. Il présente des mises en situation des jeunes en cas de grossesse inattendue. Les adolescents et jeunes étaient sensibilisés au fait que la grossesse et la responsabilité d'un enfant changeraient leur vie par la difficulté de poursuivre leurs études et de gestion d'un enfant. Les questions sur la prévention de grossesses permettent d'apprécier l'apport de l'intervention dans ce cas.

Le sixième livre : «La contraception? Je m'informe!». Il permet aux jeunes de s'informer sur les méthodes contraceptives et de se donner les moyens d'en discuter. Il laisse une large place au dialogue entre les jeunes d'une part, et entre les partenaires sexuels d'autre part ; en plus de les aider à opérer leur choix. Il traite des questions importantes comme il était une fois la contraception, qui vous renseigne ? Il traite aussi de la connaissance des méthodes contraceptives, de la pilule du lendemain comme une contraception d'urgence. Il sensibilise sur

l'examen génital qui peut être embarrassant mais indispensable. Il présente également, le profil contraceptif des jeunes et démontre que la contraception est une décision à prendre entre partenaires. Ce livre présente toutes les méthodes contraceptives (avantages, inconvénients et taux de réussite). L'évaluation de son contenu sera appréciée à partir des connaissances en prévention des grossesses et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

Enfin, le septième livre : «Les Infections Sexuellement Transmissibles? Je les évite !». Il donne des informations détaillées aux jeunes sur les moyens de se protéger des infections sexuellement transmissibles (IST). Il traite des IST, des notions essentielles sur les IST/VIH/sida, l'historique du VIH et du sida au Cameroun. Des questions intéressantes y ont été débattues : Un condom avec cela ? Des maladies évitables, pourquoi est-il si difficile d'éliminer les IST ? Ainsi, les jeunes étaient sensibilisés sur leur responsabilité dans les notions de double risque et double protection. C'est-à-dire la prévention des grossesses non désirées et des IST dans une relation amoureuse. Toutes les IST y ont été présentées, avec une attention particulière sur leur fréquence, leur agent causal, leur mode de transmission, leurs signes et symptômes, leurs modes de dépistage, leurs complications et traitements. Enfin, la prévention des IST y compris le VIH/sida a été débattue dans ce volume. Au cours de l'enquête de 2002, les questions suivantes ont été formulées pour évaluer leurs connaissances : Quelles sont les IST dont vous avez entendu parler ? D'après vous comment peut-on contracter le virus du sida ? Quels sont les moyens de prévention des IST et du VIH/sida dont vous connaissez ?

b) Deuxième phase d'intervention proprement dite (juillet 2001 à juin 2002)

De juillet 2001 à juin 2002, les activités d'intervention proprement dites ont été menées (CAREH, 1999). Le programme a été lancé officiellement le 21 septembre 2001 par une cérémonie publique avec une grande couverture médiatique par tous les médias écrits et audiovisuels du Cameroun. Cette cérémonie officielle a regroupé à Bandjoun les autorités administratives à tous les niveaux, les responsables de l'éducation, de différentes institutions

internationales, des organisations non gouvernementales (ONG) et certains invités (CAREH, 2002). À la suite du lancement officiel, les activités d'intervention suivantes ont été réalisées :

- 1) Ouverture officielle du siège du Programme CAREH. Ce siège comprend en plus des bureaux d'administration du secrétariat exécutif et de la salle de conférence, une bibliothèque au service des jeunes. Cette bibliothèque est pour les jeunes une véritable source d'information, d'éducation et de sensibilisation par la documentation complète en santé de la reproduction, la fourniture de matériels audiovisuels sur la santé des adolescents et jeunes. Puis, l'ouverture du bureau de liaison du programme au niveau de Yaoundé qui est logé à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I. Le programme a aussi obtenu une voiture tout terrain et du matériel informatique et de bureautique suffisant pour son implantation.

- 2) La formation des formateurs sur les sept livres du Programme CAREH. Les formateurs comprenaient des bénévoles : des enseignants, des professionnels de santé, des jeunes pairs éducateurs membres d'association communautaire, des leaders coutumiers et confessionnels. Ainsi, des équipes ont été formées : 20 formateurs enseignants, 20 professionnels de santé, 50 jeunes pairs éducateurs venus de différentes associations et écoles, 25 leaders religieux et 24 leaders coutumiers dont deux par district sociosanitaire. Au cours de la formation, un accent particulier était accordé à la traduction de certains concepts en langue nationale en particulier en Bamiléké afin de permettre aux formateurs de donner les informations correctes aux jeunes qui ne savent pas lire le français. Puis, les activités sur le terrain ont débutés par des conférences-débats dans les différentes écoles primaires et secondaires, et dans les écoles postsecondaires. Des causeries éducatives ont été organisées avec la participation des parents, une ou deux fois au cours de la semaine, en soirée dans certaines familles. Ensuite, des sensibilisations étaient faites en journée, généralement la fin de semaine dans des marchés, églises et dans les centres communautaires. Enfin, un questionnaire était également

rempli par les jeunes visitant le siège du Programme CAREH afin d'évaluer leur intérêt pour le programme, leur satisfaction et leurs suggestions. Le formulaire ayant servi à la collecte de ces informations est à l'Annexe A.

- 3) La mise en œuvre et l'implantation des activités du Programme dans les établissements d'enseignement secondaire et professionnel étaient menées par le personnel de CAREH en collaboration avec les élèves formateurs, les chefs d'établissement et les Comités de Pilotage du Programme CAREH. Ce comité est composé d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire, d'un vice-secrétaire, d'un trésorier, d'un censeur, d'un chargé des relations extérieures, d'un chargé du Club Journal, et d'un chargé des affaires culturelles. Un minimum de fournitures de bureaux était mis à la disposition de chaque comité de pilotage (cahiers, rames de papiers, stylos à bille, la craie et les livres de formateur). Puis, la formation à l'aide des brochures de santé des jeunes a été intégrée dans le cursus des écoles comme une matière de formation générale.
- 4) Au niveau communautaire, les associations, les groupes organisés, les groupes artistiques et les foyers socioculturels ont été les principaux endroits ciblés pour atteindre les bénéficiaires du Programme CAREH que sont en priorité les adolescents et jeunes. Dans les différents rapports annuels d'activité du Programme, les formateurs livrent très souvent leur sentiment de satisfaction et étaient très engagés à partager leurs connaissances avec leurs camarades, frères et sœurs (CAREH, 2002). Mademoiselle X témoigne en ces termes : «J'ai été très contente de partager ma formation avec ma mère et ma sœur, ceci a encouragé ma sœur à joindre les activités du Programme».
- 5) Le programme a lancé dès le début de l'intervention son journal de la santé de la reproduction au service des jeunes (Gazette CAREH) comme carrefour d'échange entre les jeunes et les parents, les jeunes et la société. Des thèmes importants comme la sexualité des adolescents, la contraception, la prévention des IST et du VIH, la communication avec

les parents en santé de la reproduction ont été traités dans les différentes éditions.

- 6) Il est également organisé chaque année pendant les périodes des vacances scolaires, depuis le lancement du programme en 2001, des campagnes de deux semaines de sensibilisation et d'éducation à travers l'organisation d'activités sportives, de Kermesses ou d'activités artistiques. Au cours de ces activités, les pairs éducateurs portent des T-shirts avec un slogan de campagne, ils distribuent des pamphlets et il y a des phases de questions-réponses sur des sujets de santé avec des prix à gagner. Ces campagnes visent la population analphabète et instruite, les jeunes scolarisés et non scolarisés.
- 7) Le programme CAREH s'est impliqué dans des activités de bienfaisance afin de se faire connaître et d'aider les jeunes. C'est ainsi qu'il participe à la remise de prix aux meilleurs élèves et enseignants des écoles primaires et secondaires de Bandjoun. Aussi, il remet des prix aux membres des comités de pilotage du programme qui se sont distingués dans leurs établissements ou leur communauté par leur niveau d'engagement. Les prix peuvent être une modique somme ou des livres de formation du Programme CAREH.

Selon le rapport de CAREH (CAREH, 2002), pour la première année de mise en œuvre, 18 encadreurs d'écoles et un médecin ont reçu des prix, ainsi que 54 élèves et 18 membres des comités de pilotage de différentes écoles. Généralement, les prix du Programme CAREH sont remis lors des cérémonies officielles organisées par les structures scolaires existantes ; cela rehausse la visibilité du Programme CAREH sur le terrain.

- 8) Le programme CAREH a également augmenté sa visibilité par sa participation à toutes les célébrations nationales comme au défilé de la fête de la jeunesse le 11 février, la fête du travail le 1^{er} mai 2002 et la fête d'indépendance le 20 mai 2002. À ces différentes cérémonies, les jeunes du Programme CAREH se distinguent par leur T-shirt avec la mention

CAREH et un slogan de la santé de la reproduction comme « Abstinence ou condom à toi de choisir ». On pouvait également lire sur leurs pancartes : « S'informer plus, risquer moins », « Au CAREH, on s'informe », « Non au tabagisme et à l'alcoolisme », « Stop aux grossesses non désirées », « Les pressions, je sais dire non ». Ces mêmes slogans étaient repris dans les pamphlets, les brochures et les dépliants des différentes campagnes de sensibilisation.

2.4 Structures de mise en œuvre et fonctionnement du Programme

2.4.1 Structures de mise en œuvre

Le Programme est piloté par une équipe multidisciplinaire dont la cellule technique opérationnelle est le Secrétariat Exécutif (SE) et la cellule d'orientation stratégique, le Comité Aviseur National (CAN) (CAREH, 1999). Le premier responsable du programme est le Directeur du Programme (DP). Les autres membres du Secrétariat Exécutif sont : le Coordonnateur Général du Programme (CGP), le Secrétaire Exécutif (SE), l'Assistant du Secrétaire Exécutif (ASE), le Coordonnateur International du Programme (CIP), le Conseiller Technique (CT), le Superviseur du Site de Bandjoun (SSB), le Responsable du Site de Bali (RSB), l'Inspecteur du Programme en milieu Scolaire (IBS), l'Inspecteur du Programme en milieu Communautaire (IPC), le Contrôleur des Matières et des Comptes (CMC), l'équipe de chercheurs et d'intervenants sur le terrain comme les formateurs et les pairs éducateurs et les responsables spécialement affectés au programme par les différentes Structures de Base (SB), les comités de pilotage. L'organigramme du programme CAREH est à l'Annexe A (CAREH, 1999).

Le Secrétariat Exécutif est appuyé par le Comité Aviseur National chargé de valider les orientations et axes stratégiques du Programme. C'est un organe d'échange d'expériences entre les partenaires œuvrant directement ou indirectement pour la promotion de la santé des jeunes au Cameroun, et d'appui aux objectifs et activités du Programme CAREH. Plus particulièrement, il a pour objectif de contribuer à la mise en œuvre des activités du Programme. Ce comité est composé de représentants des départements ministériels, d'organismes

internationaux basés au Cameroun, ainsi que d'ONG intervenant dans le domaine de la Santé de la reproduction.

2.4.2 Fonctionnement du Programme

Le Programme CAREH utilise son siège, les écoles et les structures sociales de différents partenaires pour organiser ses activités d'éducation en santé. Certaines activités d'éducation sont organisées dans les lieux publics, récréatifs, confessionnels ou parfois professionnels. L'appartenance ou le soutien au Programme sont matérialisés par des cartes. Différentes cartes de membre sont alors distribuées moyennant une forte implication dans les activités de CAREH comme volontaires. Les dons en nature et/ou financiers sont présentés publiquement et publiés dans le rapport annuel lors des traditionnelles cérémonies de présentation de ce rapport d'activités du Programme CAREH (CAREH, 2002). Dans l'ensemble, un système de gestion rigoureuse des achats, des dépenses et des dons a été mis en place, de la base au sommet, à l'aide de différents documents comptables (fiche de réception, de livraison, de gestion des stocks, les bons de commande et d'achat, les factures, les contrats de travail).

2.4.3 Gestion opérationnelle du Programme

Le monitoring du Programme est assuré de manière bimensuelle. Les mois de janvier, mars, mai, juillet, septembre et novembre ont été retenus pour la présentation par chaque Structure de Base : (i) des réalisations précises et exhaustives du programme d'activités pour les deux mois précédents, (ii) des objectifs à atteindre et des activités très détaillées et exhaustives pour les deux mois à venir. Toutefois, la planification des activités est annuelle et un plan d'action opérationnelle est élaboré, mais il est révisé une fois après le premier semestre en juin et le rapport annuel est apprécié en fin décembre. Le plan d'activité annuelle et celui révisé à mi-parcours sont soumis à l'approbation du Comité Aviseur National (CAN) (CAREH, 1999).

Dans chaque activité, un rapport est élaboré spécifiant le nombre de personnes ayant été exposées à l'activité selon le sexe, la durée de l'activité et l'appréciation

de l'atteinte des objectifs de l'activité. Un rapport mensuel fait la compilation des activités durant le mois. Le suivi et l'évaluation des activités du programme est assuré à l'aide des rapports d'activités bimensuels, semestriels, annuels, des procès verbaux de réunion, des rapports de comptes rendus de mission et des analyses des données d'enquête faites par les chercheurs associés au Programme CAREH.

Enfin, il a été mis en place au niveau de l'Observatoire de Population en Épidémiologie Socio-Clinique (POSE) une véritable structure de suivi et évaluation des paramètres épidémiologiques et démographiques dans la région de Bandjoun. C'est ainsi que le Programme procède à des enquêtes de grande envergure dont celle de 2002 à la fin de la phase de l'intervention devant servir à la présente évaluation. POSE a également fait d'autres enquêtes en 1996-1997 pour une évaluation de base à Bandjoun, puis les enquêtes de 2007 à Bandjoun, de 2003 et 2008 à Bali.

2.4.4 Évaluation de la mise en œuvre

Dans la phase pilote, les différentes stratégies avaient été testées dans un premier temps dans cinq districts sociosanitaires (Pete, Dja'a, Yom, Famla II et Tsela) avant leur extension aux autres (CAREH, 1999). C'est ainsi que considérant que ces districts avaient en plus des centres de soins et des écoles, nous les avons considérés comme des districts à couverture élevée du Programme. Dans l'ensemble, les activités planifiées pour la phase de lancement d'une année (période d'intervention proprement dite) ont été complètement mises en œuvre. Toutefois, les taux de succès étaient variables d'une localité, d'une association ou d'une école à une autre. Dans la majorité des cas, les objectifs fixés étaient atteints entre 70% et 85%, dans d'autres cas, l'objectif était même dépassé. À titre d'exemple, selon le rapport du programme en 2002 (CAREH, 2002), dans la deuxième phase de formation des formateurs, il était prévu la formation de 200 formateurs dont 20 du milieu communautaire et 180 dans le milieu scolaire. Après sélection de 200 formateurs qui devraient subir la formation, 183 étaient du milieu scolaire, tandis que 17 étaient du milieu communautaire et leur âge variait entre 15 et 41 ans (CAREH, 2002).

Ce séminaire de formation des formateurs a été organisé au Centre Polyvalent de Formation de Mbouo du 17 au 21 décembre 2001. Un test était administré aux candidats avant et après la formation couvrant les sept livres de CAREH. Après la formation, sur les 198 jeunes ayant terminé la formation, 183 ont été admis et ont reçu leur attestation de formateurs le 21 janvier 2002. Des informations ont été données à toutes les directions scolaires ayant envoyé leurs élèves et enseignants sur leurs capacités de formateurs. Une formation complémentaire a été également organisée au Lycée de Famtum du 6 au 15 mars 2002, elle visait la formation de 16 participants proposés par le proviseur mais il a été ajouté en plus, trois volontaires intéressés à la formation dépassant donc les objectifs de départ fixés (CAREH, 2002). C'est pour juste montrer la flexibilité du Programme dans l'atteinte de ses objectifs et comme toute intervention, les possibilités d'ajustement qui sont souvent nécessaires.

Des activités de sensibilisation sur la santé des jeunes ont été organisées dans les établissements secondaires et professionnels. Selon le même rapport, neuf établissements étaient visés et la stratégie envisagée a été celle de commencer par les établissements les plus éloignés pour terminer par les établissements les plus proches du siège du Programme à Dja'a. Ainsi, l'ordre suivant a été retenu : Le CES de Tsela, le lycée de Bandjoun, le lycée technique, la section artisanale et rurale et section ménagère (SAR/SM), le Collège Saint-Joseph, Collège Elie Allégret, le lycée Bilingue de Yom, le CES de Djebem, le lycée de Famtum. A titre d'exemple d'appréciation des taux de participation aux activités, voici, selon le rapport d'activité du Programme en 2002, les effectifs des différents établissements, dans cinq districts sociosanitaires et les taux de participation aux activités de sensibilisation (CAREH, 2002). Il est à remarquer dans le tableau II.1 que généralement les établissements privés ont connu les taux de participation les plus élevés à l'exception du Lycée technique avec 52%, tandis que les établissements publics ont généralement eu les taux de participation les plus bas, Lycée de Famtum (54%) et Bandjoun (52%).

Tableau II. 1 : Répartition des jeunes dans les établissements scolaires selon leur participation à la campagne de sensibilisation du Programme CAREH

<i>Établissements</i>	<i>Districts socio-sanitaires</i>	<i>Effectif réel</i>	<i>Effectif présent</i>	<i>Pourcentage de participation (%)</i>
SAR/SM	Pete	218	181	83,03
CES de Djebem	Demdeng	247	232	93,93
CES de Tsela	Tsela	171	157	91,81
Lycée de Famtum	Bangag Fondji	679	365	53,76
Collège Elie Allégret	Yom	395	303	76,71
Collège Saint Joseph	Pete	726	636	87,60
Lycée de Bandjoun	Pete	1951	1009	51,72
Lycée Bilingue de Yom	Yom	923	770	83,42
Lycée technique	Pete	813	425	52,28
Effectif total		6123	4078	66,60

Source : (CAREH, 2002)

Toutefois, il faut préciser que ces statistiques ne peuvent être utilisées dans les analyses empiriques de la présente évaluation car bien que les jeunes enquêtés viennent de ces écoles, le nom des écoles n'a pas été saisi dans l'enquête et un jeune peut vivre dans un district socio-sanitaire différent du district de son école.

La mise en œuvre prévoyait également, l'organisation de dix conférences scientifiques dans les différents établissements pour cette première année, il se trouve selon le rapport final que le programme a pu réaliser huit, les deux autres ayant été annulées pour raison de calendrier scolaire chargé (CAREH, 2002). La formation sur les sept volumes de santé de reproduction dans les écoles, prenait de 12 à 25 heures dans leur calendrier selon le niveau des élèves et l'âge des adolescents et jeunes.

Selon Grembowski (2001), une étape fondamentale de l'évaluation d'un programme est de répondre à la question suivante : Est-ce que le programme d'intervention a atteint la population cible ? En 2002, l'analyse de l'Enquête sur la Famille et la Santé au Cameroun (EFSC) montre que sur les 2 461 jeunes de 10

à 29 ans, 1 860 jeunes (76%), n'avaient pas été exposés à l'intervention, soit 43% de garçons et 57% de filles, tandis que 601 jeunes (24%) l'avaient été (42% de garçons et 58% de filles) (Tableau IV.1). Donc, il est visible que le programme a atteint le quart des jeunes, parmi lesquels les trois cinquièmes sont des filles. Il est visible que les jeunes exposés au Programme sont nettement plus représentés dans les districts sociosanitaires à couverture élevée (Tableau IV.3). Tenant compte des sujets d'intérêt, les jeunes filles et garçons qui étaient mariées au moment de l'enquête ont été exclus. Ainsi, l'échantillon de la présente évaluation est maintenant de 2 228 jeunes (46,2% de garçons et 53,8% de filles) dont 1 645 jeunes non-exposés (47,4% de garçons et 52,6% de filles) et 583 jeunes exposés à l'intervention (42,9% de garçons et 57,1% de filles) (Tableau IV.1).

Le tableau II.2 montre la discussion des jeunes exposés à l'intervention avec une tierce personne. Il ressort que parmi les 583 jeunes exposés aux activités d'intervention, 310 (53%) ont été exposés à l'intervention en milieu communautaire (foyers de jeunes, activités sportives, culturelles ou religieuses, dans les familles), tandis que 273 (47%) l'ont été en milieu scolaire. Dans l'ensemble, les jeunes exposés à l'intervention ont significativement plus discuté du Programme avec une tierce personne que ceux exposés en milieu communautaire. La discussion est plus fréquente avec les amis (ies) (44%), suivis de la discussion avec les sœurs (35%), puis de celle des frères (28%) et mères (21%). Très souvent, les jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire ont plus discuté avec une autre personne que ceux exposés en milieu communautaire.

Le tableau II.3 montre les sujets discutés avec les formateurs. Dans l'ensemble, 370 jeunes, soit 63,5%, ont directement discuté de diverses questions sur la santé des adolescents et jeunes avec les différents formateurs ou pairs éducateurs du programme d'intervention. Il ressort du tableau II.3 que 273 cas (74%) de discussions avec les formateurs ont eu lieu en milieu scolaire, tandis que 26% ont eu lieu en milieu communautaire (97 cas). Les sujets abordés entre les jeunes, les formateurs et les pairs éducateurs par ordre d'importance sont les suivants : VIH/sida (81,1%), IST (48,1%), prévention de grossesses (46,8%), contraception (39,7%), anatomie et puberté (33,8%), avortement (27,0%), hygiène et nutrition (20,8%) et développement de soi (16,5%). Les jeunes exposés à l'intervention en

milieu scolaire ont significativement plus discuté du VIH/sida, des IST et de la contraception que ceux exposés en milieu communautaire.

Enfin, le tableau II.4 présente les opinions des jeunes sur les formateurs. Généralement, il n'y a pas de différence significative entre les jeunes exposés à l'intervention en milieu communautaire et scolaire sur les formateurs à l'exception que les jeunes en milieu scolaire apprécient plus la politesse des formateurs que ceux du milieu communautaire. Les jeunes apprécient à plus de 50% la qualité de formation, de politesse des formateurs et leur capacité de donner des conseils. Cependant, les jeunes doutent de la discrétion des formateurs car seulement 19% les apprécient dans ce domaine et 30% les trouve amicaux.

Tableau II. 2 : Distribution (en %) des jeunes exposés à l'intervention selon leur lieu d'exposition et la personne impliquée dans la discussion du Programme CAREH

<i>Discussion avec autre personne sur CAREH</i>	<i>Exposés en milieu communautaire</i>	<i>Exposés en milieu scolaire</i>	<i>Total</i>	<i>Valeur de P (chi2)</i>
<i>A parlé du Programme avec sa mère</i>				
Non	87,1	69,6	78,9	***
Oui	12,9	30,4	21,1	
<i>A parlé du Programme avec son père</i>				
Non	91,3	79,1	85,6	***
Oui	8,7	20,9	14,4	
<i>A parlé du Programme avec son frère</i>				
Non	78,7	64,1	71,9	***
Oui	21,3	35,9	28,1	
<i>A parlé du Programme avec sa sœur</i>				
Non	70,6	58,6	65,0	**
Oui	29,4	41,4	35,0	
<i>A parlé du Programme avec sa tante</i>				
Non	93,9	91,2	92,6	NS
Oui	6,1	8,8	7,4	
<i>A parlé du Programme avec son oncle</i>				
Non	95,5	92,3	94,0	NS
Oui	4,5	7,7	6,0	
<i>A parlé du Programme avec une amie</i>				
Non	63,2	48,7	56,4	***
Oui	36,8	51,3	43,6	
<i>A parlé du Programme avec un ami</i>				
Non	65,8	45,1	56,1	***
Oui	34,2	54,9	43,9	
<i>A parlé du Programme avec une petite amie</i>				
Non	86,5	84,2	85,4	NS
Oui	13,5	15,8	14,6	
<i>A parlé du Programme avec un petit ami</i>				
Non	90,6	84,6	87,8	*
Oui	9,4	15,4	12,2	
<i>A parlé du Programme avec un enseignant</i>				
Non	90,3	75,5	83,4	***
Oui	9,7	24,5	16,6	
<i>A parlé du Programme avec sa grand-mère</i>				
Non	97,4	96,0	96,7	NS
Oui	2,6	4,0	3,3	
<i>A parlé du Programme avec une autre personne</i>				
Non	97,4	97,4	97,4	NS
Oui	2,6	2,6	2,6	
<i>Discussion avec un formateur sur différents sujets</i>				
Non	68,7	0,0	36,5	***
Oui	31,3	100,0	63,5	
Proportion	100,0	100,0	100,0	
Total	310	273	583	

Source : Enquête sur la Famille et la Santé au Cameroun (EFSC) de 2002.

Notes : ***p<0,001 ; **p<0,01 ; *p<0,05 et NS=Non significatif.

Tableau II. 3 : Description de l'échantillon des jeunes exposés à l'intervention selon leur lieu d'exposition et le sujet de discussion avec un formateur du Programme CAREH

<i>Sujets de discussion avec le formateur</i>	<i>Exposés en milieu communautaire</i>	<i>Exposés en milieu scolaire</i>	<i>Total</i>	<i>Valeur de P (chi2)</i>
<i>La nutrition et l'hygiène</i>				
Non	81,4	78,4	79,2	NS
Oui	18,6	21,6	20,8	
<i>La contraception</i>				
Non	64,9	58,6	60,3	***
Oui	35,1	41,4	39,7	
<i>L'anatomie et la puberté</i>				
Non	69,1	65,2	66,2	NS
Oui	30,9	34,8	33,8	
<i>Le VIH/sida</i>				
Non	34,0	13,6	18,9	***
Oui	66,0	86,4	81,1	
<i>Les IST</i>				
Non	67,0	46,5	51,9	***
Oui	33,0	53,5	48,1	
<i>Le développement de soi</i>				
Non	85,6	82,8	83,5	NS
Oui	14,4	17,2	16,5	
<i>La prévention de grossesses</i>				
Non	60,8	50,5	53,2	NS
Oui	39,2	49,5	46,8	
<i>L'avortement</i>				
Non	80,4	70,3	73,0	NS
Oui	19,6	29,7	27,0	
<i>Autres sujets</i>				
Non	96,9	96,7	96,8	NS
Oui	3,1	3,3	3,2	
Proportion	100,0	100,0	100,0	
Effectif	97	273	370	

Source : Enquête sur la Famille et la Santé au Cameroun (EFSC) de 2002.

Notes : ***p<0,001 ; **p<0,01 ; *p<0,05 et NS=Non significatif.

Tableau II. 4 : Description de l'échantillon des jeunes exposés à l'intervention selon leur lieu d'exposition et leur opinion des formateurs du Programme CAREH

<i>Opinion des jeunes sur les formateurs</i>	<i>Exposés en milieu communautaire</i>	<i>Exposés en milieu scolaire</i>	<i>Total</i>	<i>Valeur de P (chi2)</i>
<i>Formateur bien formé</i>				
Non	39,4	40,4	40,2	NS
Oui	60,6	59,6	59,8	
<i>Formateur poli</i>				
Non	58,5	37,9	43,2	***
Oui	41,5	62,1	56,8	
<i>Formateur patient</i>				
Non	73,4	65,1	67,2	NS
Oui	26,6	34,9	32,8	
<i>Formateur discret</i>				
Non	80,9	81,6	81,4	NS
Oui	19,1	18,4	18,6	
<i>Formateur respectueux</i>				
Non	59,6	55,5	56,6	NS
Oui	40,4	44,5	43,4	
<i>Formateur amical</i>				
Non	72,3	69,5	70,2	NS
Oui	27,7	30,5	29,8	
<i>Formateur capable d'écoute</i>				
Non	69,1	63,6	65,0	NS
Oui	30,9	36,4	35,0	
<i>Formateur compréhensif</i>				
Non	62,8	57,0	58,5	NS
Oui	37,2	43,0	41,5	
<i>Formateur capable de donner des conseils</i>				
Non	45,7	50,4	49,2	NS
Oui	54,3	49,6	50,8	
<i>Aimerait parler encore à un formateur</i>				
Non	95,7	98,2	97,5	NS
Oui	4,3	1,8	2,5	
Proportion	100,0	100,0	100,0	
Effectif	97	273	370	

Source : Enquête sur la Famille et la Santé au Cameroun (EFSC) de 2002.

Notes : ***p<0,001 ; **p<0,01 ; *p<0,05 et NS=Non significatif.

Conclusion

À l'instar des autres préfectures, la population de Bandjoun fait face à de nombreux problèmes de santé de la reproduction chez les adolescents et les jeunes. L'absence de programme d'éducation à la santé sexuelle et reproductive à Bandjoun et la préoccupation des jeunes pour leur santé étaient de véritables défis. Pour pallier à ceux-ci, le Programme d'intervention de CAREH qui a pris en compte les préoccupations des adolescents et des jeunes en matière de sexualité, de contraception et de prévention des IST/VIH/sida, a été une initiative louable.

Les activités mises en œuvre par le programme dans sa phase pilote jusqu'à l'extension du Programme CAREH dans les autres régions du Cameroun vont en droite ligne pour la solution des problèmes d'éducation en santé de la jeunesse. Contrairement à d'autres préfectures, qui bénéficient de l'appui technique du programme de Marketing Social de Population Service International ou de Cameroon National Association for Family Welfare, Bandjoun ne bénéficie que de l'intervention du Programme CAREH.

Dans ses stratégies, le Programme CAREH privilégie la participation de la jeunesse, des parents, des autorités administratives, politiques et religieuses de différents niveaux. Dans l'ensemble, plus de 80% des objectifs du Programme ont été atteints au cours de l'année du lancement. Le Programme combine les activités des pairs éducateurs jeunes avec celles des autres membres de la communauté dont les enseignants, le clergé, les professionnels de santé et des leaders coutumiers formés. Ses stratégies font également recours à la sensibilisation des parents pour promouvoir la communication avec leurs adolescents et jeunes sur la santé de la reproduction et les amener à prendre plus de responsabilité dans l'éducation de leurs enfants. L'intervention tient compte de la particularité socioculturelle de la région de Bandjoun. Toutefois, si les formateurs sont appréciés pour la qualité de leur formation, les jeunes ne veulent pas souvent les rencontrer et sont inquiets de leur indiscretion.

CHAPITRE III

QUESTIONS D'ÉVALUATION

CADRE LOGIQUE ET HYPOTHÈSES

Introduction

Ce chapitre décrit les questions de l'évaluation, le cadre logique, les hypothèses, les liens entre le cadre logique et les hypothèses, et les indicateurs d'évaluation de l'intervention qui seront utilisés tout au long de cette thèse. La conceptualisation de la recherche évaluative vise à présenter la démarche scientifique à mettre en place pour énoncer des conclusions anticipées sur les résultats. Dans une telle démarche, les liens entre l'objectif de la recherche évaluative, les hypothèses et les variables à utiliser sont des éléments importants (Dixon et al., 1987). En effet, ne pas prendre en compte correctement les objectifs des programmes d'intervention, les activités mises en œuvre et un choix inadéquat de la méthode d'évaluation peuvent conduire à des conclusions erronées (Issel, 2004). C'est pourquoi la prise en compte de ces différents éléments devrait assurer le succès de l'évaluation.

3.1 Questions de la recherche

Dans cette section, la question générale d'évaluation et les trois questions spécifiques qui articulent cette recherche sont présentées.

3.1.1 Question générale d'évaluation

La question générale de la présente évaluation est la suivante : Est-ce que les activités d'intervention du Programme CAREH ont conduit à l'amélioration des connaissances, des attitudes et comportements ? Autrement dit, y a-t-il des différences significatives entre les jeunes exposés et non-exposés aux activités du Programme CAREH en ce qui concerne les connaissances, les attitudes et les comportements en santé reproductive dans les villages et les principales villes de Bandjoun ?

3.1.2 Questions spécifiques d'évaluation

Les questions spécifiques, qui découlent de la question générale d'évaluation, portent sur l'entrée en sexualité, les connaissances et l'utilisation des méthodes contraceptives en général et du condom en particulier pour la prévention du VIH.

- 1) Les activités de sensibilisation des parents à leur implication dans l'éducation sexuelle des adolescents d'une part, et d'autre part, des adolescents sur les conséquences des rapports sexuels prémaritaux ont-elles eu des effets sur la perception des adolescents des rapports sexuels prémaritaux et leur entrée en sexualité pendant la période d'intervention ?
- 2) L'éducation des adolescents et jeunes aux méthodes contraceptives modernes a-t-elle eu des effets sur les connaissances chez les jeunes ? Observe-t-on au cours de la même période une plus grande utilisation de la contraception chez les jeunes ayant une expérience sexuelle à Bandjoun ?
- 3) L'éducation des adolescents et jeunes sur les facteurs de risque et les moyens de protection contre les IST/VIH/sida a-t-elle modifié les connaissances sur la prévention du VIH des jeunes dans l'ensemble et l'utilisation du condom de ceux qui sont sexuellement actifs ?

3.2 Cadre logique de l'évaluation

Le présent cadre d'évaluation s'inspire de la théorie écologique de Bronfenbrenner qui prend en compte les caractéristiques individuelles (microsystème), celles de l'environnement immédiat (mésosystème) et lointain (macrosystème) (Bronfenbrenner, 1979). Le modèle de Bronfenbrenner a été utilisé avec succès dans plusieurs circonstances pour expliquer l'entrée en sexualité des adolescents (Corcoran, 2000) et comprendre les contextes de survenue des grossesses et la responsabilité familiale des adolescents (Corcoran et al., 2000; Merrick, 1995; Yang, 1999). Aussi, il a servi à analyser les facteurs psychologiques liés à la grossesse des adolescents (Corcoran, 1999), dans la prévention des IST et du VIH/sida chez les adolescents (Guthrie et al., 1996). Il a également été utilisé pour examiner les différences dans l'utilisation du condom

(Betts et al., 2003) et dans l'examen de l'effet de l'emploi de la mère sur le développement de l'enfant (Desai et al., 1990).

Cette théorie postule que l'espace écologique opère à différents niveaux. Elle suppose que le comportement des adolescents résulte de l'interaction entre l'individu et son environnement. Le développement d'un individu est affecté par les relations, les changements qui surviennent dans son environnement immédiat et dans son contexte social plus large (Suppal, 1993). Bronfenbrenner (1979) considère le microsystème comme étant l'ensemble des activités, des rôles et des relations interpersonnelles entre un individu, son environnement social et physique. Ceci prend en compte les caractéristiques individuelles comme l'âge, le sexe, le niveau d'éducation. Le mésosystème comprend l'environnement familial de l'individu. Il ne concerne pas directement l'individu, mais tout changement dans son environnement familial peut l'affecter indirectement. Enfin, le macrosystème, c'est la consistance entre tous les niveaux, la culture, les politiques et les idéologies qui les commandent. Une politique de santé des jeunes comme celle qui a conduit à la mise en place de l'intervention du Programme CAREH aura probablement des effets bénéfiques sur l'amélioration de la santé.

Pour Mohr (1992), le cadre logique d'évaluation est la représentation schématique des interconnexions faites entre les activités mises en place et les résultats attendus, c'est la connexion des construits de la théorie entre eux pour atteindre un objectif. Il soutient que les théories d'intervention supposent que les activités du programme auront certains résultats spécifiques en terme de Y à travers des résultats intermédiaires qui sont également déterminés. Dans cette recherche, il est supposé que la mise en place des activités du Programme CAREH devrait conduire à des changements sur les connaissances et de comportements. C'est pourquoi les activités de formation et de sensibilisation ont été faites dans tous les districts sociosanitaires à l'aide des livres de formateurs et des bénéficiaires sur la santé de la reproduction adaptés au contexte socioculturel. Le cadre logique a identifié les liens logiques entre les *activités mises en place* pour atteindre les objectifs du Programme CAREH dans l'environnement des adolescents et jeunes. Les *résultats intermédiaires* et *lointains* sont présentés à la

figure 3.1. Les différents liens sont traités sous forme de proposition hiérarchique et prévoient des connexions verticales et horizontales.

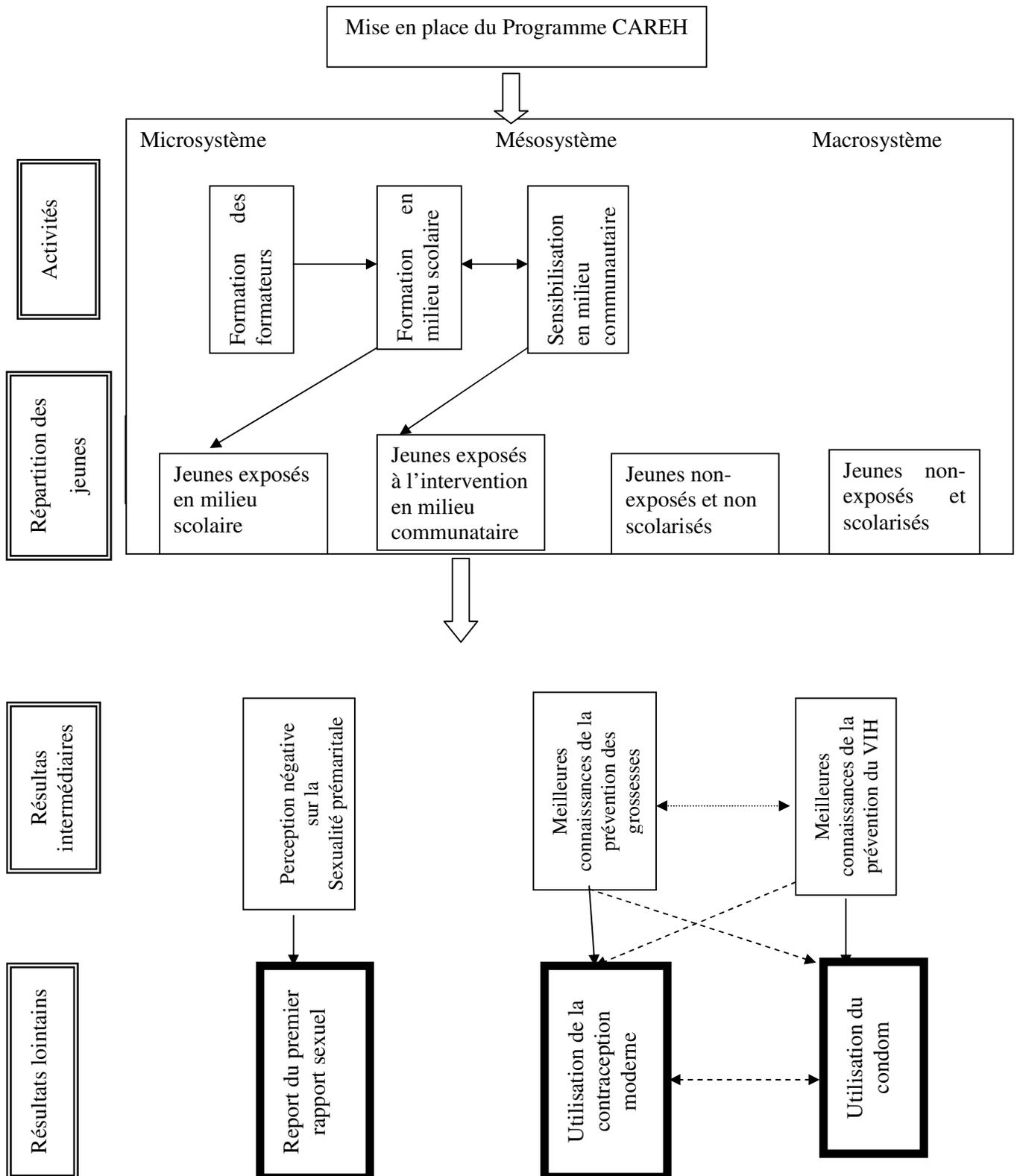
Logique verticale. C'est la relation qui part des activités à l'atteinte du résultat lointain (report de la sexualité, utilisation de la contraception ou du condom). Le Programme CAREH dans son deuxième livre : «Ma vie reproductive? Je suis serein(e) !», les adolescents ont été formés sur les conséquences de la sexualité prémaritale. En se référant au Health Belief Model après analyse des conséquences et avantages de la sexualité prémaritale et en prenant en compte les signaux à l'action comme leur environnement, les adolescents peuvent avoir une perception positive ou négative sur la sexualité prémaritale. Ainsi, les adolescents exposés à l'intervention sont supposés avoir plus la perception négative sur la sexualité prémaritale et prendre la décision de reporter leur premier rapport sexuel.

Le Programme CAREH a formé les jeunes à l'aide de son sixième livre : «La contraception? Je m'informe !». Ce livre met l'accent sur les discussions avec leurs parents et les partenaires. Les jeunes exposés à l'intervention ont eu une certaine amélioration de leurs connaissances et utilisation de la contraception. Enfin, la formation à l'aide du septième livre de CAREH : «Les Infections Sexuellement Transmissibles? Je les évite !» pourrait entraîner une amélioration des connaissances et comportements face aux IST/VIH/sida.

Logique horizontale. C'est la relation entre les activités et la répartition des jeunes dans les différents groupes. Les activités qu'elles soient dans le milieu scolaire ou communautaire ont été réalisées par les formateurs et pairs éducateurs du Programme CAREH. L'appartenance aux groupes de jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire ou communautaire n'est pas exclusive car un jeune peut être exposé à la fois dans les deux milieux. Les résultats intermédiaires entre eux (connaissances de la prévention des grossesses et prévention du VIH) peuvent être complémentaires. Une amélioration des connaissances en prévention de grossesses pourrait s'accompagner d'une certaine amélioration de la prévention des IST/VIH. Enfin, les résultats lointains (utilisation de la contraception et du condom) peuvent aussi être complémentaires. Ainsi, l'entrée en sexualité, l'utilisation de la contraception moderne et du condom sont des

comportements auxquels un jeune peut faire face à la fois. Par exemple, les jeunes utilisent essentiellement le condom pour la prévention du double risque (les grossesses et les IST/VIH) (Maharaj, 2006). Ce travail examine aussi si les adolescents ont utilisé un condom lors de leur premier rapport sexuel.

Figure 3. 1 : Cadre logique de l'évaluation



Répartition des adolescents et jeunes au moment de l'intervention.

Dans cette section, les différentes circonstances d'expositions des jeunes aux activités d'intervention sont présentées. Les activités d'intervention étaient ouvertes à tous les jeunes des deux sexes, du milieu urbain ou rural, scolarisés ou non. L'adhésion au Programme CAREH était gratuite que ce soit pour la participation aux activités en qualité de pairs éducateurs ou de participant.

Les différentes stratégies du Programme CAREH ont eu pour conséquence l'exposition volontaire ou involontaire des jeunes aux activités du programme d'intervention. Pour les jeunes exposés involontairement au programme, nous pouvons citer l'exposition des jeunes dans les écoles au cours de leur formation en tant que matière obligatoire. Il y a également, l'exposition des jeunes ou leurs parents aux messages du Programme CAREH de manière inattendue, au cours des messes à l'église ou dans les marchés. Pour les jeunes exposés volontairement, il faut citer ceux qui sont informés des activités du Programme CAREH dans un foyer de jeunes se déplacent pour s'y rendre avec la curiosité d'avoir des informations utiles sur la santé. Dans ce groupe de volontaires se retrouvent également, les jeunes qui se déplacent pour se rendre au siège du Programme ou dans sa bibliothèque pour avoir davantage d'informations sur la santé des jeunes.

C'est ainsi que dans cette enquête, trois questions ont permis de stratifier les adolescents et jeunes en quatre groupes (Tableau III.1). La première question, «Avez-vous été exposé à une activité d'intervention du Programme CAREH ?» La deuxième question a demandé aux jeunes exposés à l'intervention, «Où avez-vous été exposé aux activités du Programme ? ». Puis la troisième question demandait aux jeunes non-exposés à l'intervention : Êtes-vous présentement à l'école ? Selon la réponse à ces trois questions, le premier groupe dit de «*Jeunes non-exposés aux activités d'intervention*» entre 2000 et 2002 sont ceux qui n'ont pas assisté aux activités du Programme CAREH. Ils n'ont jamais formellement reçu des informations d'un personnel, d'un formateur ou d'un pair éducateur du Programme CAREH. Ces jeunes ont été subdivisés en deux sous-groupes selon qu'ils étaient scolarisés pendant la période d'intervention ou non. Le deuxième groupe dit de

«*Jeunes exposés aux activités d'intervention*» entre 2000 et 2002 est constitué de jeunes connaissant le Programme CAREH et déclarant avoir assisté à au moins une de ses activités éducatives. Tenant compte de la particularité des lieux de participation aux activités, ce deuxième groupe a aussi été subdivisé en deux sous-groupes. Cette division a été possible grâce à la question : Où avez-vous été exposé aux activités du Programme CAREH ? Ce qui a permis de retenir l'exposition à l'intervention en milieu scolaire ou communautaire.

Dans les analyses subséquentes, les jeunes ont donc été subdivisés en quatre groupes : (i) Jeunes non scolarisés et déclarant n'avoir pas été exposés à l'intervention (Groupe 1); (ii) Jeunes scolarisés et déclarant n'avoir pas été exposés à l'intervention (Groupe 2), (iii) Jeunes exposés à l'intervention en milieu communautaire (Groupe 3), et (iv) Jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire (Groupe 4) (Tableau III.1).

Tableau III. 1 : Répartition des adolescents et jeunes dans les quatre groupes

Si **NON**, Êtes-vous à l'école actuellement ?

		NON	OUI
Étiez-vous exposés aux activités du programme CAREH ?	NON	Groupe 1	Groupe 2
	OUI	Groupe 3	Groupe 4
		Milieu communautaire	Milieu scolaire

Si **OUI**, Où avez-vous été exposé aux activités de CAREH ?

3.3 Hypothèses

Pour le report du premier rapport sexuel

Hypothèse 1

En vue d'examiner si la sensibilisation des adolescents aux conséquences de la sexualité prémaritale aurait conduit à une amélioration de leur perception sur ce comportement, nous testerons l'hypothèse suivante : *les adolescents exposés aux activités d'intervention en milieu scolaire et communautaire sont plus portés à avoir une perception négative de la sexualité prémaritale par rapport aux adolescents non-exposés. Nous considérons que cette propension à avoir une perception négative du rapport sexuel avant le mariage sera plus prononcée chez les adolescents exposés qui vivent dans les districts sociosanitaires qui ont bénéficié d'une couverture plus soutenue des activités d'intervention.*

Hypothèse 2 :

Pour examiner la possibilité que les changements éventuels dans l'âge d'initiation sexuelle pourraient être dus aux activités d'intervention, nous testerons l'hypothèse suivante : *les adolescents exposés aux activités du Programme ont plus reporté leur premier rapport sexuel à plus tard, conséquemment sont moins devenus sexuellement actifs dans la période d'intervention. Nous considérons que cette prédisposition au report du premier rapport sexuel était plus marquée dans les districts sociosanitaires à couverture élevée du Programme.*

Pour la prévention des grossesses

Hypothèse 3

En vue d'apprécier les effets des activités d'intervention sur l'amélioration des connaissances en prévention de grossesses l'hypothèse suivante sera testée. *Elle suppose que les jeunes exposés aux activités d'intervention en milieu scolaire ou communautaire ont une meilleure connaissance de la prévention des grossesses que ceux non-exposés scolarisés ou non, surtout s'ils se trouvent dans une zone à couverture du Programme élevée. Nous considérons que cette amélioration des*

connaissances en prévention des grossesses sera particulièrement plus marquée chez les jeunes exposés à l'intervention qui ont eu la chance de discuter avec un formateur sur ce sujet.

Hypothèse 4

Le Programme a fait plusieurs activités et formations visant à améliorer les connaissances des adolescents et jeunes sur la contraception et la prévention des grossesses. En vue d'explorer les effets de ces activités sur la prévention des grossesses, l'hypothèse suivante sera testée : *une meilleure connaissance de la prévention des grossesses est accompagnée d'une utilisation accrue des méthodes modernes de contraception en particulier chez les jeunes exposés aux activités d'intervention en milieu scolaire ou communautaire. Cette utilisation est encore meilleure si les jeunes vivent dans les districts sociosanitaires à couverture élevée surtout s'ils ont eu une discussion avec un formateur du Programme CAREH sur la prévention des grossesses.*

Les connaissances des différentes méthodes contraceptives modernes, leur mode d'utilisation, et leurs effets secondaires sont associées à une plus grande utilisation (Casterline et al., 2001). Pour Muhwava (2003), la connaissance des différentes méthodes contraceptives disponibles pour les jeunes est importante pour leur utilisation.

Pour la prévention des IST/VIH

Hypothèse 5

Pour examiner la possibilité que l'amélioration des connaissances sur la prévention du VIH pourrait être associée aux activités d'intervention du Programme CAREH, l'hypothèse suivante sera testée : *les connaissances sur la prévention du VIH sont plus élevées, si le jeune a été exposé à l'intervention en milieu scolaire ou communautaire en particulier dans les districts sociosanitaires à couverture élevée du Programme. Ces connaissances sont également d'autant meilleures si le jeune exposé à l'intervention a discuté avec un formateur sur la prévention des IST/VIH.*

Hypothèse 6

Dans le cadre de l'examen du comportement préventif face au VIH/sida, nous testerons l'hypothèse suivante : *l'amélioration des connaissances sur la prévention du VIH s'accompagne d'une prévalence élevée d'utilisation du condom en particulier quand le jeune a été exposé aux activités d'intervention du Programme CAREH et vit dans un district sociosanitaire à couverture élevée. Cette utilisation du condom s'accroît également chez les jeunes exposés à l'intervention du Programme qui ont eu à discuter avec un formateur sur la prévention des IST/VIH.*

Plusieurs études soutiennent que l'augmentation des connaissances sur les IST/VIH/sida s'accompagne d'une augmentation d'utilisation du condom (Camlin et Chimbwete, 2003; Coren, 2003a; Ukwuani et al., 2003).

3.4 Liens entre le cadre logique et les hypothèses de la recherche

Pour faire les liens entre le cadre logique et les hypothèses et comprendre le choix de nos variables, nous passons en revue quelques résultats de la littérature. Plusieurs facteurs au niveau individuel, familial et communautaire influencent l'entrée en vie sexuelle. Des facteurs démographiques comme l'âge, l'ethnie, le sexe et le niveau d'éducation ont été associés à la sexualité précoce (Görgen et al., 1998; Gupta et Mahy, 2003). Dans la plupart des pays en développement, la communauté accorde plus d'importance à la virginité de la jeune fille qu'à celle du jeune garçon. Ceci fait que généralement, les garçons sont plus précoces sexuellement que les filles (Murray et al., 1998). Globalement, l'activité sexuelle augmente avec l'âge. La scolarisation aussi bien chez la fille que le garçon est souvent associée au report de l'entrée en sexualité puisque les adolescents sont plus préoccupés par leur avenir. Ceux qui ne sont pas scolarisés sont plus prédisposés au mariage précoce. Dans une étude ayant porté sur huit pays africains, avoir un niveau d'éducation secondaire est un facteur de protection contre la sexualité précoce chez les filles (Gupta et Mahy, 2003). Le même résultat a été observé au Brésil (Gupta, 2000).

La structure familiale et le niveau socioéconomique de la famille sont importants, car les études démontrent que vivre dans une famille monoparentale ou dans un ménage à faible niveau socioéconomique est associé à des risques élevés de sexualité prémaritale (Paul et al., 2000a; Paul et al., 2000b). Cependant, au Brésil chez

adolescents garçons, l'augmentation du niveau socioéconomique de la famille s'accompagne d'un risque de sexualité précoce (Juarez et Legrand, 2005). Aussi, les études indiquent que la communication entre le jeune et ses parents (Davis et Friel, 2001) et l'attachement aux parents biologiques (Paul et al., 2000b) sont des facteurs de protection. Il en est de même de la participation aux activités religieuses ou communautaires (Paul et al., 2000a; Thornton et Camburn, 1989).

L'utilisation de la contraception est influencée par plusieurs circonstances. Elle augmente avec l'âge (Lutalo et al., 2000). Dans plusieurs études dans les pays en développement, l'éducation de la femme est un élément clé de l'utilisation de la contraception (Muhwava, 2003). Les connaissances sur la contraception augmentent avec la fréquence d'exposition aux masses médias (Jato et al., 1999). La communication en particulier entre les partenaires est une composante essentielle de la prise de décision de l'utilisation de la contraception (Kabir et Islam, 2000). Une meilleure communication s'accompagne d'une amélioration des connaissances en matière de contraception, ce qui conduit à une meilleure utilisation de la contraception moderne (Erulkar et al., 2004; Meekers et Klein, 2002). Une attitude positive envers la contraception est un indicateur favorable à son utilisation (de Weiss et al., 1991; Muhwava, 2003). Pour la connaissance de la contraception, les auteurs utilisent des indicateurs parfois différents. Certains auteurs prennent en compte la connaissance de quatre méthodes (Babalola et al., 2001), la connaissance d'au moins une méthode contraceptive (Jato et al., 1999). Dans ce travail, pour apprécier les connaissances sur la prévention des grossesses, il a été pris en compte, la connaissance d'au moins une méthode moderne de contraception et la connaissance d'au moins un risque de contraction de la grossesse (Tableau IV.6).

La prévention par la protection individuelle reste la première solution pour le contrôle de l'épidémie du VIH/sida (Norr et al., 2004). Les connaissances élevées sur la prévention du VIH sont la première voie d'amélioration d'utilisation du condom (Ukwuani et al., 2003). En plus à Madagascar, la croyance que le condom protège contre les grossesses non désirées augmente significativement son utilisation (Meekers et al., 2005). Au Cameroun, l'augmentation des connaissances des risques

des IST/VIH et de l'importance du condom dans la double protection accroît son utilisation chez les jeunes (Van Rossem et Meekers, 2000).

Il n'y a pas cependant de règle unique d'appréciation des connaissances sur les IST/VIH/sida à l'aide de variables composées. En Tanzanie, Ross et collaborateurs (2007), se limitent à la connaissance de trois moyens de transmission du VIH, à la connaissance de trois voies de transmission des IST, tandis que les EDS se limitent à former des variables composées de deux ou trois composantes (Barrère, 2005), comme la connaissance que le condom et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire sont des moyens de prévention du sida. Dans ce travail, une variable composée a été utilisée pour apprécier les connaissances élevées sur la prévention du VIH. Elle prend en compte la connaissance d'au moins trois des six bonnes réponses sur la transmission du VIH et la connaissance d'au moins quatre des huit moyens de protection contre le VIH (Tableau IV.7).

L'importance de l'environnement sur la santé des populations a été mentionnée dans plusieurs recherches. Dans les quartiers défavorisés, les structures de prévention et de prise en charge des problèmes de santé de la reproduction n'existent presque pas, l'électricité et les médias ne sont pas très accessibles (Robert, 1999). Plusieurs recherches indiquent que le niveau socioéconomique des familles et des communautés est une grande source d'inégalités en santé (Humphries et van Doorslaer, 2000; Wagstaff et al., 1999).

Plus particulièrement à Bandjoun, l'enquête de base de 1996-1997 révèle que 39% des adolescents connaissaient un guérisseur traditionnel pouvant offrir des services sur la prévention des grossesses et le traitement des IST dans leur quartier et 28% d'entre eux avaient utilisé leurs services (Kuate Defo et al., 1999g). Pourtant, cette utilisation des services des guérisseurs traditionnels peut influencer négativement celle de la contraception moderne. L'accès facile aux services des guérisseurs traditionnels était la raison la plus évoquée par les jeunes. En effet, 12 à 30% des jeunes estiment que la distance du centre de santé ou de l'hôpital le plus proche influençait leur décision de ne pas utiliser leurs services (Kuate Defo et al., 1999g). C'est pourquoi le mésosystème qu'est l'environnement du quartier des jeunes prendra en compte dans cette évaluation le nombre de guérisseurs traditionnels dans

le quartier, la distance du centre de soins le plus proche et la disponibilité des services de soins. Les différents liens conduisent aux choix des variables selon les différentes hypothèses dans le contexte de Bandjoun.

Le cadre logique considère que les activités sur la sensibilisation au report du premier rapport sexuel ont conduit au résultat intermédiaire qu'est l'augmentation de la perception négative sur la sexualité prémaritale. Cette partie permettra de tester l'hypothèse 1. La perception négative sur la sexualité prémaritale étant la variable dépendante et l'exposition ou non aux activités d'intervention la variable indépendante clé. Cette association sera contrôlée par des variables individuelles (groupe d'âge, niveau d'éducation de l'adolescent et le sexe); familiales (contrôle parental, structure familiale, relation avec les parents, le niveau d'éducation de l'encadreur et le revenu familial) et environnemental (l'appartenance à un district sociosanitaire à couverture faible, moyenne et élevée).

Les activités de formation et sensibilisation mises en place pour la promotion du report du premier rapport à plus tard devraient développer une perception négative sur la sexualité prémaritale (hypothèse 1). L'hypothèse 2 permettra de tester si la perception négative envers la sexualité prémaritale a augmenté et si les adolescents ont réussi à reporter leur premier rapport sexuel. La variable dépendante est la probabilité d'entrée en sexualité en période d'intervention proprement dite. La perception négative sur la sexualité prémaritale et l'appartenance aux groupes d'adolescents exposés ou non sont les variables indépendantes clés. Les variables de contrôle sont individuelles, familiales et environnementales.

Les activités de formation et sensibilisation sur la contraception et la prévention de grossesses ont conduit à une amélioration de la connaissance de la prévention des grossesses. L'Hypothèse 3 va tester si l'intervention a réussi à améliorer les connaissances sur la prévention des grossesses. La variable dépendante est la probabilité d'avoir des connaissances élevées sur la prévention des grossesses. La variable indépendante clé est la variable d'intervention d'exposition ou pas aux activités du Programme CAREH. Les variables de contrôle sont individuelles (groupes d'âge, sexe et niveau d'éducation) et environnementales (nombre de

guérisseurs traditionnels dans le quartier, la distance du centre de soins le plus éloigné, la disponibilité des services de soins dans le quartier et le degré de couverture du district sociosanitaire par le Programme).

L'Hypothèse 4 doit tester si l'amélioration des connaissances sur la prévention des grossesses a conduit à une meilleure utilisation de la contraception moderne, en particulier chez les jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire et communautaire. La variable dépendante est la probabilité d'utiliser une méthode de contraception moderne au dernier rapport sexuel. Les variables indépendantes clés sont les connaissances élevées sur la prévention des grossesses et l'appartenance à un groupe d'exposition du Programme CAREH. Les variables de contrôle sont individuelles et environnementales.

Les activités de prévention des IST/VIH du Programme CAREH sont supposées conduire à une amélioration des connaissances sur la prévention du VIH. L'hypothèse 5 va tester si les activités d'intervention ont entraîné une amélioration des connaissances sur la prévention du VIH. La variable dépendante est la probabilité d'avoir des connaissances élevées sur la prévention du VIH. La variable indépendante clé est l'appartenance à un groupe de jeune exposé ou pas aux activités du Programme. Les variables de contrôle sont individuelles et environnementales.

Les activités du Programme CAREH sont supposées améliorer les connaissances sur la prévention du VIH. L'Hypothèse 6 doit tester si l'amélioration des connaissances sur la prévention du VIH s'accompagne d'une utilisation accrue du condom. La variable dépendante est la probabilité d'avoir des connaissances élevées sur la prévention du VIH. Les variables indépendantes clés sont l'amélioration des connaissances et l'appartenance à un groupe de jeunes exposés ou non au Programme CAREH. Les variables de contrôle sont individuelles et environnementales.

3.5 Indicateurs d'évaluation de l'intervention

Selon le cadre logique d'évaluation, les indicateurs d'appréciation du programme d'intervention ont été divisés en deux groupes pour chaque thématique. Il s'agit des

indicateurs intermédiaires et des indicateurs lointains, respectivement pour les résultats intermédiaires et lointains de l'intervention du Programme CAREH.

3.5.1 Indicateurs pour le report du premier rapport sexuel chez les adolescents

a) Les indicateurs intermédiaires suivants seront examinés :

- *La proportion de contrôle parental sévère.* Pourcentage d'adolescents faisant état d'un contrôle parental sévère.
- *Connaissance des inconvénients des rapports sexuels prémaritaux.* Pourcentage d'adolescents connaissant au moins un des six inconvénients de la sexualité prémaritale (perturbe les études, contre la doctrine religieuse, conduit à des grossesses hors mariage, rend les filles frivoles, ne respecte pas les normes sociales ou expose aux IST/sida).
- *Connaissance des avantages des rapports sexuels prémaritaux.* Pourcentage d'adolescents reconnaissant au moins un des six avantages des rapports sexuels prémaritaux (montrer sa capacité sexuelle, sa capacité de procréer, se conformer aux amis, combler les besoins matériels et financiers, besoin d'amour, provoquer le mariage ou maintenir la relation).

b) Indicateurs lointains :

- *Probabilité d'avoir une perception négative sur la sexualité prémaritale.* Pourcentage d'adolescents soutenant que le rapport sexuel n'est pas nécessaire pour un adolescent.
- *Probabilité d'entrée en sexualité.* C'est le pourcentage d'adolescents ayant eu un leur premier rapport sexuel entre juillet 2001 et juin 2002.

3.5.2 Indicateurs d'appréciation de la prévention des grossesses

a) Les indicateurs intermédiaires suivants seront examinés :

- *Communication parent-enfant.* Pourcentage de jeunes ayant communiqué avec leurs parents sur un des cinq sujets de santé des jeunes (la puberté, l'éducation sexuelle, la prévention des grossesses, la prévention des IST et l'utilisation de l'alcool ou de la drogue).

- *Communication entre pairs.* Pourcentage de jeunes ayant discuté avec un de leurs pairs sur un des six sujets de santé (la puberté, l'éducation sexuelle, la prévention des grossesses, la prévention des IST et l'utilisation de l'alcool ou de la drogue).
- *Connaissance de la contraception moderne.* Pourcentage de jeunes connaissant au moins une des huit méthodes modernes de contraception (la pilule, le dispositif intra-utérin, l'injection, le diaphragme, le préservatif, le Norplant, la stérilisation masculine et la stérilisation féminine).
- *Connaissance des méthodes de contraception naturelle ou traditionnelle.* Pourcentage de jeunes connaissant au moins une des cinq méthodes de contraception naturelle ou traditionnelle (la méthode du calendrier, l'abstinence, le retrait, les herbes et la douche vaginale).
- *Connaissances générales sur le risque des grossesses.* Pourcentage de jeunes connaissant au moins un des cinq risques des grossesses (la connaissance que le risque de grossesse est situé au milieu du cycle menstruel, qu'il est possible de tomber enceinte même s'il n'y a qu'un seul rapport sexuel, qu'il y a risque de grossesse au premier rapport sexuel, qu'il y a risque de grossesse même s'il y a un retrait et que la pilule pour être efficace la prise journalière doit être respectée).
- *Intention d'utilisation de la contraception moderne.* Pourcentage de jeunes ayant l'intention d'utiliser une méthode moderne de contraception dans le futur.
- *Abstinence secondaire.* Pourcentage de jeunes ayant fait recours à l'abstinence secondaire dans l'année précédant l'enquête. Ce sont des jeunes qui ont déjà eu un rapport sexuel mais qui n'avaient pas eu de partenaire sexuel dans les 12 mois qui ont précédé l'enquête.

b) Indicateurs lointains :

- *Probabilité d'avoir des connaissances élevées sur la prévention des grossesses.* Pourcentage de jeunes connaissant au moins une des huit

méthodes modernes de contraception et connaissant au moins un des cinq risques de grossesses.

- *Probabilité d'utilisation de la contraception moderne.* Pourcentage de jeunes ayant utilisé une méthode moderne de contraception au dernier rapport sexuel parmi les jeunes ayant eu un partenaire sexuel dans l'année précédent l'enquête.

3.5.3 Indicateurs d'appréciation de la prévention du VIH

a) Les indicateurs intermédiaires suivants seront examinés :

- *Connaissance des moyens de prévention des IST.* Pourcentage de jeunes capables de citer au moins trois des sept moyens suivants : faire des rapports sexuels sans pénétration, utiliser des préservatifs, faire une douche intime avec antiseptique, éviter la promiscuité, l'abstinence, éviter les prostituées et l'utilisation des herbes ne peut pas prévenir.
- *Connaissance des signes des IST.* Pourcentage de jeunes capables de citer au moins un des six symptômes suivants : les symptômes d'écoulement, de saignement, de perte de poids, de plaie ou verrue, de douleurs urinaires et d'enflure à l'aîne.
- *Connaissance des voies de transmissions du VIH.* Pourcentage de jeunes connaissant les quatre voies correctes de transmission du VIH (rapport sexuel, échange de seringues, transfusion sanguine, de la mère à l'enfant) et reconnaissant que le VIH ne se transmet pas par piqûre de moustiques ou par contact occasionnel.
- *Connaissance des moyens de protection du VIH.* Pourcentage de jeunes connaissant au moins quatre des huit moyens de protection du VIH (l'abstinence, la fidélité à un partenaire, encouragement du partenaire à rester fidèle, évitement des transfusions sanguines incontrôlées, utilisation du préservatif, non partage des seringues, non fréquentation des prostituées et évitement de la promiscuité).

- *Connaissance de personnes atteintes ou décédées du VIH/sida.* Pourcentage de jeunes connaissant au moins une personne atteinte ou décédée du VIH/sida.
- *Connaissance que la disparition des signes des IST est différente de la guérison.* Pourcentage de jeunes connaissant que la disparition des signes d'IST ne signifie pas nécessairement la guérison.
- *Connaissance du délai entre la séropositivité et l'éclosion du sida.* Pourcentage connaissant la durée d'incubation entre la contamination du VIH et l'éclosion du sida.
- *Connaissance de la différence entre l'apparence en bonne santé et le sida.* Pourcentage de jeunes connaissant qu'une personne en bonne santé d'apparence peut être séropositive.
- *Intention d'utiliser le condom.* Pourcentage de jeunes ayant l'intention d'utiliser le condom dans le futur.

b) Indicateur lointain :

- *Probabilité d'avoir des connaissances élevées de la prévention du VIH.* Pourcentage de jeunes connaissant trois des six bonnes réponses sur la transmission du VIH et connaissant au moins quatre des huit moyens de protection contre le VIH.
- *Probabilité d'utiliser le condom au dernier rapport sexuel.* Pourcentage de jeunes ayant utilisé le condom au dernier rapport sexuel.

Conclusion

Ce chapitre présente les questions d'évaluation du programme CAREH, le cadre logique et les hypothèses. Il vise à présenter comment l'atteinte des résultats intermédiaires et lointains de l'intervention pourrait permettre de répondre aux trois questions spécifiques de cette évaluation. Il s'agit des résultats intermédiaires sur l'augmentation de la perception négative sur la sexualité prémaritale, des connaissances sur la prévention des grossesses et du VIH. Les résultats lointains portent sur l'effet de l'intervention du Programme sur le report du premier rapport sexuel, l'utilisation de la contraception et du condom.

Le cadre logique d'évaluation présenté ici prend en compte les activités mises en place par le programme. Ce chapitre a aussi élaboré sur les résultats intermédiaires et lointains attendus, et se propose d'utiliser un cadre d'analyse intégré qui s'appuie sur les influences de l'écosystème du jeune, incluant les caractéristiques individuelles, familiales et environnementales. En utilisant les résultats intermédiaires et lointains, six hypothèses seront testées pour apprécier les effets de l'intervention. Les résultats obtenus sur les perceptions, les connaissances et les comportements dans les différents groupes de jeunes à l'étude permettent de juger de la pertinence des activités de l'intervention durant cette courte période de deux ans.

CHAPITRE IV

PRÉSENTATION DES DONNÉES

ET MÉTHODES D'ANALYSE

Introduction

La disponibilité de données de bonne qualité est une des premières conditions de la réussite d'une recherche. Ce chapitre présente l'Enquête sur la Famille et la Santé au Cameroun (EFSC) de 2002. Les sources des données ainsi que les forces et faiblesses sont aussi présentées. Le résultat d'une évaluation dépend aussi bien des informations collectées que de la rigueur scientifique dans la collecte des données et le traitement. Les recherches font appel souvent à plusieurs devis dont l'efficacité dans l'orientation causale est variable. La fiabilité, la validité de la mesure, la validité des inférences causales sont des exemples des éléments nécessaires pour la crédibilité d'une recherche évaluative (Mohr, 1992).

L'évaluateur doit tenir compte, dans ce processus, des facteurs qui peuvent affecter la validité interne et externe de l'étude. Pour donner plus de crédit à l'évaluation qui est faite dans cette thèse, ce chapitre présente, après les données, le devis d'évaluation, sa validité interne et externe. Puis, les solutions appliquées dans ce travail pour minimiser les faiblesses reconnues au devis d'évaluation post-intervention sont aussi présentées.

4.1 Présentation des données

4.1.1 Présentation des Enquêtes sur la Famille et la Santé au Cameroun

C'est une enquête réalisée par POSE dans le cadre de la surveillance épidémiologique et sociale de la population de Bandjoun. Elle a été tenue de juillet à décembre 2002. L'enquête a utilisé un plan d'échantillonnage proportionnel stratifié à trois niveaux conformément à la taille des unités de base du sondage (Kuate Defo, 2005; Kuate Defo et Lepage, 1997): (i) au premier niveau : le ménage ; (ii) au deuxième niveau : le double classement selon le sexe et l'âge ; et (iii) au troisième niveau : le répondant.

Tous les districts sociosanitaires et quartiers de Bandjoun ont été concernés. Aux trois niveaux mentionnés, un échantillonnage représentatif et aléatoire a été appliqué selon les tailles des ménages. Tous les résidents du ménage âgés de 10

ans et plus étaient enquêtés. Les informations individuelles sociodémographiques et comportementales étaient fournies par les individus eux-mêmes, tandis que les informations concernant le niveau familial étaient données par le chef de famille ou son représentant. Les informations communautaires sur les quartiers étaient fournies par les chefs de quartiers ou leurs représentants compétents et validées par les informateurs clés de la communauté.

L'enquête fournissait entre autres, les informations suivantes : (i) les caractéristiques sociodémographiques des individus ; (ii) la vie reproductive ; (iii) la contraception et les IST/VIH/sida ; (iv) l'accès aux services de santé et des soins ; (v) l'environnement social ; (vi) les biens matériels du ménage ; (vii) les infrastructures du quartier de résidence ; et (viii) les activités de l'intervention du Programme CAREH.

Cette enquête a répondu aux conditions requises pour une bonne recherche quantitative, depuis la sélection de l'échantillon à l'analyse des données, en passant par une collecte de données faite dans des conditions éthiques rigoureuses. Les critères suivants ont été scrupuleusement respectés : (i) la rigueur de la démarche d'échantillonnage ; (ii) la soumission des enquêtés au consentement éclairé ; (iii) la bonne formation des enquêteurs et des agents de saisie ; et (iv) la sensibilisation des enquêtés sur l'objectivité de leur réponse.

Cette enquête a porté sur un échantillon représentatif de 4 950 individus de 10 ans et plus, dont 4 203 répondants non-exposés à l'intervention du Programme et 747 répondants exposés (Tableau IV.1). On y dénombrait 2 461 jeunes de 10 à 29 ans, dont 1 860 jeunes non-exposés et 601 jeunes exposés aux activités d'intervention. Sur les 2 461 jeunes de 10 à 29 ans, il y avait 1 907 adolescents de 10 à 20 ans. Il a été exclu de l'étude 208 jeunes parmi les jeunes non-exposés à l'intervention dont 21 adolescents et 18 parmi ceux exposés à l'intervention dont trois adolescents, parce qu'ils étaient mariés au moment de l'intervention. Puis, sept adolescents qui avaient des informations incomplètes car n'ayant fourni que les caractéristiques sociodémographiques ont été également exclus. Le début de l'intervention proprement dite a trouvé que 118 adolescents exposés à

l'intervention et 193 adolescents non-exposés avaient déjà eu leur premier rapport sexuel. Ils ont été exclus de l'analyse pour l'entrée en sexualité car n'étaient plus à risque. En conséquence, l'échantillon retenu pour l'exploration de l'entrée en sexualité pendant l'année de l'intervention (juillet 2001 à juin 2002) comportait 1 565 adolescents de 10 à 20 ans. Pour l'exploration de la prévention des grossesses et du VIH, 2 228 jeunes de 10 à 29 ans ont été concernés.

Tableau IV. 1 : Récapitulation de l'échantillon de l'Enquête sur la Famille et la Santé au Cameroun (EFSC) de 2002

<i>Description</i>	<i>Jeunes non-exposés, scolarisés ou non</i>			<i>Jeunes exposés en milieu communautaire ou scolaire</i>			<i>Ensemble</i>		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Ensemble 10 ans et plus	1761	2442	4203	350	397	747	2111	2839	4950
Jeunes de 10 à 29 ans	800	1060	1860	252	349	601	1052	1409	2461
Exclus pour enquête incomplète							3	4	7
Exclus pour mariage	19	189	208	5	13	18	24	202	226
Analyses de la prévention des grossesses et du VIH	779	866	1645	250	333	583	1029	1199	2228
Adolescents de 10 à 20 ans	657	734	1394	213	293	506	0	870	1027
Exclus pour mariage	0	21	21	1	2	3	1	23	24
Déjà sexuellement actifs	76	114	193	60	58	118	136	172	311
Analyses de l'entrée en sexualité	581	599	1180	152	233	385	733	832	1565

Pour le report du premier rapport sexuel

Les informations de la vie reproductive et de l'environnement social ont été exploitées en plus des données sociodémographiques pour l'exploration de l'association entre la perception négative sur la sexualité et l'initiation sexuelle. Cette partie de notre étude porte sur une sous population d'adolescents âgés de 10 à 20 ans non mariés. Le choix de cette tranche d'âge s'explique par le fait que c'est cette tranche d'adolescents qui avait 8 à 18 ans à la mise en place de l'intervention.

Le tableau IV.2 présente les adolescents enquêtés par sexe, dans leurs caractéristiques individuelles, familiales et environnementales. Généralement, dans tous les groupes enquêtés les filles semblent légèrement plus âgées que leurs confrères. Il n'y a pas de différence significative entre l'âge moyen des adolescents non-exposés et non scolarisés (16,3 ans) avec l'âge moyen de ceux exposés à l'intervention en milieu communautaire (15,79 ans) et scolaire (15,91 ans). Par contre, la différence d'âge est significative entre les jeunes non-exposés à l'intervention et scolarisés (13,57 ans) et les trois autres groupes. Ces différences d'âge moyen se reflètent dans les structures des groupes d'âge, en particulier chez les jeunes non-exposés à l'intervention et scolarisés qui représentent presque les deux tiers de l'échantillon. Chez ces derniers, 84% du groupe ont moins de 17 ans, 12% ont entre 17 et 18 ans, tandis que seulement 4% sont entre 19 et 20 ans. Par exemple, chez les adolescents exposés à l'intervention en milieu communautaire, seulement 52% ont moins de 17 ans, 37% ont entre 17 et 18 ans et 11% ont entre 19 et 20 ans.

Le nombre d'adolescents enquêtés dans la même famille est variable de 1,91 chez les filles non exposées et non scolarisés à 2,68 chez les filles exposées à l'intervention en milieu communautaire. Généralement, il y a pas de différence entre le nombre moyen d'adolescents dans la même famille chez les garçons et les filles dans les différents groupes.

À l'exception du niveau d'éducation, des adolescents chez ceux non-exposés à l'intervention et scolarisés, chez lesquels les filles semblent plus représentées au

niveau secondaire, il n'y a aucune différence statistique entre les garçons et filles dans les groupes enquêtés. Au niveau de la représentation religieuse, il y a une légère prédominance des filles dans la religion catholique comparativement à leurs camarades garçons chez les adolescents non-exposés et non scolarisés et chez ceux exposés à l'intervention en milieu communautaire. Généralement, par rapport aux caractéristiques familiales et environnementales, il n'y a aucune différence statistique entre les garçons et filles.

Toutefois, il est à remarquer que les adolescents exposés à l'intervention (en milieu communautaire ou scolaire) sont plus éduqués, plus représentés parmi les catholiques et vivent plus avec leurs deux parents biologiques, Aussi, leurs parents atteignent plus le niveau d'éducation secondaire, ils vivent dans des familles à niveau socioéconomique plus élevé et vivent plus dans des zones ayant une bonne couverture du programme. À titre d'exemple, si 41% d'adolescents non-exposés à l'intervention et scolarisés sont au secondaire, 95% parmi ceux exposés en milieu scolaire ont atteint ce niveau ; si 52% d'adolescents non-exposés et scolarisés vivent avec leurs père et mère, parmi ceux exposés à l'intervention en milieu scolaire 58% vivent dans une telle structure.

Les définitions et spécifications des variables entrant dans l'appréciation de l'entrée en sexualité sont représentées dans le tableau IV.5 (Annexe B).

Tableau IV. 2 : Distribution de l'échantillon selon les caractéristiques sociodémographiques et contextuelles

<i>Caractéristiques individuelles</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés</i>			<i>Non-exposés et scolarisés</i>			<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire</i>			<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire</i>		
	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble
<i>Âge moyen à l'enquête</i> (Écart type)	15,98 (0,395)	16,54 (0,289)	16,3 (0,236)	13,41 (0,116)	13,73 (0,111)	13,57 (0,081)	15,74 (0,301)	15,82 (0,217)	15,79 (0,176)	16,16 (0,275)	17,72 (0,194)	15,91 (0,161)
<i>Adolescents par ménage</i> (Écart type)	1,96 (1,232)	1,91 (0,981)	1,93 (1,090)	2,37 (1,383)	2,22 (1,161)	2,3 (1,271)	2,43 (1,220)	2,68 (1,878)	2,59 (1,665)	2,2 (1,213)	2,32 (1,471)	2,27 (1,367)
<i>Groupe d'âge à l'enquête</i>												
Moins de 17 ans	49,0	NS 42,0	45,0	84,7	NS 82,8	83,8	48,6	NS 54,1	52,1	52,5	* 59,5	56,5
De 17 à 18 ans	33,3	40,6	37,5	10,6	14,2	12,4	38,9	35,2	36,6	27,5	33,3	30,9
De 19 à 20 ans	17,6	17,4	17,5	4,7	3,0	3,9	12,5	10,7	11,3	20,0	7,2	12,6
<i>Éducation</i>												
Primaire	76,5	NS 60,9	67,5	63,6	*** 54,5	59,1	16,7	NS 16,4	16,5	5,0	NS 4,5	4,7
Secondaire et plus	23,5	39,1	32,5	36,4	45,5	40,9	83,3	83,6	83,5	95,0	95,5	95,3
<i>Religion</i>												
Catholique	64,7	* 73,9	70,0	63,8	NS 69,4	66,6	73,6	* 73,8	73,7	70,0	NS 77,5	74,3
Protestante	27,5	26,1	26,7	30,2	26,2	28,2	18,1	24,6	22,2	25,0	18,9	21,5
Autres	7,8	0,0	3,3	6,0	4,3	5,2	8,3	1,6	4,1	5,0	3,6	4,2
Proportion	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	51	69	120	530	530	1 060	72	122	194	80	111	191

Tableau IV. 2 (suite 1) :

<i>Caractéristiques individuelles et environnementales</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés</i>			<i>Non-exposés et scolarisés</i>			<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire</i>			<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire</i>		
	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble
<i>Structure familiale</i>		NS			NS			NS				
En dehors des deux parents	25,5	31,9	29,2	26,8	29,6	28,2	34,7	41,0	38,7	26,3	24,3	25,1
Père ou mère	27,5	15,9	20,8	21,1	18,3	19,7	15,3	15,6	15,5	15,0	18,0	16,8
Père et mère	47,1	52,2	50,0	52,1	52,1	52,1	50,0	43,4	45,9	58,8	57,7	58,1
<i>Éducation de l'encadreur</i>		NS			NS			NS				
Aucun niveau	37,3	39,1	38,3	34,3	31,5	32,9	26,4	32,8	30,4	25,0	22,5	23,6
Primaire	45,1	47,8	46,7	38,3	44,5	41,4	30,6	37,7	35,1	36,3	36,9	36,6
Secondaire ou plus	17,6	13,0	15,0	27,4	24,0	25,7	43,1	29,5	34,5	38,8	40,5	39,8
<i>Niveau socioéconomique de la famille</i>		NS			NS			NS				
Bas	39,2	56,5	49,2	34,7	35,8	35,3	26,4	27,9	27,3	22,5	21,6	22,0
Moyen	54,9	33,3	42,5	42,3	40,2	41,2	26,4	40,2	35,1	42,5	41,4	41,9
Élevé	5,9	10,1	8,3	23,0	24,0	23,5	47,2	32,0	37,6	35,0	36,9	36,1
<i>Couverture des districts sociosanitaires</i>		NS			NS			NS				
Couverture faible	45,1	42,0	43,3	36,4	36,0	36,2	41,7	37,7	39,2	32,5	36,9	35,1
Couverture moyenne	11,8	23,2	18,3	15,5	16,4	15,9	19,4	13,9	16,0	16,3	9,9	12,6
Couverture élevée	43,1	34,8	38,3	48,1	47,5	47,8	38,9	48,4	44,8	51,3	53,2	52,4
Proportion	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	51	69	120	530	530	1 060	72	122	194	80	111	191

Source : Enquête sur la Famille et la Santé au Cameroun (EFSC) de 2002. **Notes :** ** *p < 0,001, ** p < 0,01; * p < 0,05; et NS = non significatif.

Pour la prévention des grossesses et du VIH

Les modules sur l'utilisation de la contraception, la prévention des IST/VIH, les caractéristiques sociodémographiques et du quartier, de l'EFSC de 2002 à Bandjoun ont servi dans les différentes analyses. Cette partie du travail couvre les jeunes de 10 à 29 ans non mariés au moment de l'enquête, qu'ils soient sexuellement actifs ou non, afin d'apprécier l'effet de l'intervention dans les deux cas. Pour l'ensemble des jeunes, les connaissances sur la contraception et la prévention de grossesses, ainsi que différentes communications sur la santé ont été prises en compte. Il a été également pris en compte les connaissances sur les IST/VIH dans leur mode de transmission, les moyens de prévention et l'appréciation des perceptions des jeunes sur le VIH. Seulement, les jeunes sexuellement actifs, ayant eu un partenaire sexuel dans les 12 derniers mois précédant l'enquête ont été pris en compte pour apprécier l'utilisation de la contraception moderne ou du condom au dernier rapport sexuel.

Le tableau IV.3 décrit l'échantillon à utiliser pour la prévention des grossesses et du VIH. Parmi les 2 228 jeunes enquêtés non mariés, 1 645 jeunes (73,8%) n'avaient pas été exposés à l'intervention et 583 (26,2%) l'avaient été. Chez les jeunes non-exposés, 414 jeunes n'étaient pas scolarisés au moment de l'intervention, tandis que 1 231 étaient scolarisés. Parmi les jeunes exposés à l'intervention, 310 l'avaient été en milieu communautaire, tandis que 273 l'avaient été en milieu scolaire².

Pour l'ensemble des adolescents et jeunes, l'âge moyen varie entre les différents groupes de 14,46 ans chez les jeunes non-exposés à l'intervention mais scolarisés à 20,66 ans chez ceux non-exposés et non scolarisés. Cependant, parmi les jeunes sexuellement actifs, l'âge moyen varie de 18,93 ans chez les jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire à 22,20 ans chez ceux non-exposés à l'intervention et non scolarisés. Globalement, pour l'ensemble des jeunes, il y a une grande variation entre les différents groupes quant à l'âge moyen. Par

² Il faut rappeler que parmi les jeunes exposés à l'intervention en milieu communautaire 83% étaient scolarisés et 17% étaient non scolarisés et parmi ceux exposés à l'intervention en milieu scolaire 2% avaient quitté l'école avant la date de l'enquête.

exemple, 61% des jeunes non-exposés et non scolarisés avaient entre 20 et 29 ans, tandis que chez les jeunes non-exposés et scolarisés 57% avaient entre 10 et 14 ans. Le nombre moyen d'individus dans le ménage varie de 2,21 chez les filles non exposées à l'intervention et non scolarisées à 3,07 chez les garçons exposés à l'intervention en milieu communautaire.

Il n'y a pas de différence significative entre les filles et garçons face à l'activité sexuelle, à l'exception du groupe de jeunes non-exposés et non scolarisés pour lequel la proportion de filles ayant adoptée une abstinence secondaire de 9% est plus grande que celle de 3% chez les garçons. La proportion de jeunes sexuellement actifs est variable d'un groupe à un autre. La proportion la plus élevée est représentée chez les jeunes non-exposés et non scolarisés avec 61%, suivie des jeunes exposés en milieu communautaire avec 36%, puis des jeunes exposés en milieu scolaire avec 30% et enfin, les jeunes non-exposés à l'intervention et non scolarisés avec 15%.

Il est visible que le niveau d'éducation secondaire et les jeunes de la religion catholique sont plus représentés parmi ceux exposés au programme d'intervention (milieu communautaire ou scolaire) comparativement à leurs camarades non-exposés (scolarisés ou non). Si 97% des jeunes parmi ceux exposés ont au moins un niveau d'études secondaire, seulement 53% des jeunes non-exposés et scolarisés et 48% de ceux non scolarisés ont atteint ce niveau. Si 73% des jeunes dans les groupes exposés sont catholiques, seulement 66 et 67% sont respectivement de cette religion parmi les jeunes non-exposés non scolarisés et ceux non-exposés mais scolarisés.

Par rapport au nombre de guérisseurs traditionnels dans le quartier et de la distance du centre de santé le plus proche, il n'y a pas de différence ni entre les filles et garçons, ni entre les différents groupes enquêtés. Toutefois, les jeunes exposés à l'intervention semblent vivre dans les quartiers où la disponibilité des services de santé est plus élevée. C'est ainsi que 39% (des jeunes exposés en milieu communautaire) et 43% (des jeunes exposés en milieu scolaire) se retrouvent dans les quartiers à disponibilité de service élevée, tandis que

seulement 26% (des jeunes non-exposés et non scolarisés) et 36% (des jeunes non-exposés et scolarisés) se retrouvent dans de tels quartiers. Puis, nous voyons que les jeunes qui n'ont pas été exposés à l'intervention et ne sont pas scolarisés sont nettement les moins représentés dans les zones de bonne couverture des districts sociosanitaires et du programme avec 42%.

Les définitions et spécifications des variables sur la prévention des grossesses (Tableau IV.6) et du VIH (Tableau IV.7) sont en annexe (Annexe B).

Tableau IV. 3 : Distribution de l'échantillon pour l'analyse de la contraception et la prévention du VIH selon les caractéristiques sociodémographiques et contextuelles

<i>Caractéristiques individuelles</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés</i>			<i>Non-exposés et scolarisés</i>			<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire</i>			<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire</i>		
	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble
<i>Âge moyen à l'enquête</i>	20,7	20,66	20,66	14,34	14,56	14,46	18,1	17,38	17,69	17,05	16,85	16,93
(Écart type)	(0,35)	(0,24)	(0,20)	(0,17)	(0,13)	(0,10)	(0,36)	(0,26)	(0,22)	(0,24)	(0,23)	(0,17)
<i>Jeunes dans les ménages</i>	2,23	2,21	2,22	2,71	2,61	2,66	3,07	2,99	3,02	2,57	2,81	2,71
(Écart type)	(1,221)	(1,174)	(1,192)	(1,483)	(1,277)	(1,384)	(1,509)	(1,807)	(1,685)	(1,374)	(1,454)	(1,423)
<i>Âge moyen jeunes sexuellement actifs</i>	22,60	21,94	22,20	19,42	18,66	18,99	20,10	19,89	19,98	18,61	19,18	18,93
(Écart type)	(0,33)	(0,26)	(0,21)	(0,98)	(0,27)	(0,23)	(0,49)	(0,42)	(0,32)	(0,32)	(0,39)	(0,26)
<i>Activité sexuelle</i>		*			NS			NS			NS	
Non actif sexuellement	36,6	29,6	32,4	86,5	82,8	84,7	53,0	64,6	59,7	65,3	67,1	66,3
Abstinence secondaire	3,05	8,8	6,5	0,8	0,8	0,8	3,0	4,5	4,0	4,2	3,9	4,0
Actif sexuellement	60,4	61,6	61,1	12,7	16,4	14,5	44,0	30,9	36,3	30,5	29,0	29,7
Proportion	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	164	250	414	615	616	1 231	132	178	310	118	155	273

Source : Enquête sur la Famille et la Santé au Cameroun (EFSC) de 2002. **Notes :** ** *p < 0,001, ** p < 0,01; * p < 0,05; et NS = non significatif.

Tableau IV.3 (suite 1) :

<i>Caractéristiques individuelles</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés</i>			<i>Non-exposés et scolarisés</i>			<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire</i>			<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire</i>		
	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble
<i>Groupe d'âge</i>		NS			***			NS			NS	
De 10 à 14 ans	9,2	4,8	6,5	60,5	52,6	56,5	15,9	18,0	17,1	21,2	18,7	19,8
De 15 à 19 ans	28,0	32,0	30,4	29,9	38,5	34,2	56,8	58,0	57,4	59,3	67,7	64,1
De 20 à 29 ans	62,8	63,2	63,1	9,6	8,9	9,3	27,3	24,0	25,5	19,5	13,5	16,1
<i>Éducation</i>		NS			***			NS			NS	
Primaire	50,6	44,4	46,9	55,6	48,0	51,8	13,6	14,0	13,9	3,4	3,2	3,3
Secondaire et plus	49,4	55,6	53,1	44,4	52,0	48,2	86,4	86,0	86,1	96,6	96,8	96,7
<i>Religion</i>		***			NS			NS			NS	
Catholique	58,5	70,8	65,9	64,7	70,0	67,3	72,0	70,8	71,3	72,9	72,9	72,9
Protestante	28,0	28,0	28,0	28,9	25,7	27,3	22,0	26,4	24,5	22,0	22,6	22,3
Autres	13,4	1,2	6,1	6,3	4,3	5,4	6,0	2,8	4,2	5,1	4,5	4,8
Proportion	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	164	250	414	615	616	1 231	132	178	310	118	155	273

Source : Enquête sur la Famille et la Santé au Cameroun (EFSC) de 2002. **Notes :** ** *p< 0,001, ** p < 0,01; * p < 0,05; et NS = non significatif.

Tableau IV.3 (suite 2) :

<i>Caractéristiques environnementales</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés</i>			<i>Non-exposés et scolarisés</i>			<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire</i>			<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire</i>		
	Garçons	Filles NS	Ensemble	Garçons	Filles NS	Ensemble	Garçons	Filles NS	Ensemble	Garçons	Filles NS	Ensemble
<i>Nombre de guérisseurs traditionnels dans le quartier</i>												
Pas de guérisseur	12,8	14,0	13,5	11,2	11,5	11,4	9,8	12,4	11,3	15,3	9,0	11,7
Un seul guérisseur	38,4	33,6	35,5	30,7	31,7	31,2	39,4	30,3	34,2	32,2	39,4	36,3
De 2 à 5 guérisseurs	48,8	52,4	51,0	58,0	56,8	57,4	50,8	57,3	54,5	52,5	51,6	52,0
<i>Distance du centre de santé</i>		NS			NS			NS			NS	
Moins de 2 Km	36,0	35,2	35,5	34,6	37,3	36,0	49,2	46,6	47,7	41,5	52,9	48,0
De 2 à moins 4 Km	36,6	41,6	39,6	38,4	36,7	37,5	32,6	28,1	30,0	35,6	25,8	30,0
De 4 Km à 10 Km	27,4	23,2	24,9	27,0	26,0	26,5	18,2	25,3	22,3	22,9	21,3	22,0
<i>Disponibilité des services</i>		NS			NS			NS			NS	
Faible	36,6	36,0	36,2	30,2	31,8	31,0	37,9	41,0	39,7	39,0	34,8	36,6
Moyenne	47,0	40,8	43,2	44,1	40,9	42,5	31,8	24,2	27,4	29,7	26,5	27,8
Élevée	16,5	23,2	20,5	25,7	27,3	26,5	30,3	34,8	32,9	31,4	38,7	35,5
<i>Couverture des districts</i>		NS			NS			NS			NS	
Couverture faible	42,1	38,0	39,6	34,8	37,0	35,9	37,1	37,1	37,1	36,4	38,1	37,4
Couverture moyenne	14,0	19,2	17,1	15,6	15,7	15,7	16,7	12,9	14,5	11,0	9,7	10,3
Couverture élevée	43,9	42,8	43,2	49,6	47,2	48,4	46,2	50,0	48,4	52,5	52,3	52,4
Proportion	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	164	250	414	615	616	1 231	132	178	310	118	155	273

Source : Enquête sur la Famille et la Santé au Cameroun (EFSC) de 2002. **Notes :** ** *p < 0,001, ** p < 0,01; * p < 0,05; et NS = non significatif.

4.1.2 Critique des données

La vérification des informations a révélé peu de données manquantes. Parmi les jeunes enquêtés sept adolescents avaient des valeurs manquantes sur toutes les informations à l'exception des caractéristiques sociodémographiques. Des informations sur les caractéristiques des ménages de 22 jeunes manquaient, il leur a été affecté les valeurs moyennes de l'échantillon des caractéristiques des ménages dans leur quartier. Enfin, des proportions de 2 à 4% des jeunes enquêtés sur les connaissances sur la contraception et la prévention du VIH avaient des réponses je ne sais pas quand l'ensemble des réponses étaient Oui (1) ou Non (0), ils ont été codés Non.

Le nombre limité de données manquantes et la qualité très appréciée de la vérification de la cohérence des déclarations étaient bonnes, comme en témoigne le rapport d'enquête de 2002 (Kuate Defo et al., 2005b). Le laboratoire PRONUSTIC a effectué la vérification des données et a rédigé plusieurs rapports d'enquête (Kuate Defo et al., 2005a, 2005b). Cette bonne qualité des données est le reflet de la qualité de la formation des enquêteurs et des superviseurs sur le terrain au moment des enquêtes, car le chercheur principal (le Professeur Kuate Defo), avait lui-même supervisé toutes les phases des opérations de préparation et de collecte de données sur le terrain. Elle est également liée à la qualité organisationnelle au moment des collectes de données et aux stratégies de double vérification sur le terrain et au moment de la saisie de données (double saisie et contre vérification des données saisies).

La validité est la fidélité d'un construit de manière intrinsèque à refléter la réalité. Pour Golfshani (2003), cette validité est liée aux données appropriées pour obtenir la mesure. Dans le cadre de l'exploration de la validité, on peut faire recours aux erreurs de sondage qui sont de deux types. L'*erreur systématique* encore appelée *biais* ou *erreur différentielle* qui est une erreur qui a souvent une cause reconnaissable connue (erreur de mesure, de choix d'échantillon, etc.) et qui est particulièrement marquée dans un sens donné et l'erreur non systématique ou

aléatoire (Rumeau-Rouquette et al., 1993). L'erreur systématique sera davantage discutée avec les biais.

Pour l'*erreur aléatoire*, elle est due au hasard ou à des facteurs non connus. Elle augmente la variance, elle n'est pas particulièrement marquée dans un sens et a tendance à s'annuler lorsque les réponses fournies par les divers répondants sont agrégées pour un groupe assez important. Dans le cas d'erreur aléatoire, l'estimation correspondante sera donc d'autant plus précise que le groupe visé sera grand. Dans la présente évaluation, eu égard à notre échantillon relativement important, nous pensons que l'erreur aléatoire n'est pas une préoccupation. Certaines techniques comme la cohérence interne des données et les vérifications des questionnaires sur le terrain permettent de minimiser ces erreurs. Plusieurs stratégies ont probablement permis de les réduire dans l'EFSC car les enquêteurs devaient répondre à certains critères : (i) devraient avoir un niveau d'éducation acceptable, (ii) avoir une certaine expérience des enquêtes, (iii) avoir une certaine connaissance dans le domaine de la santé des jeunes, et (iv) parler la langue locale en particulier le Bamiléké. Les enquêteurs ont bénéficié d'une formation et des superviseurs expérimentés étaient sur le terrain. Enfin, la saisie intelligente par l'utilisation de contrôle de masque de saisie et le double contrôle ont été utilisés.

Les erreurs de sondage peuvent être évaluées statistiquement à travers les estimés des différentes variables. Les erreurs des variables et sous-classes d'intérêt doivent être évaluées ensemble car ceci est crucial dans l'évaluation et l'interprétation des résultats d'une enquête (Macro International Inc, 2006). Selon cette source, l'erreur de l'échantillonnage en terme de statistique particulière (moyenne, pourcentage) est la racine carrée de sa variance. Cette erreur peut être utilisée pour calculer l'intervalle de confiance pour toute statistique de l'échantillon dans l'enquête. La valeur de cette statistique se trouve entre plus ou moins deux fois leur standard dans 95% d'échantillon identique. La même source soutient aussi l'utilité du risque relatif de l'erreur standard qui est le rapport standard d'erreur sur l'estimé.

Les tableaux IV.8 à IV.13 présentent les estimés obtenus avec les différentes variables d'intérêt pour l'entrée en sexualité, la prévention des grossesses et du VIH

(Annexe C). Les analyses sont limitées à deux groupes de jeunes ; les jeunes scolarisés ou pas ayant déclaré n'avoir pas été exposés à l'intervention du Programme et ceux exposés à l'intervention (en milieu communautaire ou scolaire). En vue d'examiner la validité des données, les estimés et leur intervalle de confiance à 95% ont été calculés. Globalement, les erreurs relatives calculées sont faibles. Cela signifie que les informations recueillies sont fiables. À titre d'exemples, pour l'âge d'entrée en sexualité, l'erreur type relative est de 0,015 pour les adolescents non-exposés à l'intervention et 0,014 pour ceux exposés à l'intervention du Programme CAREH. Les erreurs relatives pour la connaissance du préservatif sont de 0,020 tant chez les jeunes non-exposés que chez ceux exposés à l'intervention. Pour l'utilisation du condom, les erreurs relatives sont de 0,058 chez les jeunes non-exposés et de 0,070 chez ceux exposés à l'intervention du Programme CAREH.

L'analyse des variables entrant dans la sommation pour construire les variables indices de connaissances avantages et conséquences de la sexualité, les connaissances en contraception et prévention de grossesses et sur la prévention des IST/VIH/sida a montré un alpha Cronbach entre 0,681 à 0,856. Dans l'ensemble, les données étaient de bonne qualité, nos résultats permettent donc de conclure que les données sont fiables et répliquables.

Une richesse des données est leur capacité de suivi rétrospective d'un jeune dans son milieu d'encadrement social à différentes étapes, de la naissance jusqu'au moment de l'enquête. La disponibilité, également, d'informations très variées sur la vie reproductive, la contraception et la prévention du VIH/sida, ainsi que l'utilisation des services de santé, a été un atout considérable. Toutefois, l'intervention n'a duré officiellement que deux années en plus des activités pilotes. Les analyses sont concentrées alors sur les données au moment de l'enquête en vue de capter les différences dans les indicateurs évalués dans les différents groupes enquêtés.

Cependant, il faut noter quelques difficultés rencontrées :

- 1) Il n'a pas été possible de distinguer dans ce travail si l'adolescent ou le jeune avait eu son premier rapport sexuel avant d'être exposé au programme. Tout ce que l'on sait c'est au cours de la période d'intervention que le rapport sexuel a eu lieu.
- 2) Il n'est pas également possible de savoir le nombre de fois qu'un adolescent ou jeune a été exposé aux activités du Programme.
- 3) Enfin, bien que certains jeunes aient été exposés à l'intervention à la fois à l'école et dans le milieu communautaire, il n'est pas possible de faire cette différence dans le cadre de cette étude, à partir de la seule question suivante : Où avez-vous été exposé aux activités du Programme CAREH ? qui n'a pas prévu de réponses multiples. Donc, il n'a pas été possible de distinguer les jeunes qui ont été exposés à l'intervention à la fois en milieu communautaire et scolaire.

4.2 Méthodes d'analyse

Cette section traite du devis de recherche, de l'analyse des données et de la validité interne et externe.

4.2.1 Devis de recherche

Selon la technique de choix des échantillons, trois grands modèles d'évaluation sont cités dans la littérature pour les études quantitatives (Bingham et Felbinger, 2002; Grembowski, 2001; Shadish et al., 2002) : (i) les modèles expérimentaux ou aléatoires, (ii) les modèles intermédiaires ou quasi-expérimentaux et (iii) les modèles implicites ou non expérimentaux. Le modèle expérimental a le pouvoir le plus élevé de démonstration de la causalité dans une recherche et le modèle quasi-expérimental se situe entre les deux autres modèles (Punch, 1998; Rossi et al., 2004). Le modèle quasi-expérimental a des avantages certains sur les modèles implicites qui peuvent manquer de preuve en ce qui concerne l'orientation causale. La grande faiblesse des modèles implicites est leur difficulté à contrôler l'autosélectivité afin d'avoir deux groupes suffisamment identiques (Bingham et Felbinger, 1989).

Selon Konstantinos et Efrosini (2003), une évaluation d'impact d'intervention doit utiliser un devis comparatif efficace. Une méthode rigoureuse d'évaluation est une véritable expérimentation dans laquelle les individus sont répartis au hasard entre les groupes d'intervention et de comparaison (Black, 1999a; Shadish et al., 2002). Cette méthode expérimentale est difficilement réalisable dans les interventions communautaires pour des raisons éthiques comme c'est le cas de la présente étude. Ainsi, une méthode d'évaluation post-test qui fait partie des modèles non expérimentaux est utilisée dans cette recherche. Le devis de cette recherche est illustré dans le tableau IV.4. Les quatre groupes de jeunes qui ont été définis sont comparés. Ainsi, six approches comparatives ont été utilisées pour chaque indicateur dans les analyses descriptives :

- (i) les jeunes non-exposés à l'intervention et scolarisés (NES) seront comparés à ceux non-exposés à l'intervention et non scolarisés (NENS) ($0_2 - 0_1$);
- (ii) les jeunes exposés à l'intervention en milieu communautaires (EMC) seront comparés à ceux non-exposés à l'intervention et non scolarisés (NENS) ($0_3 - 0_1$);
- (iii) les jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire (EMS) seront comparés à ceux non-exposés à l'intervention et non scolarisés (NENS) ($0_4 - 0_1$) ;
- (iv) les jeunes exposés à l'intervention en milieu communautaires (EMC) seront comparés à ceux non-exposés à l'intervention et scolarisés (NES) ($0_3 - 0_2$) ;
- (v) les jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire (EMS) seront comparés à ceux non-exposés à l'intervention et scolarisés (NES) ($0_4 - 0_2$) ;
- (vi) les jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire (EMS) seront comparés à ceux exposés à l'intervention en milieu communautaire (EMC) ($0_4 - 0_3$) ;

Tableau IV. 4 : Devis post-intervention

<i>Groupes de jeunes</i>	<i>Exposition à l'intervention</i>	<i>Mesure post-intervention</i>
Jeunes non-exposés et non scolarisés (NENS)		0 ₁
Jeunes non-exposés mais scolarisés (NES)		0 ₂
Jeunes exposés à l'intervention en milieu communautaire (EMC)	X	0 ₃
Jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire (JEMS)	X	0 ₄

4.2.2 Analyses des données

Nos analyses, tout en tenant compte des faiblesses reconnues au devis utilisé et aux différentes menaces à la validité interne, permettent de prendre en compte trois stratégies pour maximiser la fidélité des résultats dans la démonstration d'une association avec l'intervention. Ce sont : la restriction des analyses aux jeunes de 10 à 29 ans non mariés, la stratification des groupes de jeunes en quatre et la prise en compte des facteurs modificateurs dans les analyses multivariées. Donc, il a été fait des analyses bivariées et multivariées. Aussi, des analyses en composantes principales (ACP) ont été faites pour la construction de l'indice sur le niveau socioéconomique de la famille.

Description de l'Analyse en Composantes Principales (ACP)

Selon Rutstein et Kiersten (2004), assigner des poids aux modalités d'une variable pour construire un indicateur est arbitraire. Pour ces auteurs, en se fondant sur les

recommandations de Filmer et Pritchett, l'utilisation de l'Analyse en Composantes Principales (ACP) pour assigner les poids est la meilleure technique ce qui fait son utilisation dans les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS). C'est ainsi qu'à l'image des EDS, pour la construction de l'indice du niveau socioéconomique de la famille, il a été fait recours à cette technique dans SPSS³. Ce procédé standardise d'abord les variables de l'indicateur (niveau socioéconomique), par le calcul de score Z, puis les coefficients du facteur sont calculés, enfin la valeur de l'indicateur est produite (Rutstein et Kiersten, 2004). Dans ce cas, le premier des facteurs produits est utilisé dans la construction de l'indice. La somme produite des facteurs est elle-même un score standardisé avec une moyenne de zéro et un standard de déviation de un.

Analyses descriptives bivariées

Conformément au devis post-test, les comparaisons ont été faites dans les différentes analyses entre les groupes d'adolescents ou jeunes (non-exposés et non scolarisés, non-exposés mais scolarisés, exposés en milieu communautaire et exposés en milieu scolaire). Dans le cadre de l'entrée en sexualité, il a été d'abord apprécié l'effet des caractéristiques individuelles, familiales et environnementales sur la perception négative des adolescents sur la sexualité prémaritale. Puis, il a été apprécié dans les analyses comparatives l'effet des mêmes caractéristiques sur l'entrée en sexualité pendant la période d'intervention.

Il faut rappeler que si l'appréciation de la connaissance sur la contraception et la prévention du VIH a porté sur l'ensemble des jeunes qu'ils soient sexuellement actifs ou pas, quant à l'utilisation de la contraception ou du condom, elle n'a concerné que les jeunes qui ont eu un partenaire sexuel les 12 derniers mois. Pour les analyses descriptives concernant l'utilisation de la contraception moderne, il a été apprécié dans un premier temps, les effets des caractéristiques sociodémographiques et certaines variables d'intérêt comme la communication avec les parents, les pairs, l'utilisation des médias sur les connaissances élevées de la prévention des grossesses.

³ Mesure de la précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer Olkin (KMO) (79,2%) et la valeur P de l'indice de sphéricité de Bartlett très significative.

Dans un deuxième temps, les effets de ces paramètres et de différentes connaissances en contraception ont été appréciés sur l'utilisation de la contraception moderne. Enfin, pour les analyses dans le cadre de la prévention du VIH, comme précédemment, il a été apprécié tout d'abord les effets des caractéristiques sociodémographiques et des perceptions des jeunes sur les connaissances élevées de la prévention du VIH. Puis, les effets de ces paramètres sur l'utilisation du condom. Dans toutes les analyses descriptives les tests χ^2 ont été utilisés.

Analyses multivariées à l'aide de la régression logistique

La régression logistique est une méthode non linéaire qui permet la prédiction d'appartenance à un groupe quand la variable dépendante est dichotomique. Les prédicteurs peuvent être des variables continues, discrètes ou dichotomiques ou leurs combinaisons. Elle permet donc d'évaluer les rapports de cotes ou les probabilités d'appartenance de quelqu'un à un groupe.

La régression logistique permet de modéliser une variable réponse d'intérêt Y prenant uniquement deux valeurs possibles donc représentée par une variable binaire prenant les valeurs 0 et 1. Dans la régression logistique, au lieu de prédire la valeur de Y , des valeurs des variables indépendantes X_s , on prédit la probabilité d'occurrence de Y en connaissant les valeurs de X_1 à X_n . Les coefficients sont estimés par maximum de vraisemblance et le but est de trouver la meilleure combinaison linéaire des prédicteurs pour maximiser la vraisemblance pour obtenir le résultat.

L'équation de prédiction inclut une combinaison linéaire de variables et se présente comme suit (Kleinbaum et Klein, 2002) :

On écrit Y comme la somme de la fonction linéaire de α plus β_1 fois X_1 , plus β_2 fois X_2 , ainsi de suite, jusqu'à β_k fois X_k .

$$Y = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k$$

où Y est la probabilité d'occurrence de la variable Y . Dans nos différentes analyses, Y peut être la probabilité d'avoir : (i) une perception négative sur la sexualité des adolescents, (ii) un premier rapport sexuel, (iii) des connaissances élevées sur la

prévention de grossesses, (iv) une utilisation de la contraception moderne, (v) des connaissances élevées sur la prévention du VIH, et (vi) une utilisation du condom.

La constante est α ; les X_1 à X_k , représentent les variables indépendantes d'intérêt. Dans ce travail ces variables varient selon qu'il s'agit de l'entrée en sexualité, de l'utilisation de la contraception ou du condom. Pour l'initiation sexuelle, les variables individuelles (groupes d'âge et sexe), familiales (contrôle parental, structure familiale, relation avec les parents, niveau d'éducation de l'encadreur et niveau socioéconomique de la famille) et environnementale (couverture des districts sociosanitaires) ont été pris en compte. Pour l'utilisation de la contraception et du condom, les variables individuelles (groupes d'âge et sexe) et environnementales (nombre de guérisseurs traditionnels dans le quartier, la distance du centre de soins le plus éloigné, la disponibilité des services dans le quartier et la couverture des districts sociosanitaires) ont été pris en compte.

Puis, on transforme cette équation linéaire en fonction de Y avec la formule suivante :

$$f(Y) = \frac{1}{1 + e^{-Y}}$$

$$= \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \sum \beta_1 X_1)}}$$

La transformation logit aboutit au rapport de cotes.

$$\text{Logit } P(X) = \ln_e \left(\frac{P(X)}{1 - P(X)} \right)$$

Où

$$P(X) = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \sum \beta_1 X_1)}}$$

$$\text{Cote} = \frac{P}{1 - P}$$

Où P est l'occurrence des évènements et 1 – P la non occurrence des évènements.

Puis, ces cotes conduisent aux rapports de cotes (RC). Tel qu'écrit ici : cote1 divisé par cote0, ce qui montre le rapport de deux cotes.

$$\text{RC} = \frac{\text{Cote1}}{\text{Cote0}}$$

On obtient ainsi la valeur pour le quotient des odds, appelé odds ratio ou rapport de cotes (RC) pour une augmentation d'une unité de X_i .

Dans ce travail, les rapports de cotes seront utilisés. Quand le rapport de cotes est supérieur à 1, cela signifie que dans le modèle, la modalité de la variable concernée a une chance de survenue supérieure à la catégorie de référence. À l'opposé, quand le rapport de cotes est inférieur à 1, la chance de la modalité de la variable est inférieure à la catégorie de référence.

Dans les différentes analyses plusieurs modèles ont été élaborés depuis le modèle brut au modèle complet prenant en compte en plus des variables d'intérêt, les variables de contrôle. Des interactions ont été faites entre les différentes variables d'intérêt (appartenance à un groupe d'enquête, couverture des districts sociosanitaires ou connaissances élevées sur la prévention des grossesses ou du VIH) quand celles-ci étaient significatives.

4.2.3 Analyses de différents facteurs affectant la validité interne et externe du devis post-intervention utilisé dans la présente évaluation

En l'absence d'affectation aléatoire des jeunes pour la participation ou non aux activités, une subdivision rétrospective a été faite. Les résultats de l'enquête de 2002 ont permis de faire un regard rétrospectif pour apprécier la participation ou non des jeunes aux activités d'intervention du Programme CAREH (Tableau III.1). Ce processus de division peut bien être affecté par le biais de l'information (défaut de mémoire, erreurs de compréhension de la question et erreurs de classement). Aussi,

il faut noter que la participation aux activités en communauté était essentiellement volontaire et tout choix de participation à une intervention basé sur la volonté personnelle peut souffrir d'autosélection, d'endogénéité et d'hétérogénéité qui sont des sources potentielles de biais dans la présente évaluation.

Cependant, une étape importante dans une évaluation est la capacité de démontrer la validité interne et externe selon le devis utilisé. Dans l'exploration de la validité interne on examine si effectivement les résultats sont dus au programme d'intervention ou à autres facteurs. En ce qui concerne la validité externe on explore si les résultats sont généralisables dans d'autres localités. La validité interne pourrait bien être affectée dans un devis post-test, tels que l'ont mentionnés plusieurs auteurs (Campbell et Stanley, 1963; Grembowski, 2001; Rossi et al., 2004). Les menaces à la validité interne de cette évaluation, les solutions applicables et les différentes stratégies de contrôle utilisées dans ce travail sont ici présentées.

Les biais ou erreurs

Les biais réfèrent à la tendance des mesures ou des statistiques de dévier la valeur vraie de la mesure ou de la statistique (Brownson et Petitti, 1998). Ils sont des distorsions qui affectent les estimations des mesures (Bernard et Laponte, 1987). Sommairement, un biais est un processus à n'importe quel niveau d'inférence, ayant tendance à produire des résultats s'écartant systématiquement des vraies valeurs (Fletcher et al., 1998). Ces auteurs supposent par exemple que le traitement A était considéré meilleur au traitement B. Ils réfléchissent sur les types de biais qui pourraient entraîner cette observation si celle-ci n'était pas vraie. Ils pensent par exemple que le traitement A aurait pu être administré à des patients moins atteints que ceux du traitement B; dans ce cas ils supposent que les résultats peuvent être dus à une différence systématique de l'état de santé entre les deux groupes qu'ils soient ou non traités, plutôt qu'à la différence de l'efficacité réelle du traitement.

Dans cette évaluation, il se pourrait que les jeunes exposés à l'intervention à l'école ou en milieu communautaire aient les meilleurs indicateurs sur les connaissances de prévention des grossesses ou du VIH. Néanmoins, il est difficile de savoir si ces jeunes n'avaient pas déjà un niveau élevé des connaissances avant leur exposition au

Programme CAREH. Aussi, il se pourrait que les jeunes exposés au Programme aient été plus motivés pour une raison quelconque pour améliorer leurs connaissances.

Il est particulièrement difficile de mesurer l'importance des erreurs systématiques qui posent pour la plupart des utilisateurs de données des problèmes plus graves que les erreurs aléatoires. Ces erreurs systématiques qui sont des biais persistent quelle que soit la taille du groupe pour lequel les réponses sont agrégées. Dans la présente évaluation, deux grands groupes d'erreurs systématiques qui sont les biais de sélection ont été décrits (l'autosélection) et les erreurs de mesure (soit de l'exposition ou de la fidélité de l'information ou de la déclaration). Ces phénomènes peuvent introduire des différences entre les jeunes exposés et non-exposés qui peuvent modifier la relation entre les groupes

Autosélection : Le biais de sélection survient quand les comparaisons sont faites chez des groupes différents par des facteurs, autres que ceux en étude et qui affectent le résultat de l'étude (Fletcher et al., 1998). Ce biais de sélection est une distorsion dans l'estimation d'une mesure causée par les défauts de l'étude au niveau de la sélection des sujets. Il y a alors biais de sélection des sujets si le recrutement des sujets exposés et non-exposés est lié à la présence de l'exposition au facteur étudié. Dans un devis post-test comme le cas présent où les individus ont été divisés en différents groupes sur la base d'une participation volontaire (exposition au Programme CAREH en milieu communautaire) le biais de sélection peut être un facteur qui limite la validité interne. Les sources d'autosélection peuvent être nombreuses.

Premièrement, l'installation d'un nouveau programme d'intervention est susceptible d'attirer des adhérents qui se sentent plus à risque ou qui ont des traits particuliers ou qui ont plus de facilité d'accès au programme. Il n'est pas possible que le contexte de Bandjoun échappe à une telle règle. Ce problème d'autosélection des sujets pour leur participation au programme est critiqué par plusieurs auteurs (Black, 1999b; Speizer et al., 2001). L'existence d'un tel biais de sélection est suspectée dans la présente évaluation car nous avons vu des différences entre les groupes quant aux caractéristiques sociodémographiques qui semblent corrélées avec les connaissances

et comportements attendus. Ainsi, chez les jeunes non-exposés et scolarisés, l'âge moyen à l'enquête est de 14,46 ans contre 16,93 ans chez ceux exposés à l'intervention en milieu scolaire et ces derniers sont mieux éduqués (Tableau IV.3).

Deuxièmement, étant donné que le programme s'intéressait aussi aux parents, une autosélection pourrait avoir lieu dans ce groupe également. Les parents qui ont des enfants dits «problématiques» (communication difficile, abandon d'école, sexuellement actifs), seraient plus enclins à s'intéresser à des formations sur les sujets de communication en santé des jeunes que d'autres.

Troisièmement : bien que l'exposition aux activités d'intervention dans les écoles était involontaire, il est logique de reconnaître que dans le contexte de Bandjoun avoir la chance d'abord d'être à l'école est une sélection car 21,2% des jeunes enquêtés n'étaient pas scolarisés au moment de l'évaluation. Il est reconnu qu'à Bandjoun, tous les parents sont très soucieux de l'éducation de leurs enfants mais diverses causes contraignent les jeunes à l'abandon scolaire à l'adolescence.

Erreurs de mesure de l'exposition. Les erreurs de mesure de l'exposition, peuvent être liées soit aux non-réponses, soit à une erreur de classement : le sujet exposé à l'intervention se déclare non exposé ou vice versa (Rumeau-Rouquette et al., 1993). L'existence de non-réponses réduit la puissance en diminuant le nombre de cas et l'existence d'erreurs de classement entraîne une sous-estimation de la relation entre l'exposition et les effets de l'intervention. La non-réponse ne s'applique pas à ce travail car les deux populations avaient les mêmes chances dans l'enquête et la description des données témoigne de leur bonne qualité. Cependant, des possibilités d'erreurs de classement existent. Ces erreurs de classement seraient probablement liées à des biais d'information ou de déclaration ou à la contamination.

Biais d'information ou de déclaration. Il faut rappeler qu'étant donné la division entre les groupes dits (exposés et non-exposés) est basée sur la déclaration personnelle des jeunes, certains auraient pu bien être exposés au programme et par les défaillances de mémoire se font déclarés comme n'ayant jamais été exposés à l'intervention. Il se pourrait que le cas inverse soit possible bien que rare, les jeunes

n'ayant jamais été exposés à l'intervention se déclarent comme exposés. Aussi, nous nous sommes intéressés d'une part à la communication entre les parents et leurs enfants sur des sujets de santé, et d'autre part au contrôle des activités de loisirs de leurs enfants. Il pourrait arriver que les jeunes aient connu des améliorations de ces indicateurs suite à l'exposition de leurs parents aux activités du Programme mais les jeunes peuvent ne pas être au courant de l'exposition de leurs parents. Ces jeunes sont alors classés à tort comme non-exposés à l'intervention.

Une difficulté des activités de recherche basées sur la déclaration volontaire, est le biais d'exagération et de désirabilité. Les jeunes exposés à l'intervention peuvent avoir tendance à se montrer plus corrects dans leurs attitudes et comportements. La variabilité des déclarations des jeunes est reconnue dans plusieurs recherches. Eggleston et collègues (2000b) entre autres ont formulé des réserves sur l'utilisation des déclarations personnelles pour l'évaluation de l'entrée en sexualité, en disant que les garçons ont tendance à exagérer leur sexualité, alors que les filles cherchent à se faire passer pour chastes. Des études ont montré que les enquêtes basées sur les interviews individuelles, les interviews assistées par ordinateurs présentent différents estimés dans les comportements sensibles (Tuner et al., 1998). Aussi, il est reconnu que les adolescents et jeunes souvent dissimulent leurs attitudes et comportements (Hewett et al., 2003).

Les biais d'information conduisent aux erreurs de classement et peuvent aller dans un sens ou dans l'autre (Bernard et Laponte, 1987). Pour ces auteurs, dans les biais de classement, l'erreur de classement différentielle ne va pas toujours dans le même sens, il considère qu'il peut avoir aussi bien une surestimation qu'une sous-estimation. Il reconnaît qu'il est difficile d'établir des règles simples pour juger du sens que peut prendre ces biais.

Erreurs de classement par contamination. L'effet de la contamination avec d'autres intervenants peut être exclu car à Bandjoun car il n'y a pas d'autres programmes, en dehors de la radio nationale, qui pourrait favoriser tant les jeunes exposés à l'intervention que ceux non-exposés. Toutefois, une difficulté demeure, le fait que la contamination entre participants et non participants au programme est certaine. Il a

été trouvé dans nos analyses que 44% des jeunes exposés à l'intervention ont communiqué avec au moins une tierce personne sur le Programme CAREH (Tableau II.2). Ce phénomène est un élément important de contamination pouvant affecter la robustesse des différences des effets entre les jeunes exposés et non-exposés à l'intervention. Car les parents ou amis qui bénéficient d'une telle information ne savent pas que le frère ou la sœur tient ces connaissances du Programme CAREH.

Endogénéité

La première limite des études transversales dans l'orientation étiologique d'une intervention est la difficulté de définir la relation temporelle entre un résultat et l'exposition (Brownson et Petitti, 1998). Fletcher et collaborateurs (1998), abondent dans le même sens et trouvent que deux caractéristiques des études de prévalence (transversales) sont particulièrement ennuyeuses. C'est l'incertitude concernant la séquence temporelle et les biais associés à l'étude des cas de longue durée. Dans une étude de prévalence, lorsque la maladie et les facteurs étiologiques possibles sont mesurés simultanément, il n'est pas souvent évident de savoir lequel est survenu le premier. C'est la difficulté que l'on peut avoir avec l'endogénéité et les comportements de santé dans la présente évaluation.

Il est certain que les adolescents et jeunes selon des caractéristiques propres ont dû choisir de participer ou pas aux activités du Programme CAREH. Il est possible que les jeunes sexuellement actifs soient plus enclins à chercher des informations sur les connaissances sur la contraception, les IST/VIH/sida que ceux qui ne le sont pas. Toutefois, un adolescent sera probablement plus intéressé au maintien de l'abstinence et à l'acquisition d'aptitudes à résister face aux pressions pour la sexualité. Il a été remarqué que 57% des jeunes non-exposés et scolarisés ont entre 10 et 14 ans contre 17 % seulement de jeunes exposés en milieu communautaire (Tableau IV.3).

Un élément de variabilité parmi les jeunes exposés et non-exposés est le bénéfice individuel qu'un jeune tire par sa participation ou pas à un tel programme d'intervention. Cette perception de bénéfice varie avec plusieurs éléments : (i) le

jeune a déjà eu des rapports sexuels, il veut connaître mieux sur la sexualité, les risques liés à cela et les précautions à prendre, (ii) le jeune estime que le programme pourra lui donner des informations sur la contraception, l'utilisation correcte du condom, (iii) le jeune veut comprendre comment se préparer pour résister aux pressions d'un premier rapport sexuel, et (iv) autres bénéfices liés aux primes de formation.

Hétérogénéité

Dwyer et collaborateurs (2001), reconnaissent que le processus utilisé dans la sélection des cas et des contrôles ne peut expliquer entièrement l'hétérogénéité. Ainsi, leur réflexion continue sur l'effet de certains facteurs confondants. Ceux-ci peuvent être des biais de susceptibilité qui surviennent quand un groupe de sujets rassemblé pour l'étude diffère par d'autres façons que ceux en étude. Ces facteurs étrangers peuvent être, entre autres, l'âge, le niveau de scolarité, l'appartenance à un district sociosanitaire qui pourraient influencer les résultats comme les connaissances et comportements.

Il y a des facteurs observés chez les jeunes qui peuvent les conduire à l'autosélection dans le contexte de Bandjoun pouvant entraîner une hétérogénéité. Celle-ci peut venir des caractéristiques sociodémographiques ou de la location du programme ou d'autres motivations personnelles. Un adolescent fervent chrétien a plus de chance d'avoir une attitude positive envers la chasteté qu'un adolescent sans religion. Les jeunes d'un niveau d'éducation élevée ont plus de chances de retenir le contenu des messages ou d'une formation qu'un adolescent de niveau primaire. Puis, certains facteurs de sélections pourraient s'expliquer par le sexe ; les jeunes filles qui sont victimes des conséquences des grossesses hors mariages seraient les plus préoccupées à leur prévention que leurs partenaires. Ainsi, il a été trouvé dans les descriptions des échantillons (Tableau IV.2 et Tableau IV.3) que les quatre groupes de jeunes (non-exposés non scolarisés, non-exposés et scolarisé, exposés en milieu communautaire et exposés en milieu scolaire) ne soient pas vraisemblablement identiques relativement à certaines caractéristiques importantes. Les jeunes exposés

dans les communautés ou à l'école sont un peu plus âgés et mieux éduqués que ceux non-exposés et scolarisés.

Il est peu probable que le Programme CAREH ait été uniformément mis en œuvre dans tous districts sociosanitaires avec la même efficacité. Ainsi, la probabilité d'exposition du Programme CAREH n'est sûrement pas aléatoirement égale parmi l'ensemble des jeunes de Bandjoun. Les jeunes des districts sociosanitaires où il y a une plus grande concentration des écoles devraient avoir plus de chances d'être exposés aux activités surtout quand ils sont scolarisés. En conséquence, certaines différences géographiques sont susceptibles d'être trouvées entre les jeunes des différents districts sociosanitaires dans ce travail, qui pourraient s'expliquer par le degré de mise en œuvre plus complète et une exposition plus fréquente aux activités même si les données ne permettent pas de capter tous les contours. Aussi, il ne sera pas oublié que certaines communautés sont probablement plus traditionnelles et conservatrices que d'autres d'où leur attachement aux guérisseurs traditionnels.

Facteurs confondants

Une variable confondante est définie comme une variable qui est reliée étiologiquement à la condition en exploration et qui est associée avec l'exposition dans la population d'étude, mais n'est pas une conséquence de l'exposition (Brownson et Petitti, 1998). Le biais confondant survient quand deux facteurs sont associés l'un à l'autre, ou «voyagent ensemble», et que l'effet de l'un est confondu avec ou déformé par l'effet de l'autre (Fletcher et al., 1998). L'effet de confusion met en cause la présence d'un tiers facteur qui perturbe l'association entre un facteur et une maladie ou une intervention. Il est bien connu sous les notions d'effet confondant ou d'effet modifiant (Bernard et Laponte, 1987). Ces auteurs reconnaissent que le biais de confusion dans l'estimation d'une association entre un facteur E et une maladie M, peut être défini comme la distorsion attribuable à un tiers facteur F, appelé alors facteur confondant ou de confusion. Pour produire un biais, ce facteur F doit être associé, dans les données au facteur E et de façon indépendante doit être associé également à M comme facteur de risque. La prise en compte d'un tel facteur confondant est très important surtout que nous sommes conscients avec Haddad et collègues (2007) de la difficulté d'attribution des effets des interventions

dans un contexte incontrôlé en tenant compte de la complexité de la santé ou du bien être qui sont des conséquences de multiples processus.

Pour Fletcher et collègues (1998), le biais de sélection et les confondants ne sont pas mutuellement exclusifs. Ils sont observés séparément parce qu'ils présentent des problèmes à différents points dans une étude. Le biais de sélection est essentiellement rencontré quand les sujets sont choisis pour l'observation, tandis que le biais confondant doit être pris en compte pendant l'analyse des données, après que les observations aient été faites. C'est pourquoi dans la présente évaluation, la scolarisation au moment de l'intervention qui pouvait constituer un facteur confondant a été utilisée pour la stratification des groupes. Le niveau d'éducation, l'appartenance aux quartiers et districts sociosanitaires sont pris comme des facteurs modifiant.

4.2.4 Contrôle des limites de la validité interne dans ce travail

Les biais peuvent être généralement regroupés en trois selon Fletcher et collègues (1998) : biais de sélection, de mesure et de facteurs confondants, tandis que Brownson et Petitti (1998), ajoutent à ceux-ci les biais d'information. Wagstaff (1999) abonde dans le même sens et soutient que dans les études d'observation ou populationnelles l'orientation cause-effet entre l'exposition ou non ne peut être valablement interprétée que quand les contours liés à trois phénomènes sont bien maîtrisés : la sélection, les facteurs confondants et les biais de mesures. Ainsi, dans la présente évaluation, il a été présenté une analyse des solutions aux faiblesses reconnues au devis afin de renforcer la validité interne des résultats. Donc, successivement, il sera discuté la prise en compte de différents biais d'information, des facteurs confondants et d'autosélection dans ce travail.

Biais d'autosélection

Dans les biais de sélection, le chercheur doit tenter de savoir s'ils conduisent à une surestimation ou à une sous-estimation de la mesure bien que cet exercice soit difficile (Bernard et Laponte, 1987). Si l'échantillon de jeunes enquêtés pour la présente évaluation était aléatoire, la participation ou non aux activités était

volontaire ou non. Plusieurs mécanismes augmentaient les chances d'exposition des jeunes aux activités comme la couverture de toutes les structures scolaires et les foyers communautaires et la participation sans frais aux différentes activités éducatives. Il est possible que ce biais de sélection ait été limité par une large couverture du Programme.

Dans la présente évaluation, les jeunes exposés au Programme peuvent être classés comme non-exposés ou vice versa. Cependant, il est plus facile de suspecter la probabilité des erreurs de classification des jeunes exposés à l'intervention parmi ceux non-exposés que l'inverse. Plusieurs jeunes auraient pu être exposés à certaines activités sans savoir si la sensibilisation était faite par le Programme CAREH. Les jeunes exposés dans les églises, les marchés ou dans d'autres lieux publics peuvent ne pas savoir que la sensibilisation est faite par le Programme. Conséquemment, peuvent se considérer comme n'ayant jamais été exposé au Programme. Aussi, le tableau II.2 montre bien qu'au moins 44% des jeunes exposés à l'intervention en ont discuté avec un ami. Donc, nous pensons que nos résultats de l'impact des activités du Programme CAREH seraient conservateurs car l'effet du programme est certainement sous-estimé par la contamination des jeunes qui se déclarent n'avoir pas été exposés aux activités d'intervention alors qu'ils l'ont été sans le savoir.

Pour Bernard et Laponte (1987), le biais de sélection peut être contrôlé tant au niveau de l'échantillonnage qu'au niveau de l'analyse. Ils estiment qu'il est contrôlable au niveau de l'échantillonnage à condition que l'investigateur soit averti de ses sources potentielles. Toutefois, pour ces auteurs, le contrôle du biais au cours de l'analyse est pratiquement impossible car un investigateur peut difficilement connaître à priori les chances qu'a un cas exposé d'être sélectionné par rapport à celles d'un cas non exposé ; celles d'un cas témoin exposé par rapport à un témoin non exposé. C'est pourquoi, ils concluent que la correction du biais d'information donc des erreurs de classement, est rarement possible au niveau de l'analyse. Ils invitent à savoir que même si on ne connaît pas l'ampleur du biais, il est très souhaitable de savoir s'il s'agit d'un biais qui pourrait entraîner une sous-estimation ou une surestimation. C'est cette position qui est adaptée dans ce travail en estimant que les biais nous donnent probablement des résultats conservateurs.

Dans les études pouvant être victimes de biais de sélection, il existe plusieurs façons possibles de contrôler les différences entre les groupes, soit à la mise en place de la collecte de données, soit lors de l'analyse des données. Si une stratégie ou plus n'a pas été appliquée, le lecteur doit être sceptique car il peut rester à son niveau des questions non répondues. Par exemple, le lecteur pourrait se demander, si les différences entre les jeunes exposés et non sont-elles liées à un facteur particulier au Programme CAREH ou autres facteurs ? C'est pourquoi pour contrôler les biais, les solutions suivantes sont envisageables : la randomisation, l'appariement, la restriction, la standardisation, la stratification et l'ajustement multivarié (Fletcher et al., 1998). Il faut également rappeler qu'il y a des méthodes plus élaborées scientifiquement pour la prise en compte de ces biais dans les analyses à travers les variables instrumentales (Basu et al., 2007). Dans ce travail, il a été fait recours à la restriction, la stratification et aux analyses multivariées.

La restriction. Les individus inclus dans une étude peuvent se limiter seulement à ceux possédant une gamme étroite de caractères, pour équilibrer les facteurs étrangers importants. Pour la détection des biais de sélection, l'utilisation de plusieurs groupes témoins peut permettre de porter un jugement sur son existence si la mesure de l'association est la même quel que soit le groupe témoin utilisé, la présence de biais de sélection est peu vraisemblable (Bernard et Laponte, 1987). Ainsi, cette évaluation traite des adolescents et jeunes, donc nous avons une restriction par rapport à l'âge, elle les couvre quelque soit le milieu (scolaire ou non, urbain ou rural).

La stratification. Au moment des analyses, c'est une stratégie qui peut être prise en compte, pour faire une évaluation plausible. Les individus exposés et non-exposés doivent appartenir à la même population et ils doivent être aussi semblables que possible, sauf pour l'exposition (Rumeau-Rouquette et al., 1993). Selon ces mêmes auteurs, parfois, face aux difficultés d'avoir un groupe non exposé comparable, on peut, si cela s'avère possible, prendre plusieurs groupes de sujets non-exposés et les comparer entre eux afin de déceler des différences éventuelles. C'est la

représentation des résultats selon les sous-groupes de jeunes, ou strates de caractéristiques semblables.

Dans les analyses descriptives, les jeunes de même groupe d'âge seront comparés entre eux dans les différents groupes, les filles et les garçons seront comparés entre eux, les jeunes de même niveau d'éducation seront comparés, les jeunes ayant les mêmes caractéristiques environnementales (distance du centre de santé, nombre de guérisseurs traditionnels, disponibilité des services de santé) et l'appartenance au même district sociosanitaire.

Il a été mis à profit alors la stratification des jeunes en quatre groupes semblables deux par deux afin d'apprécier les différences. Cette stratification prend en compte, d'une part la scolarisation au moment de l'intervention, et d'autre part le lieu d'exposition aux activités d'intervention afin de capter l'exposition volontaire ou involontaire. Ainsi, une stratification de la population d'adolescents et jeunes en quatre groupes a alors été adaptée (jeunes non-exposés à l'intervention et non scolarisés, jeunes non-exposés à l'intervention mais scolarisés, jeunes exposés aux activités d'intervention en milieu communautaire et les jeunes exposés aux activités d'intervention en milieu scolaire). Donc, toutes les analyses seront basées sur les différences entre ces groupes.

L'ajustement multivarié. L'analyse multivariée est une méthode de prise en compte simultanée des effets de plusieurs variables. Elle est utilisée pour ajuster (contrôler) simultanément les effets de plusieurs variables afin de déterminer les effets indépendants de l'une. C'est la seule façon de traiter avec plusieurs variables à un moment de la phase d'une étude. Cette analyse est faite dans ce travail pour la démonstration de nos hypothèses et permet également le contrôle des facteurs confondants.

Biais de l'information ou de déclaration

Dans la présente étude qui se base sur les données secondaires avec des déclarations personnelles il est difficile de déceler les biais d'information. En vue de minimiser les biais liés à la défaillance de mémoire, des précautions doivent être prises par les

planificateurs de l'enquête. C'est ainsi que pour minimiser les biais liés à l'oubli, on a intérêt à ce que l'enquête ne commence pas trop longtemps après l'exposition au phénomène. C'est pourquoi, dans la présente évaluation l'enquête a commencé au mois (juillet 2002) qui a suivi la fin de l'intervention (juin 2002), ce délai très bref permettrait de minimiser ce biais de défaut de mémoire.

Biais de désirabilité

Étant sensible au fait que les jeunes exposés aux activités d'intervention peuvent chercher à se rapprocher des attentes du programme, ceci avait été minimisé par l'assurance de la confidentialité donnée aux enquêtés et le respect de cette confidentialité sur les informations fournies par les enquêtés et les enquêteurs. Les répondants ont été également sensibilisés sur la nécessité de fournir des réponses objectives, ce qui permettrait d'améliorer les activités du Programme CAREH dans leur localité. En dépit de toutes ces précautions, les menaces liées à ces réserves guettent souvent les recherches sur les adolescents et jeunes.

Menace de la mesure

Il est possible que certains biais soient liés aux différences des conditions d'administration des enquêtes. Un biais de mesure peut survenir quand les méthodes de mesure sont remarquablement différentes dans les différents groupes. Mais, dans cette enquête tous les groupes ont subi l'enquête dans les mêmes conditions, avec le même instrument, sans savoir quelle serait la base de répartition des jeunes dans les groupes à comparer. Malgré notre confiance en la formation des enquêteurs, au déroulement de l'enquête et bien que les différentes populations aient subi la même enquête, certaines variations dans les réponses des répondants peuvent être liées aux qualités personnelles des enquêteurs à expliquer certaines questions ou à la patience des enquêtés. Dans tous les cas, la vérification de la qualité des données a conclu à leur fiabilité ce qui permet d'exclure une défaillance de mesure.

Toutefois, il y a de fortes chances que les erreurs liées à l'enquêteur ou à l'instrument soient aléatoirement réparties dans les différents groupes de jeunes non-exposés ou exposés pour ne pas affecter la validité de l'étude. Contrairement au biais, déviant les valeurs dans une direction ou l'autre, la variation aléatoire est plus à même de

produire des observations au-dessus ou au-dessous de la vraie valeur (Fletcher et al., 1998). En conséquence, la moyenne de plusieurs observations non biaisées sur les échantillons tend à correspondre à la vraie valeur dans la population, même si les résultats des petits échantillons individuels ne tendent pas vers cette valeur.

Dans tous les cas, nous partageons l'avis de plusieurs auteurs (Grembowski, 2001; Issel, 2004), qui reconnaissent que le biais de sélection dans un devis comme le nôtre peut être minimisé mais pas éliminé, car malgré la stratification en quatre groupes distincts, il est possible que les motivations ou intérêts pour une telle intervention puissent varier énormément. Bien que nous n'ayons pas l'assurance d'avoir un devis exempt d'effets de sélection avec des groupes témoins non aléatoires, l'utilisation de la restriction, de la stratification et des variables de contrôle dans les analyses multivariées, permettra de minimiser les conséquences des différents biais.

Conclusion

Ce chapitre a permis de présenter les données et méthodes d'analyse. Bien que l'enquête ait concerné 4 950 individus de 10 ans et plus (2 111 hommes et 2 839 femmes) nos analyses concernaient globalement 2 228 jeunes de 10 à 29 ans dont 1 565 adolescents. Parmi ces jeunes, 1 645 jeunes n'avaient pas été exposés à l'intervention et 583 l'avaient été. Chez les jeunes déclarant n'avoir pas été exposés à l'intervention, 414 jeunes n'étaient pas scolarisés au moment de l'intervention, tandis que 1 231 l'étaient. Chez les jeunes exposés à l'intervention, 310 l'avaient été en milieu communautaire, tandis que 273 l'avaient été en milieu scolaire. Une description détaillée de l'échantillon est faite prenant en compte les caractéristiques individuelles et environnementales. Les définitions et spécifications des variables sont faites selon les trois thématiques (entrée en sexualité, prévention des grossesses et du VIH). Après une analyse de la qualité des données, des estimés des variables d'intérêt avec des erreurs relatives faibles, une qualité fiable des données a été conclue.

Dans cette évaluation, un devis post-test a été utilisé à l'aide des données transversales capables de montrer les différences entraînées par les activités d'intervention entre quatre groupes de jeunes identifiés afin d'augmenter le pouvoir d'orientation causale. Bien que les répondants aient été tirés aléatoirement en tenant compte proportionnellement de la taille des ménages, des quartiers et des districts sociosanitaires, nous avons trouvé dans la description des différents échantillons une certaine différence entre les quatre groupes à comparer relativement à certaines caractéristiques sociodémographiques; ce qui en partie serait probablement liée aux biais de sélection, d'endogénéité et d'hétérogénéité qui sont reconnues dans ce travail comme des menaces à la validité interne.

Selon Heckman et Robb (1985), pour rechercher l'impact d'une intervention en l'absence d'une assignation non aléatoire, il est important de se poser deux questions souvent confuses en littérature : (i) quelle aurait été la moyenne d'impact de l'intervention si les répondants avaient été aléatoirement assignés ? et (ii) comment la moyenne postintervention des sujets soumis à l'intervention pourrait être comparée à ce que ça pourrait être en l'absence de l'intervention ? Mohr (1992) abonde dans le même sens en parlant du concept contrefactuel, en

estimant que c'est la comparaison que l'évaluateur doit faire entre l'effet qu'à entraîné une intervention et ce qui aurait pu se passer sans l'intervention. C'est dans le souci de répondre à ces questions que les solutions suivantes ont été adoptées dans cette évaluation : la restriction aux adolescents et jeunes non mariés, la stratification des groupes et les analyses multivariées. Ce qui fait qu'il peut être estimé une validité interne et externe à cette évaluation pouvant soutenir la réplication de l'intervention.

CHAPITRE V

EFFETS DE L'INTERVENTION DU PROGRAMME CAREH SUR LE REPORT DU PREMIER RAPPORT SEXUEL À BANDJOUN

Introduction

Ce chapitre présente les liens entre la variable de résultat intermédiaire d'intérêt (la perception négative des adolescents sur la sexualité prémaritale) ou lointain (entrée en sexualité) et diverses caractéristiques individuelles et environnementales chez 1 565 adolescents de 10 à 20 ans. Aussi, les perceptions des adolescents et leur participation à diverses activités ont été prises en compte. À l'aide du test de χ^2 , dans les analyses descriptives, les différences entre les groupes d'adolescents sont examinées. Puis, les analyses multivariées permettent de tester les deux premières hypothèses cette évaluation. Il s'agit de l'hypothèse 1 qui soutient que : les adolescents exposés aux activités d'intervention en milieu scolaire et communautaire sont plus portés à avoir une perception négative de la sexualité prémaritale par rapport aux adolescents déclarant n'avoir pas été exposés surtout s'ils sont dans les districts sociosanitaires à couverture élevée. Puis l'hypothèse 2 : les adolescents exposés aux activités du Programme ont plus reporté leur premier rapport sexuel à plus tard, conséquemment sont moins devenus sexuellement actifs dans la période d'intervention en particulier dans les districts sociosanitaires à couverture élevée. Enfin, les résultats sont discutés par rapport à la littérature.

5.1 Résultats

5.1.1 Analyses descriptives

Le tableau V.1 présente les proportions des adolescents ayant une perception négative sur la sexualité prémaritale selon certaines caractéristiques sociodémographiques et les groupes d'intervention. Les résultats indiquent que les adolescents non scolarisés qui n'avaient pas déclaré avoir été exposés à l'intervention sont plus portés à avoir une perception négative significativement inférieure à celle des trois autres groupes. En effet, 77% des adolescents non scolarisés ayant déclaré n'avoir pas été exposés aux activités d'intervention, 90% de ceux scolarisés et qui n'avaient pas déclaré avoir été exposés à l'intervention, 81% des adolescents ayant déclaré avoir été exposés à l'intervention en milieu communautaire et 80% de ceux ayant déclaré avoir été exposés à l'intervention en milieu scolaire avaient une perception négative sur la sexualité prémaritale.

Seulement, les adolescents non scolarisés déclarant n'avoir pas été exposés à l'intervention présentent des différences significatives avec les trois groupes.

Par rapport aux caractéristiques sociodémographiques, les adolescents non-exposés à l'intervention et scolarisés, âgés de moins de 17 ans avaient significativement la perception négative sur la sexualité prémaritale plus élevée que leurs camarades exposés à l'intervention en milieu scolaire (91% contre 81% ; $p < 0,001$). Les garçons non-exposés à l'intervention et scolarisés avaient également une perception négative plus élevée par rapport, d'une part à leurs camarades exposés en milieu communautaire (89% contre 75% ; $p < 0,001$) et d'autre part, par rapport à ceux non-exposés et non scolarisés (89% contre 77% ; $p < 0,001$). Les filles non exposées et scolarisées avaient la proportion de perception négative plus élevée que celles non exposées et non scolarisées (90% contre 77% ; $p < 0,001$) et celles exposées à l'intervention en milieu scolaire (90% contre 82% ; $p < 0,01$). Les adolescents non-exposés et scolarisés du niveau d'éducation primaire avaient une plus grande proportion ayant une perception négative sur la sexualité prémaritale comparativement à leurs camarades non-exposés et non scolarisés ($p < 0,010$). Les catholiques également du groupe d'adolescents non-exposés mais scolarisés avaient une proportion de perception négative plus élevée que les trois autres avec un $p < 0,010$.

En ce qui concerne les variables de l'environnement familial, les proportions d'adolescents non-exposés et scolarisés ayant une perception négative sur la sexualité étaient significativement plus élevées que dans les trois autres groupes. Les adolescents non-exposés et non scolarisés avaient des proportions de perception négative sur la sexualité prémaritale moins élevée que leurs camarades scolarisés quelque soit leur structure familiale d'appartenance. De même, les proportions d'adolescents ayant une perception négative sur la sexualité étaient plus élevées dans ce dernier groupe que chez leurs camarades exposés à l'intervention en milieu scolaire quand les adolescents vivent avec ou en dehors des deux parents. En ce qui concerne l'éducation de l'encadreur, la proportion d'adolescents ayant la perception négative sur la sexualité prémaritale est significativement plus élevée chez ceux non-exposés mais scolarisés que les trois

autres groupes lorsque l'encadreur a un niveau d'instruction primaire ou quand il n'a pas de niveau.

Généralement, chez les adolescents déclarant n'avoir pas été exposés aux activités de l'intervention du Programme CAREH, la proportion de perception négative sur la sexualité prémaritale augmente avec l'amélioration des relations avec les parents. Pour les adolescents ayant des relations passables ou bonnes avec leurs parents, on observe la proportion la plus élevée chez ceux scolarisés qui déclarent n'avoir pas été exposés à l'intervention. À niveau socioéconomique égal, les adolescents non-exposés à l'intervention mais scolarisés avaient plus tendance à avoir une perception négative de la sexualité prémaritale que leurs camarades exposés à l'intervention en milieu scolaire et communautaire. Les adolescents scolarisés qui déclarent n'avoir pas été exposés à l'intervention dans les districts sociosanitaires étaient plus portés à avoir des perceptions négatives plus élevées ceux qui déclarent être exposés en milieu scolaire et ceux non scolarisés n'ayant pas été exposés quelque soit la couverture de leur district d'appartenance.

Tableau V. 1 : Proportions d'adolescents ayant une perception négative de la sexualité prémaritale selon différentes caractéristiques sociodémographiques

<i>Caractéristiques individuelles</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés</i>	<i>Non-exposés et scolarisés</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire</i>	<i>Comparaison des groupes deux à deux (Test de χ^2)</i>					
					<i>1 VS 2</i>	<i>1 VS 3</i>	<i>1 VS 4</i>	<i>2 VS 3</i>	<i>2 VS 4</i>	<i>3 VS 4</i>
Groupes d'âge										
Moins de 17 ans	88,9 (54)	91,1 (888)	87,1 (101)	80,6 (108)						***
De 17 à 18 ans	62,2 (45)	84,0 (131)	77,5 (71)	76,3 (59)	**					
De 19 à 20 ans	76,2 (21)	75,6 (41)	68,2 (22)	83,3 (24)						
Sexe										
Garçons	76,5 (69)	89,2 (530)	75,0 (122)	76,3 (111)	**					***
Filles	76,8 (51)	90,0 (530)	85,2 (72)	82,0 (80)	***					**
Éducation										
Primaire	75,3 (81)	94,4 (626)	87,5 (32)	77,8 (9)	***					
Secondaire et plus	79,5 (39)	82,7 (434)	80,2 (162)	79,7 (182)						
Religion										
Protestants et autres	80,6 (36)	91,0 (355)	86,3 (51)	75,0 (48)	*					***
Catholiques	75,0 (84)	89,0 (706)	79,7 (143)	81,0 (142)	**			**	**	

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

Tableau V.1 (suite 1) :

<i>Caractéristiques familiales et environnementales</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés</i>	<i>Non-exposés et scolarisés</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire</i>	<i>Comparaison des groupes deux à deux (Test de chi²)</i>					
					<i>1 VS 2</i>	<i>1 VS 3</i>	<i>1 VS 4</i>	<i>2 VS 3</i>	<i>2 VS 4</i>	<i>3 VS 4</i>
<i>Contrôle parental</i>										
Faible	63,6 (22)	90,1 (142)	90,0 (20)	75,0 (24)	***	*			*	
Moyen	77,6 (67)	89,7 (514)	77,3 (97)	76,6 (94)	**			***	***	
Sévère	83,9 (31)	89,4 (404)	84,4 (77)	84,9 (73)						
<i>Structure familiale</i>										
En dehors des deux parents	71,4 (35)	86,6 (299)	84,0 (75)	66,67 (48)	**				***	
Père ou mère	68,0 (25)	86,6 (209)	73,3 (30)	81,3 (32)	**			*		
Père et mère	83,3 (60)	92,4 (552)	82,0 (89)	84,7 (111)	**			**	**	
<i>Niveau d'éducation de l'encadreur</i>										
Aucun niveau	71,7 (46)	89,4 (349)	84,7 (59)	77,8 (45)	***				*	
Primaire	75,0 (56)	90,0 (439)	73,5 (68)	77,1 (70)	***			***	**	
Secondaire ou plus	94,4 (18)	89,3 (272)	86,6 (67)	82,9 (76)						

***p<0,001 ; **p<0,01 ; *p<0,05.

Tableau V. 1 (suite 2) :

<i>Caractéristiques familiales et environnementales</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés</i>	<i>Non-exposés et scolarisés</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire</i>	<i>Comparaison des groupes deux à deux (Test de χ^2)</i>					
					1	1	1	2	2	3
					VS	VS	VS	VS	VS	VS
	<i>(1) % (N)</i>	<i>(2) % (N)</i>	<i>(3) % (N)</i>	<i>(4) % (N)</i>	2	3	4	3	4	4
<i>Relation avec les parents ou tuteurs</i>										
Passable ou difficile	72,2 (54)	88,7 (336)	82,0 (50)	84,5 (58)	***				***	
Bonnes	78,9 (38)	89,7 (349)	78,2 (55)	72,3 (47)	*			**	**	
Très bonnes	82,1 (28)	90,4 (375)	83,1 (89)	80,2 (86)				*		
<i>Indice du niveau socioéconomique de la famille</i>										
Faible	81,4 (59)	89,6 (374)	83,0 (53)	78,6 (42)					*	
Moyen	68,6 (51)	88,8 (437)	79,4 (68)	80,0 (80)	***			**	*	
Élevé	90,0 (10)	91,2 (249)	82,2 (73)	79,7 (69)				**	**	
<i>Couverture des districts</i>										
Faible	82,7 (52)	90,6 (384)	80,3 (76)	74,6 (67)				**	***	
Moyenne	63,6 (22)	85,2 (169)	77,4 (31)	83,3 (24)	**					
Élevée	76,1 (46)	90,3 (507)	83,9 (87)	82,0 (100)	**				**	
Total	76,7 (120)	89,6 (1060)	81,4 (194)	79,6 (191)	***			***	***	

***p<0,001 ; **p<0,01 ; *p<0,05.

Le tableau V.2 présente les pourcentages de la perception négative sur la sexualité prémaritale chez les adolescents selon des connaissances, leurs perceptions et leurs comportements. Dans les quatre groupes enquêtés, tant parmi les adolescents non consommateurs d'alcool que ceux consommateurs, les adolescents scolarisés qui déclarent n'avoir pas été exposés aux activités d'intervention étaient plus portés à avoir la perception négative la plus élevée. Chez les adolescents fumeurs et non fumeurs également, ce même groupe avait les perceptions négatives sur la sexualité prémaritale plus élevées.

Les adolescents non-exposés à l'intervention mais scolarisés avaient significativement la perception négative plus élevée que leurs camarades non scolarisés par rapport à toutes les caractéristiques concernant la non visualisation de film pornographique, la non participation aux activités associatives, communautaires et la participation ou non aux activités religieuses. Ces adolescents avaient également des proportions plus élevées par rapport à leurs camarades exposés en milieu communautaire ou scolaire selon qu'ils aient visualisé un film pornographique ou non qu'ils aient participé ou non à différentes activités.

Dans chaque groupe, les adolescents ayant une connaissance des conséquences des rapports sexuels prémaritaux avaient la perception plus négative de la sexualité prémaritale. Par contre, les adolescents ayant une connaissance des avantages de la sexualité prémaritale avaient des perceptions négatives faibles. Tant parmi les adolescents ayant une connaissance des conséquences de la sexualité prémaritale que ceux n'ayant pas de connaissance, ceux non-exposés à l'intervention et scolarisés avaient des proportions plus élevées de perception négative que leurs camarades exposés en milieu communautaire.

Parmi les adolescents non-exposés et scolarisés ayant la perception d'avoir subi une pression pour faveur sexuelle ceux qui sont certains d'avoir subi la pression ont la proportion de perception négative la plus faible. Il a été également trouvé que les adolescents qui sont certains que quelqu'un chercherait à les violer ont malheureusement la perception négative sur la sexualité prémaritale plus faible dans chaque groupe que ceux qui sont certains que cela n'arrivera jamais. Les adolescents

non-exposés à l'intervention et scolarisés avaient des proportions de perception négative significativement plus élevées que les trois autres groupes.

La capacité des adolescents à résister sous certaines pressions pour l'obtention d'une faveur sexuelle a été examinée par rapport à leur perception négative sur la sexualité prémaritale. Il a été trouvé que leur capacité à résister et leur perception sont variables dans les différents groupes et selon la personne responsable de la pression. Généralement, parmi les adolescents qui ne sont pas certains de refuser d'avoir un rapport sexuel avec une personne ou ceux qui pourraient, de manière certaine, refuser d'avoir un rapport sexuel avec toute personne, les adolescents scolarisés qui avaient déclaré n'avoir pas été exposés aux activités d'intervention avaient la propension de perception négative plus élevée que celle de chacun des trois autres groupes.

Tableau V. 2 : Perception négative sur la sexualité prémaritale (en %) chez les adolescents selon des connaissances, perceptions et comportements

<i>Caractéristiques individuelles et environnementales</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés</i>	<i>Non-exposés et scolarisés</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire</i>	<i>Comparaison des groupes deux à deux (Test de χ^2)</i>					
					1 VS 2	1 VS 3	1 VS 4	2 VS 3	2 VS 4	3 VS 4
	<i>(1) % (N)</i>	<i>(2) % (N)</i>	<i>(3) % (N)</i>	<i>(4) % (N)</i>						
<i>Consommation d'alcool</i>										
Non	80,8 (63)	90,7 (762)	84,7 (111)	83,7 (87)	**			*	*	
Oui	69,0 (42)	85,5 (220)	74,6 (63)	74,7 (87)	**			*	*	
<i>Consommation de cigarette</i>										
Non	77,1 (109)	89,7 (1026)	83,2 (185)	81,4 (172)	***			**	**	
Oui	72,7 (11)	88,2 (34)	44,4 (9)	63,2 (19)				**	*	
<i>Visualisation de film pornographique</i>										
Non	78,3 (83)	90,9 (843)	89,7 (107)	84,0 (94)	***	*				*
Oui	73,0 (37)	84,8 (217)	71,3 (87)	75,3 (97)				**	*	
<i>Participation activités associatives</i>										
Jamais	73,3 (101)	89,7 (846)	80,8 (130)	80,0 (105)	***			**	**	
Très souvent /rarement	94,7 (19)	89,3 (214)	82,8 (64)	79,1 (86)					**	
<i>Participation aux activités communautaires</i>										
Jamais	75,5 (71)	89,8 (777)	84,2 (112)	78,2 (86)	***			*	***	
Très souvent /rarement	80,8 (26)	88,7 (195)	75,4 (61)	81,5 (81)				**		

***p<0,001 ; **p<0,01 ; *p<0,05.

Tableau V.2 (suite 1) :

<i>Connaissances et perceptions des adolescents</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés</i>	<i>Non-exposés et scolarisés</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire</i>	<i>Comparaison des groupes deux à deux (Test de chi²)</i>					
					<i>1 VS 2</i>	<i>1 VS 3</i>	<i>1 VS 4</i>	<i>2 VS 3</i>	<i>2 VS 4</i>	<i>3 VS 4</i>
<i>Participation activités religieuses</i>										
Jamais	77,8 (72)	90,7 (647)	82,3 (79)	77,5 (102)	***			*		***
Très souvent / rarement	75,0 (48)	87,9 (413)	80,9 (115)	82,0 (89)	**			*		
<i>Connaissance des inconvénients des rapports sexuels prémaritaux</i>										
Non	32,4 (37)	51,1 (182)	22,5 (40)	9,7 (31)	*		*	***		***
Oui	96,4 (80)	97,6 (857)	96,8 (149)	93,1 (149)						**
<i>Connaissance des avantages du rapport sexuel prémarital</i>										
Non	98,9 (92)	98,9 (936)	97,4 (153)	98,0 (148)						
Oui	3,6 (28)	19,4 (124)	22,0 (41)	16,3 (43)	*	*				
<i>Perception des adolescents sur la pression pour les faveurs sexuelles</i>										
Non	75,7 (111)	90,5 (1022)	81,6 (174)	79,5 (166)	***			***		***
Oui	88,9 (9)	66,7 (39)	80,0 (20)	79,2 (24)						
<i>Être capable de refuser d'avoir un rapport avec personne connue depuis moins de trois mois</i>										
Pas certain(e)/ne pourrait certainement ou probablement pas	77,3 (75)	90,1 (706)	84,3 (115)	82,1 (112)	***					**
Pourrait probablement ou certainement	75,6 (45)	88,7 (355)	77,2 (79)	75,6 (78)	**			**		**

***p<0,001 ; **p<0,01 ; *p<0,05.

Tableau V.2 (suite 2) :

<i>Capacité à résister à la pression pour un rapport sexuel</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés</i>	<i>Non-exposés et scolarisés</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire</i>	<i>Comparaison des groupes deux à deux (Test de chi²)</i>					
					1	1	1	2	2	3
					VS	VS	VS	VS	VS	VS
	<i>(1) % (N)</i>	<i>(2) % (N)</i>	<i>(3) % (N)</i>	<i>(4) % (N)</i>	2	3	4	3	4	4
<i>Perception sur la probabilité qu'une personne cherche à violer l'adolescent</i>										
Certaine que cela n'arrivera pas	79,4 (68)	90,0 (690)	83,3 (102)	80,0 (100)	**		*	**		
Arrivera probablement ou pas certaine	79,3 (29)	91,4 (292)	84,9 (73)	81,7 (71)	*			**		
Pourrait probablement/ de manière certaine	65,2 (23)	79,5 (78)	57,9 (19)	70,0 (20)			*			
Pas certain(e)/Ne pourrait certainement ou probablement pas	77,3 (75)	90,1 (706)	84,3 (115)	82,1 (112)	***			**		
Pourrait probablement ou certainement	75,6 (45)	88,7 (335)	77,2 (79)	75,6 (78)	**		**	**		
<i>Être capable de refuser d'avoir un rapport avec une personne connue depuis plus de trois mois</i>										
Pas certain(e)/Ne pourrait certainement ou probablement pas	76,8 (69)	90,2 (707)	84,4 (109)	83,5 (115)	***			*		
Pourrait probablement ou certainement	76,5 (51)	88,4 (354)	77,6 (85)	73,3 (75)	*		**	***		
<i>Être capable de refuser d'avoir un rapport avec une personne qui a offert un cadeau</i>										
Pas certain(e)/Ne pourrait certainement ou probablement pas	78,4 (74)	91,0 (701)	83,5 (115)	79,8 (114)	***		**	***		
Pourrait probablement ou certainement	73,9 (46)	86,9 (360)	78,5 (79)	79,0 (76)	*		*			

***p<0,001 ; **p<0,01 ; *p<0,05.

Tableau V.2 (suite 3) :

<i>Capacité à résister à la pression pour un rapport sexuel</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés</i>	<i>Non-exposés et scolarisés</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire</i>	<i>Comparaison des groupes deux à deux (Test de chi²)</i>					
					<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
					<i>VS</i>	<i>VS</i>	<i>VS</i>	<i>VS</i>	<i>VS</i>	<i>VS</i>
	<i>(1) % (N)</i>	<i>(2) % (N)</i>	<i>(3) % (N)</i>	<i>(4) % (N)</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>4</i>
<i>Être capable de refuser d'avoir un rapport avec une personne affectionnée</i>										
Pas certain(e)/ ne pourrait certainement ou probablement pas	74,7 (71)	90,7 (686)	87,0 (115)	77,8 (117)	***	*				***
Pourrait probablement ou certainement	79,6 (49)	87,7 (375)	73,4 (79)	82,2 (73)					***	
<i>Être capable de refuser d'avoir un rapport avec une personne qui a payé les frais de scolarité/formation</i>										
Pas certain(e)/ne pourrait certainement ou probablement pas	74,0 (77)	89,9 (685)	84,3 (121)	80,0 (120)	***					**
Pourrait probablement ou certainement	81,4 (43)	89,1 (376)	76,7 (73)	78,6 (70)				**	*	
<i>Être capable de refuser d'avoir un rapport avec un professeur/employeur</i>										
Pas certain(e)/ne pourrait certainement ou probablement pas	76,9 (78)	90,3 (721)	83,6 (122)	81,5 (119)	***			*		**
Pourrait probablement ou certainement	76,2 (42)	88,2 (340)	77,8 (72)	76,1 (71)	*			*		**
Total	76,7 (120)	89,6 (1060)	81,4 (194)	79,6 (191)	***			***		***

***p<0,001 ; **p<0,01 ; *p<0,05.

Le tableau V.3 présente les proportions d'adolescents ayant eu leur premier rapport sexuel entre 2001 et 2002 selon certaines caractéristiques sociodémographiques dans les différents groupes. Il ressort de ce tableau que les adolescents scolarisés qui avaient déclaré ne pas avoir été exposés à l'intervention avec 3,7% étaient significativement moins entrés en sexualité pendant la période d'intervention que les trois autres groupes : adolescents non scolarisés n'ayant pas déclaré avoir été exposés aux activités d'intervention (10%), adolescents déclarant avoir été exposés aux activités du Programme en milieu communautaire (9,8%), et adolescents déclarant avoir été exposés à l'intervention en milieu scolaire (7,9%). Conséquemment, c'est ce groupe d'adolescents scolarisés qui n'avait pas été exposé aux activités d'intervention qui a le plus réussi à reporter leur premier rapport sexuel prémarital durant la période d'intervention.

Les adolescents non scolarisés n'ayant pas été exposés à l'intervention sont significativement moins entrés en sexualité que les trois autres groupes en particulier parmi les garçons, ceux qui avaient un niveau d'étude primaire et les catholiques. Des différences statistiques sont également observées entre ce groupe d'adolescents non-exposés mais scolarisés et les adolescents exposés à l'intervention en milieu communautaire ou scolaire dans les districts sociosanitaires à faible couverture. Ces différences persistent dans les familles à contrôle parental faible ou moyen, dans les familles avec deux parents ou en dehors des deux parents.

Il est visible que les adolescents déclarant être exposés à l'intervention en milieu scolaire qui avaient une très bonne relation avec leurs parents sont moins entrés en sexualité que leurs camarades des trois autres groupes. Le niveau socioéconomique élevé de la famille avait tendance à baisser légèrement l'entrée en sexualité des adolescents dans les différents groupes. Toutefois, dans le niveau socioéconomique moyen, les proportions d'adolescents non-exposés et scolarisés ayant eu un premier rapport sexuel sont plus faibles que les trois autres groupes. Ce groupe présente également des proportions de sexualité plus faibles parmi les adolescents dont l'encadreur a le niveau d'éducation du primaire.

Tableau V. 3 : Proportions d'adolescents ayant eu un premier rapport sexuel selon certaines caractéristiques sociodémographiques

<i>Caractéristiques individuelles</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés</i>	<i>Non-exposés et scolarisés</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire</i>	<i>Comparaison des groupes deux à deux (Test de χ^2)</i>					
					1	1	1	2	2	3
	<i>(1) % (N)</i>	<i>(2) % (N)</i>	<i>(3) % (N)</i>	<i>(4) % (N)</i>	VS	VS	VS	VS	VS	VS
					2	3	4	3	4	4
Groupes d'âge										
Moins de 17 ans	1,9 (54)	1,9 (888)	5,0 (101)	2,8 (108)				*		
De 17 à 18 ans	13,3 (45)	13,7 (131)	15,5 (71)	16,9 (59)						
De 19 à 20 ans	23,8 (21)	9,8 (41)	13,6 (22)	8,3 (24)						
Sexe										
Garçons	7,8 (51)	1,7 (530)	8,3 (72)	6,3 (80)	**			***	**	
Filles	11,6 (69)	5,7 (530)	10,7 (122)	9,0 (111)	*			*		
Éducation										
Primaire	7,4 (81)	0,6 (626)	3,1 (32)	11,1 (9)	***				***	
Secondaire et plus	15,4 (39)	8,1 (434)	11,1 (162)	7,7 (182)						
Religion										
Protestants	11,1 (36)	3,7 (355)	7,8 (51)	4,2 (48)	*					
Catholiques	9,5 (84)	3,7 (706)	10,5 (143)	9,2 (142)	**			***	**	
Total	10,0 (120)	3,7 (1060)	9,8 (194)	7,9 (191)	***			***	**	

***p<0,001 ; **p<0,01 ; *p<0,05.

Tableau V.3 (suite 1) :

<i>Caractéristiques familiales</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés</i>	<i>Non-exposés et scolarisés</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire</i>	<i>Comparaison des groupes deux à deux (Test de χ^2)</i>					
					1 VS 2	1 VS 3	1 VS 4	2 VS 3	2 VS 4	3 VS 4
<i>Contrôle parental</i>										
Faible	4,5 (22)	4,2 (142)	10,0 (20)	16,7 (24)					**	
Moyen	13,4 (67)	4,3 (514)	14,4 (97)	8,5 (94)	**			***		
Sévère	6,5 (31)	2,7 (404)	3,9 (77)	4,1 (73)						
<i>Structure familiale</i>										
Ne vit avec aucun des deux parents	5,7 (35)	3,7 (299)	9,3 (75)	12,5 (48)				*	**	
Père ou mère	12,0 (25)	7,2 (209)	13,3 (30)	3,1 (32)						
Père et mère	11,7 (60)	2,4 (552)	9,0 (89)	7,2 (111)				***	**	
<i>Relation avec les parents ou tuteurs</i>										
Passable ou difficile	7,4 (54)	3,6 (336)	8,0 (50)	17,2 (58)					***	
Bonnes	7,9 (38)	2,9 (349)	14,5 (55)	8,5 (47)				***		
Très bonnes	17,9 (28)	4,5 (375)	7,9 (89)	1,2 (86)	**		***			*
Total	10,0 (120)	3,7 (1060)	9,8 (194)	7,9 (191)	***			***	**	

***p<0,001 ; **p<0,01 ; *p<0,05.

Tableau V.3 (suite 3) :

<i>Caractéristiques familiales et environnementales</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés</i>	<i>Non-exposés et scolarisés</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire</i>	<i>Comparaison des groupes deux à deux (Test de χ^2)</i>					
					<i>1 VS 2</i>	<i>1 VS 3</i>	<i>1 VS 4</i>	<i>2 VS 3</i>	<i>2 VS 4</i>	<i>3 VS 4</i>
<i>Indice du niveau socioéconomique de la famille</i>	<i>(1) % (N)</i>	<i>(2) % (N)</i>	<i>(3) % (N)</i>	<i>(4) % (N)</i>						
Faible	5,1 (59)	4,5 (374)	11,3 (53)	7,1 (42)				*		
Moyen	15,7 (51)	2,7 (437)	13,2 (68)	10,0 (80)	***			***	***	
Élevé	10,0 (10)	4,0 (249)	5,5 (73)	5,8 (69)						
<i>Niveau d'éducation de l'encadreur</i>										
Aucun niveau	4,3 (46)	3,2 (349)	10,2 (59)	4,4 (45)						
Primaire	14,3 (56)	4,3 (439)	7,4 (68)	15,7 (70)	**				***	
Secondaire ou plus	11,1 (18)	3,3 (272)	11,9 (67)	2,6 (76)						*
<i>Couverture des districts</i>										
Couverture faible	3,8 (52)	3,9 (384)	13,2 (76)	11,9 (67)				***	**	
Couverture	9,1 (22)	3,0 (169)	6,5 (31)	4,2 (24)						
Couverture élevée	17,4 (46)	3,7 (507)	8,0 (87)	6,0 (100)	***					
Total	10,0 (120)	3,7 (1060)	9,8 (194)	7,9 (191)	***			***	**	

***p<0,001 ; **p<0,01 ; *p<0,05.

Le tableau V.4 présente les pourcentages des adolescents ayant eu leur premier rapport sexuel par rapport à différentes caractéristiques comme leurs connaissances, perceptions, comportements et leur capacité à résister aux pressions pour l'obtention d'une faveur sexuelle. Dans chaque groupe enquêté, les adolescents ayant une perception négative faible sur la sexualité prémaritale sont plus nombreux à entrer en sexualité. Dans cette catégorie, les adolescents scolarisés qui déclarent n'avoir pas été exposés aux activités de l'intervention du Programme CAREH ont eu des proportions plus faibles de premier rapport sexuel que les adolescents exposés en milieu scolaire ou communautaire avec respectivement (14,6% contre 15,6% ; $p < 0,01$) et (14,6% contre 22,2% ; $p < 0,01$). Les adolescents ayant des connaissances faibles sur les conséquences des rapports sexuels prémaritaux et élevées sur ses avantages, dans chacun des groupes sont plus entrés en sexualité que leurs camarades qui avaient des avis contraires. Cependant, les adolescents scolarisés n'ayant pas déclarés avoir été exposés aux activités d'intervention sont moins entrés en sexualité que leurs camarades exposés en milieu communautaire et scolaire quelque soit leur connaissance des conséquences et quand ils ont une connaissance faible des avantages.

Les adolescents qui avaient la perception d'avoir fait l'objet de pression pour l'obtention d'une faveur sexuelle dans chaque groupe sont plus devenus sexuellement actifs que ceux qui estiment ne pas avoir de pression. Parmi ceux qui pensent n'avoir pas eu de pression pour faveur sexuelle, les adolescents scolarisés qui déclarent n'avoir pas été exposés à l'intervention sont significativement moins entrés en sexualité que leurs camarades des trois autres groupes.

Les consommateurs d'alcool et les visionneurs de films pornographiques entrent plus en sexualité dans chaque groupe par rapport à leurs camarades non consommateurs ou ceux n'ayant pas vu de film pornographique. Parmi les adolescents qui ne consomment pas d'alcool et ceux qui ne visionnent pas de films pornographiques, la proportion de personnes ayant eu un premier rapport sexuel entre 2001 et 2002 est plus faible chez ceux non-exposés à l'intervention mais scolarisés comparés aux autres groupes. Ces mêmes adolescents non-exposés à l'intervention mais scolarisés

sont encore moins entrés en sexualité parmi les adolescents fumeurs et non fumeurs par rapport aux trois autres groupes.

Les proportions d'adolescents non-exposés à l'intervention mais scolarisés sont moins élevées parmi ceux entrés en sexualité que leurs camarades non scolarisés quelque soit leur degré de participation aux activités associatives, communautaires et religieuses. Toutefois, la non participation aux activités associatives, communautaires et religieuses est associée à une moindre sexualité chez les adolescents non-exposés mais scolarisés par rapport à ceux non-exposés et non scolarisés.

Par rapport à la capacité de refuser d'avoir un rapport sexuel, dans chaque groupe, les adolescents qui estiment pouvoir résister à une pression d'une tierce personne sont plus entrés en sexualité que ceux qui n'avaient pas la certitude de pouvoir résister. Une exception est faite chez adolescents exposés à l'intervention en milieu scolaire quand ils connaissent la personne trois mois ou plus et chez ceux exposés en milieu communautaire quand ils ont à faire à un professeur ou un employeur. Très souvent dans chaque sous-groupe de capacité à résister, les adolescents scolarisés qui n'avaient pas déclaré avoir été exposés à l'intervention sont moins entrés en sexualité que les trois autres groupes.

Tableau V. 4 : Proportions d'adolescents ayant eu un premier rapport sexuel selon les connaissances, perceptions et comportements

<i>Perceptions des adolescents</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés (1) % (N)</i>	<i>Non-exposés et scolarisés (2) % (N)</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire (3) % (N)</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire (4) % (N)</i>	<i>Comparaison des groupes deux à deux (Test de χ^2)</i>					
					<i>1 VS 2</i>	<i>1 VS 3</i>	<i>1 VS 4</i>	<i>2 VS 3</i>	<i>2 VS 4</i>	<i>3 VS 4</i>
<i>Perception négative sur la sexualité prémaritale</i>										
Non	25,0 (37)	14,6 (182)	22,2 (40)	15,4 (31)				**	**	
Oui	5,4 (83)	2,4 (878)	7,0 (154)	5,9 (160)						
<i>Connaissance des conséquences des rapports sexuels prémaritaux</i>										
Non	21,6 (28)	8,2 (110)	25,0 (36)	12,9 (39)	**			**		
Oui	4,8 (92)	2,7 (950)	5,8 (158)	6,9 (152)				*	**	
<i>Connaissance des avantages des rapports sexuels prémaritaux</i>										
Non	4,3 (92)	2,2 (936)	7,2 (153)	6,1 (148)				***	**	
Oui	28,6 (28)	14,5 (124)	19,5 (41)	14,0 (43)						
<i>Perception des adolescents sur la pression pour des faveurs sexuelles</i>										
Non	9,0 (111)	2,5 (1022)	8,6 (174)	7,2 (166)	***			***	***	
Oui	22,2 (9)	33,3 (39)	20,0 (20)	12,5 (24)				*		
<i>Probabilité qu'une personne cherche à violer l'adolescent</i>										
Certaine que cela n'arrivera pas	8,8 (68)	3,3 (690)	9,8 (102)	8,0 (100)	*					*
Arrivera probablement ou pas certaine	6,9 (29)	4,5 (292)	8,2 (73)	7,0 (71)				***		
Arrivera de manière certaine	17,4 (23)	3,8 (78)	15,8 (19)	10,0 (20)	*					

***p<0,001 ; **p<0,01 ; *p<0,05.

Tableau V.4 (suite 1) :

<i>Mode de vie et participation aux activités</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés</i>	<i>Non-exposés et scolarisés</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire</i>	<i>Comparaison des groupes deux à deux (Test de χ^2)</i>					
					1 VS 2	1 VS 3	1 VS 4	2 VS 3	2 VS 4	3 VS 4
<i>Consommation d'alcool</i>										
Non	6,4 (78)	2,4 (840)	7,6 (131)	4,8 (104)	*			***		
Oui	16,7 (42)	8,6 (220)	14,3 (63)	11,5 (87)						
<i>Consommation de cigarette</i>										
Non	10,1 (109)	3,7 (1026)	8,7 (185)	8,1 (172)	**			**	**	
Oui	9,1 (11)	2,9 (34)	33,3 (9)	5,3 (19)				**		*
<i>Visualisation de film pornographique</i>										
Non	8,4 (83)	2,1 (843)	6,5 (107)	5,3 (94)	***			**		
Oui	13,5 (37)	9,7 (217)	13,8 (87)	10,3 (97)						
<i>Participation aux activités associatives</i>										
Jamais	8,9 (101)	2,6 (846)	8,5 (130)	8,6 (105)	***			***	***	
Très souvent/ rarement	15,8 (19)	7,9 (214)	12,5 (64)	7,0 (86)						
<i>Participation aux activités communautaires</i>										
Jamais	7,4 (94)	2,8 (865)	5,3 (133)	2,7 (110)	**					
Très souvent / rarement	19,2 (26)	7,7 (195)	19,7 (61)	14,8 (81)	*			**		
<i>Participation activités religieuses</i>										
Jamais	9,7 (72)	3,6 (647)	5,1 (79)	6,9 (102)	**					
Très souvent/ rarement	10,4 (48)	3,9 (413)	13,0 (115)	9,0 (89)	*			***	*	

***p<0,001 ; **p<0,01 ; *p<0,05.

Tableau V.4 (suite 2) :

<i>Capacité à résister à la pression pour un rapport sexuel</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés</i>	<i>Non-exposés et scolarisés</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire</i>	<i>Comparaison des groupes deux à deux (Test de χ^2)</i>					
					1 VS 2	1 VS 3	1 VS 4	2 VS 3	2 VS 4	3 VS 4
<i>Être capable de refuser d'avoir un rapport avec personne connue depuis moins de trois mois</i>										
Pas certain(e)/ne pourrait certainement ou probablement pas	6,7 (75)	2,5 (706)	8,7 (115)	8,0 (112)	*			***	**	
Pourrait probablement ou certainement	15,6 (45)	5,9 (355)	11,4 (79)	7,7 (78)	**					
<i>Être capable de refuser d'avoir un rapport avec personne connue depuis plus de trois mois</i>										
Pas certain(e)/ne pourrait certainement ou probablement pas	7,2 (69)	2,7 (707)	9,2 (109)	7,8 (115)	*			***	**	
Pourrait probablement ou certainement	13,7 (51)	5,6 (354)	10,6 (85)	8,0 (75)	*					
<i>Être capable de refuser d'avoir un rapport avec une personne qui a offert un cadeau</i>										
Pas certain(e)/ne pourrait certainement ou probablement pas	8,1 (74)	2,4 (701)	11,3 (115)	7,9 (114)	**			***	**	
Pourrait probablement ou certainement	13,0 (46)	6,1 (360)	7,6 (79)	7,9 (76)						
Total	10,0 (120)	3,7 (1060)	9,8 (194)	7,9 (191)	***			***	**	

***p<0,001 ; **p<0,01 ; *p<0,05.

Tableau V.4 (suite 3) :

<i>Capacité à résister à la pression pour un rapport sexuel</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés</i>	<i>Non-exposés et scolarisés</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire</i>	<i>Comparaison des groupes deux à deux (Test de χ^2)</i>					
					<i>1 VS 2</i>	<i>1 VS 3</i>	<i>1 VS 4</i>	<i>2 VS 3</i>	<i>2 VS 4</i>	<i>3 VS 4</i>
<i>Être capable de refuser d'avoir un rapport avec une personne affectionnée</i>	<i>(1) % (N)</i>	<i>(2) % (N)</i>	<i>(3) % (N)</i>	<i>(4) % (N)</i>						
Pas certain(e)/ne pourrait certainement ou probablement pas	11,3 (71)	2,8 (686)	7,0 (115)	7,7 (117)	***			*	**	
Pourrait probablement ou certainement	8,2 (49)	5,3 (375)	13,9 (79)	8,2 (73)				**		
<i>Être capable de refuser d'avoir un rapport avec personne qui a payé les frais de scolarité/formation</i>										
Pas certain(e)/ne pourrait certainement ou probablement pas	7,8 (77)	3,1 (685)	11,6 (121)	5,8 (120)	*			***		
Pourrait probablement ou certainement	14,0 (43)	4,8 (376)	6,8 (73)	11,4 (70)	**				*	
<i>Être capable de refuser d'avoir un rapport avec un professeur/employeur</i>										
Pas certain(e)/ne pourrait certainement ou probablement pas	10,3 (78)	2,9 (721)	10,7 (122)	4,2 (119)	***			***		
Pourrait probablement ou certainement	9,5 (42)	5,3 (340)	8,3 (72)	14,1 (71)					**	
Total	10,0 (120)	3,7 (1060)	9,8 (194)	7,9 (191)	***			***	**	

***p<0,001 ; **p<0,01 ; *p<0,05.

Le tableau V.5 présente les caractéristiques des adolescents devenus sexuellement actifs dans l'année d'intervention du Programme CAREH. L'âge au premier rapport sexuel varie de 12 à 20 ans. Les adolescentes scolarisées qui déclarent n'avoir pas été exposées aux activités d'intervention ont été les plus précoces sexuellement avec un âge médian de 16 ans. Il est à remarquer que les adolescents non-exposés et non scolarisés avec un âge moyen d'entrée au premier rapport sexuel plus élevé avec 18 ans sont suivis de ceux exposés à l'intervention en milieu scolaire (17,27 ans). Puis, il est visible que les adolescents non scolarisés qui déclarent n'être pas exposés aux activités du Programme CAREH et ceux qui déclarent avoir été exposés à l'intervention en milieu scolaire sont plus nombreux à reporter leur premier rapport sexuel avec un âge médian de 18 ans comparé à 16 ans chez les adolescents non-exposés mais scolarisés et 17 ans chez ceux exposés à l'intervention en milieu communautaire. L'âge moyen des partenaires des garçons est égal à celui de leur groupe. Par contre, les partenaires des filles sont plus âgés qu'elles. Les filles utilisent plus le condom au premier rapport que les garçons, en particulier celles exposées aux activités d'intervention dans les écoles. On observe aussi un niveau de l'utilisation acceptable du condom (un jeune sur trois) au premier rapport sexuel comme moyen de protection parmi les jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire ou communautaire et ceux non-exposés mais scolarisés.

Tableau V. 5 : Caractéristiques des adolescents au premier rapport sexuel entre 2001 et 2002

Variables	Non-exposés et non scolarisés			Non-exposés et scolarisés			Exposés à l'intervention en milieu communautaire			Exposés à l'intervention en milieu scolaire		
	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble
Âge moyen au moment du premier rapport sexuel (années)	18,25	17,88	18,00	16,89	16,00	16,21	16,50	17,00	16,84	17,80	17,00	17,27
(Écart type)	(0,479)	(0,515)	(0,369)	(0,455)	(0,318)	(0,270)	(0,619)	(0,376)	(0,318)	(0,583)	(0,447)	(0,358)
Âge médian du premier rapport sexuel dans le groupe	18,50	18,00	18,00	17,00	16,00	16,00	16,50	17,00	17,00	18,00	17,50	18,00
Âge moyen des partenaires	18,33	21,38	20,42	15,78	18,00	17,49	16,00	20,92	19,37	16,60	20,00	18,87
(Écart type)	(0,333)	(1,426)	(1,018)	(0,683)	(0,530)	(0,459)	(0,365)	(0,944)	(0,842)	(0,510)	(0,447)	(0,542)
Utilisation du condom au premier rapport sexuel												
Non	100,0	75,0	83,3	88,9	56,7	64,1	83,3	61,5	68,4	100,0	50,0	66,7
Oui	0,0	25,0	16,7	11,1	43,3	35,9	16,7	38,5	31,6	0,0	50,0	33,3
Proportion	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	4	8	12	9	30	39	6	13	19	5	10	15

5.1.2 Analyses multivariées

Deux analyses multivariées ont été faites dans le cadre de l'entrée en sexualité. Premièrement, les effets de l'intervention du Programme CAREH sur l'augmentation de la perception négative sur la sexualité prémaritale chez les adolescents ont été estimés. Deuxièmement, les effets de la perception négative et de l'intervention sur l'entrée en sexualité sont estimés. Dans la première, trois modèles ont été élaborés. Le modèle 1 présente l'effet de l'appartenance à un groupe d'enquête sur la perception négative de la sexualité prémaritale. Le modèle 2 présente les effets de l'appartenance à un groupe de couverture des districts sociosanitaires sur la perception négative de la sexualité prémaritale. Le modèle complet (Modèle 3) a pris en compte les effets de toutes les variables indépendantes.

Dans notre deuxième analyse, le modèle 1 présente l'effet de la perception négative sur la sexualité prémaritale sur l'entrée en sexualité. Le modèle 2 présente l'effet de la variable d'appartenance à un groupe d'intervention sur l'entrée en sexualité. Le modèle 3 teste l'effet de la couverture des districts sociosanitaires sur l'entrée en sexualité. Le modèle 4 présente les effets de l'interaction entre le groupe d'enquête d'appartenance et la perception négative élevée sur la sexualité prémaritale pour l'entrée en sexualité. Enfin, le modèle complet prend en compte les effets de toutes les variables.

Le tableau V.6 présente les rapports de cotes et intervalle de confiance à 95% des chances d'avoir une perception négative sur la sexualité prémaritale. Il ressort que la perception négative est près de deux fois significativement plus élevée chez les adolescents non-exposés à l'intervention et scolarisés comparativement au groupe de référence représenté par les adolescents non scolarisés ayant déclaré n'avoir pas été exposés à l'intervention. Ces différences persistent même après la prise en compte des variables de contrôle. Il faut également préciser que la perception négative sur la sexualité prémaritale diminue significativement avec l'augmentation de l'âge de l'adolescent. Par contre, cette perception négative augmente deux fois chez les adolescents vivant avec leurs deux parents comparativement à leurs amis qui ne vivent avec aucun des deux parents.

Tableau V. 6 : Rapports de cotes (RC) et intervalle de confiance à 95% (IC) des chances d'avoir une perception négative sur sexualité prémaritale chez adolescents

<i>Variables</i>	<i>Modèles</i>		
	1	2	3
	RC (IC)	RC (IC)	RC (IC)
Variable d'intervention			
Non-exposés et non scolarisés	1,000		1,000
Non-exposés et scolarisés	2,631 (1,650- 4,197)		1,973 (1,195- 3,260)
Exposés en milieu communautaire	1,336 (0,765- 2,331)		1,276 (0,709- 2,296)
Exposés en milieu scolaire	1,178 (0,680- 2,043)		1,000 (0,560- 1,787)
Variables de contrôle			
Groupes d'âge			
Moins de 17 ans			1,000
De 17 à 18 ans			0,483 (0,338- 0,691)
De 19 à 20 ans			0,462 (0,276- 0,771)
Sexe			
Garçons			1,000
Filles			1,233 (0,912- 1,668)
Contrôle parental			
Faible			1,000
Moyen			0,958 (0,610- 1,506)
Sévère			1,006 (0,621- 1,628)
Structure familiale			
Aucun des parents			1,000
Père ou mère			1,030 (0,684- 1,553)
Père et mère			1,832 (1,279- 2,625)

Tableau V.6 (suite 1) :

<i>Variables</i>	<i>Modèles</i>		
	1 RC (IC)	2 RC (IC)	3 RC (IC)
<i>Niveau d'éducation de l'encadreur</i>			
Aucun niveau			1,000
Primaire			0,815 (0,564- 1,178)
Secondaire ou plus			0,993 (0,643- 1,531)
<i>Relations avec les parents ou tuteurs</i>			
Passable ou difficile			1,000
Bonnes			0,887 (0,610- 1,288)
Très bonnes			1,026 (0,707- 1,490)
<i>Niveau socioéconomique de la famille</i>			
Faible			1,000
Moyen			0,794 (0,558- 1,131)
Élevé			0,866 (0,546- 1,375)
<i>Couverture des districts</i>			
Couverture faible		1,000	1,000
Couverture moyenne		0,704 (0,470- 1,056)	0,685 (0,448- 1,048)
Couverture élevée		1,080 (0,781- 1,494)	1,104 (0,777- 1,570)
Chi carré (degrés de liberté)	28,968 (3)	4,477 (2)	73,848 (18)
2Log-vraisemblance	1216,2	1240,7	1171,0
Effectifs	1 565	1 565	1 565

Le tableau V.7 présente les effets des régressions logistiques qui mettent l'accent sur l'intervention et la perception négative de la sexualité prémaritale sur l'entrée en sexualité chez les adolescents. Il montre que la perception négative sur la sexualité prémaritale est significativement protectrice de la sexualité. Elle protège d'un peu plus de 80% les adolescents pour l'entrée en sexualité. Dans le modèle 2, l'appartenance au groupe d'adolescents non-exposés et scolarisés protège de près de 70% l'entrée en sexualité. L'interaction entre la perception négative et l'appartenance à un groupe d'enquête montre que les adolescents non-exposés et scolarisés ayant la perception négative sur la sexualité étaient près de 85% moins entrés en sexualité que leurs camarades ayant la perception positive. Les adolescents exposés à l'intervention en milieu communautaire et scolaire ayant une perception négative de la sexualité avaient respectivement 50% et 60% moins de risque d'entrer en sexualité par rapport à leurs camarades ayant la perception positive.

Dans le modèle complet, bien que la perception négative reste associée négativement à l'entrée en sexualité, il n'y a aucune différence statistique entre les adolescents quelque soit leur groupe d'appartenance et leur perception sur la sexualité. Toutefois, les risques d'entrée en sexualité augmentent avec l'âge et sont plus élevés chez les filles que les garçons. Enfin, les variables environnementales (familiales et couverture des districts) n'ont pas eu d'effet significatif dans cette évaluation.

Tableau V. 7 : Rapports de cotes (RC) et intervalle de confiance à 95% (IC) pour l'entrée en sexualité pendant la période d'intervention

<i>Variables</i>	<i>Modèles</i>				
	1	2	3	4	5
	RC (IC)				
Variables indépendantes clés					
<i>Perception négative de la sexualité prémaritale</i>					
Non	1,000			1,000	
Oui	0,175	(0,111- 0,276)		0,217	(0,058- 0,809)
Variable d'intervention					
Non-exposés et non scolarisés		1,000		1,000	
Non-exposés et scolarisés		0,343	(0,175- 0,676)	1,273	(0,420- 3,857)
Exposés en milieu communautaire		0,977	(0,456- 2,092)	1,268	(0,356- 4,519)
Exposés en milieu scolaire		0,771	(0,348- 1,710)	0,877	(0,233- 3,301)
Variables de contrôle					
<i>Groupes d'âge</i>					
Moins de 17 ans				1,000	
17 à 18 ans				5,847	(3,358- 10,179)
19 à 20 ans				5,078	(2,352- 10,965)
<i>Sexe</i>					
Garçons				1,000	
Filles				2,849	(1,671- 4,858)

Tableau V.7 (suite 1) :

<i>Variables</i>	<i>Modèles</i>				
	1 RC (IC)	2 RC (IC)	3 RC (IC)	4 RC (IC)	5 RC (IC)
<i>Contrôle parental</i>					
Faible					1,000
Moyen					1,222 (0,612- 2,439)
Sévère					0,491 (0,222- 1,085)
<i>Structure familiale</i>					
Aucun des deux parents					1,000
Père ou mère					1,478 (0,773- 2,824)
Père et mère					0,921 (0,515- 1,647)
<i>Niveau d'éducation de l'encadreur</i>					
Aucun niveau					1,000
Primaire					1,639 (0,896- 2,999)
Secondaire ou plus					1,516 (0,738- 3,112)
<i>Relation avec les parents ou tuteurs</i>					
Passable ou difficile					1,000
Bonnes					1,100 (0,602- 2,010)
Très bonnes					1,140 (0,638- 2,037)

Tableau V.7 (suite 2) :

<i>Variables</i>	<i>Modèles</i>				
	1 RC (IC)	2 RC (IC)	3 RC (IC)	4 RC (IC)	5 RC (IC)
<i>Indice du niveau socioéconomique de la famille</i>					
Faible					1,000
Moyen					1,056 (0,607- 1,837)
Élevé					0,717 (0,352- 1,460)
<i>Couverture des districts</i>					
Couverture faible			1,000		1,000
Couverture moyenne			0,659 (0,321- 1,352)		0,542 (0,244- 1,202)
Couverture élevée			0,888 (0,557- 1,417)		0,931 (0,547- 1,584)
<i>Interaction perception et variable d'intervention</i>					
Non-exposés scolarisés * perception négative				0,155 (0,092- 0,263)	0,751 (0,168- 3,360)
Exposés à l'intervention en milieu communautaire * perception négative				0,469 (0,234- 0,938)	1,120 (0,205- 6,123)
Exposés à l'intervention en milieu scolaire * perception négative				0,397 (0,188- 0,839)	1,485 (0,254- 8,672)
Chi carré (degrés de liberté)	49,077 (1)	18,964 (3)	1,386 (2)	51,328 (3)	139,769 (22)
-2Log-vraisemblance	611,429	641,55	659,119	609,178	520,736
Effectifs	1 565	1 565	1 565	1 565	1 565

5.2 Discussion

5.2.1 Incidence du premier rapport sexuel chez les adolescents

Ce chapitre s'intéresse à la première question spécifique de notre recherche qui est relative à la protection des adolescents de la sexualité prémaritale. Les résultats indiquent que la proportion d'adolescents ayant une perception négative de la sexualité prémaritale était très élevée dans chacun des quatre groupes évalués. Au moins, trois adolescents sur quatre avaient une perception négative de la sexualité prémaritale. Toutefois, cette proportion était plus élevée chez les adolescents scolarisés n'ayant pas été exposés aux activités d'intervention. Ceci s'expliquerait en partie par leur jeune âge car les analyses ont montré que cette perception négative diminue lorsque l'âge augmente.

Dans l'ensemble, et après stratification, la perception négative était significativement plus élevée dans plusieurs modalités de sous-groupes d'adolescents non-exposés à l'intervention mais scolarisés par rapport aux trois groupes d'adolescents (non-exposés et non scolarisés, exposés en milieu communautaire et scolaire). C'est le cas des garçons et filles, de ceux qui connaissent les conséquences des rapports sexuels, des consommateurs d'alcool et de ceux qui ne participent jamais aux activités associatives ou communautaires. En ce qui concerne la capacité de résister aux pressions pour une faveur sexuelle, aussi bien parmi les adolescents ayant la capacité élevée de résister que ceux ayant la capacité faible, les adolescents non-exposés mais scolarisés avaient toujours la perception négative la plus élevée et entraient moins en sexualité que les trois autres groupes.

Les adolescents qui avaient une perception négative voyaient dans la sexualité prémaritale plusieurs conséquences ou inconvénients comme la perturbation des études, le fait qu'elle soit contraire à la doctrine religieuse, pourrait conduire à des grossesses hors mariage ou rendrait les filles frivoles, qu'elle ne respecte pas les normes sociales ou exposerait aux IST/VIH/sida. Pour ceux qui voyaient des avantages, ils soutenaient que ces rapports sexuels permettent de : montrer leur capacité sexuelle, leur capacité de procréer, se conformer aux amis, combler les

besoins matériels et financiers, combler le besoin d'amour, provoquer le mariage ou maintenir la relation.

La perception des inconvénients et avantages de la sexualité prémaritale a été explorée dans plusieurs recherches et aboutissent aux mêmes conclusions. En examinant les perceptions des adolescents sur les risques et bénéfiques de l'abstinence, Cornele et Halpern-Felsher (2005), ont trouvé que la majorité des adolescents estimaient que ne pas avoir de rapports sexuels peut conduire à des effets nocifs particulièrement dans leur relation amoureuse. En Jamaïque, les garçons qui avaient une attitude plus positive sur la sexualité des adolescents que leurs consœurs sont plus devenus sexuellement actifs (Eggleston et al., 1999).

Il a été également trouvé que les pourcentages d'adolescents entrés en sexualité dans les différents groupes varient entre 4% chez les adolescents scolarisés qui ont déclaré n'avoir jamais été exposés à l'intervention à 10% chez leurs camarades non scolarisés et ceux exposés à l'intervention en milieu communautaire. La proportion d'adolescents non-exposés à l'intervention mais scolarisés est significativement la plus faible parmi les adolescents sexuellement actifs comparativement aux trois autres groupes. Il faut également rappeler que selon le mode de participation des adolescents aux activités du programme, il ne nous a pas été possible de savoir parmi ceux exposés à l'intervention, si c'est avant leur premier rapport sexuel ou après qu'ils ont été exposés aux activités d'intervention. Ceci aurait pour effet la sous-estimation des effets de l'intervention par rapport à la protection de la sexualité des adolescents.

Dans l'ensemble, la comparaison avec les autres études africaines est rendue difficile par la singularité de l'intervention qui est multisectorielle (communautaire et scolaire) et la durée d'intervention. Toutefois, il faut être très prudent dans la comparaison des incidences de deux interventions sur la sexualité mises en oeuvre selon des stratégies différentes, dans des populations et des contextes différents. Néanmoins, la plupart des interventions dans les pays africains, concernant l'entrée en sexualité s'effectuent dans le milieu scolaire avec des adolescents plus jeunes (Hayes et al., 2005; Shuey et al., 1999). Ainsi, que ce soit en Afrique ou ailleurs, l'effet des interventions sur l'entrée en sexualité des adolescents reste timide (Cagampan et al., 1997; Wang et al.,

2005). Ceci couplé à la durée d'intervention courte serait en partie les raisons pour lesquelles le Programme CAREH n'a pas eu d'effet significatif sur l'entrée en sexualité.

Bien que la littérature indique un rajeunissement de l'âge au premier rapport sexuel, tant en Afrique qu'ailleurs dans le monde (Blanc et Way, 1998; Bozon, 2003), il a été trouvé que l'âge médian au premier rapport sexuel dans l'ensemble, à Bandjoun, a légèrement augmenté par rapport à la moyenne nationale et dans la province de l'Ouest chez les jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire. Si dans l'EDS de 2004 au Cameroun (EDS Cameroun, 2005), l'âge médian au premier rapport sexuel des garçons est de 17,9 ans pour tout le pays et de 17,5 ans à l'Ouest, il a été trouvé chez les garçons exposés en milieu scolaire un âge médian de 18,0 ans. Si chez les filles, pour l'ensemble du Cameroun l'âge médian est de 16,7 ans et 16,8 ans à l'Ouest (EDS Cameroun, 2005), cet âge médian est de 17,5 et 18,0 ans, respectivement chez les adolescentes exposées à l'intervention en milieu scolaire et chez celles non exposées et non scolarisées. Par conséquent, les garçons non-exposés et non scolarisés, et ceux exposés à l'intervention en milieu communautaire, ainsi que les filles non exposées et scolarisées présentent des âges médians en dessous de ceux au niveau de la province de l'Ouest.

5.2.2 Effets de l'intervention sur la perception négative sur la sexualité prémaritale

Contrairement à nos hypothèses, la perception négative sur la sexualité prémaritale n'était significativement plus élevée que chez les adolescents non-exposés à l'intervention mais scolarisés suivis de ceux exposés à l'intervention en milieu communautaire. Dans le groupe d'adolescents exposés à l'intervention en milieu scolaire, leur perception négative était plus élevée que celle du groupe de référence sans que la différence ne soit significative. Il n'y avait également pas de différences significatives entre les différents districts sociosanitaires quelque soit leur degré de couverture.

5.2.3 Effets de la perception négative sur la sexualité prémaritale sur l'entrée en sexualité

Il ressort des analyses que la perception négative de la sexualité prémaritale est un facteur important de protection de la sexualité même après la prise en compte de multiples facteurs modificateurs. Les adolescents exposés à l'intervention mais scolarisés présentaient moins de risque d'entrer en sexualité que leurs camarades non scolarisés dans le modèle brut, toutefois, après la prise en compte des variables de contrôle, il n'y a aucune différence statistique entre les groupes. Il n'y a également aucune différence liée à la couverture du Programme dans les différents districts. Ceci s'expliquerait probablement par la concentration de la population dans des districts sociosanitaires qui ne sont pas totalement indépendants les uns des autres, car un adolescent peut habiter un district et aller à l'école dans un autre.

Les perceptions des adolescents sur leur propre sexualité et celles de leurs camarades ont été souvent indexées comme des facteurs importants dans l'entrée en sexualité dans plusieurs recherches exploratoires. C'est ainsi qu'une étude aux Philippines basée sur la théorie écologique soutient que la connaissance des facteurs intrapersonnels et interpersonnels chez une adolescente peut permettre de comprendre le contexte de son engagement en sexualité (Rink et al., 2007). Cette étude conclut que les programmes concernés par l'amélioration de la perception des adolescentes sur la sexualité doivent incorporer des activités visant les parents, les pairs et les activités scolaires.

En dehors des avantages que les adolescents voient en la sexualité prémaritale pour construire leur perception, il a été reconnu, que quand la majorité de leurs camarades ont eu des rapports sexuels, cela est un facteur important pour leur motivation à la sexualité (Skinner et al., 2008; Upadhyay et Hindin, 2006). La difficulté des programmes de reporter l'entrée en sexualité des adolescents est bien documentée dans la littérature. Une récente évaluation trouve, sur 52 études ayant évalué l'entrée en sexualité, seulement 22 (42%) ont eu des effets bénéfiques sur le report du premier rapport sexuel (Kirby et al., 2007).

5.2.4 Effets des facteurs modifiant sur l'entrée en sexualité

Les effets de différents facteurs ont été analysés dans ce travail : les caractéristiques sociodémographiques individuelles, familiales et environnementales, des variables sur les connaissances, la capacité à résister à une pression pour l'obtention d'une faveur sexuelle, la consommation d'alcool ou la vision de film pornographique. Il a été essentiellement trouvé dans cette évaluation que la perception négative de la sexualité prémaritale chez les adolescents diminue avec l'âge. C'est probablement parce que plus les adolescents grandissent, plus ils ont la chance d'avoir des contacts avec des facteurs de risques comme la consommation d'alcool, la vision de films pornographiques ou de vivre en dehors du toit de la mère et du père.

Très souvent, les effets bénéfiques des interventions sur la prévention de la sexualité des adolescents sont plus nets chez les filles que chez les garçons (Aarons et al., 2000; Erulkar et al., 2004; Shuey et al., 1999). Cependant, dans ce travail, il a été trouvé que les filles sont devenues proportionnellement plus sexuellement actives que leurs confrères. Ce qui s'expliquerait probablement par le fait qu'à l'Ouest en particulier, l'âge médian pour l'entrée au premier rapport sexuel est plus bas chez les filles que les garçons et dans cette évaluation dans tous les groupes, les filles étaient plus âgées que leurs confrères (Tableau IV.2). Il a été également trouvé que les filles utilisent significativement le condom au premier rapport sexuel par rapport à leurs confrères ; ce qui serait probablement lié à la maturité de leurs partenaires car ils sont très souvent plus âgés comme l'ont montré nos analyses.

Il est reconnu par le Comité National de la Recherche et l'Institut de Médecine (2005a), que l'effet de l'appartenance régionale sur la sexualité peut varier d'une étude à une autre. Dans la présente évaluation, aucune différence statistique n'a été trouvée entre les districts d'appartenance sur l'amélioration de la perception négative sur la sexualité et le report du premier rapport sexuel. Aussi, il faut rappeler qu'il n'y avait généralement pas de différences dans l'entrée en sexualité par rapport aux caractéristiques familiales des adolescents, bien que l'effet du contrôle parental sévère semble plus bénéfique.

Conclusion

Une des questions spécifiques de cette thèse est d'examiner l'effet de l'intervention du Programme CAREH à Bandjoun sur le report du premier rapport sexuel. Des analyses descriptives ont été faites, suivies d'analyses multivariées afin de tester nos deux hypothèses relatives à l'amélioration de la perception négative des adolescents sur la sexualité prémaritale et l'entrée en sexualité dans la période d'intervention. Un devis post-test a été utilisé ayant fait recours à la stratification en quatre groupes d'adolescents (non-exposés et non scolarisés, non-exposés et scolarisés, exposés à l'intervention en milieu communautaire et scolaire), afin de comparer des groupes présentant des caractéristiques semblables.

Dans ce travail, la perception négative sur la sexualité prémaritale était très élevée dans les différents groupes et atteignait le niveau le plus élevé de 89,6% chez les adolescents scolarisés qui déclarent n'avoir pas été exposés à l'intervention. Après la prise en compte des variables de contrôle cette perception négative est restée significativement plus élevée chez les adolescents non-exposés à l'intervention et scolarisés, et chez ceux exposés à l'intervention en milieu communautaire par rapport aux adolescents qui n'étaient pas scolarisés et déclarent n'avoir pas été exposés à l'intervention. Il a été trouvé que cette perception négative sur la sexualité prémaritale est significativement associée à la protection de l'entrée en sexualité mais il n'y avait aucune différence significative entre les quatre groupes évalués. Il faut toutefois rappeler que l'examen de l'âge médian au premier rapport sexuel montre que malgré la proportion faible d'adolescents non-exposés et scolarisés entrée en sexualité mais ce groupe avait l'âge médian au premier rapport sexuel de 16 ans le plus bas par rapport aux trois autres groupes.

Nous retiendrons dans cette évaluation que pour la protection de la sexualité des adolescents, l'intervention n'a pas eu d'effet particulier sur l'amélioration de la perception négative et l'entrée en sexualité. Ce résultat n'apprécie pas les efforts réels du Programme. Il est très possible que certains adolescents n'aient rejoint le Programme qu'après avoir connu leur premier rapport sexuel, cependant,

l'absence de date d'exposition à l'intervention empêche de les différencier de ceux qui ont été exposés en période d'abstinence primaire. Il se pourrait que le Programme ait contribué à améliorer les perceptions négatives sur la sexualité prémaritale, mais il se pourrait que celles-ci n'aient pas changées au cours de l'intervention.

CHAPITRE VI

PRÉVENTION DES GROSSESSES : PLACE DE L'AMÉLIORATION DES CONNAISSANCES ET DE L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION MODERNE

Introduction

Un des objectifs de l'intervention du programme CAREH est d'une part, d'augmenter les connaissances de la contraception chez l'ensemble des jeunes, et d'autre part d'en augmenter l'utilisation chez ceux qui sont sexuellement actifs. Les activités d'intervention ont consacré beaucoup de temps à l'éducation des jeunes tant sexuellement actifs que non sur les connaissances des différentes méthodes contraceptives et sur les avantages de leur utilisation.

Dans ce chapitre, deux hypothèses ont été testées. La première suppose que les jeunes exposés aux activités d'intervention en milieu scolaire ou communautaire ont une meilleure connaissance de la prévention des grossesses que ceux non-exposés qu'ils soient scolarisés ou non, surtout s'ils se trouvent dans une zone à couverture élevée du Programme. La deuxième soutient qu'une meilleure connaissance de la prévention des grossesses est accompagnée d'une utilisation accrue des méthodes modernes de contraception en particulier chez les jeunes exposés aux activités d'intervention en milieu scolaire ou communautaire. Cette utilisation est encore meilleure si les jeunes vivent dans les districts sociosanitaires à couverture élevée surtout s'ils ont eu une discussion avec un formateur du Programme CAREH sur la prévention des grossesses.

Ainsi, il est présenté successivement, les résultats des analyses empiriques de l'effet des caractéristiques individuelles et environnementales sur l'amélioration des connaissances de prévention des grossesses chez les 2 228 jeunes, puis l'effet des mêmes caractéristiques, des connaissances et exposition aux médias ainsi qu'aux discussions avec les parents et pairs sur l'utilisation de la contraception chez les 626 jeunes sexuellement actifs. Enfin, une discussion se rapportant à ces résultats vient clore.

6.1 Résultats

6.1.1 Analyses descriptives

Le tableau VI.1 présente les proportions des jeunes ayant des connaissances élevées sur la prévention des grossesses selon certaines caractéristiques individuelles et environnementales. Il ressort que les jeunes scolarisés qui déclarent n'avoir pas été exposés à l'intervention avec 40,5% ont les connaissances les plus faibles sur la prévention des grossesses comparativement aux trois autres groupes ($p < 0,001$; test de χ^2). Les jeunes qui déclarent avoir été exposés à l'intervention en milieu scolaire avec 56,4% ont les connaissances les plus élevées, suivis de ceux exposés à l'intervention en milieu communautaire avec 54,8%, puis viennent les jeunes non scolarisés qui déclarent n'avoir pas été exposés à l'intervention avec 50,5%, mais il n'y a aucune différence statistique entre ces trois groupes. Cette prédominance des connaissances élevées sur la prévention des grossesses des jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire ou communautaire est visible surtout parmi les jeunes non sexuellement actifs.

Généralement, dans chaque groupe enquêté la proportion de jeunes ayant des connaissances élevées sur la prévention des grossesses est plus grande chez les jeunes sexuellement actifs que chez ceux non actifs sexuellement, à l'exception du groupe exposé à l'intervention en milieu scolaire. Les jeunes ayant adopté une abstinence secondaire avaient les proportions de connaissances sur la prévention de grossesses plus élevées dans chaque groupe enquêté que leurs camarades sexuellement actifs ou pas. Les jeunes de 10 à 14 ans exposés à l'intervention en milieu scolaire avaient, d'une part, les connaissances plus élevées par rapport à leurs camarades exposés à l'intervention en milieu communautaire (52% contre 38% ; $p < 0,001$) et d'autre part, ceux non-exposés à l'intervention et non scolarisés (52% contre 26% ; $p < 0,05$). Au niveau des jeunes de 15 à 19 ans et 20 à 29 ans, ceux exposés à l'intervention en milieu scolaire avaient des connaissances plus élevées que leurs camarades non-exposés et non scolarisés ($p < 0,05$). Chez les garçons et filles, dans chaque religion, les jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire ont les connaissances les plus élevées, suivis des jeunes exposés en milieu

communautaire, puis de ceux non-exposés non scolarisés et de ceux non-exposés mais scolarisés.

Par la présence des guérisseurs traditionnels dans le quartier, il y a une légère tendance à la baisse de la proportion des connaissances élevées sur la prévention des grossesses avec l'augmentation du nombre de guérisseurs traditionnels chez les jeunes exposés à l'intervention, tandis que c'est l'inverse chez ceux non-exposés. Globalement, par rapport à toutes les caractéristiques du quartier (nombre de guérisseurs traditionnels, la distance du centre de santé le plus proche, la disponibilité des services et la couverture des districts sociosanitaires), les jeunes déclarant avoir été exposés à l'intervention en milieu scolaire ont les meilleures connaissances, suivis de ceux exposés en milieu communautaire puis viennent ceux non scolarisés qui déclarent n'avoir pas été exposés à l'intervention.

Tableau VI. 1 : Connaissances élevées sur la prévention des grossesses (en %) selon différentes caractéristiques individuelles et environnementales

<i>Caractéristiques individuelles et environnementales</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés</i>	<i>Non-exposés et scolarisés</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire</i>	<i>Comparaison des groupes deux à deux (Test de chi²)</i>					
					<i>1 VS 2</i>	<i>1 VS 3</i>	<i>1 VS 4</i>	<i>2 VS 3</i>	<i>2 VS 4</i>	<i>3 VS 4</i>
<i>Activités sexuelles</i>	<i>(1) % (N)</i>	<i>(2) % (N)</i>	<i>(3) % (N)</i>	<i>(4) % (N)</i>						
Pas sexuellement actifs	39,6 (134)	36,3 (1042)	51,4 (185)	58,0 (181)	*	***	***	***		
Abstinence secondaire	59,3 (27)	60,0 (10)	75,0 (12)	72,7 (11)						
Sexuellement actifs	55,3 (253)	64,2 (179)	58,4 (113)	50,6 (81)					*	
<i>Groupes d'âge</i>										
De 10 à 14 ans	25,9 (27)	25,7 (696)	37,7 (53)	51,9 (54)			*		***	
De 15 à 19 ans	47,6 (126)	57,7 (421)	56,7 (178)	58,3 (175)	*					
De 20 à 29 ans	54,4 (261)	67,5 (114)	62,0 (79)	54,5 (44)	*					
<i>Sexe</i>										
Garçons	50,0 (164)	38,7 (615)	54,5 (132)	47,5 (118)	**			***		
Filles	50,8 (250)	42,4 (616)	55,1 (178)	63,2 (155)	*		**	**	***	
<i>Éducation</i>										
Primaire	50,0 (194)	24,8 (638)	62,8 (43)	33,3 (9)	***			***		
Secondaire et plus	50,9 (220)	57,5 (593)	53,6 (267)	57,2 (264)						
<i>Religion</i>										
Protestants et autres	46,1 (141)	40,8 (402)	58,4 (89)	62,3 (74)			*	**	***	
Catholiques	52,7 (273)	40,4 (829)	53,4 (221)	54,8 (199)	***			***	***	
Total	50,5 (414)	40,5 (1231)	54,8 (310)	56,4 (273)	***			***	***	

Tableau VI.1 (suite 1) :

<i>Caractéristiques environnementales</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés</i> (1) % (N)	<i>Non-exposés et scolarisés</i> (2) % (N)	<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire</i> (3) % (N)	<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire</i> (4) % (N)	<i>Comparaison des groupes deux à deux (Test de χ^2)</i>					
					1	1	1	2	2	3
					VS 2	VS 3	VS 4	VS 3	VS 4	VS 4
<i>Nombre de guérisseurs traditionnels dans le quartier</i>										
Pas de guérisseur	46,4 (56)	35,0 (140)	54,3 (35)	62,5 (32)				*	**	
Un seul guérisseur	48,3 (147)	41,7 (384)	56,6 (106)	52,5 (99)				**	*	
De 2 à 5 guérisseurs	53,1 (211)	41,0 (707)	53,8 (169)	57,7 (142)	**			**	***	
<i>Distance du centre de santé</i>										
Moins de 2 Km	47,6 (147)	42,2 (443)	52,7 (148)	53,4 (131)				*	*	
De 2 à moins 4 Km	48,8 (164)	38,3 (462)	63,4 (93)	57,3 (82)	*	*		**	***	
De 4 Km à 10 Km	57,3 (103)	41,4 (326)	47,8 (69)	61,7 (60)	**				**	
<i>Disponibilité des services</i>										
Faible	56,7 (150)	42,4 (382)	57,7 (123)	61,0 (100)	**			**	***	
Moyen	44,7 (179)	37,5 (523)	54,1 (85)	56,6 (76)				**	***	
Élevée	51,8 (85)	43,3 (326)	52,0 (102)	51,5 (97)						
<i>Couvertures des districts</i>										
Faible	49,4 (164)	39,6 (442)	55,7 (115)	59,8 (102)	*			**	***	
Moyenne	43,7 (71)	32,1 (193)	42,2 (45)	53,6 (28)					*	
Élevée	54,2 (179)	44,0 (596)	58,0 (150)	54,5 (143)	**			**	*	
Total	50,5 (414)	40,5 (1231)	54,8 (310)	56,4 (273)	***			***	***	

***p<0,001 ; **p<0,01 ; *p<0,05.

Le tableau VI.2 présente les proportions des jeunes ayant des connaissances élevées sur la prévention des grossesses par rapport à différentes communications, opinions et différents contacts avec les médias, par groupes de jeunes enquêtés. Tant chez les jeunes ne communiquant pas avec leurs parents que chez ceux communiquant avec leurs parents, les jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire avaient les meilleures connaissances. Puis, viennent les jeunes exposés à l'intervention en milieu communautaire. Parmi les jeunes qui discutent avec leurs pairs, ceux exposés à l'intervention en milieu scolaire et communautaire ont connu les proportions significativement plus élevées de connaissances par rapport à ceux non-exposés et scolarisés. Les jeunes qui ne communiquent pas avec leurs pairs ont plus tendance à avoir des connaissances faibles sur la prévention des grossesses que ceux qui ne communiquent pas avec leurs parents.

Parmi les jeunes ayant une exposition faible et moyenne aux médias sur les informations relatives à la santé, ceux exposés à l'intervention en milieu communautaire et scolaire ont eu les connaissances les plus élevées par rapport à leurs camarades non-exposés et non scolarisés et ceux non-exposés mais scolarisés. En plus, lorsque les fréquences d'accès aux médias augmentent chez les jeunes (écouter la radio ou suivre la télévision), on observe aussi une augmentation de la connaissance de la prévention des grossesses. Les connaissances sur la prévention des grossesses chez les jeunes qui écoutent presque quotidiennement la radio ou regardent la télévision sont significativement plus élevées chez ceux exposés à l'intervention en milieu scolaire et communautaire que chez les jeunes scolarisés qui déclarent n'avoir pas été exposés à l'intervention. Tant chez les jeunes qui ont lu un journal le mois précédent l'enquête que chez ceux n'ayant pas lu de journal, les jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire ont eu les connaissances significativement plus élevées que leurs camarades non-exposés et scolarisés avec $p < 0,01$.

Dans les quatre groupes pour l'ensemble des jeunes, ceux qui ont l'intention d'utiliser de la contraception dans le futur ont les meilleures connaissances sur la prévention des grossesses. Parmi les jeunes qui n'ont pas l'intention d'utiliser la

contraception, les jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire avaient la meilleure connaissance, suivis de ceux exposés à l'intervention en milieu communautaire et de ceux non-exposés et non scolarisés. Entre les jeunes n'ayant jamais tenté un avortement et ceux qui sont contre sa légalisation, les jeunes scolarisés qui déclarent n'avoir pas été exposés à l'intervention ont les connaissances sur la prévention des grossesses les plus faibles par rapport à chacun des trois autres groupes ($p < 0,001$).

Tableau VI. 2 : Connaissances élevées (en %) sur la prévention des grossesses selon la communication avec les parents et pairs, l'exposition aux médias et opinions sur l'avortement

<i>Variables de communication et d'opinion</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés</i>	<i>Non-exposés et scolarisés</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire</i>	<i>Comparaison des groupes deux à deux (Test de χ^2)</i>					
					<i>1 VS 2</i>	<i>1 VS 3</i>	<i>1 VS 4</i>	<i>2 VS 3</i>	<i>2 VS 4</i>	<i>3 VS 4</i>
	<i>(1) % (N)</i>	<i>(2) % (N)</i>	<i>(3) % (N)</i>	<i>(4) % (N)</i>						
<i>Communication avec les parents</i>										
Non	47,1 (189)	33,3 (703)	57,0 (93)	50,0 (70)	***			***	**	
Oui	53,3 (225)	50,2 (528)	53,9 (217)	58,6 (203)					*	
<i>Communication avec les pairs</i>										
Non	38,8 (80)	26,0 (450)	39,3 (28)	38,9 (18)	*					
Oui	53,3 (334)	48,9 (781)	56,4 (282)	57,6 (255)				*	**	
<i>Exposition aux informations sur la santé dans les médias</i>										
Exposition faible	49,3 (144)	28,0 (489)	55,4 (56)	41,7 (48)	***			***	*	
Exposition moyenne	49,5 (109)	46,7 (413)	57,3 (117)	64,4 (90)			*	*	**	
Exposition forte	52,2 (161)	51,4 (329)	52,6 (137)	56,3 (135)						
<i>Fréquence d'écoute de la radio</i>										
Jamais	45,5 (101)	31,2 (298)	63,6 (22)	41,7 (24)	**			**		
Au moins une fois dans le mois	48,3 (120)	38,0 (395)	47,8 (92)	56,9 (58)	*				**	
Tous les jours ou presque	54,4 (193)	47,6 (538)	57,1 (196)	58,1 (191)				*	**	
Total	50,5 (414)	40,5 (1231)	54,8 (310)	56,4 (273)	***			***	***	

***p<0,001 ; **p<0,01 ; *p<0,05.

Tableau VI.2 (suite 1) :

<i>Variables de communication et d'opinions</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés (1) % (N)</i>	<i>Non-exposés et scolarisés (2) % (N)</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire (3) % (N)</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire (4) % (N)</i>	<i>Comparaison des groupes deux à deux (Test de χ^2)</i>					
					<i>1 VS 2</i>	<i>1 VS 3</i>	<i>1 VS 4</i>	<i>2 VS 3</i>	<i>2 VS 4</i>	<i>3 VS 4</i>
<i>Fréquence de visionnement de la télévision</i>					**			**	**	
Jamais	47,1 (138)	33,3 (360)	54,2 (48)	54,5 (33)						
Au moins une fois dans le mois	50,3 (173)	40,6 (473)	50,4 (119)	56,8 (118)	*			*	**	
Tous les jours ou presque	55,3 (103)	47,0 (398)	58,7 (143)	56,6 (122)				**		
<i>À lu au moins un journal le mois précédent l'enquête</i>					***			**	***	
Non	48,1 (316)	37,9 (947)	54,1 (183)	51,9 (158)						
Oui	58,2 (98)	49,3 (284)	55,9 (127)	62,6 (115)					**	
<i>Intention d'utilisation de la contraception</i>					**			***	***	
Non	40,0 (220)	31,4 (857)	52,4 (164)	49,2 (132)						
Oui	62,4 (194)	61,5 (374)	57,5 (146)	63,1 (141)		**				
<i>Avoir déjà tenté un avortement</i>					***			***	***	
Non	50,6 (405)	40,6 (1225)	54,6 (302)	56,5 (271)						
Oui	44,4 (9)	33,3 (6)	62,5 (8)	50,0 (2)						
<i>Opinion sur la légalisation de l'avortement</i>					***			***	***	
Contre	49,2 (329)	38,6 (1022)	52,5 (236)	56,1 (189)						
Pour sous certaines conditions	55,3 (85)	50,2 (209)	62,2 (74)	57,1 (84)						
Total	50,5 (414)	40,5 (1231)	54,8 (310)	56,4 (273)	***			***	***	

***p<0,001 ; **p<0,01 ; *p<0,05.

Le tableau VI.3 présente les proportions des jeunes sexuellement actifs ayant utilisé la contraception moderne au dernier rapport sexuel selon certaines caractéristiques individuelles et environnementales. Il ressort de ce tableau que l'utilisation de la contraception moderne est de 56% chez les jeunes exposés à l'intervention en milieu communautaire, de 52% chez ceux exposés à l'intervention en milieu scolaire et de 50% chez ceux non-exposés mais scolarisés et il n'y a aucune différence statistique entre ces trois groupes pris deux à deux. Toutefois, les jeunes non scolarisés qui déclarent n'avoir pas été exposés à l'intervention avec 37% ont une utilisation statistiquement inférieure avec chacun des trois groupes ($p < 0,01$). Ce qui fait que ces trois groupes utilisent statistiquement la contraception moderne que les jeunes non-exposés et non scolarisés dans : les groupes d'adolescents et jeunes, chez les filles, les jeunes ayant au moins un niveau d'éducation du secondaire et chez les catholiques. Ils présentent également des différences significatives avec ceux qui n'ont pas de guérisseurs traditionnels dans leur quartier ou ceux qui ont au moins deux guérisseurs dans leur quartier ainsi que ceux situés à au moins deux kilomètres du centre de santé le plus proche ou ceux ayant une disponibilité élevée des services de santé et quelque soit le district sociosanitaire.

Tableau VI. 3 : Utilisation de la contraception moderne (en %) selon certaines caractéristiques individuelles et environnementales

<i>Caractéristiques individuelles</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés</i> (1) % (N)	<i>Non-exposés et scolarisés</i> (2) % (N)	<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire</i> (3) % (N)	<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire</i> (4) % (N)	<i>Comparaison des groupes deux à deux (Test de χ^2)</i>					
					1	1	1	2	2	3
					VS 2	VS 3	VS 4	VS 3	VS 4	VS 4
<i>Groupes d'âge</i>										
De 10 à 19 ans	23,1 (52)	47,6 (105)	55,9 (59)	47,2 (53)	**	***	**			
De 20 à 29 ans	40,8 (201)	54,1 (74)	55,6 (54)	60,7 (28)	*	*	*			
<i>Sexe</i>										
Garçons	57,6 (99)	57,7 (78)	67,2 (58)	63,9 (36)						
Filles	24,0 (154)	44,6 (101)	43,6 (55)	42,2 (45)	***	**	**			
<i>Éducation</i>										
Primaire	32,3 (96)	26,7 (15)	50,0 (12)	0,0 (1)						
Secondaire et plus	40,1 (157)	52,4 (164)	56,4 (101)	52,5 (80)	*	**				
<i>Religion</i>										
Protestants	41,7 (84)	50,9 (53)	63,3 (30)	46,2 (26)		*				
Catholiques	34,9 (169)	50,0 (126)	53,0 (83)	54,5 (55)	**	**	**			
Total	37,2 (253)	50,3 (179)	55,8 (113)	51,9 (81)	**	***	**			

***p<0,001 ; **p<0,01 ; *p<0,05.

Tableau VI.3 (suite 1) :

<i>Caractéristiques environnementales</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés</i> (1) % (N)	<i>Non-exposés et scolarisés</i> (2) % (N)	<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire</i> (3) % (N)	<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire</i> (4) % (N)	<i>Comparaison des groupes deux à deux (Test de χ^2)</i>					
					1 VS 2	1 VS 3	1 VS 4	2 VS 3	2 VS 4	3 VS 4
<i>Nombre de guérisseurs traditionnels dans le quartier</i>										
Pas de guérisseur	29,4 (34)	45,0 (20)	64,7 (17)	64,3 (14)		**	*			
Un seul guérisseur	44,3 (88)	51,7 (58)	51,4 (37)	45,5 (22)						
De 2 à 5 guérisseurs	34,4 (131)	50,5 (101)	55,9 (59)	51,1 (45)	*	**	*			
<i>Distance du centre de santé</i>										
Moins de 2 Km	38,5 (96)	48,6 (72)	56,9 (51)	61,1 (36)		*	*			
De 2 à moins 4 Km	34,0 (97)	52,5 (61)	62,9 (35)	52,0 (25)	*	**				
De 4 Km à 10 Km	40,0 (60)	50,0 (46)	44,4 (27)	35,0 (20)						
<i>Disponibilité des services</i>										
Faible	37,8 (98)	43,3 (67)	46,9 (49)	53,6 (28)						
Moyen	40,2 (97)	53,6 (69)	66,7 (30)	46,2 (26)		**				
Élevée	31,0 (58)	55,8 (43)	58,8 (34)	55,6 (27)	**	**	*			
<i>Couverture des districts</i>										
Faible	38,9 (95)	54,5 (66)	56,1 (41)	53,8 (39)	*					
Moyenne	29,5 (44)	53,8 (26)	60,0 (15)	50,0 (4)	*	*				
Élevée	38,6 (114)	46,0 (87)	54,4 (57)	50,0 (38)		*				
Total	37,2 (253)	50,3 (179)	55,8 (113)	51,9 (81)	**	***	**			

***p<0,001 ; **p<0,01 ; *p<0,05.

Le tableau VI.4 présente les proportions des jeunes ayant utilisé, au cours du dernier rapport sexuel, une méthode contraceptive moderne selon les communications avec les parents et pairs, l'accès aux médias et leurs opinions sur l'avortement. Il ressort de ce tableau que les jeunes exposés à l'intervention en milieu communautaire, scolaire et ceux non-exposés mais scolarisés utilisent significativement la contraception moderne par rapport à leurs camarades non-exposés et non scolarisés. Cette prédominance se manifeste par rapport à la connaissance ou pas de la prévention de grossesses, de la contraception moderne ou traditionnelle et de la connaissance que le risque de grossesse est situé au milieu du cycle menstruel. La connaissance d'un risque de grossesses est plus faible chez les jeunes non scolarisés qui déclarent ne pas avoir été exposés à l'intervention du Programme CAREH que leurs camarades scolarisés et les jeunes exposés à l'intervention en milieu communautaire.

Il a été également trouvé des différences significatives entre les jeunes de chacun des groupes (exposés en milieu communautaire, en milieu scolaire et non-exposés mais scolarisés) et les jeunes non scolarisés qui déclarent n'avoir pas été exposés à l'intervention par rapport à la communication avec les parents et les pairs sur les sujets de santé, l'exposition faible aux médias. Les différences liées à la fréquence d'écoute de la radio, la télévision et la lecture sont plus timides. Parmi les jeunes qui n'avaient pas l'intention d'utiliser la contraception dans le futur, ceux qui étaient exposés à l'intervention à l'école ou dans le milieu communautaire utilisaient significativement la contraception par rapport à ceux non-exposés et non scolarisés et ceux non-exposés mais scolarisés. Chez les jeunes qui n'ont jamais tenté de faire un avortement, ceux qui ont une opinion positive ou contre la légalisation de l'avortement ou ceux qui n'avaient pas utilisé de contraception au premier rapport sexuel, les jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire, communautaire et ceux non-exposés mais scolarisés utilisaient significativement la contraception par rapport à ceux non-exposés et non scolarisés.

Tableau VI. 4 : Utilisation de la contraception moderne (en %) selon la communication avec parents et pairs, l'exposition aux médias et opinions sur l'avortement chez les jeunes sexuellement actifs

<i>Différentes connaissances</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés (1) % (N)</i>	<i>Non-exposés et scolarisés (2) % (N)</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire (3) % (N)</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire (4) % (N)</i>	<i>Comparaison des groupes deux à deux (Test de χ^2)</i>					
					<i>1 VS 2</i>	<i>1 VS 3</i>	<i>1 VS 4</i>	<i>2 VS 3</i>	<i>2 VS 4</i>	<i>3 VS 4</i>
<i>Connaissance sur la prévention des grossesses</i>										
Non	33,6 (113)	42,2 (64)	53,2 (47)	55,0 (40)		*	*			
Oui	40,0 (140)	54,8 (115)	57,6 (66)	48,8 (41)	*	*				
<i>Connaissance de la contraception moderne</i>										
Non	6,7 (30)	6,3 (16)	28,6 (7)	0,0 (1)						
Oui	41,3 (223)	54,6 (163)	57,5 (106)	52,5 (80)	**	***				
<i>Connaissance de la contraception naturelle</i>										
Non	38,2 (76)	50,0 (44)	50,0 (20)	62,5 (16)						
Oui	36,7 (177)	50,4 (135)	57,0 (93)	49,2 (65)	**	***				
<i>Connaissance que le risque de grossesses est situé au milieu du cycle menstruel</i>										
Non	42,9(140)	46,0(87)	54,4(57)	53,1(49)						
Oui	30,1 (113)	54,3 (92)	57,1 (56)	50,0 (32)	***	***	*			
<i>Connaissances des risques de grossesses</i>										
Non	41,4 (87)	51,9 (52)	55,8 (43)	56,4 (39)	***					
Oui	34,9 (166)	49,6 (127)	55,7 (70)	47,6 (42)	*	**				
Total	37,2 (253)	50,3 (179)	55,8 (113)	51,9 (81)		***	**			

***p<0,001 ; **p<0,01 ; *p<0,05.

Tableau VI.4 (suite 1) :

<i>Variables</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés (1) % (N)</i>	<i>Non-exposés et scolarisés (2) % (N)</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire (3) % (N)</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire (4) % (N)</i>	<i>Comparaison des groupes deux à deux (Test de χ^2)</i>					
					<i>1 VS 2</i>	<i>1 VS 3</i>	<i>1 VS 4</i>	<i>2 VS 3</i>	<i>2 VS 4</i>	<i>4 VS 5</i>
<i>Communication avec les parents</i>										
Non	33,0 (97)	43,9 (57)	44,4 (27)	46,2 (13)						
Oui	39,7 (156)	53,3 (122)	59,3 (86)	52,9 (68)	*	**				
<i>Communication avec les pairs</i>										
Non	20,6 (34)	54,5 (11)	0,0 (2)	50,0 (2)	*					
Oui	39,7 (219)	50,0 (168)	56,8 (111)	51,9 (79)	*	**				
<i>Exposition aux informations sur la santé dans les médias</i>										
Exposition faible	23,1 (78)	34,8 (23)	61,5 (13)	63,6 (11)		**	**			
Exposition moyenne	40,8 (71)	47,3 (74)	47,2 (36)	44,0 (25)						
Exposition forte	45,2 (104)	57,3 (82)	59,4 (64)	53,3 (45)						
<i>Fréquence d'écoute de la radio</i>										
Jamais	13,2 (53)	38,5 (13)	42,9 (7)	33,3 (3)	*	*				
D'une fois par semaine à une fois dans le mois	35,6 (73)	40,7 (54)	50,0 (28)	46,7 (15)				*		
Tous les jours ou presque	48,0 (127)	56,3 (112)	59,0 (78)	54,0 (63)						
<i>Fréquence de visionnement de la télévision</i>										
Jamais	23,6 (72)	36,0 (25)	31,6 (19)	37,5 (8)						
D'une fois par semaine à une fois dans le mois	40,9 (110)	42,9 (70)	56,1 (41)	61,5 (39)						
Tous les jours ou presque	45,1 (71)	60,7 (84)	64,2 (53)	44,1 (34)	*	*				
Total	37,2 (253)	50,3 (179)	55,8 (113)	51,9 (81)	**	***	**			

***p<0,001 ; **p<0,01 ; *p<0,05. .

Tableau VI.4 (suite 2) :

<i>Variables</i>	<i>Non- exposés et non scolarisés (1) % (N)</i>	<i>Non- exposés et scolarisés (2) % (N)</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire (3) % (N)</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire (4) % (N)</i>	<i>1 VS 2</i>	<i>1 VS 3</i>	<i>1 VS 4</i>	<i>2 VS 3</i>	<i>2 VS 4</i>	<i>4 VS 5</i>
<i>A lu au moins un journal le mois précédent</i>										
Non	34,8 (187)	41,7 (108)	53,4 (58)	48,8 (43)		*				
Oui	43,9 (66)	63,4 (71)	58,2 (55)	55,3 (38)	*					
<i>Intention d'utilisation de la contraception</i>										
Non	16,5 (109)	18,3 (71)	39,1 (46)	45,8 (24)		**	**	**		
Oui	52,8 (144)	71,3 (108)	67,2 (67)	54,4 (57)	**	*				
<i>Avoir déjà tenté un avortement</i>										
Non	37,6 (245)	50,6 (174)	55,6 (108)	50,6 (79)	**	**	*			
Oui	25,0 (8)	40,0 (5)	60,0 (5)	100,0 (2)			*			
<i>Opinion sur la légalisation de l'avortement</i>										
Contre	36,4 (198)	46,6 (118)	50,0 (84)	47,8 (46)		*				
Pour sous certaines conditions	40,0 (55)	57,4 (61)	72,4 (29)	57,1 (35)		**				
<i>Utilisation de la contraception au premier rapport sexuel</i>										
Non	30,8 (208)	37,9 (116)	48,8 (84)	40,0 (55)		**				
Oui	66,7 (45)	73,0 (63)	75,9 (29)	76,9 (26)						
Total	37,2 (253)	50,3 (179)	55,8 (113)	51,9 (81)	**	***	**			

***p<0,001 ; **p<0,01 ; *p<0,05.

Le tableau VI.5 présente la raison fondamentale de l'utilisation de la contraception moderne au moment du dernier rapport sexuel, par sexe et par groupes enquêtés. Dans le souci de capter les préoccupations des garçons et filles, ces raisons ont été récapitulées par sexe. Il ressort que dans chacun des groupes enquêtés la double protection (contre les grossesses non désirées et les IST/VIH) était la raison fondamentale. Cette raison était plus évoquée dans les deux sexes chez les jeunes exposés à l'intervention dans les écoles et dans le milieu communautaire comparativement à leurs camarades non-exposés à l'intervention. Il est également visible dans chaque groupe enquêté que les filles se soucient plus de la double protection et de la prévention des grossesses que leurs camarades garçons. Aussi, la prévention des grossesses est plus importante chez les filles exposées à l'intervention en milieu scolaire et celles non scolarisées qui déclarent n'avoir pas été exposées à l'intervention que dans les deux autres groupes.

Le tableau VI.6 est la représentation des informations sur les sources d'approvisionnement en contraception à Bandjoun. La connaissance d'un lieu d'approvisionnement pour la contraception varie d'un groupe à l'autre, mais généralement, elle est plus faible parmi les jeunes qui déclarent n'avoir pas été exposés aux activités d'intervention. Vingt cinq pourcent de ces jeunes scolarisés et 24% de ceux non scolarisés connaissent au moins un lieu d'approvisionnement pour la contraception. Les proportions de connaissance d'un lieu d'approvisionnement pour la contraception se situent chez les jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire à 45% et communautaire à 40%. Les lieux d'approvisionnement des moyens de contraception varient chez les 289 jeunes ayant utilisé une méthode au dernier rapport sexuel et comprennent : les centres de soins (centres de santé et hôpitaux), le Programme CAREH, les pharmacies, les vendeurs ambulants, les marchés et boutiques. Chez les jeunes non scolarisés qui n'avaient pas été exposés aux activités d'intervention et ceux exposés en milieu communautaire, le lieu le plus fréquent d'approvisionnement était les vendeurs ambulants, marchés et boutiques. Les jeunes exposés aux activités d'intervention en milieu scolaire sont les plus grands utilisateurs de l'approvisionnement en contraceptifs à travers les services de soins avec 43%. Il faut rappeler que seulement 7% des utilisateurs de la contraception s'en sont procurés au siège du Programme CAREH.

Tableau VI. 5 : Raison fondamentale de l'utilisation de la contraception moderne, par sexe et par groupes de jeunes

<i>Raison de l'utilisation de la contraception moderne</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés</i>			<i>Non-exposés et scolarisés</i>			<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire</i>			<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire</i>		
	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble
Prévenir les grossesses	1,8	21,6	9,6	2,2	11,1	6,7	2,6	8,3	4,8	13,0	21,1	16,7
Prévenir les IST/VIH	50,9	13,5	36,2	53,3	20,0	36,7	43,6	12,5	31,7	34,8	10,5	23,8
Prévenir les grossesses et IST/VIH	47,4	64,9	54,3	44,4	68,9	56,7	53,8	79,2	63,5	52,2	68,4	59,5
Proportion	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total	57	37	94	45	45	90	39	24	63	23	19	42

Tableau VI. 6 : Sources d'approvisionnement de la contraception à Bandjoun

	<i>Non exposés et non scolarisés</i>	<i>Non exposés et scolarisés</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire</i>
<i>Connaissance du lieu d'approvisionnement en contraception</i>				
Non	76,3	74,7	60,3	54,6
Oui	23,7	25,3	39,7	45,4
Proportion	100,0	100,0	100,0	100,0
Total	414	1231	310	273
<i>Lieu d'approvisionnement au dernier rapport sexuel</i>				
Centres de soins et CAREH	18,1	16,7	19,0	42,9
Pharmacies	33,0	42,2	38,1	28,6
Vendeurs ambulants/marchés/boutiques	48,9	41,1	42,9	28,6
Proportion	100,0	100,0	100,0	100,0
Total	94	90	63	42

6.1.2 Analyses multivariées

Deux analyses ont été faites dans le cadre de la prévention des grossesses. La première concerne l'ensemble des jeunes qu'ils soient sexuellement actifs ou pas pour apprécier les effets de l'intervention sur l'amélioration des connaissances sur la prévention des grossesses. La deuxième concerne les jeunes sexuellement actifs et apprécie les effets de ces connaissances sur l'utilisation de la contraception moderne. Dans la première analyse, le modèle 1 présente l'effet de la variable d'appartenance à un groupe d'enquête sur les connaissances élevées de la prévention des grossesses. Le modèle 2 présente les effets du degré de couverture des districts sociosanitaires sur les connaissances élevées de prévention des grossesses. Étant donné que l'appartenance à différents districts n'a aucun effet significatif, aucune interaction n'a été faite. Ainsi, le modèle 3 ou modèle complet présente les effets de toutes les variables d'intérêt ensemble et des variables de contrôle.

La deuxième analyse, ne couvre que les jeunes sexuellement actifs au moment de l'intervention. Le modèle 1 présente l'effet de la variable d'intervention sur l'utilisation de la contraception moderne. Le modèle 2 présente l'effet de la variable indépendante clé, les connaissances sur la prévention des grossesses sur l'utilisation de la contraception. Le modèle 3 l'effet de la couverture du Programme sur l'utilisation de la contraception. Le modèle 4 montre une interaction entre l'appartenance à un groupe d'enquête et les connaissances élevées sur la prévention des grossesses. Le modèle 5 prend en compte les variables d'intérêt et les variables de contrôle. Enfin le modèle 6 prend en compte les effets de l'ensemble des variables y compris de l'interaction entre l'appartenance au groupe d'enquête et les connaissances sur la prévention de grossesses.

Le tableau VI.7 présente les rapports de cotes et intervalle de confiance à 95% des effets de l'intervention sur les connaissances élevées de la prévention des grossesses. Il ressort que les jeunes exposés à l'intervention en milieu communautaire ou scolaire avaient les meilleures connaissances comparativement à leurs camarades non scolarisés qui avaient déclaré n'avoir pas

été exposés à l'intervention dans le modèle 1. Toutefois, après la prise en compte des variables de contrôle, les jeunes non-exposés mais scolarisés ont également avec les deux autres groupes des connaissances significativement plus élevées que leurs camarades non scolarisés qui n'avaient pas été exposés aux activités d'intervention. Il a été également observé que les connaissances sur la prévention des grossesses s'améliorent significativement avec l'augmentation de l'âge. Les autres caractéristiques individuelles et environnementales prises en compte dans la présente évaluation n'ont eu aucun effet significatif sur les connaissances de prévention des grossesses.

Le tableau VI.8 présente les rapports de cotes et intervalle de confiance à 95% des effets des connaissances élevées de la prévention des grossesses sur l'utilisation de la contraception moderne chez les 626 jeunes sexuellement actifs au moment de l'enquête. Il ressort que les connaissances élevées de la prévention des grossesses sont significativement associées à l'utilisation de la contraception (modèle 1 et 5). L'interaction entre les groupes d'enquête et les connaissances de prévention des grossesses montre que seulement les jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire ayant des connaissances élevées de prévention ont significativement utilisé une méthode moderne de contraception par rapport à leurs camarades ayant des connaissances faibles (modèle 4). Bien que les différents groupes de jeunes exposés à l'intervention et les jeunes scolarisés non exposés maintiennent leur avantage d'utilisation du condom dans les modèles 1 et 5 avec les variables de contrôle, cet effet bénéfique disparaît à la prise en compte de l'interaction.

Tableau VI. 7 : Rapports de cotes (RC) et intervalle de confiance à 95% (IC) des chances d'avoir des connaissances élevées de la prévention des grossesses

<i>Variables</i>	<i>Modèles</i>		
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
	<i>RC (IC)</i>	<i>RC (IC)</i>	<i>RC (IC)</i>
Variable d'intervention			
Jeunes non-exposés et non scolarisés	1,000		1,000
Jeunes non-exposés et scolarisés	0,547 (0,437- 0,685)		1,953 (1,452- 2,627)
Jeunes exposés en milieu communautaire	1,69 (1,249- 2,288)		3,074 (2,157- 4,382)
Jeunes exposés en milieu scolaire	2,292 (1,654- 3,174)		4,962 (3,367- 7,311)
Variables de contrôle			
Groupes d'âge			
10 à 14 ans			0,200 (0,159- 0,251)
15 à 19 ans			1,000
20 à 29 ans			2,767 (2,087- 3,669)
Sexe			
Garçons			1,000
Filles			1,073 (0,887- 1,298)

Tableau VI.7 (suite 1) :

<i>Variables</i>	<i>Modèles</i>					
	<i>1</i>		<i>2</i>		<i>3</i>	
	<i>RC (IC)</i>		<i>RC (IC)</i>		<i>RC (IC)</i>	
<i>Nombre de guérisseurs traditionnels dans le quartier</i>						
Pas de guérisseur					1,000	
Un seul guérisseur					0,820	(0,580- 1,159)
De 2 à 5 guérisseurs					0,951	(0,689- 1,313)
<i>Distance du centre de santé</i>						
Moins de 2 Km					1,000	
De 2 à moins 4 Km					0,807	(0,630- 1,033)
De 4 Km à 10 Km					1,061	(0,809- 1,390)
<i>Disponibilité des services</i>						
Faible					1,000	
Moyen					0,836	(0,654- 1,068)
Élevée					1,030	(0,795- 1,334)
<i>Couverture des districts sociosanitaires</i>						
Couverture faible			1,000		1,000	
Couverture moyenne			0,584	(0,450- 0,757)	0,626	(0,462- 0,848)
Couverture élevée			1,014	(0,845- 1,216)	0,883	(0,704- 1,108)
Chi carré (degrés de liberté)	156,566	(3)	20,653	(2)	536,978	(14)
-2Log-vraisemblance	2928,93		3064,8		2548,518	
Effectifs	2 228		2 228		2 228	

Tableau VI. 8 : Rapports de cotes (RC) et intervalle de confiance à 95% (IC) des chances d'utilisation de la contraception moderne

<i>Variables</i>	<i>Modèles</i>												
	<i>1 RC (IC)</i>		<i>2 RC (IC)</i>		<i>3 RC (IC)</i>		<i>4 RC (IC)</i>		<i>5 RC (IC)</i>		<i>6 RC (IC)</i>		
Variable d'intervention													
Jeunes non-exposés et non scolarisés	1,000								1,000			1,000	
Jeunes non-exposés et scolarisés	1,710	(1,160-	2,522)						1,863	(1,206-	2,878)	1,412 (0,654-	3,049)
Jeunes exposés en milieu communautaire	2,131	(1,358-	3,344)						2,051	(1,246-	3,375)	1,117 (0,388-	3,215)
Jeunes exposés en milieu scolaire	1,822	(1,099-	3,018)						1,800	(1,016-	3,188)	2,497 (0,543-	11,492)
Connaissances de la prévention des grossesses													
Faible			1,000						1,000			1,000	
Élevée			1,811	(1,260-	2,604)				1,639	(1,107-	2,427)	1,310 (0,750-	2,290)
Variables de contrôle													
Groupes d'âge													
Adolescents									1,000			1,000	
Jeunes									1,398	(0,968-	2,020)	1,413 (0,975-	2,049)
Sexe													
Garçons									1,000			1,000	
Filles									0,354	(0,253-	0,497)	0,354 (0,252-	0,497)

Tableau VI.8 (suite 1) :

<i>Variables</i>	<i>Modèles</i>					
	<i>1</i> <i>RC (IC)</i>	<i>2</i> <i>RC (IC)</i>	<i>3</i> <i>RC (IC)</i>	<i>4</i> <i>RC (IC)</i>	<i>5</i> <i>RC (IC)</i>	<i>6</i> <i>RC (IC)</i>
Nombre de guérisseurs traditionnels						
Pas de guérisseur					1,000	1,000
Un seul guérisseur					0,970 (0,537- 1,753)	0,959 (0,529- 1,739)
De 2 à 5 guérisseurs					0,987 (0,570- 1,710)	0,979 (0,563- 1,704)
Distance du centre de santé						
Moins de 2 Km					1,000	1,000
De 2 à moins 4 Km					0,834 (0,541- 1,284)	0,834 (0,541- 1,286)
De 4 Km à 10 Km					0,766 (0,479- 1,227)	0,760 (0,475- 1,218)
Disponibilité des services						
Faible					1,000	1,000
Moyen					1,270 (0,827- 1,950)	1,288 (0,837- 1,980)
Élevée					1,121 (0,712- 1,767)	1,108 (0,702- 1,749)

Le tableau VI.9 présente les rapports de cote et intervalle de confiance à 95% de l'effet de la discussion avec un formateur sur l'amélioration des connaissances de la prévention des grossesses chez les 583 jeunes exposés à l'intervention. Il ressort dans l'ensemble que les jeunes ayant été exposés à l'intervention en milieu scolaire qui ont discuté directement avec un formateur sur l'utilisation de la contraception et la prévention de grossesses avaient des connaissances significativement plus élevées sur la prévention des grossesses que ceux exposés en milieu communautaire qui n'avaient pas discuté avec un formateur. Les jeunes exposés en milieu communautaire qui ont discuté avec un formateur sur autres sujets (puberté, développement et estime de soi, anatomie, hygiène) avaient tendance à avoir des connaissances de prévention des grossesses plus faibles (modèle 1). Toutefois, cette différence disparaît après la prise en compte des variables de contrôle. Par ailleurs, les connaissances élevées sur la prévention de grossesses augmentent avec l'âge.

Le tableau VI.10 présente les rapports de cotes et intervalle de confiance à 95% des effets de la discussion avec un formateur sur l'utilisation de la contraception moderne chez les 194 jeunes exposés à l'intervention et sexuellement actifs. Il est visible qu'il n'y a aucune différence significative entre les cinq groupes. Cependant, les jeunes filles et les jeunes des quartiers situés à au moins quatre kilomètres d'un centre de soins utilisent significativement moins la contraception que leurs camarades de référence.

Tableau VI. 9 : Rapports de cotes (RC) et intervalle de confiance à 95% (IC) des effets de la discussion avec un formateur sur les connaissances de la prévention des grossesses

<i>Variables</i>	<i>Modèles</i>			
	<i>1</i>		<i>2</i>	
	<i>RC (IC)</i>		<i>RC (IC)</i>	
Variable d'intervention				
Exposés à l'intervention en milieu communautaire sans discussion avec un formateur	1,000		1,000	
Exposés en milieu communautaire et discussion avec un formateur sur autres sujets que la prévention de grossesses	0,431	(0,220- 0,842)	1,219	(0,612- 2,428)
Exposés en milieu communautaire et discussion avec un formateur sur la prévention de grossesse	1,685	(0,851- 3,337)	1,845	(0,970- 3,510)
Exposés en milieu scolaire et discussion avec un formateur sur autres sujets que la prévention de grossesses	0,874	(0,525- 1,456)	0,993	(0,598- 1,650)
Exposés en milieu scolaire et discussion avec un formateur la prévention de grossesses	1,635	(1,051- 2,544)	1,370	(1,109- 2,066)
Variabiles de contrôle				
Groupes d'âge				
De 10 - 14 ans			0,605	(0,386- 0,946)
De 15 à 19 ans			1,000	
De 19 à 20 ans			1,062	(0,691- 1,633)
Sexe				
Garçons			1,000	
Filles			1,408	(1,001- 1,979)

Tableau VI.9 (suite 1) :

<i>Variables</i>	<i>Modèles</i>	
	<i>1</i> <i>RC (IC)</i>	<i>2</i> <i>RC (IC)</i>
Nombre de guérisseurs traditionnels dans le quartier		
Pas de guérisseur		1,000
Un seul guérisseur		1,015 (0,536- 1,920)
De 2 à 5 guérisseurs		0,904 (0,501- 1,632)
Distance du centre de santé		
Moins de 2 Km		1,000
De 2 à moins 4 Km		1,409 (0,899- 2,208)
De 4 Km à 10 Km		0,929 (0,568- 1,518)
Disponibilité des services		
Faible		1,000
Moyen		0,810 (0,504- 1,302)
Élevée		0,670 (0,430- 1,044)
Couverture des districts sociosanitaires		
Couverture faible		1,000
Couverture moyenne		0,694 (0,391- 1,230)
Couverture élevée		1,156 (0,768- 1,741)
Chi carré (degrés de liberté)	18,148 (4)	23,821 (15)
-2Log-vraisemblance	713,44	777,126
Effectifs	583	583

Tableau VI. 10 : Rapports de cotes (RC) et intervalle de confiance à 95% des effets des discussions sur la prévention de grossesses avec un formateur sur l'utilisation de la contraception

<i>Variables</i>	<i>Modèles</i>					
	<i>1</i>			<i>2</i>		
	<i>RC (IC)</i>			<i>RC (IC)</i>		
Variable d'intervention						
Exposés à l'intervention en milieu communautaire sans discussion avec un formateur	1,000			1,000		
Exposés en milieu communautaire et discussion avec un formateur sur autres sujets que la prévention de grossesses	0,433	(0,142	1,316)	0,448	(0,135	1,484)
Exposés en milieu communautaire et discussion avec un formateur sur la prévention de grossesse	1,121	(0,431	2,918)	1,362	(0,480	3,867)
Exposés en milieu scolaire et discussion avec un formateur sur autres sujets que la prévention de grossesses	0,918	(0,368	2,290)	1,296	(0,476	3,525)
Exposés en milieu scolaire et discussion avec un formateur sur la prévention de grossesses	0,721	(0,359	1,449)	0,673	(0,311	1,456)
Variables de contrôle						
Groupes d'âge						
Adolescents				1,000		
Jeunes				1,260	(0,671	2,368)
Sexe						
Garçons				1,000		
Filles				0,341	(0,180	0,645)

Tableau VII.10 (suite 1) :

<i>Variables</i>	<i>Modèles</i>	
	<i>1</i> <i>RC (IC)</i>	<i>2</i> <i>RC (IC)</i>
<i>Nombre de guérisseurs traditionnels dans le quartier</i>		
Pas de guérisseur		1,000
Un seul guérisseur		0,255 (0,083- 0,778)
De 2 à 5 guérisseurs		0,439 (0,160- 1,205)
<i>Distance du centre de santé</i>		
Moins de 2 Km		1,000
De 2 à moins 4 Km		0,563 (0,234- 1,355)
De 4 Km à 10 Km		0,386 (0,154- 0,967)
<i>Disponibilité des services</i>		
Faible		1,000
Moyen		1,315 (0,588- 2,943)
Élevée		1,373 (0,548- 3,441)
<i>Couverture des districts sociosanitaires</i>		
Couverture faible		1,000
Couverture moyenne		1,014 (0,331- 3,109)
Couverture élevée		0,741 (0,325- 1,689)
Chi carré (degrés de liberté)	3,101 (4)	25,160 (14)
-2Log-vraisemblance	264,52	25,160
Effectifs	194	194

6.2 Discussion

6.2.1 Effets de l'intervention sur la prévalence contraceptive

Les résultats indiquent que les méthodes de contraception moderne sont utilisées de manière satisfaisante par les jeunes à Bandjoun. Un sur deux jeunes sexuellement actifs utilise une méthode moderne de contraception, tant parmi les jeunes exposés à l'intervention aussi bien en milieu scolaire ou communautaire que parmi les jeunes scolarisés qui n'avaient pas été exposés à l'intervention du Programme CAREH. Chez les jeunes non scolarisés ayant déclaré n'avoir pas été exposés à l'intervention, seulement quatre jeunes sur dix utilisent une méthode de contraception. Dans l'ensemble, par rapport à différentes caractéristiques sociodémographiques, les communications avec les parents et pairs, les jeunes non-exposés à l'intervention et non scolarisés avaient des proportions de connaissances plus faibles sur la prévention de grossesses que ceux des trois autres groupes. Ces jeunes avaient également dans des conditions identiques d'exposition aux médias des proportions plus faibles de connaissances de la prévention des grossesses.

L'utilisation de la contraception moderne observée dans cette étude indique des prévalences contraceptives très élevées contrairement à ce qui est observé dans d'autres études dans les pays africains (Boohene et al., 1991; Lutalo et al., 2000; Odimegwu et al., 2002; Oindo, 2002). Ces prévalences sont similaires à celles d'une autre étude camerounaise, car à Nkongsamba au Cameroun, après deux années d'intervention par le marketing social, la prévalence contraceptive est passée chez les filles de 40% à 52% et chez les garçons de 53% à 61% (Speizer et al., 2001). Ces prévalences à Bandjoun sont supérieures à celles de l'EDS du Cameroun de 2004 qui montre une prévalence contraceptive chez les jeunes filles de 16% pour le Cameroun et 12,5% dans la province de l'Ouest et de 13% pour les jeunes garçons pour l'ensemble du pays et 5% à l'Ouest (EDS Cameroun, 2005).

6.2.2 Effets de l'intervention sur l'amélioration des connaissances

Cette partie vise à tester l'Hypothèse 3 de cette recherche relative à l'effet de l'intervention sur l'amélioration des connaissances sur la prévention des grossesses. Cette étude montre que les connaissances sur la prévention de grossesses sont très satisfaisantes en particulier chez les jeunes exposés à l'intervention du Programme CAREH à l'école, dans le milieu communautaire et ceux non-exposés à l'intervention mais scolarisés. Ces groupes maintiennent des connaissances élevées sur la prévention des grossesses même après la prise en compte des variables de contrôle.

Par rapport aux variables sociodémographiques, aux communications avec les parents et pairs, à l'exposition aux médias analysées dans ce travail, les jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire et communautaire et ceux scolarisés qui n'avaient pas été exposés à l'intervention avaient significativement les meilleures connaissances par rapport aux jeunes non-exposés non scolarisés. On observe donc une forte association entre l'exposition aux activités d'intervention et l'élévation des connaissances sur la prévention de grossesses. Toutefois, il n'est pas possible de savoir quel aurait été le niveau de connaissances des jeunes sur la prévention de grossesses s'ils n'étaient pas exposés à l'intervention.

6.2.3 Effets de l'amélioration des connaissances en prévention des grossesses sur l'utilisation de la contraception

Les effets de l'amélioration des connaissances en prévention des grossesses sur l'utilisation de la contraception permettront de tester l'hypothèse 4. À l'image des Enquêtes Démographiques et de Santé, nous avons soutenus que l'utilisation de la contraception suppose au préalable la connaissance d'au moins une méthode contraceptive (EDS Cameroun, 2005). Dans cette évaluation, les résultats indiquent que les chances d'utilisation de la contraception sont deux fois plus grandes quand le jeune a des connaissances élevées sur la prévention des grossesses. De même, les jeunes exposés à l'intervention en milieu communautaire et ceux non-exposés mais scolarisés avaient significativement plus de chances d'utiliser une méthode de contraception que leurs camarades non-exposés et non scolarisés après la prise en

compte des variables de contrôle. Toutefois, les différences entre les groupes disparaissent après la prise en compte de la variable d'interaction.

L'amélioration des connaissances en contraception est un gage certain de son utilisation. Le programme de marketing social du préservatif au Cameroun avait eu des effets directs sur des déterminants du comportement préventif comme les connaissances des méthodes de contraception et a entraîné une amélioration de leur utilisation (Van Rossem et Meekers, 2000). L'exposition des jeunes aux activités des pairs éducateurs était significativement associée à l'amélioration des connaissances spontanées sur la contraception moderne et à l'utilisation des méthodes modernes de contraception (Speizer et al., 2001). À l'instar de ces interventions et conformément à notre hypothèse, il été trouvé que le Programme CAREH aurait réussi l'amélioration des connaissances en prévention de grossesses mais n'a pas eu d'effet significatif sur son utilisation quelque soit les groupes d'appartenance.

6.2.4 Effets de dose-réponse des activités d'intervention du Programme CAREH sur la prévention des grossesses

Il ressort de nos analyses que les effets combinés de l'exposition à l'intervention en milieu scolaire et le fait d'avoir la chance de discuter de la prévention des grossesses avec un formateur du Programme CAREH sont positivement associés à l'augmentation des connaissances sur la prévention des grossesses même après la prise en compte des variables de contrôle. Les jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire ayant discuté de prévention des grossesses ou d'utilisation de la contraception avec un formateur avaient deux fois plus de chances d'avoir des connaissances élevées de prévention des grossesses. Toutefois, il n'y a aucune différence entre les jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire ou communautaire sur l'utilisation de la contraception, qu'ils aient discuté ou pas avec un formateur. Ceci est une orientation sur l'efficacité du Programme sur l'amélioration des connaissances mais sa difficulté dans le changement du comportement (utilisation de la contraception).

6.2.5 Effets des facteurs modifiant sur l'amélioration des connaissances et l'utilisation de la contraception

Les facteurs individuels et environnementaux occupent une place importante dans l'amélioration de connaissances en prévention de grossesses et l'utilisation de la contraception moderne. Il a été trouvé que le niveau des connaissances augmente avec l'âge du jeune. Bien que les recherches antérieures dans les pays en développement aient trouvé que la probabilité d'utilisation d'une méthode contraceptive augmente avec le niveau d'éducation (Maria, 2007; Morroni et al., 2003), cette association n'a pas été observée dans la présente recherche.

Entre les filles et garçons, il n'y a aucune différence dans les connaissances de la prévention des grossesses. Cependant, il a été observé que les filles utilisent moins les méthodes de contraception moderne que les garçons. Ceci s'expliquerait probablement par le fait que le condom masculin était essentiellement la méthode la plus utilisée. Dans la présente étude, le condom est presque le seul contraceptif moderne utilisé⁴ par les jeunes pendant qu'une diversification des méthodes est notée dans d'autres pays africains (Kiragu et Zabin, 1995; Mi Kim et al., 2001). Cette popularité du condom ne s'expliquerait pas seulement par son accessibilité, mais surtout par son usage pour la double protection (la prévention des grossesses et la prévention des IST); et que la plupart des jeunes veulent éviter les deux en même temps.

Ainsi, une grande utilisation du condom est observée à Bandjoun alors que les méthodes féminines ne sont presque pas utilisées, probablement à cause de leur accessibilité qui est limitée. L'obtention des méthodes féminines est sujette à une prescription médicale préalable à l'achat en pharmacie, alors que les jeunes sont préoccupés par la confidentialité. Dans cette évaluation, seulement 19% des jeunes exposés aux activités du Programme ayant discuté avec les formateurs les trouvent discrets (Tableau II.4). Pourtant, le condom masculin est disponible en vente libre sans prescription dans toutes les pharmacies, dans les boutiques, voire même chez les

commerçants des villages. Une diversification des méthodes contraceptives devrait être envisagée en faveur de la promotion des méthodes contraceptives féminines pour permettre aux filles de prendre plus de responsabilité pour leur propre protection.

Enfin, on n'observe pas dans la présente étude une variation géographique (selon les districts sociosanitaires) du niveau des connaissances ou de l'utilisation de la contraception chez les jeunes. Ceci s'expliquerait probablement par la concentration de la population dans des districts qui ne sont pas totalement indépendants les uns des autres. Un jeune peut habiter dans un district et étudier dans une école située dans le district voisin.

⁴ Seulement 1% des jeunes sexuellement actifs utilisent une méthode contraceptive féminine moderne (pilule, DIU, injection, crème).

Conclusion

Dans l'ensemble, le taux d'utilisation de la contraception moderne chez les jeunes à Bandjoun est élevé, en particulier chez les jeunes exposés aux activités d'intervention en milieu scolaire ou communautaire et ceux scolarisés qui avaient déclaré n'avoir pas été exposés à l'intervention. De même, les analyses descriptives indiquent que les jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire et communautaire et ceux non-exposés et non scolarisés avaient les connaissances sur la prévention des grossesses significativement plus élevées que ceux scolarisés qui avaient déclaré n'avoir pas été exposés à l'intervention.

Les jeunes exposés aux activités d'intervention en milieu communautaire ou scolaire et ceux non-exposés mais scolarisés avaient significativement des connaissances sur la prévention de grossesses plus élevées que ceux non-exposés non scolarisés après avoir contrôlé par différents facteurs. Ceci montre bien dans ce travail, que la scolarisation au moment de l'intervention a bien un effet bénéfique sur l'amélioration des connaissances de prévention au moins chez les jeunes scolarisés qui avaient déclaré n'avoir pas été exposés à l'intervention. Après la prise en compte des variables de contrôle, il n'y a toutefois aucune différence entre les groupes enquêtés dans l'utilisation de la contraception.

Il peut être retenu que si l'intervention a eu des effets bénéfiques sur l'amélioration des connaissances, il n'a pas eu d'effet positif dans l'utilisation de la contraception. Probablement, l'intervention a besoin de plus de temps pour l'acquisition des changements de comportements comme l'utilisation de la contraception. Ainsi face à ces résultats certaines interrogations demeurent : (i) en l'absence de données de bases d'évaluation du Programme, on ne peut savoir quel était le niveau des connaissances sur la prévention des jeunes dans les différents groupes; (ii) on ne peut savoir quel aurait été le niveau de connaissances des jeunes exposés à l'intervention en l'absence du Programme CAREH (facteurs contrefactuels); (iii) on ne peut savoir quelle part d'effet d'amélioration est attribuable au Programme ou à la scolarisation.

Il se pourrait que les jeunes qui avaient plus de connaissances et sexuellement actifs fussent plus intéressés à participer aux activités surtout dans le milieu communautaire car c'était volontaire. Il se pourrait que la scolarisation des jeunes ait contribué directement à l'amélioration de leurs connaissances sur la prévention des grossesses. De tout ce qui précède, nous reconnaissons que les jeunes exposés avaient les meilleures connaissances surtout en comparaison avec ceux non scolarisés mais nous ne pouvons en conclure de manière certaine que ces différences de connaissances ont été induites par le Programme. Toutefois, l'analyse au niveau des jeunes exposés à l'intervention a montré, que les jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire qui avaient discuté avec un formateur sur la prévention des grossesses avaient les meilleures connaissances. Ce résultat va en droite ligne d'un effet attribuable à l'intervention.

CHAPITRE VII

PRÉVENTION DES IST/VIH/SIDA : PLACE DE L'AMÉLIORATION DES CONNAISSANCES ET DE L'UTILISATION DU CONDOM

Introduction

L'objectif de ce chapitre est de voir si les activités de CAREH ont eu une influence d'une part sur les connaissances des 2 228 adolescents et jeunes sur la prévention du VIH, et d'autre part, sur l'utilisation du condom chez les 626 jeunes sexuellement actifs. Par ailleurs, il va examiner si les connaissances sur la prévention du VIH (supposées augmenter avec les activités de CAREH selon l'hypothèse 5) influencent l'utilisation du condom comme le suggère l'hypothèse 6.

Il a été ici décrit les résultats des analyses descriptives des effets des caractéristiques sociodémographiques, des perceptions et comportements sur l'amélioration des connaissances de la prévention du VIH et l'utilisation du condom au dernier rapport sexuel. Ensuite, les résultats des analyses multivariées sont abordés sur la probabilité d'avoir des connaissances élevées ou la probabilité d'utilisation du condom selon que l'on appartienne à un groupe de jeunes exposés ou non. Enfin, une discussion est présentée par rapport à la littérature.

7.1 Résultats

7.1.1 Analyses descriptives

Le tableau VII.1 présente les proportions des jeunes ayant des connaissances sur la prévention du VIH selon certaines caractéristiques individuelles et environnementales. Cette connaissance sur la prévention du VIH est définie comme étant la connaissance par un jeune sexuellement actif ou non de trois des six bonnes réponses sur les voies de transmission du VIH et au moins de quatre des huit moyens de protection contre le VIH. Il ressort du tableau VII.1 que les connaissances sur la prévention du VIH sont significativement plus élevées chez les jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire (53,1%) et communautaire (46,1%) que chez ceux scolarisés qui avaient déclaré n'avoir pas été exposés à l'intervention (23,1%). Les jeunes non scolarisés qui n'avaient pas été exposés à l'intervention avaient également des connaissances plus élevées que leurs camarades scolarisés (39,4% contre 23,1% ; $p < 0,001$).

Dans chaque groupe, les connaissances sont plus élevées chez les jeunes sexuellement actifs que chez ceux non sexuellement actifs. Parmi les jeunes sexuellement actifs, ceux exposés à l'intervention en milieu scolaire avec 61,7% et communautaire (52,2%) ont statistiquement des proportions de connaissances plus élevées par rapport à leurs collègues non-exposés et scolarisés (45,8%) avec $p < 0,01$. Ils sont suivis de ceux exposés à l'intervention en milieu communautaire et de ceux non-exposés mais scolarisés. Parmi les jeunes non sexuellement actifs, ceux non-exposés à l'intervention mais scolarisés avaient les proportions de connaissances sur la prévention les plus faibles des trois groupes. Les jeunes ayant eu une abstinence secondaire au cours de l'année précédent l'enquête avaient les connaissances sur la prévention du VIH les plus élevées dans chaque groupe.

Les connaissances sur la prévention du VIH augmentent avec l'âge et le niveau d'éducation atteint dans chaque groupe. Aussi, chez les filles et garçons, dans chaque religion, les jeunes exposés à l'intervention ont la proportion la plus élevée de connaissances sur la prévention du VIH, suivis de ceux exposés en milieu communautaire et de ceux non-exposés et non scolarisés et enfin de ceux non-exposés mais scolarisés. Dans chaque groupe, il n'y a presque pas de différence entre les filles et les garçons dans les connaissances élevées sur la prévention du VIH, à l'exception des filles et garçons exposés à l'intervention en milieu scolaire (60,0% contre 44,1%).

Le nombre de guérisseurs traditionnels a tendance à être associé négativement aux connaissances sur la prévention du VIH dans chaque groupe. Toutefois, l'éloignement du centre de soins le plus proche a tendance à être associé à une certaine augmentation des connaissances. Dans les différents quartiers que ce soit par rapport au nombre de guérisseurs traditionnels, de la distance du centre de soins le plus proche, de la disponibilité des services ou de la couverture des districts sanitaires, dans chaque catégorie, les jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire présentent les meilleures connaissances. Ils sont suivis des jeunes exposés à l'intervention en milieu communautaire, puis viennent ceux non scolarisés et scolarisés ayant déclaré n'avoir pas été exposés à l'intervention du Programme CAREH.

Tableau VII. 1 : Connaissances élevées sur la prévention du VIH (en %) par rapport à différentes caractéristiques individuelles et environnementales

<i>Caractéristiques individuelles et environnementales</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés</i>	<i>Non-exposés et scolarisés</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire</i>	<i>Comparaison des groupes deux à deux (Test de χ^2)</i>					
					1	1	1	2	2	3
					VS	VS	VS	VS	VS	VS
	<i>(1) % (N)</i>	<i>(2) % (N)</i>	<i>(3) % (N)</i>	<i>(4) % (N)</i>	2	3	4	3	4	4
<i>Activité sexuelle</i>										
Non sexuellement actifs	28,4 (134)	18,8 (1042)	40,5 (185)	49,7 (181)	**	*	***	***	***	
Abstinence secondaire	44,4 (27)	60,0 (10)	75,0 (12)	45,5 (11)						
Sexuellement actifs	44,7 (253)	45,8 (179)	52,2 (113)	61,7 (81)			**		**	
<i>Groupes d'âge</i>										
De 10 à 14 ans	7,4 (27)	11,4 (696)	18,9 (53)	37,0 (54)			**		***	*
De 15 à 19 ans	27,8 (126)	34,9 (421)	48,3 (178)	56,6 (175)		***	***	**	***	
De 20 à 29 ans	48,3 (261)	50,9 (114)	59,5 (79)	59,1 (44)						
<i>Sexe</i>										
Garçons	42,7 (164)	22,3 (615)	46,2 (132)	44,1 (118)	***			***	***	
Filles	37,2 (250)	23,9 (616)	46,1 (178)	60,0 (155)	***		***	***	***	**
<i>Éducation</i>										
Primaire	32,5 (194)	11,3 (638)	25,6 (43)	22,2 (9)	***			**		
Secondaire et plus	45,5 (220)	35,8 (593)	49,4 (267)	54,2 (264)	**			***	***	
<i>Religion</i>										
Protestants et autre	43,3 (141)	20,6 (402)	50,6 (89)	55,4 (74)	***				***	
Catholiques	37,4 (273)	24,2 (829)	44,3 (221)	52,3 (199)	***		***	***	***	

***p<0,001 ; **p<0,01 ; *p<0,05.

Tableau VII.1 (suite 1) :

<i>Caractéristiques individuelles et environnementales</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés</i>	<i>Non-exposés et scolarisés</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire</i>	<i>Comparaison des groupes deux à deux (Test de χ^2)</i>					
					1 VS 2	1 VS 3	1 VS 4	2 VS 3	2 VS 4	3 VS 4
<i>Nombre de guérisseurs traditionnels</i>										
Pas de guérisseur	48,2 (56)	27,1 (140)	51,4 (35)	56,3 (32)	**		***	**	**	
Un seul guérisseur	34,7 (147)	22,4 (384)	49,1 (106)	55,6 (99)	**	*	*	***	***	
De 2 à 5 guérisseurs	40,3 (211)	22,6 (707)	43,2 (169)	50,7 (142)	***			***	***	
<i>Distance du centre de santé</i>										
Moins de 2 Km	34,0 (147)	19,2 (443)	40,5 (148)	50,4 (131)	***		**	***	***	
De 2 à moins 4 Km	40,9 (164)	24,9 (462)	54,8 (93)	58,5 (82)	***	*	**	***	***	
De 4 Km à 10 Km	44,7 (103)	25,8 (326)	46,4 (69)	51,7 (60)	***			***	***	
<i>Disponibilité des services</i>										
Faible	39,3 (150)	22,8 (382)	47,2 (123)	48,0 (100)	***			***	***	
Moyen	40,8 (179)	23,9 (523)	48,2 (85)	55,3 (76)	***			***	***	
Élevée	36,5 (85)	22,1 (326)	43,1 (102)	56,7 (97)	**		**	***	***	
<i>Couverture des districts sociosanitaires</i>										
Couverture faible	40,9 (164)	21,9 (442)	50,4 (115)	52,0 (102)	***		*	***	***	
Couverture moyenne	35,2 (71)	21,2 (193)	55,6 (45)	57,1 (28)	*	*		***	***	
Couverture élevée	39,7 (179)	24,5 (596)	40,0 (150)	53,1 (143)	***		**	***	***	*
Total	39,4 (414)	23,1 (1231)	46,1 (310)	53,1 (273)	***		***	***	***	

***p<0,001 ; **p<0,01 ; *p<0,05.

Le tableau VII.2 présente les proportions des adolescents et des jeunes ayant des connaissances élevées sur la prévention du VIH selon certaines perceptions sur le VIH/sida et l'intention d'utilisation du condom. Tant parmi les jeunes qui pensent qu'il leur est possible d'attraper le sida dans les douze mois, que ceux qui n'ont aucune perception face à cette déclaration, ainsi que chez ceux qui ne sont pas inquiets de pouvoir attraper le sida, les jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire présentent les connaissances les plus élevées, suivis de ceux exposés à l'intervention en milieu communautaire et de ceux non scolarisés déclarant n'avoir pas été exposés à l'intervention.

Parmi les jeunes qui pensent qu'ils ne sont pas inquiets de pouvoir attraper le sida et ceux qui ne savent pas avoir fait quelque chose à risque d'inquiétant, les jeunes exposés en milieu scolaire ont eu les meilleures connaissances, suivis des jeunes exposés en milieu communautaire et de ceux non-exposés et non scolarisés. Cette même tendance se maintient entre les différents groupes quand les jeunes estiment avoir fait quelque chose ou pas qui les aurait exposé au VIH. Dans chaque groupe, les jeunes semblent plus confiants en eux-mêmes qu'à leurs camarades pour l'exposition au VIH. Sur les 1 231 jeunes non-exposés à l'intervention mais scolarisés, seulement 154 pensent être inquiets pour leur exposition au virus du sida, par contre, 380 de ces jeunes estiment que leurs camarades risquent d'attraper le sida.

Dans chaque groupe, les connaissances sur la prévention du VIH sont plus élevées si les jeunes ont l'intention d'utiliser le condom dans le futur. À titre d'exemple, parmi les jeunes non-exposés mais scolarisés ayant l'intention d'utiliser le condom 40,2% ont une connaissance préventive sur le VIH, tandis que parmi ceux n'ayant pas l'intention d'utiliser le condom, seulement, 16,8% ont ces connaissances. Parmi les jeunes qui n'ont pas l'intention d'utiliser le condom dans le futur, les connaissances de prévention du VIH sont significativement plus élevées chez ceux exposés à l'intervention en milieu scolaire (50,6%) et communautaire (45,5%) par rapport à leurs camarades non-exposés non scolarisés (34,1%) et scolarisés (16,8%).

Tableau VII. 2 : Connaissances élevées sur la prévention du VIH (en %) selon certaines perceptions sur le VIH/sida et l'intention d'utilisation du condom

<i>Perceptions et intention d'utilisation du condom</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés</i>	<i>Non-exposés et scolarisés</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire</i>	<i>Comparaison des groupes deux à deux (Test de chi²)</i>					
					1	1	1	2	2	3
		(2) % (N)	(3) % (N)	(4) % (N)	VS	VS	VS	VS	VS	VS
	(1) % (N)				2	3	4	3	4	4
<i>Avoir la perception qu'il pourrait attraper le sida dans les 12 mois</i>										
Ne sait pas	46,6 (58)	29,7 (101)	48,5 (33)	51,7 (29)	*			*		*
Aucune perception	41,1 (287)	27,4 (851)	48,1 (239)	55,0 (220)	***		**	***		***
Pense que c'est possible	26,1 (69)	7,5 (279)	31,6 (38)	37,5 (24)	***			***		***
<i>Inquiet de pouvoir attraper le sida</i>										
Ne sait pas	43,0 (286)	28,7 (715)	48,4 (219)	55,7 (201)	***		**	***		***
Aucune perception	40,4 (99)	21,8 (362)	43,5 (85)	48,5 (68)	***			***		***
Pense que c'est possible	0,0 (29)	0,0 (154)	0,0 (6)	0,0 (4)						
<i>Penser avoir fait quelque chose qui l'aurait exposé au virus du sida</i>										
Ne sait pas	62,0 (50)	27,3 (99)	53,1 (32)	56,8 (44)	***			**		***
Aucune perception	40,6 (318)	27,7 (888)	46,8 (250)	53,0 (215)	***		**	***		***
Pense que c'est possible	6,5 (46)	4,5 (244)	32,1 (28)	42,9 (14)		**	***	***		***
Total	39,4 (414)	23,1 (1231)	46,1 (310)	53,1 (273)	***		***	***		***

***p<0,001 ; **p<0,01 ; *p<0,05.

Tableau VII. 2 (suite 1) :

<i>Perceptions et intention d'utilisation du condom</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés</i>	<i>Non-exposés et scolarisés</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire</i>	<i>Comparaison des groupes deux à deux (Test de chi²)</i>					
					1	1	1	2	2	3
	<i>(1) % (N)</i>	<i>(2) % (N)</i>	<i>(3) % (N)</i>	<i>(4) % (N)</i>	VS	VS	VS	VS	VS	VS
					2	3	4	3	4	4
<i>Pense que certains de ses amis risquent d'attraper le sida</i>										
Ne sait pas	43,8 (185)	32,7 (346)	53,2 (126)	55,5 (119)	**		*	***	***	
Aucune perception	39,5 (147)	27,0 (525)	43,7 (135)	52,1 (119)	**		*	***	***	
Pense que c'est possible	29,3 (82)	8,1 (360)	34,7 (49)	48,6 (35)	***		*	***	***	
<i>Intention d'utiliser le condom</i>										
Non	34,1 (252)	16,8 (900)	45,5 (187)	50,6 (160)	***	**	***	***	***	
Oui	47,5 (162)	40,2 (331)	47,2 (123)	56,6 (113)						**
Total	39,4 (414)	23,1 (1231)	46,1 (310)	53,1 (273)	***		***	***	***	

***p<0,001 ; **p<0,01 ; *p<0,05.

Le tableau VII.3 présente les proportions des jeunes utilisant un condom (au dernier rapport sexuel) par ceux qui ont eu un partenaire sexuel dans les 12 derniers mois, selon certaines caractéristiques individuelles et environnementales. Dans l'ensemble, les jeunes non scolarisés ayant déclaré n'avoir pas été exposés à l'intervention du Programme CAREH ont eu significativement la plus faible utilisation du condom au dernier rapport sexuel avec 36,0%, comparativement à ceux de chacun des trois autres groupes. Les jeunes exposés à l'intervention en milieu communautaire présentent la proportion de 54% qui est la plus élevée dans l'utilisation du condom au dernier rapport sexuel. Les proportions correspondantes chez les jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire et chez ceux qui étaient scolarisés mais n'avaient pas été exposés à l'intervention sont de 48,1% et 48,6%, respectivement. On n'observe aucune différence statistiquement significative entre les trois derniers groupes.

Parmi les adolescents de 10 à 19 ans, les filles, les jeunes ayant étudié jusqu'au secondaire et les catholiques, les jeunes non-exposés à l'intervention et non scolarisés ont statistiquement moins utilisé le condom comparativement à chacun des autres groupes. Dans les quartiers avec plusieurs guérisseurs traditionnels, ceux situés à au moins 4 Km d'un centre de soins ou ceux ayant des disponibilités de services moyennes ou élevées, ainsi que ceux situés dans les districts sociosanitaires à couverture moyenne et élevée, les jeunes non-exposés et non scolarisés ont proportionnellement moins utilisé le condom que leurs camarades des trois autres groupes.

Tableau VII. 3 : Utilisation du condom (en %) selon différentes caractéristiques individuelles et environnementales chez les jeunes sexuellement actifs

<i>Caractéristiques individuelles</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés</i>	<i>Non-exposés et scolarisés</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire (3) % (N)</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire (4) % (N)</i>	<i>Comparaison des groupes deux à deux (Test de χ^2)</i>					
					1 VS 2	1 VS 3	1 VS 4	2 VS 3	2 VS 4	3 VS 4
Groupes d'âge										
De 10 à 19 ans	23,1 (52)	46,7 (105)	55,9 (59)	43,4 (53)	**	***	*			
De 20 à 29 ans	39,3 (201)	51,4 (74)	51,9 (54)	57,1 (28)						
Sexe										
Garçons	57,6 (99)	57,7 (78)	67,2 (58)	58,3 (36)						
Filles	22,1 (154)	41,6 (101)	40,0 (55)	40,0 (45)	***	**	**			
Éducation										
Primaire	31,3 (96)	20,0 (15)	50,0 (12)	0,0 (1)						
Secondaire et plus	38,9 (157)	51,2 (164)	54,5 (101)	48,8 (80)	*	**				
Religion										
Protestants et autres	40,5 (84)	49,1 (53)	63,3 (30)	38,5 (26)						
Catholiques	33,7 (169)	48,4 (126)	50,6 (83)	52,7 (55)	**		**			
Total	36,0 (253)	48,6 (179)	54,0 (113)	48,1 (81)	**	***	*			

***p<0,001 ; **p<0,01 ; *p<0,05.

Tableau VII.3 (suite 1) :

<i>Caractéristiques environnementales</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés</i>	<i>Non-exposés et scolarisés</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire</i>	<i>Comparaison des groupes deux à deux (Test de χ^2)</i>					
					1 VS 2	1 VS 3	1 VS 4	2 VS 3	2 VS 4	3 VS 4
<i>Nombre de guérisseurs traditionnels</i>										
Pas de guérisseur	29,4 (34)	40,0 (20)	64,7 (17)	57,1 (14)		**				
Un seul guérisseur	43,2 (88)	51,7 (58)	48,6 (37)	45,5 (22)						
De 2 à 5 guérisseurs	32,8 (131)	48,5 (101)	54,2 (59)	46,7 (45)	**	**				
<i>Distance du centre de santé</i>										
Moins de 2 Km	37,5 (96)	48,6 (72)	56,9 (51)	58,3 (36)		*		*		
De 2 à moins 4 Km	34,0 (97)	49,2 (61)	60,0 (35)	44,0 (25)		**				
De 4 Km à 10 Km	36,7 (60)	47,8 (46)	40,7 (27)	35,0 (20)						
<i>Disponibilité des services</i>										
Faible	35,7 (98)	43,3 (67)	44,9 (49)	50,0 (28)						
Moyen	39,2 (97)	50,7 (69)	66,7 (30)	42,3 (26)		**				
Élevée	31,0 (58)	53,5 (43)	55,9 (34)	51,9 (27)	*	*				
<i>Couverture des districts sociosanitaires</i>										
Couverture faible	38,9 (95)	50,0 (66)	53,7 (41)	48,7 (39)						
Couverture moyenne	27,3 (44)	53,8 (26)	60,0 (15)	50,0 (4)	*	*				
Couverture élevée	36,8 (114)	46,0 (87)	52,6 (57)	47,4 (38)		*				
Total	36,0 (253)	48,6 (179)	54,0 (113)	48,1 (81)	**	***	*			

***p<0,001 ; **p<0,01 ; *p<0,05.

Le tableau VII.4 présente les proportions des jeunes ayant utilisé un condom au dernier rapport sexuel selon leurs connaissances et perceptions sur le VIH/sida. Les résultats indiquent que dans chaque groupe, les connaissances sur la prévention du VIH, des IST, des voies de transmission du VIH et des moyens de protection contre le VIH s'accompagnent d'une utilisation plus accrue du condom. Il a été également trouvé que la connaissance d'une personne décédée du VIH, la connaissance qu'une personne apparemment en bonne santé peut avoir le VIH et que la disparition des signes d'IST est différente de la guérison sont associées à une proportion plus élevée d'utilisation du condom. Dans chaque catégorie de connaissances (élevée ou faible), les jeunes non scolarisés ayant déclaré n'avoir pas été exposés aux activités du Programme CAREH ont les proportions d'utilisation du condom les plus faibles que ceux scolarisés ayant déclaré n'avoir pas été exposés à l'intervention et ceux exposés à l'intervention en milieu communautaire.

Les jeunes non-exposés et non scolarisés avaient l'utilisation du condom significativement plus faible comparativement à ceux non-exposés mais scolarisés et ceux exposés à l'intervention en milieu communautaire. Ceci dans les catégories de jeunes qui n'avaient pas de crainte de pouvoir attraper le sida dans les 12 mois, qui n'étaient pas inquiets de pouvoir attraper le sida un jour et ceux qui étaient certains de n'avoir pas fait quelque chose qui les aurait exposés au sida, ainsi que ceux qui ne savent pas si certains de leurs amis risquent d'attraper le sida. Par rapports à ces perceptions étudiées, les jeunes qui pensent partager ces affirmations étaient les moins utilisateurs de condom. En outre, parmi les jeunes n'ayant pas d'antécédent d'IST et ceux n'ayant qu'un seul partenaire sexuel, les jeunes non-exposés et non scolarisés utilisaient proportionnellement le condom moins que leurs camarades scolarisés et ceux exposés à l'intervention en milieu communautaire.

Tableau VII. 4 : Utilisation du condom (en %) selon les connaissances, perceptions et comportements des jeunes sexuellement actifs

<i>Connaissances détaillées des IST/VIH</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés</i>	<i>Non-exposés et scolarisés</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire</i>	<i>Comparaison des groupes deux à deux (Test de χ^2)</i>					
					1 VS 2	1 VS 3	1 VS 4	2 VS 3	2 VS 4	3 VS 4
<i>Connaissance de la prévention du VIH</i>										
Non	24,3 (140)	40,2 (97)	48,1 (54)	54,8 (31)	**	***				
Oui	50,4 (113)	58,5 (82)	59,3 (59)	44,0 (50)						
<i>Connaissance des moyens pour éviter les IST</i>										
Non	23,9 (88)	24,5 (49)	36,7 (30)	46,2 (13)						
Oui	42,4 (165)	57,7 (130)	60,2 (83)	48,5 (68)	**	**				
<i>Connaissance des voies de transmission du VIH</i>										
Non	26,9 (108)	45,3 (75)	54,8 (42)	54,2 (24)	**	***				
Oui	42,8 (145)	51,0 (104)	53,5 (71)	45,6 (57)						
<i>Connaissance des moyens de protection contre le VIH</i>										
Non	23,9(88)	24,5(49)	36,7(30)	46,2(13)						
Oui	42,4 (165)	57,7 (130)	60,2 (83)	48,5 (68)	**	**				

***p<0,001 ; **p<0,01 ; *p<0,05.

Tableau VII.4 (suite 1) :

<i>Connaissances sur les IST/VIH/sida</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés</i>	<i>Non-exposés et scolarisés</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire</i>	<i>Comparaison des groupes deux à deux (Test de χ^2)</i>					
					<i>1 VS 2</i>	<i>1 VS 3</i>	<i>1 VS 4</i>	<i>2 VS 3</i>	<i>2 VS 4</i>	<i>3 VS 4</i>
<i>Connaissance d'une personne vivant avec le VIH ou décédée du sida</i>	<i>(1) % (N)</i>	<i>(2) % (N)</i>	<i>(3) % (N)</i>	<i>(4) % (N)</i>						
Non	33,9 (186)	46,8 (124)	50,7 (73)	46,7 (45)	*	**				
Oui	41,8 (67)	52,7 (55)	60,0 (40)	50,0 (36)						
<i>Connaissance qu'entre la séropositivité et l'éclosion du sida il pourrait y avoir plusieurs années</i>										
Non	70,6 (170)	49,6 (117)	40,8 (71)	54,9 (51)	***	***				
Oui	49,4 (83)	45,2 (62)	45,2 (42)	53,3 (30)						
<i>Connaître qu'une personne apparemment en bonne santé pourrait avoir le VIH/sida</i>										
Non	31,6 (57)	29,4 (34)	43,5 (23)	60,0 (5)						
Oui	37,2 (196)	53,1 (145)	56,7 (90)	47,4 (76)	**	**				
<i>Connaître que la disparition des signes d'IST est différente de la guérison</i>										
Non	24,6 (65)	31,4 (35)	46,2 (26)	46,7 (15)			*			
Oui	39,9 (188)	52,8 (144)	56,3 (87)	48,5 (66)	**	**				
Total	36,0 (253)	48,6 (179)	54,0 (113)	48,1 (81)	**		*			

***p<0,001 ; **p<0,01 ; *p<0,05.

Tableau VII.4 (suite 2) :

<i>Perception sur le sida</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés</i>	<i>Non-exposés et scolarisés</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire</i>	<i>Comparaison des groupes deux à deux (Test de chi²)</i>					
					1	1	1	2	2	3
					VS	VS	VS	VS	VS	VS
	<i>(1) % (N)</i>	<i>(2) % (N)</i>	<i>(3) % (N)</i>	<i>(4) % (N)</i>	2	3	4	3	4	4
<i>Avoir la perception qu'il pourrait attraper le sida dans les 12 mois</i>										
Ne sait pas	24,4 (45)	40,0 (35)	53,3 (15)	36,4 (11)		*				
Aucune perception	40,2 (174)	53,7 (123)	57,6 (85)	51,6 (62)	*	**				
Pense que c'est possible	29,4 (34)	33,3 (21)	30,8 (13)	37,5 (8)						
<i>Inquiet de pouvoir attraper le sida</i>										
Ne sait pas	38,2 (191)	51,5 (134)	58,0 (81)	45,1 (71)	*	**				
Aucune perception	31,4 (51)	42,9 (42)	46,7 (30)	70,0 (10)						
Pense que c'est possible	18,2 (11)	0,0 (3)	0,0 (2)	0,0 (0)						
<i>Penser avoir fait quelque chose qui l'aurait exposé au virus du sida</i>										
Ne sait pas	45,9 (37)	53,8 (39)	56,5 (23)	36,4 (22)						
Aucune perception	35,5 (197)	49,6 (127)	54,3 (81)	53,6 (56)	**	**				
Pense que c'est possible	21,1 (19)	23,1 (13)	44,4 (9)	33,3 (3)						
<i>Pense que certains de ses amis risquent d'attraper le sida</i>										
Ne sait pas	36,4 (118)	48,8 (86)	59,3 (54)	47,5 (40)		**				
Aucune perception	35,5 (93)	50,8 (63)	57,1 (42)	50,0 (28)		*				
Pense que c'est possible	35,7 (42)	43,3 (30)	29,4 (17)	46,2 (13)						

***p<0,001 ; **p<0,01 ; *p<0,05.

Tableau VII.4 (suite 3) :

<i>Comportements</i>	<i>Non-exposés et non scolarisés</i>	<i>Non-exposés et scolarisés</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu communautaire</i>	<i>Exposés à l'intervention en milieu scolaire</i>	<i>Comparaison des groupes deux à deux (Test de χ^2)</i>					
					1	1	1	2	2	3
	<i>(1) % (N)</i>	<i>(2) % (N)</i>	<i>(3) % (N)</i>	<i>(4) % (N)</i>	VS	VS	VS	VS	VS	VS
					2	3	4	3	4	4
<i>Antécédent d'IST</i>										
Non	35,6 (233)	48,8 (170)	53,9 (102)	47,5 (80)	**	***				
Oui	40,0 (20)	44,4 (9)	54,5 (11)	100,0 (1)						
<i>Nombre de partenaire sexuel</i>										
Un seul	33,7 (175)	45,1 (133)	53,7 (82)	50,0 (60)	*	**				
Au moins deux	41,0 (78)	58,7 (46)	54,8 (31)	42,9 (21)						
Total	36,0 (253)	48,6 (179)	54,0 (113)	48,1 (81)	**		*			

***p<0,001 ; **p<0,01 ; *p<0,05.

7.1.2 Analyses multivariées

Il ressort des analyses descriptives que les connaissances sur la prévention du VIH et l'utilisation du condom sont bien associées à certaines caractéristiques individuelles et environnementales. Cette partie vise à tester les Hypothèses 5 et 6 de notre recherche, relatives à l'amélioration des connaissances sur la prévention du VIH et l'utilisation du condom. Les analyses sont présentées pour chacune des variables dépendantes. La première teste les effets de l'intervention sur l'augmentation des connaissances de prévention du VIH et la seconde l'effet de ces connaissances sur l'utilisation du condom. Donc, il ne sera pas apprécié l'effet de l'intervention sur les IST en général dans les analyses multivariées car la prévention du VIH prend en compte les mesures préventives nécessaires pour éviter les autres IST.

Le modèle 1 présente l'effet de la variable d'intervention d'appartenance à un groupe de jeunes sur les connaissances élevées sur la prévention du VIH. Le modèle 2 présente l'effet de la couverture des districts sociosanitaires sur les connaissances élevées de prévention du VIH. Le modèle 3 ou complet présente les effets de toutes ces variables ensemble en y incluant les variables de contrôle. Dans une analyse complémentaire, parmi les jeunes exposés à l'intervention du Programme CAREH, la variable d'intervention tient compte de la participation à une discussion avec un formateur sur la prévention des IST ou du VIH.

La deuxième analyse multivariée teste les effets des connaissances sur la prévention du VIH sur l'utilisation du condom. Le modèle 1 présente l'effet d'appartenance à un groupe de jeunes sur l'utilisation du condom. Le modèle 2 présente l'effet de la variable indépendante clé (connaissances élevées sur la prévention du VIH) sur l'utilisation du condom au dernier rapport sexuel. Le modèle 3 teste l'effet de l'appartenance à un district sociosanitaire à couverture faible ou élevée sur l'utilisation du condom. Le modèle 4 présente les effets des interactions entre l'appartenance à un groupe de jeunes et les connaissances sur la prévention du VIH sur l'utilisation du condom. Enfin, le modèle 5 présente les effets de toutes ces variables ensemble incluant les variables de contrôle.

Le tableau VII.5 présente les rapports de cotes et intervalle de confiance à 95% des chances d'avoir des connaissances élevées de prévention du VIH chez l'ensemble des jeunes. Il ressort que les jeunes exposés à l'intervention en milieu communautaire et scolaire ont respectivement deux et trois fois plus de connaissances sur la prévention du VIH que les jeunes non-exposés et scolarisés (RC=2,106 ; IC= 1,514 - 2,930) et (RC = 3,117 ; IC = 2,192 - 4,433).

Les connaissances élevées sur la prévention du VIH augmentent avec l'âge. Il a été également trouvé que les jeunes habitants dans les zones de plus de deux kilomètres du centre de soins avaient une meilleure connaissance que leurs camarades plus rapprochés. Puis, la présence d'au moins deux guérisseurs traditionnels dans le quartier serait significativement associée à une diminution des connaissances de prévention du VIH.

Tableau VII. 5 : Rapports de cotes (RC) et intervalle de confiance à 95% (IC) des chances d'avoir des connaissances élevées de prévention du VIH

<i>Variables</i>	<i>Modèles</i>					
	1		2		3	
	RC (IC)		RC (IC)		RC (IC)	
Variable d'intervention						
Jeunes non-exposés et non scolarisés	1,000				1,000	
Jeunes non-exposés et scolarisés	0,462	(0,364- 0,586)			1,158	(0,870- 1,542)
Jeunes exposés en milieu communautaire	1,319	(0,979- 1,776)			2,106	(1,514- 2,930)
Jeunes exposés en milieu scolaire	1,744	(1,281- 2,376)			3,117	(2,192- 4,433)
Variables de contrôle						
Groupes d'âge						
De 10 à 14 ans					0,260	(0,202- 0,335)
De 15 à 19 ans					1,000	
De 20 à 29 ans					1,894	(1,473- 2,434)
Sexe						
Garçons					1,000	
Filles					1,069	(0,881- 1,298)

Tableau VII.5 (suite 1) :

<i>Variables</i>	<i>Modèles</i>		
	1 RC (IC)	2 RC (IC)	3 RC (IC)
<i>Nombre de guérisseurs traditionnels dans le quartier</i>			
Pas de guérisseur			1,000
Un seul guérisseur			0,858 (0,607- 1,214)
De 2 à 5 guérisseurs			0,681 (0,493- 0,942)
<i>Distance du centre de santé</i>			
Moins de 2 Km			1,000
De 2 à moins 4 Km			1,607 (1,239- 2,085)
De 4 Km à 10 Km			1,533 (1,160- 2,027)
<i>Disponibilité des services</i>			
Faible			1,000
Moyen			1,193 (0,942- 1,512)
Élevée			1,178 (0,880- 1,578)
<i>Couverture des districts sociosanitaires</i>			
Couverture faible		1,000	1,000
Couverture moyenne		0,927 (0,707- 1,216)	1,029 (0,765- 1,383)
Couverture élevée		0,984 (0,811- 1,193)	1,101 (0,860- 1,409)
Chi carré (degrés de liberté)	135,395 (3)	0,304 (2)	345,5 (14)
-2Log-vraisemblance	2690,2	2825,3	2480,04
Effectifs	2,228	2,228	2,228

Le tableau VII.6 présente les rapports de cotes et intervalle de confiance à 95% des effets des connaissances élevées de la prévention du VIH sur l'utilisation du condom chez les jeunes sexuellement actifs. Les connaissances de prévention du VIH augmentent de deux fois les chances d'utilisation du condom même après la prise en compte des variables de contrôle. Puis, malgré la prise en compte des facteurs de contrôle, les jeunes non scolarisés n'ayant pas été exposés à l'intervention utilisent significativement le condom moins que les trois autres groupes. Cette utilisation était respectivement chez les jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire (RC = 3,489 ; IC = 1,462 - 8,326), communautaire (RC = 2,902 ; IC = 1,432 - 5,882) et chez ceux non-exposés à l'intervention mais scolarisés (RC=2,068 ; IC = 1,134 - 3,772).

Par ailleurs, dans le modèle multiplicatif, l'interaction entre l'appartenance à un groupe de jeune et les connaissances sur la prévention du VIH montrait une utilisation du condom significativement plus élevée chez les jeunes exposés à l'intervention en milieu communautaire ayant des connaissances en prévention du VIH élevées par rapport à leurs amis ayant des connaissances faibles. Cette différence également disparaît dans le modèle complet. Il n'est pas aussi surprenant que les filles utilisent le condom près de 66% moins que leurs confrères (RC=0,337 ; IC = 0,238-0,476).

Tableau VII. 6 : Rapports de cotes (RC) et intervalle de confiance à 95% (IC) des effets des connaissances élevées de la prévention du VIH sur l'utilisation du condom chez les jeunes sexuellement actifs

<i>Variables</i>	<i>Modèles</i>				
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
	<i>RC (IC)</i>	<i>RC (IC)</i>	<i>RC (IC)</i>	<i>RC (IC)</i>	<i>RC (IC)</i>
Variable d'intervention					
Jeunes non-exposés et non scolarisés	1,000				1,000
Jeunes non-exposés et scolarisés	1,683 (1,140- 2,486)				2,068 (1,134- 3,772)
Jeunes exposés en milieu communautaire	2,088 (1,331- 3,276)				2,902 (1,432- 5,882)
Jeunes exposés en milieu scolaire	1,653 (0,997- 2,741)				3,489 (1,462- 8,326)
Connaissances sur la prévention du VIH					
Connaissances faibles		1,000			1,000
Connaissances élevées		2,026 (1,471- 2,791)			2,967 (1,693- 5,200)
Variables de contrôle					
Groupes d'âge					
Adolescents					1,000
Jeunes					1,277 (0,878- 1,856)
Sexe					
Garçons					1,000
Filles					0,337 (0,238- 0,476)

Tableau VII.6 (suite 1) :

<i>Variables</i>	<i>Modèles</i>				
	<i>1</i> <i>RC (IC)</i>	<i>2</i> <i>RC (IC)</i>	<i>3</i> <i>RC (IC)</i>	<i>4</i> <i>RC (IC)</i>	<i>5</i> <i>RC (IC)</i>
<i>Nombre de guérisseurs traditionnels dans le quartier</i>					
Pas de guérisseur					1,000
Un seul guérisseur					0,945 (0,515- 1,735)
De 2 à 5 guérisseurs					0,963 (0,550- 1,686)
<i>Distance du centre de santé</i>					
Moins de 2 Km					1,000
De 2 à moins 4 Km					0,668 (0,422- 1,055)
De 4 Km à 10 Km					0,635 (0,388- 1,037)
<i>Disponibilité des services</i>					
Faible					1,000
Moyen					1,190 (0,790- 1,793)
Élevée					1,035 (0,612- 1,749)
<i>Couverture des districts</i>					
Couverture faible			1,000		1,000
Couverture moyenne			0,833 (0,510- 1,363)		0,840 (0,487- 1,448)
Couverture élevée			0,917 (0,652- 1,291)		0,789 (0,507- 1,227)

Tableau VII.6 (suite 2) :

<i>Variables</i>	<i>Modèles</i>									
	<i>1</i>		<i>2</i>		<i>3</i>		<i>4</i>		<i>5</i>	
	<i>RC (IC)</i>		<i>RC (IC)</i>		<i>RC (IC)</i>		<i>RC (IC)</i>		<i>RC (IC)</i>	
<i>Interactions groupes d'enquête et connaissances en prévention du VIH</i>										
Jeunes non-exposés et non scolarisés*connaissances							2,138	(1,324- 3,453)	0,817	(0,353- 1,891)
Jeunes exposés en milieu communautaire*connaissances							2,209	(1,269- 3,843)	0,495	(0,189- 1,300)
Jeunes exposés en milieu scolaire*connaissances							1,190	(0,659- 2,148)	0,261	(0,087- 0,786)
Chi carré (degrés de liberté)	135,395	(3)	18,966	(1)	0,304	(2)	15,681	(3)	87,564	(17)
-2Log-vraisemblance	2690,2		841,0		2825,3		884,295		772,41	
Effectifs	626		626		626		626		626	

Le tableau VII.7 présente les rapports de cotes et intervalle de confiance à 95% des effets des discussions avec les formateurs du Programme CAREH sur l'amélioration des connaissances de prévention du VIH. Les jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire ayant discuté avec un formateur sur la prévention des IST ou du VIH avaient 55% plus de chances d'avoir une meilleure connaissance sur la prévention du VIH que leurs camarades exposés à l'intervention en milieu communautaire qui n'avaient pas eu la chance de discuter avec un formateur (RC = 1,549 ; IC = 1,056 – 2,272).

Dans cette analyse les effets de plusieurs variables de contrôle étaient significatifs. Les jeunes ont deux fois plus de chances d'avoir des connaissances élevées sur la prévention du VIH par rapport aux adolescents (RC = 1,872; IC = 1,228 – 2,853), les filles aussi ont des connaissances significativement plus élevées que leurs confrères (RC = 1,445 ; IC = 1,027 – 2,034). Puis, les jeunes situés entre 2 et 4 Km avaient des connaissances de prévention du VIH significativement plus élevées que leurs camarades situés à moins de 2 Km (RC = 1,934; IC = 1,213 – 3,082). Il n'y a cependant aucune différence par rapport aux autres caractéristiques environnementales.

Le tableau VII.8 présente les rapports de cotes et intervalle de confiance à 95% des effets des discussions avec les formateurs sur la prévention des IST ou VIH sur l'utilisation du condom chez les 194 jeunes sexuellement actifs exposés à l'intervention du Programme. On n'observe aucune différence statistique de la variable du groupe d'appartenance, que les jeunes aient discuté ou pas avec un formateur sur la prévention des IST ou VIH. Cependant, l'utilisation du condom reste faible chez les filles (RC = 0,331 ; IC = 0,175 – 0,628) et chez les jeunes ayant un seul guérisseur dans le quartier (RC = 0,335 ; IC = 0,113 - 0,992) et chez ceux situés à 4 Km et plus (RC = 0,327 ; IC = 0,129 - 0,831).

Tableau VII. 7 : Rapports de cotes (RC) et intervalle de confiance à 95% (IC) des effets des discussions avec les formateurs sur les connaissances de prévention du VIH

<i>Variables</i>	<i>Modèles</i>		
	<i>1</i> <i>RC (IC)</i>	<i>2</i> <i>RC (IC)</i>	<i>3</i> <i>RC (IC)</i>
Variable d'intervention			
Exposés à l'intervention en milieu communautaire sans discussion avec un formateur	1,000		1,000
Exposés en milieu communautaire et discussion avec un formateur sur autres sujets que la prévention des IST/VIH/sida	0,828 (0,377- 1,819)		0,787 (0,348- 1,779)
Exposés en milieu communautaire et discussion avec un formateur sur la prévention des IST/VIH/sida	1,106 (0,641- 1,911)		1,214 (0,685- 2,152)
Exposés en milieu scolaire et discussion avec un formateur sur autres sujets que la prévention des IST/VIH/sida	0,690 (0,302- 1,577)		0,869 (0,371- 2,037)
Exposés en milieu scolaire et discussion avec un formateur sur la prévention des IST/VIH/sida	1,427 (1,015- 2,063)		1,549 (1,056- 2,272)
Groupes d'âge			
Adolescents			1,000
Jeunes			1,872 (1,228- 2,853)
Sexe			
Garçons			1,000
Filles			1,445 (1,027- 2,034)

Tableau VII.7 (suite 1) :

<i>Variables</i>	<i>Modèles</i>					
	<i>1</i>		<i>2</i>		<i>3</i>	
	<i>RC (IC)</i>		<i>RC (IC)</i>		<i>RC (IC)</i>	
<i>Nombre de guérisseurs traditionnels dans le quartier</i>						
Pas de guérisseur					1,000	
Un seul guérisseur					1,377	(0,726- 2,609)
De 2 à 5 guérisseurs					0,913	(0,506- 1,647)
<i>Distance du centre de santé</i>						
Moins de 2 Km					1,000	
De 2 à moins 4 Km					1,934	(1,213- 3,082)
De 4 Km à 10 Km					1,445	(0,875- 2,386)
<i>Disponibilité des services</i>						
Faible					1,000	
Moyen					1,097	(0,710- 1,695)
Élevée					1,513	(0,928- 2,467)
<i>Couverture des districts</i>						
Couverture faible			1,000		1,000	
Couverture moyenne			1,224	(0,718- 2,086)	1,504	(0,853- 2,651)
Couverture élevée			0,827	(0,582- 1,176)	0,804	(0,522- 1,238)
Chi carré (degrés de liberté)	6,38	(4)	2,65	(2)	32,580	(14)
-2Log-vraisemblance	801,7		805,5		775,545	
Effectifs	583		583		583	

Tableau VII. 8 : Rapports de cotes (RC) et intervalle de confiance à 95% (IC) des effets des discussions des discussions avec les formateurs sur la prévention des IST/VIH/sida sur l'utilisation du condom

<i>Variables</i>	<i>Modèles</i>		
	<i>1</i> <i>RC (IC)</i>	<i>2</i> <i>RC (IC)</i>	<i>3</i> <i>RC (IC)</i>
Variable d'intervention			
Exposés à l'intervention en milieu communautaire sans discussion avec un formateur	1,000		1,000
Exposés en milieu communautaire et discussion avec un formateur sur autres sujets que la prévention des IST/VIH/SIDA	0,216 (0,055- 0,851)		0,192 (0,045- 0,823)
Exposés en milieu communautaire et discussion avec un formateur sur la prévention des IST/VIH/sida	0,983 (0,398- 2,430)		1,196 (0,445- 3,209)
Exposés en milieu scolaire et discussion avec un formateur sur autres sujets que la prévention des IST/VIH/sida	0,240 (0,060- 0,961)		0,280 (0,064- 1,227)
Exposés en milieu scolaire et discussion avec un formateur sur la prévention des IST/VIH/sida	0,786 (0,406- 1,523)		0,835 (0,405- 1,719)
Variables de contrôle			
Groupes d'âge			
Adolescents			1,000
Jeunes			1,042 (0,550- 1,973)
Sexe			
Garçons			1,000
Filles			0,331 (0,175- 0,628)

Tableau VII.8 (suite 1) :

<i>Variables</i>	<i>Modèles</i>					
	<i>1</i>		<i>2</i>		<i>3</i>	
	<i>RC (IC)</i>		<i>RC (IC)</i>		<i>RC (IC)</i>	
<i>Nombre de guérisseurs traditionnels dans le quartier</i>						
Pas de guérisseur					1,000	
Un seul guérisseur					0,335	(0,113- 0,992)
De 2 à 5 guérisseurs					0,513	(0,192- 1,374)
<i>Distance du centre de santé</i>						
Moins de 2 Km					1,000	
De 2 à moins 4 Km					0,467	(0,192- 1,137)
De 4 Km à 10 Km					0,327	(0,129- 0,831)
<i>Disponibilité des services</i>						
Faible					1,000	
Moyen					1,282	(0,567- 2,899)
Élevée					1,079	(0,421- 2,765)
<i>Couverture des districts sociosanitaires</i>						
Couverture faible			1,000		1,000	
Couverture moyenne			1,308	(0,476- 3,594)	1,581	(0,507- 4,930)
Couverture élevée			0,971	(0,536- 1,761)	0,903	(0,394- 2,069)
Chi carré (degrés de liberté)	9,633	(4)	0,351	(2)	31,300	(14)
-2Log-vraisemblance	259,1		268,4		235,456	
Effectifs	194		194		194	

7.2 Discussion

7.2.1 Étude comparative des différents indicateurs sur les connaissances des IST/VIH/sida et l'utilisation du condom

Les analyses descriptives montrent que les connaissances sur la prévention du VIH sont significativement plus élevées chez les jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire (53,1%), suivis de ceux en milieu communautaire (46,1%), puis viennent les jeunes non scolarisés ayant déclaré n'avoir pas été exposés aux activités du Programme (39,4%) et scolarisés qui avaient déclaré n'avoir pas été exposés à l'intervention (23,1) (Tableau VII.1). Des différences significatives ont été trouvées entre les jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire et communautaire et ceux non-exposés qu'ils soient scolarisés ou non relativement à plusieurs caractéristiques sociodémographiques et perceptions des jeunes. L'augmentation des connaissances sur la prévention du VIH chez les jeunes exposés à l'intervention pourrait probablement être liée à l'intervention. Toutefois, il se pourrait que les jeunes mieux informés sur les IST/VIH/sida aient été exposés aux activités du Programme.

De même, les jeunes exposés à l'intervention en milieu communautaire sont plus nombreux (54,0%) à avoir utilisé le condom (au dernier rapport sexuel) comparés à ceux exposés en milieu scolaire (48,1%), et aux jeunes scolarisés qui avaient déclaré n'avoir pas été exposés à l'intervention (48,6%) ou à ceux non scolarisés qui avaient déclaré n'avoir pas été exposés à l'intervention (36,0%) (Tableau VII.3). Les analyses comparatives par rapport aux caractéristiques sociodémographiques montrent que seulement le groupe de jeunes non scolarisés qui n'avaient pas été exposés à l'intervention utilisait le condom statistiquement moins que les trois autres. Aussi, ce même groupe par rapport à différentes connaissances, opinions et perceptions utilise encore le condom moins que les autres.

Nous retiendrons que dans cette communauté de Bandjoun, la prévalence d'utilisation du condom est nettement acceptable comparativement à d'autres études africaines (Anarfi et Appiah, 1997; Speizer et al., 2001; Stanton et al.,

1998) et aux résultats de l'EDS du Cameroun de 2004 chez les jeunes (EDS Cameroun, 2005).

7.2.2 Effets de l'intervention sur l'amélioration des connaissances sur la prévention du VIH

Cette partie vise à tester l'hypothèse 5 selon laquelle les chances d'avoir des connaissances élevées sur la prévention du VIH sont plus grandes si le jeune a été exposé à l'intervention du Programme CAREH en milieu scolaire ou communautaire et surtout s'il vit dans un district sociosanitaire à couverture élevée. Il a été effectivement démontré dans cette recherche que l'exposition aux activités d'intervention en milieu scolaire ou communautaire accroît de manière significative les connaissances sur la prévention du VIH.

Conformément aux résultats de nos analyses descriptives, dans lesquelles les jeunes exposés à l'intervention présentaient les meilleures connaissances dans chaque sous-groupes, les résultats des analyses multivariées montrent que l'appartenance aux groupes de jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire ou communautaire augmente de deux fois les chances d'avoir des connaissances élevées sur la prévention du VIH. Malgré ce lien entre l'augmentation des connaissances et l'appartenance aux groupes de jeunes, la seule question qui demeure, il n'est pas connu quel était le niveau de connaissances des jeunes avant leur exposition au Programme CAREH. Par ailleurs, il n'a pas été trouvé dans cette évaluation de différences liées à l'appartenance à un district sociosanitaire dépendamment de sa couverture.

7.2.3 Effets des connaissances élevées de la prévention du VIH sur l'utilisation du condom

Cette partie vise à tester l'hypothèse 6 : l'amélioration des connaissances de prévention du VIH s'accompagne d'une plus grande utilisation du condom, particulièrement chez les jeunes exposés à l'intervention du Programme CAREH. Les résultats indiquent que les jeunes qui avaient les meilleures connaissances sur la prévention du VIH utilisaient plus le condom que leurs camarades qui n'en

avaient pas, même après avoir contrôlé par différentes variables. Les résultats de cette évaluation sont similaires aux conclusions de plusieurs études (Camlin et Chimbwete, 2003; Magnani et al., 2002; Peltzer et Seoka, 2002; Takyi, 2000; Ukwuani et al., 2003), qui rapportent une association entre les connaissances élevées du VIH/sida et l'utilisation du condom.

L'utilisation du condom est significativement associée à l'appartenance du groupe d'intervention en milieu scolaire ou communautaire mais aussi à l'appartenance au groupe de jeunes scolarisés déclarant n'être pas exposés à l'intervention. Ce qui fait dire que cette hypothèse n'a été démontrée qu'en partie. Les recherches antérieures indiquent que souvent les interventions ont peu ou pas d'effet sur les comportements sexuels des adolescents et des jeunes. Malgré les améliorations des connaissances, certains programmes n'ont pas entraîné les comportements souhaités comme dans la campagne de mass media au Burkina Faso "Roulez Protégé" et le MEMA Kwa Vijina Projet en Tanzanie (Hayes et al., 2005; Tambashe et al., 2003). Lanouette et collaborateurs (2003) rapportent également que l'augmentation des connaissances et de la sensibilisation des jeunes sur le VIH à Madagascar, sa transmission et sa prévention n'ont pas été associées à une réduction des comportements à risque.

7.2.4 Effets de dose-réponse des activités du Programme CAREH sur la prévention des IST/VIH/sida

Les résultats indiquent que la participation des jeunes à une discussion sur la prévention des IST/VIH avec un formateur ainsi que l'exposition aux activités d'intervention en milieu scolaire sont significativement associées à des connaissances élevées sur la prévention du VIH. Toutefois, les différentes discussions avec les formateurs n'ont pas influencé positivement l'utilisation du condom. Ceci vient confirmer une fois encore la difficulté du Programme d'intervention à entraîner des modifications des comportements.

7.2.4 Effets des facteurs modifiant sur les connaissances de prévention du VIH et l'utilisation du condom

Dans cette étude, l'utilisation du condom est plus élevée chez les garçons. Globalement, les filles utilisent le condom significativement moins que les garçons. Dans cette communauté, les garçons occupent généralement une position de domination dans les relations (Kouinche et al., 1998); leur motivation pour la protection donne de bons résultats à l'aide d'une méthode de protection comme le condom masculin. Ce qui corrobore avec les études antérieures qui montrent que, dans les cultures où il y a une certaine domination masculine et une subordination de la femme sur la sexualité, la participation de ces dernières au processus de décision sexuelle comme l'utilisation du condom est limitée (Betts et al., 2003; Gage, 1998). Bien que dans cette intervention, les deux sexes aient été pris pour cible, les garçons utilisent plus le condom que leurs consœurs. Probablement, la promotion du condom féminin qui pourrait améliorer son utilisation chez les filles serait une piste à explorer afin que les filles prennent plus de responsabilité dans leur sexualité.

On observe dans cette recherche, très souvent une absence de différences significatives en ce qui concerne les caractéristiques environnementales (nombre de guérisseurs traditionnels dans le quartier, la distance du centre de santé le plus proche, la disponibilité des services de santé dans le quartier et la couverture du Programme CAREH dans les districts sociosanitaires). Ceci s'expliquerait probablement par l'urbanisation de la préfecture de Bandjoun, une ville semi rurale sur une surface de 275 Km² avec une population à densité forte utilisant une vingtaine de services de soins et près d'une dizaine d'écoles d'intervention du Programme CAREH. Ainsi, les distances entre les services de soins ou de promotion semblent généralement raisonnablement accessibles quelque soit le lieu ou le district d'habitation à Bandjoun et il n'y a pas de frontière étanche entre les communautés. Par ailleurs, par rapport au condom qui est utilisé pour la prévention du VIH, il faut noter qu'il est accessible à tous les coins de rue même chez les commerçants du village.

Conclusion

La question fondamentale que l'on se pose dans ce chapitre est de savoir si l'intervention du programme CAREH par les formations dans les écoles à l'aide du contenu du septième livre intitulé «Les Infections Sexuellement Transmissibles? Je les évite !» et les campagnes de sensibilisation dans tous les milieux communautaires (églises, foyers de jeunes, marchés et aires de jeux) a permis d'améliorer les connaissances sur la prévention du VIH et l'utilisation du condom. Les différentes analyses montrent une association significative des connaissances élevées sur la prévention du VIH avec l'appartenance aux groupes de jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire et communautaire. Comme le montrent les études antérieures, cette augmentation des connaissances sur le VIH n'est pas suivie de changements de comportements sexuels (utilisation du condom).

À l'image de plusieurs autres interventions, l'adoption de comportements sains comme l'utilisation du condom se fait graduellement. Pour comprendre les difficultés des interventions à modifier les comportements en matière d'utilisation du condom, nous avons fait la revue de plusieurs interventions, qui n'ont pas pu atteindre les effets escomptés dans ce sens (Gillmore et al., 1997; Kirby et al., 1997a; Thompson et al., 2002). Dans une évaluation des programmes pour les jeunes, les auteurs reconnaissent que peu d'études avaient montré un effet significatif sur l'utilisation du condom pour la prévention des IST/VIH (Kirby et al., 2007).

Ainsi, les résultats suggèrent que les effets positifs de cette intervention en faveur des jeunes seraient probablement plus nets sur les connaissances que les comportements. Toutefois, l'augmentation des connaissances reste la donnée fondamentale pour le succès des interventions en faveur des jeunes comme le montre le cadre logique qui la présente comme un résultat intermédiaire. Si l'amélioration des connaissances est soutenue dans le temps, il est possible que les adolescents et les jeunes puissent changer leurs comportements pour se protéger contre les IST/VIH/sida. Le programme a besoin de plus de deux années pour avoir un effet bénéfique sur un changement de comportement sexuel comme

l'utilisation du condom. Aussi, les stratégies doivent être revues afin d'atteindre davantage de jeunes dans le milieu communautaire surtout ceux qui ne sont pas scolarisés car ils ont plus tendance à ne pas utiliser le condom.

Cependant, les conditions d'exposition des jeunes aux activités qui auraient probablement souffert de biais d'autosélection, d'endogénéité et d'hétérogénéité ne permettent pas, en l'absence d'information de base, de conclure que le Programme a été efficace. La présente évaluation n'est pas non plus à l'abri d'erreurs d'appréciation. La collecte transversale des données ne permet pas de savoir chez les jeunes la succession temporelle entre les connaissances, perceptions et comportements. Par ailleurs, il est pratiquement impossible de savoir quel serait le niveau de connaissances des jeunes exposés à l'intervention, n'eût été leur exposition aux activités de CAREH. Toutefois, le fait que les jeunes non-exposés et scolarisés n'aient pas eu un niveau de connaissance significatif dans le modèle complet laisse suggérer que l'intervention aurait peut être eu un effet positif sur les connaissances en dehors de la scolarisation.

Dans cette évaluation, la prise en compte de l'utilisation du condom à partir des informations sur l'utilisation de la contraception est une faiblesse des données à rappeler. Il pourrait y avoir une sous déclaration de l'usage du condom pour la prévention des IST/VIH. Cette recherche a le mérite cependant d'avoir fait une exploration post-intervention de la situation de prévention du VIH par rapport aux connaissances, perceptions et comportements. Elle suggère l'utilité d'une autre étude évaluative avec un devis quasi-expérimental plus robuste combiné si possible à une étude qualitative pour une meilleure orientation causale de l'efficacité de l'intervention.

CONCLUSION GÉNÉRALE

ET IMPLICATIONS

L'évaluation est une étape importante dans le cycle de vie d'un programme car elle permet de mesurer l'atteinte des objectifs du programme et de réorienter au besoin certaines stratégies d'intervention. L'objectif principal de ce travail est d'évaluer, les associations des activités du Programme CAREH avec le report du premier rapport sexuel, la prévention des grossesses et la prévention du VIH. Après la réalisation de plusieurs activités sur le terrain, à savoir les formations, la sensibilisation, le plaidoyer et le renforcement institutionnel au niveau du siège du Programme, il est important d'effectuer une première évaluation. Ce qui permet de dégager des recommandations pertinentes pouvant permettre au programme d'intervention d'atteindre de meilleurs résultats.

Cette évaluation est rendue possible grâce aux données de l'enquête post-intervention de 2002 : l'Enquête sur la Famille et la Santé au Cameroun (EFSC). Six hypothèses ont été testées dans cette thèse sur la base d'un cadre logique inspiré de la théorie écologique de Bronfenbrenner (1979). Ce cadre logique prend en compte les activités d'intervention, les résultats intermédiaires (amélioration de la perception négative des adolescents sur la sexualité prémaritale, amélioration des connaissances sur la prévention des grossesses et des connaissances sur la prévention du VIH). Il prend également en compte les résultats lointains liés aux comportements (report du premier rapport sexuel, utilisation de la contraception moderne et du condom pour la prévention du VIH). Quatre groupes d'adolescents et jeunes ont été retenus dans ce travail afin de contrôler pour les biais d'autosélection, d'hétérogénéité et d'endogénéité dus à la participation aux activités d'intervention (les jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire, les jeunes exposés en milieu communautaire, les jeunes scolarisés et non scolarisés ayant déclaré n'avoir pas été exposés aux activités d'intervention).

Ce que la recherche démontre

Les résultats vont en partie dans la direction de nos hypothèses. Globalement, par rapport à plusieurs caractéristiques sociodémographiques, connaissances, attitudes et comportements, les jeunes scolarisés qui avaient déclaré n'avoir pas été exposés à l'intervention avaient la perception négative de la sexualité prémaritale significativement plus élevée que dans les trois autres groupes (jeunes

non-exposés et non scolarisés, jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire ou communautaire). Il a été confirmé, conformément à l'hypothèse 1, que cette perception négative était un élément important de protection contre la sexualité prémaritale. Toutefois, contrairement à nos attentes elle était plus importante chez les jeunes scolarisés qui avaient déclaré n'avoir pas été exposés aux activités d'intervention, permettant ainsi de voir que notre hypothèse 1 n'a pas été démontrée dans cette recherche car elle stipulait : les adolescents exposés aux activités d'intervention en milieu scolaire et communautaire sont plus portés à avoir une perception négative de la sexualité prémaritale par rapport aux adolescents non exposés.

On observe aussi que 10% des adolescents non-exposés à l'intervention et non scolarisés, 3,7% d'adolescents non-exposés mais scolarisés, 8,4% d'adolescents exposés en milieu communautaire et 7,9% en milieu scolaire étaient devenus sexuellement actifs durant la période d'intervention. Dans les analyses multivariées, s'il a été confirmé que la perception négative est un facteur important de protection de la sexualité des adolescents comme le suppose l'hypothèse 2, il n'existe par contre aucune différence statistique entre les différents groupes. Ceci s'explique par le fait que le programme CAREH n'était associé à plusieurs changements de comportements sexuels, comme il est souvent observé dans bon nombre de programmes. L'hypothèse 2 n'a donc pas aussi été démontrée, elle supposait : les adolescents exposés aux activités du Programme ont plus reporté leur premier rapport sexuel à plus tard, conséquemment sont moins devenus sexuellement actifs dans la période d'intervention.

Les jeunes exposés aux activités d'intervention (en milieu scolaire et communautaire) et ceux scolarisés qui avaient déclaré n'avoir pas été exposés aux activités d'intervention avaient significativement les meilleures connaissances sur la prévention des grossesses que les jeunes non scolarisés qui avaient déclaré n'avoir pas été exposés à l'intervention. Ainsi, conformément à l'hypothèse 3 de cette recherche, les connaissances sur la prévention de grossesses étaient quatre fois plus élevées chez les jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire, trois fois chez ceux exposés en milieu communautaire et deux fois chez ceux non-exposés mais scolarisés par rapport aux jeunes non-exposés et

non scolarisés. Les jeunes exposés ayant discuté avec un formateur avaient également les meilleures connaissances en prévention de grossesses. Donc, on peut bien dire dans ce travail que l'hypothèse 3 a été démontrée.

Bien que l'amélioration des connaissances en prévention de grossesses soit significativement associée à une plus grande utilisation de la contraception moderne chez les jeunes ; elle n'est pas associée à la variable de groupe d'appartenance tel que défini dans ce travail. Ainsi, l'hypothèse 4 n'a pas été démontrée dans cette évaluation car l'amélioration des connaissances n'a pas été accompagnée d'une plus grande utilisation de la contraception en particulier chez les jeunes exposés à l'intervention.

Tel que supposé dans l'hypothèse 5, les jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire et communautaire avaient significativement les meilleures connaissances sur la prévention du VIH que leurs camarades non-exposés scolarisés ou non. Les jeunes exposés en milieu scolaire qui avaient eu la chance de discuter avec un formateur sur la prévention des IST et du VIH avaient également les meilleures connaissances comparativement à leurs camarades exposés en milieu communautaire qui n'avaient pas eu de chance de discuter avec un formateur. Ce résultat semble suffisamment associé à l'efficacité de l'intervention du Programme CAREH sur ce volet. Cependant, aucune différence n'a été trouvée dans l'appartenance aux différents districts sociosanitaires selon leur couverture. Ainsi, nous pouvons retenir une démonstration de l'hypothèse 5 dans cette évaluation, nonobstant, l'absence de différence entre les districts sociosanitaires.

L'hypothèse 6 a été également démontrée en partie, car il a été trouvé que l'augmentation des connaissances sur la prévention du VIH accroîtrait significativement l'utilisation du condom et que les jeunes exposés à l'intervention en milieu scolaire et communautaire et ceux non-exposés mais scolarisés utilisent significativement le condom que les jeunes non-exposés et non scolarisés. Ce qui suggère que le Programme n'a pu faire de différence avec les jeunes non exposés à l'intervention mais scolarisés.

Globalement, le Programme n'a pas eu d'effet significatif dans le cadre du report du premier rapport sexuel. Cependant, le Programme CAREH est associé à des

résultats résultats intermédiaires de l'intervention qui sont l'amélioration des connaissances sur la prévention des grossesses et des connaissances sur la prévention du VIH. Cette évaluation des activités de l'intervention du Programme CAREH sur la santé reproductive des jeunes a permis de dresser un bilan intermédiaire du programme, ses forces et ses faiblesses. Elle permet donc d'envisager un redressement pour corriger les défaillances et devrait servir d'outil de plaidoyer auprès des bailleurs de fonds pour démontrer les efforts qui restent à fournir. Les implications peuvent être formulées à deux niveaux : les structures de mise en œuvre, de soutien des activités de l'intervention, et les gestionnaires et planificateurs des activités du Programme CAREH. Celles-ci permettront, d'une part, d'améliorer l'impact des activités d'intervention et, d'autre part, de servir d'expérience à exploiter par d'autres programmes d'intervention à travers le monde auprès du Programme CAREH.

Implications

a) Au niveau des structures de mise en œuvre et de soutien des activités de l'intervention

La mise en place de l'intervention et son succès dépendent du bon fonctionnement des structures impliquées dans le cadre de la promotion de la santé des adolescentes et des jeunes à Bandjoun. Ce sont : les structures sanitaires, d'enseignement, confessionnelles et les différentes associations de jeunes. Bien que la présente recherche n'ait pas évalué l'efficacité de ces différentes structures dans l'atteinte des objectifs, il reste entendu que le résultat obtenu est la combinaison des efforts de toutes ces structures qui collaborent avec le Programme. Un meilleur fonctionnement et une meilleure collaboration de toutes ces structures garantiront de meilleurs résultats.

Étant donné que les districts sociosanitaires ayant une meilleure couverture du Programme ne présentent aucune différence significative dans l'amélioration des connaissances ou comportements des jeunes, une attention particulière doit être accordée aux rôles des services de soins dans les activités. La simple présence des services n'est pas suffisante pour en assurer leur bonne qualité. L'adhésion du personnel d'un programme destiné aux jeunes à l'idéal de son succès est indispensable à sa réussite (Bhuiya et al., 2002). C'est ainsi que le personnel doit

trouver dans son travail, de l'amour, une motivation et une source de satisfaction qui sont des facteurs importants dans l'atteinte des objectifs des programmes. Ainsi, une meilleure motivation des formateurs et l'implication particulière des jeunes dans tout le processus doivent être davantage exploitées.

L'utilisation des écoles, des leaders religieux et des organisations professionnelles est une stratégie bien exploitée par l'intervention du Programme CAREH. Néanmoins, l'utilisation des structures traditionnelles pour l'amélioration de l'éducation des jeunes en matière de sexualité, de contraception et de prévention des IST/VIH/sida peut bien se faire comme en Ouganda, où les «Senga» ont été rentablement utilisés en milieu rural (Muyinda et al., 2003). À Bandjoun, l'utilisation des autorités à tous les niveaux et des structures traditionnelles de la chefferie traditionnelle est une piste à encourager pour la promotion de la santé des jeunes. Étant donné l'enracinement des us et coutumes dans cette communauté camerounaise et, sachant le rôle éducatif dévolu à ces structures traditionnelles dans l'éducation des jeunes, leur plus grande implication pourrait présager de meilleurs résultats.

b) Au niveau des gestionnaires et planificateurs des activités du Programme CAREH

Les gestionnaires du Programme CAREH doivent continuer à faire une meilleure stratification des jeunes pour de meilleurs résultats. Au delà des groupes d'âge, une distinction doit être faite entre différents groupes : les adolescents et jeunes sexuellement actifs et ceux non sexuellement actifs. Les adolescents ou jeunes peuvent être aussi stratifiés selon leur intérêt pour mieux connaître les conséquences de la sexualité, la prévention des grossesses ou des IST/VIH. Ceci permettrait de faire la promotion de l'abstinence auprès des adolescents non sexuellement actifs qui y sont intéressés afin de les préparer à une initiation sexuelle. Aussi, on pourrait promouvoir l'utilisation consistante d'un moyen de protection efficace auprès du groupe sexuellement actif ou planifiant de l'être. La promotion de la fidélité réciproque ne doit se faire que dans une relation où le statut séronégatif des deux partenaires est connu. L'expérience du Programme CAREH qui présente des livres de formation pour différents groupes d'âge est à encourager. Cette stratification de la population d'adolescents et jeunes

permettrait d'avoir des stratégies et messages d'intervention plus ciblés et efficaces en prenant en compte les préoccupations de chacun des groupes de jeunes.

Aux planificateurs des activités de l'intervention, nous suggérons que la tranche d'âge de la couverture du programme soit étendue à une population cible de 8 à 9 ans afin de couvrir les adolescents avant toute exposition aux risques de la sexualité. Aussi, les prochaines enquêtes doivent s'inscrire dans une logique longitudinale, en identifiant les ménages et individus enquêtés dans les précédentes enquêtes en vue de voir s'il y a eu des changements importants dans leurs connaissances, attitudes et comportements depuis l'exposition des jeunes aux activités du Programme. Il sera important d'améliorer la mesure utilisée pour apprécier l'exposition aux activités du programme CAREH. Des questions doivent être ajoutées comme : Avez-vous été exposé aux activités du Programme CAREH ? Où ? Combien de fois ? Avez-vous cherché à être exposé aux activités du Programme ou la participation était-elle obligatoire ? En plus, les nouveaux adolescents et jeunes dans les mêmes familles seront ciblés afin d'analyser leur entrée en sexualité et leurs connaissances et attitudes face aux problèmes de santé des jeunes dans ce nouvel environnement. Les mouvements de jeunes entre les différents districts socio-sanitaires doivent être pris en compte afin d'avoir une orientation sur l'impact géographique (par exemple district d'habitation et district de l'école fréquentée).

Bien qu'il n'ait pas été possible d'établir clairement des relations de causes à effets dans la présente évaluation entre les activités du Programme CAREH et l'amélioration des connaissances, il y a de fortes chances que le Programme ait induit une certaine amélioration de ces indicateurs. Nous reconnaissons la solidité de la base scientifique théorique de l'intervention, de ses méthodes d'interventions novatrices et transférables partout. Le Programme peut être aussi répliqué dans d'autres régions du Cameroun comme il est déjà le cas depuis 2003 et dans d'autres pays en développement, en particuliers africains. Ceci faciliterait la comparabilité des effets dans les différentes zones d'implantation. De même, des efforts doivent être axés sur la promotion des méthodes modernes féminines de contraception en vue de faire prendre aux jeunes filles plus de responsabilité

dans la gestion de leur protection. Ceci permettrait certainement d'encourager les jeunes à la double protection comme l'usage du condom et de la pilule, qui est plus efficace en matière de contraception.

Le programme d'intervention doit prendre plus de responsabilité dans la facilitation de l'accès aux différentes méthodes de contraception moderne afin de faciliter les changements de comportements. C'est ainsi que l'ouverture des points de vente des contraceptifs modernes dans les centres d'intervention (siège de CAREH et foyers de jeunes) pourrait être envisagée. Enfin, les mass médias comme la radio et la télévision, ayant fait la preuve de leur efficacité dans certains programmes, dans l'éducation des populations en santé publique dans plusieurs pays en développement pour le changement de comportement, méritent d'être exploitées davantage.

Difficultés et limites de l'étude

La disponibilité des données de l'Enquête sur la Famille et la Santé au Cameroun de 2002 à Bandjoun a permis de faire cette évaluation à l'aide de la combinaison des analyses descriptives et prédictives multivariées. Toutefois, le devis post-test utilisé dans cette recherche présente certaines limites. La plus importante est la faiblesse des inférences causales avec les données transversales d'un tel devis. Ceci est aggravé par le fait que peu d'informations sont connues sur les adolescents et jeunes avant leur exposition à l'intervention, la date exacte de leur adhésion au Programme n'étant pas en particulier connue.

Une de nos difficultés était dans l'appréciation de l'effet de l'intervention sur le report du premier rapport sexuel, aura été la difficulté de déterminer si les adolescents ont été exposés à l'intervention avant ou après leur premier rapport sexuel. Tout ce que l'on sait est que le premier rapport sexuel a eu lieu dans l'année d'intervention proprement dite. Dans le cadre de l'utilisation du condom pour la prévention du VIH, il a été utilisé une question tirée de l'utilisation des méthodes de contraception moderne au dernier rapport sexuel. Ceci avec le risque de sous-déclaration qui pourrait y être lié car un jeune qui aurait utilisé le condom pour la prévention du VIH pourrait n'avoir pas dit avoir utilisé une méthode de contraception.

Nous aurions également souhaité avoir d'autres variables en vue de renforcer les pouvoirs explicatifs de nos modèles dans l'utilisation de la contraception ou du condom comme (l'estime de soi, normes sociales, position des partenaires sur le condom, disponibilité du condom, barrières à l'utilisation du condom). La place de ces variables omises dans nos modèles est difficilement appréciable. L'on ne peut savoir dans le contexte de Bandjoun quel pourrait être la part de l'estime de soi ou des barrières à l'utilisation du condom comme la disponibilité ou le coût dans l'utilisation du condom. En plus, si les conditions financières avaient permis, une visite de terrain aurait permis de vivre les réalités de l'intervention et d'apporter si possible notre modeste contribution au Programme.

Enfin, le problème le plus important qui hante cette recherche évaluative est la présence de différents biais (l'autosélection, les erreurs de classement, l'endogénéité, l'hétérogénéité) et de facteurs contrefactuels. Des dispositions ont été prises pour minimiser certains mais pas d'autres comme l'autosélection. Les résultats présentés sont vraisemblablement le reflet de la réalité, toutefois, nous allons revenir sur l'importance de ces biais dans ce travail.

L'intervention du Programme CAREH à Bandjoun n'était qu'une phase qui devrait être évaluée, en vue d'avoir une certaine orientation causale sur l'efficacité du programme, des dispositions auraient pu être prises pour prévoir le type de devis à envisager. Le modèle idéal pour une telle évaluation, tel que nous l'avons dit est le modèle expérimental. Cependant, tenant compte de l'importance de la santé des jeunes pour toutes les familles, il serait éthiquement condamnable de choisir aléatoirement certains jeunes pour leur participation au programme pendant que ceux exclus seraient vus comme le groupe de contrôle.

Ainsi, tenant compte des mécanismes d'exposition aux activités d'intervention du programme qui étaient à la fois volontaires ou involontaires, force est de reconnaître certaines limites dans ce processus. Tout ceci amène à conclure que cette division de l'échantillon est hypothétique en vue de permettre d'examiner les différences entre les groupes (jeunes exposés ou non-exposés à l'intervention). Dans le processus, les erreurs de classement sont bien possibles surtout quant à la déclaration d'exposition ou non, la contamination entre les

groupes. En plus, certains jeunes par une endogénéité personnelle ont choisi de participer au Programme.

Étant donné qu'un devis post-test simple ait été utilisé et la division des participants basée sur la déclaration personnelle, des limites sont reconnues à ce processus relativement aux différents biais énoncés. En vue de minimiser leurs effets, il a été fait recours à la restriction, la stratification et aux analyses multivariées. C'est pourquoi toutes les comparaisons ont portées sur quatre groupes de jeunes (exposés à l'intervention en milieu scolaire ou communautaire, non-exposés scolarisés ou non). Cependant, d'autres méthodes d'analyses auraient pu permettre de renforcer la validité interne de ce devis post-test simple utilisé comme l'utilisation d'une méthode instrumentale dans les analyses, l'adjonction de points mesures supplémentaires ou le recours à une triangulation, c'est-à-dire coupler les analyses quantitatives et qualitatives. Une revue des différents biais et leur prise en compte dans cette évaluation est faite dans la section suivante.

Analyse des biais

Analyse de l'autosélection et des erreurs de classement

Dans ce travail, le classement des jeunes en groupes de jeunes exposés ou non dépendait de leur déclaration. C'est à dire la reconnaissance par le jeune d'avoir été exposé aux activités du Programme CAREH. Il a donc été vu, que la répartition des jeunes entre les groupes exposés et non-exposés n'était pas aléatoire. Il y a près de la moitié des jeunes exposés au programme qui ont participé involontairement à travers les cours obligatoires à l'école, tandis que la moitié des jeunes a participé volontairement, ce qui peut suggérer que l'échantillon peut être affecté par le choix personnel (Heckman et Robb, 1985). Il est cependant reconnu, que les échantillons basés sur le choix personnel, s'ils ne sont pas corrigés peuvent donner des effets inconsistants d'une intervention. Brownson et Petitti (1998), reconnaissent que les biais peuvent avoir plusieurs sources, peuvent affecter les estimés des résultats attendus de la proportion d'exposition et de l'ampleur de l'association entre les facteurs de risque et les résultats attendus de l'intervention.

Dans les études observationnelles des interventions comme celle-ci, c'est l'absence de randomisation qui reste problématique car les jeunes qui choisissent de participer volontairement à l'intervention sont généralement différents en moyenne sur différents facteurs sociodémographiques et de risques comparativement à ceux qui ne participent pas volontairement. Ce phénomène avait été décrit par Selby (1994) qui reconnaissait que dans les interventions préventives, les sujets qui ont spécialement des problèmes ou qui sont conscients de leurs problèmes peuvent choisir de participer. Aussi, il est dit que ceux qui participent volontairement à un programme sont ceux qui ont peur de leur condition ou ceux qui estiment tirer des bénéfices du programme ou qui ont eu une accessibilité plus facile à l'intervention (Brownson et Petitti, 1998). Ceci a été bien démontré dans cette évaluation par les différences entre les différents groupes exposés (en milieu scolaire ou communautaire) ou non-exposés à l'intervention (scolarisés ou non) par leur structure en particulier par rapport à l'âge. C'est ainsi que dans cette évaluation, nous avons trouvé que les jeunes plus âgés étaient plus enclins à se trouver dans les groupes exposés à l'intervention en milieu communautaire et ceux non exposés et non scolarisés. Ainsi, la stratification en quatre groupes a permis de voir la part d'effet possiblement attribuable au Programme ou à la scolarisation qui est un facteur confondant dans cette recherche. La scolarisation ayant l'avantage, en plus d'une amélioration générale des connaissances liées aux cours, d'entraîner chez les jeunes une plus grande ouverture à l'innovation.

En plus, nous avons parlé de plusieurs sources d'erreurs de classements entre les jeunes exposés et non-exposés. En particulier les informations sur l'exposition peuvent ne pas être fidèles, soit par défaut de mémoire (effets de l'oubli) ou d'exposition à l'intervention sans le savoir ou l'exactitude des informations. Ceci fait qu'il est parfois difficile de déterminer avec certitude si l'exposition à l'intervention est responsable des acquis ou des comportements ou si certaines conditions particulières des jeunes les ont amenés à être en contact avec l'intervention. Toutefois, la probabilité que des jeunes exposés à l'intervention soient classés comme non-exposés est plus grande que l'inverse. Dans ce cas, nous pensons à une diminution de la puissance des différences entre les jeunes

exposés et non-exposés. Ce qui fait dire que les différences entre les deux groupes sont conservatrices en ce sens.

C'est ainsi que dans cette évaluation, on ne perdra jamais de vue les faiblesses du devis et les différentes menaces à sa validité. Les erreurs de classement ou la contamination reconnus sont des facteurs pouvant diminuer l'impact de l'intervention. C'est ce qui a fait dire Lipsey et Cordray (2000), que l'effet de l'intervention est faible par rapport aux sujets non bénéficiaires si une intervention est pauvrement mise en œuvre, c'est également quand les sujets du groupe contrôle reçoivent des informations comparables au groupe d'intervention.

Analyse de l'endogénéité

Pitt et collaborateurs (1999) reconnaissent qu'un échantillon basé sur le choix personnel pour la participation au programme pouvait conduire à biaiser les estimations de l'impact de l'intervention. On peut comprendre que le choix personnel soit basé sur des facteurs purement endogènes comme les coûts et les bénéfices perçus de la participation. Bien que la participation aux différentes activités d'intervention fût gratuite, elles peuvent toutefois prendre du temps et parfois mêmes des critiques au niveau de la communauté. Au début d'un tel Programme d'intervention pour la santé des jeunes, certains parents pourraient voir au programme un centre d'initiation des jeunes à des comportements condamnés par les mœurs, d'autres, une opportunité d'orientation de leurs enfants ayant déjà des problèmes d'éducation.

Aussi, certains jeunes peuvent penser pouvoir participer et avoir des retombées plus tard. Dans ce travail, il n'a pas été possible d'avoir des informations sur le statut des adolescents et jeunes avant leur exposition aux activités d'intervention. Dans d'autres cas, les jeunes membres d'association de jeunesse souhaitent être parmi les pairs éducateurs formateurs car cette position pourrait augmenter leur visibilité parmi leurs pairs. D'autres jeunes espèrent avoir des gains financiers en tant que pairs éducateurs à l'aide des primes de formation. Tous ces éléments sont propres aux jugements personnels, donc très endogènes mais n'ont pu être évalués. En dehors de cette décision de participation qui pouvait être personnelle, la simultanéité des informations dans le temps ne permet pas d'avoir une

orientation causale. Enfin, étant donné la nature transversale de l'information dans les données, il est pratiquement impossible de définir une relation de cause à effet.

Analyse de l'hétérogénéité

Dans cette évaluation l'hétérogénéité peut porter sur les caractéristiques sociodémographiques, les différences de contextes, les différences de stratégies, de participation ou non, d'effet dose, de durée, de location. C'est pourquoi, il a été pris en compte dans les analyses multivariées, le contrôle par les variables individuelles (âge et sexe), environnementales familiales (structure de la famille, contrôle parentale, relation avec les parents, niveau d'éducation des parents, le niveau socioéconomique de la famille). Il a été également pris en compte les informations du quartier (nombre de guérisseurs traditionnels dans le quartier, la distance du centre de santé le plus éloigné, la disponibilité des services de santé dans le quartier) et du district sociosanitaire (couverture faible, moyenne et élevée du Programme CAREH).

Une hétérogénéité géographique est souvent reconnue dans différentes interventions, ce qui ferait des différences significatives entre les régions dans les résultats attendus. Pitt et collaborateurs (1999) avaient trouvé qu'en Inde, traiter les efficacités des programmes dans leur durée et mise en œuvre comme aléatoirement réparties pourrait conduire à des erreurs d'appréciation. Nous avons pensé que ceci pourrait être aussi bien le cas dans un pays en développement comme le Cameroun, particulièrement dans une préfecture semi rurale qu'est Bandjoun. C'est pourquoi nous avons estimé dans cette évaluation que la présence d'un système scolaire et de soins (couverture élevée du district sociosanitaire) devrait avoir des effets bénéfiques de l'intervention. Aussi, la prise compte des variables environnementales du quartier se justifiait également en tenant compte des résultats de l'étude exploratoire faite en 1996/1997 à Bandjoun. Toutefois, cette hétérogénéité dans les différents quartiers et districts sociosanitaires n'a eu aucun effet dans cette évaluation. Il n'a pas été trouvé de différence dans ce travail entre les districts sociosanitaires à couverture élevée du Programme où les jeunes avaient plus de facilité d'accéder à l'intervention que ceux des districts sociosanitaires moins servis. Cette absence de différences dans

les districts s'expliqueraient par divers faits. En plus de la concentration de la population sans barrière communautaire, il faut rappeler l'effet des activités communautaires du Programme CAREH qui venait contrebalancer l'absence des structures sanitaires et scolaires par des activités communautaires.

Solutions présentées dans cette étude

Tenant compte de la différence de structure entre les quatre groupes, en particulier entre les jeunes non-exposés scolarisés ou non et ceux exposés à l'intervention en milieu communautaire et scolaire, des variations entre les groupes liées à la différence de composition des groupes étaient attendues. Il est évident qu'un jeune âgé a plus besoin d'information sur la contraception qu'un adolescent de 10 à 12 ans qui peut être plus intéressé à la protection de sa virginité, tel qu'il a été trouvé chez les adolescents non exposés à l'intervention mais scolarisés. Les jeunes mieux éduqués ont plus de chances d'avoir de meilleures connaissances en santé que les jeunes analphabètes. Les jeunes des milieux à couverture élevée avaient plus de chances d'être exposés à une intervention du Programme CAREH qu'un autre d'un district sociosanitaire à couverture faible.

Trois démarches sont importantes selon Fletcher et collègues (1998), dans l'analyse d'une étude susceptible d'avoir un biais. Premièrement, c'est de déterminer comme dans le cas présent si un biais peut être présent dans les conditions de l'étude. En tenant compte du mode de participation des jeunes aux activités du programme, il a été suspecté qu'il y a de fortes chances qu'un biais soit présent car l'autosélection et l'endogénéité pouvaient influencer la participation. Deuxièmement, il faut déterminer si le biais est réellement présent dans l'étude en considération. Il a été supposé qu'un biais est présent surtout pour la participation aux activités communautaires car elle était volontaire et le biais de déclaration peut avoir influencé certains répondants car les défaillances de mémoire sont très probables. Troisièmement, il faut décider si les conséquences du biais sont suffisamment grandes pour qu'elles dénaturent les conclusions d'une façon importante. D'après nos analyses des directions probables des biais, il est estimé que les erreurs de classement sont plus en faveur des jeunes non-exposés que ceux exposés à l'intervention du Programme. Ainsi, les différences

entre les jeunes non-exposés et ceux exposés dans le milieu communautaire ou scolaire sont conservatrices. Toutefois, l'endogénéité et l'autosélection sont généralement difficilement contrôlables particulièrement dans la présente étude.

Dans la présente évaluation, notre objectif est de découvrir les associations des variables d'intérêt avec l'exposition à l'intervention. Si notre objectif était la démonstration de la relation de cause à effet, il fallait qu'une autre décision soit prise sur les méthodes d'analyse qui pouvaient augmenter le pouvoir statistique des associations. Ou bien, nous serions amenés à faire recours à un autre devis de recherche plus robuste que le devis post-test simple avec des groupes de contrôle non aléatoires. Ainsi, pour évaluer la prise en compte des limites de la validité interne dans la présente évaluation, nous allons répondre aux questions suivantes :

- 1. Est-ce que la méthode d'évaluation utilisée était appropriée ?** Dans les conditions présentes, le seul devis d'évaluation que nous pouvions utiliser était une étude post-test avec ses faiblesses qui lui sont reconnues telles que décrit au chapitre IV dans la méthode d'étude. Aussi, la subdivision des jeunes en groupes exposés ou non devrait bien souffrir des différents biais qui ont été abordés dans le même chapitre. C'est pourquoi différentes solutions ont été appliquées dans l'étude (restriction, stratification et les analyses multivariées).
- 2. Est-ce que l'échantillon était suffisamment grand ?** Globalement, la taille de l'échantillon permettait de faire une bonne analyse statistique des différentes associations pour aboutir à des conclusions intéressantes. Cependant, dans certaines subdivisions des sous-groupes nous étions limités car les effectifs ne permettaient pas d'avoir des résultats statistiques consistants comme les effectifs des jeunes ayant eu une tentative d'avortement ou certaines perceptions.
- 3. Est-ce que les mesures étaient bonnes ?** Les différents indicateurs utilisés dans ce travail, ont été validés dans différentes recherches, ce qui justifie leur

utilisation dans la présente évaluation et permet une comparabilité entre les différents groupes et avec d'autres études.

4. Est-ce que les facteurs confondants étaient présents et pris en compte ?

Oui dans cette évaluation, il ressort que la scolarisation au moment de l'intervention est un facteur confondant important. Toutefois, la prise en compte de cet élément dans la stratification des groupes nous a permis de le contrôler et de voir au-delà de sa présence des différences entre les groupes. N'eût été la prise en compte de cette scolarisation dans la méthode d'analyse, certaines conclusions seraient difficiles d'interprétation ou difficiles à soutenir. Aussi, il aurait été mis à tort certains effets liés à la scolarisation au compte du programme comme l'augmentation probablement des connaissances sur la prévention de grossesses qui est restée significative tant chez les jeunes exposés à l'intervention que chez ceux non-exposés mais scolarisés.

5. Est-ce que les effets des facteurs modifiant ont été pris en compte ?

Les analyses descriptives ont bien montré que l'intervention n'avait pas les mêmes effets dans tous les sous-groupes. C'est pourquoi les caractéristiques sociodémographiques, familiales et environnementales considérés comme des facteurs modifiant ont été pris comme des variables de contrôle. Donc, c'est en tenant compte de l'hétérogénéité reconnue dans l'évaluation que ces facteurs considérés modifiant ont été pris en compte dans les analyses multivariées.

6. Est-ce que des biais étaient présents dans cette évaluation ?

La revue de plusieurs biais pouvant invalider les résultats d'une telle étude a été faite dans la méthodologie au chapitre IV, ainsi que plus haut dans cette conclusion générale. Des biais ont été alors présentés ainsi que les solutions envisagées dans ce travail. C'est en particulier le biais de l'information, liés aux erreurs de classement ou (mémoire ou méconnaissance).

7. Peut-on conclure une liaison causale dans ce travail ?

Selon les résultats des tests de nos différentes hypothèses, l'association de certaines conditions

avec l'intervention permet de penser à une orientation causale comme dans le cas de l'amélioration des connaissances sur la prévention des grossesses et les connaissances des IST/VIH/sida. Toutefois, en tenant compte des problèmes liés aux différentes limites reconnues au devis de recherche dans ce travail (autosélection et endogénéité), ne maîtrisant pas les facteurs contrefactuels de cette intervention, nous ne pouvons conclure qu'une simple association. Les évidences n'étant pas très suffisantes pour soutenir une causalité.

- 8. Peut-on prendre des actions de santé publique par rapport aux résultats disponibles ?** À ce point, nous estimons que nous ne parlons pas de causalité ; il y a bien de fortes chances qu'il y ait une forte association entre l'amélioration des connaissances avec l'exposition aux activités d'intervention du Programme CAREH. Cette thèse ayant permis de savoir une possibilité d'efficacité de l'intervention du Programme CAREH sur l'amélioration des connaissances sur la prévention des grossesses et du VIH, les actions de santé publique peuvent viser le renforcement de ces acquis ou la mise en place de stratégies pouvant aider pour le changement de comportements.

Pistes de recherche

Tenant compte de la présence désormais à Bandjoun d'un véritable observatoire épidémiologique de santé publique, il serait important de continuer à faire, tous les quatre ans, une enquête de suivi comme c'est déjà le cas depuis 2002. La disponibilité de données longitudinales permettrait d'apprécier avec des évidences plausibles les impacts des activités d'intervention en matière de santé. Cette disponibilité de données longitudinales permettrait un suivi correct des effets de l'intervention, qui seraient plus visibles sur le long terme. Dans ce cadre aucune ambiguïté ne s'aurait être portée dans l'attribution des résultats au Programme car des devis de recherches plus rigoureux dans l'orientation causale pourraient être utilisés. Nous souhaitons que les recherches futures se penchent davantage sur :

- L'exploration des indicateurs de résultats intermédiaires et lointains dans les différents groupes déjà identifiés par la présente évaluation ;

- Une meilleure exploration de l'effet de la scolarisation dans l'amélioration des indicateurs de santé dans cette localité ;
- Une exploration des effets doses-réponses de l'intervention selon l'intensité d'exposition des jeunes au Programme ou à différentes stratégies ;
- L'exploration de la décision de la pratique de la contraception et la responsabilité des garçons et filles dans ce processus ;
- L'exploration des barrières (sociales, économiques, administratives et socioculturelles) à l'accès à la contraception aux adolescents et jeunes dans le contexte de Bandjoun ;
- L'évaluation des facteurs psychosociaux (auto-efficacité, estime de soi, normes sociales, position des partenaires sur le condom) ou environnementaux (disponibilité du condom, coût ou supports sociaux) liés à l'utilisation du condom, et enfin,
- L'évaluation de la qualité de l'utilisation du condom.

Leçons apprises

Ce travail a permis de tirer trois enseignements sur l'évaluation des activités d'intervention sur la santé des jeunes. Le premier, et le plus important, est que l'intervention, malgré son temps réduit qui n'est que d'un an officiellement, a permis de faire plusieurs activités sur le terrain. Ce qui a conduit probablement à une certaine amélioration des connaissances des jeunes en particulier sur la prévention de grossesses et sur la prévention du VIH. Deuxièmement, elle a permis de retenir que les stratégies de l'intervention sont efficaces par l'implication de plusieurs structures administratives, scolaires, professionnelles, religieuses et coutumières dans les différentes activités. Troisièmement, un des mérites aura été la mise en place d'une stratégie participative par la responsabilisation des adolescents et jeunes dans tout le processus de planification, de mise en œuvre et d'évaluation de l'intervention.

Contributions de notre thèse

Cette thèse fait une contribution dans le cadre de la santé des adolescents et jeunes pour la protection de la sexualité, la prévention des grossesses et la prévention des IST/VIH en Afrique. Elle a permis de voir les effets de stratégies

innovatrices d'intervention en santé de la reproduction en générale et celles ciblant les adolescents et jeunes en particulier. Dans une population fortement attachée à la religion chrétienne, elle a permis de comprendre que l'implication des autorités de l'église dans l'éducation des jeunes et de leurs parents à la sexualité est une stratégie salvatrice bien exploitable. Elle a permis de combler le vide de non évaluation qui frappe les programmes d'intervention dans les pays en développement. Cette recherche fait alors des apports à l'avancement de la science et de la recherche par l'identification d'importants indicateurs de santé dans cette zone de Bandjoun qui en manquait cruellement. Même si nous n'avons pas la prétention d'avoir réalisé un travail parfait, nous estimons que les apports de cette thèse à l'évaluation des programmes de santé des jeunes en Afrique contribuent à l'avancement de la science.

Ainsi, plusieurs des leçons tirées de ce travail et certaines implications sont des enseignements à exploiter pour d'autres programmes de santé des adolescents et des jeunes à travers le monde. Il est certain que le devis post-test utilisé dans cette évaluation ne saurait démontrer efficacement les relations entre les résultats obtenus et l'intervention du Programme CAREH. Toutefois, il faut retenir que le Programme CAREH avec 26% de jeunes atteints a eu une couverture satisfaisante. Si les résultats intermédiaires comme les connaissances sur la prévention des grossesses et sur les connaissances de prévention du VIH sont satisfaisants, les effets sur les comportements ont été très timides. Cette difficulté de changement de comportement avait déjà été reconnue dans l'évaluation du Programme de Marketing Social au Cameroun de Population Services International dans son Projet «Horizon Jeunes» (Van Rossem et Meekers, 2000). Ces auteurs reconnaissent le fait que les individus soient sensibles aux bénéfices des comportements ne signifie pas directement qu'ils estiment être capables d'adopter un tel comportement. Kirby (2007). Une évaluation récente des programmes de jeunes dans 82 pays arrive à la même conclusion, la difficulté des programmes à faire changer les comportements. Ainsi, nous sommes convaincus que cette autre étape a besoin de plus temps, mais le Programme CAREH n'aura duré officiellement qu'une année avant cette évaluation.

Nonobstant tous ses acquis sur l'amélioration des connaissances, l'intervention a enregistré quelques faiblesses. La plus grande faiblesse, c'est qu'il n'y a pas eu de différences significatives dans le comportement des adolescents et jeunes quant à l'entrée en sexualité, l'utilisation de la contraception moderne et l'utilisation du condom pour la prévention du VIH. Pour améliorer ces indicateurs, toutes les dispositions doivent être prises pour que les adolescents soient exposés aux différents messages de l'intervention, avant leur exposition au premier rapport sexuel afin qu'ils abordent la première sexualité de manière saine, en utilisant une protection et à un âge acceptable. L'intervention doit pouvoir diversifier l'utilisation des méthodes contraceptives en familiarisant les filles aux méthodes féminines.

Dans tous les cas, en tenant compte de la faiblesse du devis utilisé dans l'orientation causale et de tous les biais qui menacent la validité de l'étude, nous ne pouvons dire avec certitude que le Programme n'a eu que des effets bénéfiques. Il est impossible de connaître quel aurait été le niveau de connaissances des jeunes exposés à l'intervention (en milieu scolaire ou communautaire), n'eût été leur exposition à l'intervention du Programme CAREH. À cet effet, ne pouvant justifier quel serait le niveau des jeunes exposés aux activités du Programme, n'eût été leur exposition à l'intervention, par prudence, nous ne pouvons conclure même une amélioration certaine des connaissances. On peut toutefois, conclure dans cette recherche, qu'il y a une forte association entre les connaissances élevées sur la prévention des grossesses et du VIH et l'exposition aux activités du Programme CAREH en milieu scolaire ou communautaire. Ainsi, nous souhaitons que les recherches futures avec un devis plus robuste appuyé de recherches qualitatives, donnent une meilleure orientation sur l'efficacité de l'intervention du Programme CAREH.

Bibliographie

- Aarons, S. J., Jenkins, R. R., Raine, T. R., El-Khorazaty, M. N., Woodward, K. M., Williams, R. L. et al. (2000). Postponing sexual intercourse among urban junior high school students-a randomized controlled evaluation *Journal of Adolescent Health*, 27(4), 236-247.
- Adamchak, S., Bond, K., MacLaren, L., Magnani, R., Nelson, K. et Seltzer, J. (2000). Un guide pour le suivi et l'évaluation des programmes de santé de la reproduction des adolescents. Washington: Pathfinder
- Aggleton, P. et Rivers, K. (1999). Interventions for adolescents. In preventing HIV in developing countries. Biomedical and behavioural approaches. In L. Gibney, R. J. DiClemente & S. H. Vermund (Eds.), *Preventing HIV in developing countries : Biomedical and behavioral approaches* pp. 231 - 255). New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow KLUWER ACADEMIC/PLENUM PUBLISHERS.
- Agha, S. (2002). An evaluation of the effectiveness of a peer sexual health intervention among secondary-school students in Zambia. *AIDS Education and Prevention*, 14(4), 269 - 281.
- Anarfi, J. K. et Appiah, B. N. (1997). Sexual behavioural factors predisposing "Street-involved" youth in Accra to HIV/AIDS infection. *African Population Studies*, 12(1).
- Babalola, S., Vondrasek, C., Brown, J. et Traoré, R. (2001). The impact of a regional family planning service promotion initiative in Sub-Saharan Africa: evidence from Cameroon. *International Family Planning Perspectives*, 27(4), 1193 & 1216.
- Bakilana, A. (2005). Age at sexual debut in South Africa *African Journal of AIDS Research* 4(1), 1-5.
- Barrère, M. (2005). Connaissance, attitudes et comportements vis-à-vis des IST/SIDA. Enquête Démographique et de Santé du Cameroun 2004 pp. 261 - 292). Calverton, Maryland, USA: ORC Macro et Institut National de la Statistique, Ministère de la Planification, de la Programmation du développement et de l'Aménagement du Territoire, Cameroun.
- Basu, A., Heckman, J. J., Navarro-Lozano, S. et Urzua, S. (2007). Use of instrumental variables in the presence of heterogeneity and self-selection : An application to treatments of breast cancer patients. *Health Economics* 16, 1133-1157.
- Becker, M. H. (Ed.) (1974). *The health belief model and sick role behavior*. Thorofare, New Jersey Charles B. Slack, Inc.
- Bernard, P. M. et Laponte, C. (1987). *Mesures statistiques en épidémiologie*. Press de l'Université du Québec (p. 314).
- Bessinger, R., Katendeb, C. et Gupta, N. (2004). Multi-media campaign exposure effects on knowledge and use of condoms for STI and HIV/AIDS prevention in Uganda. *Evaluation and Program Planning* 27, 397- 407.

- Betts, S. Y. C., Peterson, D. J. et Huebner, A. J. (2003). Zimbabwean Adolescents' Condom Use : What Makes a Difference? Implications for Intervention. *Journal of Adolescent Health*, 33, 165 - 171.
- Bhuiya, I., Rob, U., Khan, M. E. et Alkabir, A. (2002). Frontiers in reproductive health program. pp. 203 - 206). Dhaka, Bangladesh: Population Council.
- Bingham, R. D. et Felbinger, C. L. (1989). Evaluation in practice : A methodological approach. New York, London Longman.
- Bingham, R. D. et Felbinger, C. L. (2002). Evaluation in practice : A methodological approach. New York, London: Chatham House Publishers of Seven Bridges Press, LLC.
- Black, T. R. (1999a). Basic designs in Doing quantitative research in the social sciences : An integrated approach to research design, measurement and statistics. pp. 87 - 109). London, Thousand Oaks, New Delhi SAGE Publications Ltd.
- Black, T. R. (1999b). Identifying population and samples in Doing quantitative research in the social sciences : An integrated approach to research design, measurement and statistics. pp. 110 - 139). London, Thousand Oaks, New Delhi SAGE Publications Ltd.
- Blanc, A. K. et Way, A. A. (1998). Sexual behavior and contraceptive knowledge and use among adolescents in developing countries. *Studies in Family Planning*, 29(2), 106 - 116.
- Boohene, E., Tsodzai, J., Hardee-Cleaveland, K., Weir, S. et Janowitz, B. (1991). Fertility and contraceptive use among young adults in Harare, Zimbabwe. *Studies in Family Planning*, 22(4), 264 - 271.
- Bouwa, A. (2006). A study of the historical, socio-economic, anthropological and spiritual conditions of Bamiléké villages. Mission BINAM research report.
- Boyer, C. B. et Kegeles, S. M. (1991). AIDS risk and prevention among adolescents. *Social Science and Medicine*, 33(1), 11 - 23.
- Bozon, M. (2003). A quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle ? comparaisons mondiales et évolution récentes. *Population et Sociétés*, 391, 1 - 4.
- Brieger, W. R., Delano, G. E., Lane, C. G., Oladimeji, O. et Oyediran, K. A. (2001). West African Youth Initiative : outcome of a reproductive health education programme. *Journal of Adolescent Health*, 29, 436 - 446.
- Bronfenbrenner, U. (1979). An ecological orientation. The ecology of human development: experiment by nature and design pp. 3 - 42). Cambridge, Massachusetts, and London, England: Harvard University Press.
- Brownson, R. C. et Petitti, D. B. (1998). Applied epidemiology : Theory to practice. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Cagampan, H. H., Barth, R. P., Korpi, M. et Kirby, D. (1997). Education Now and Babies Later (ENABL): Life history of a campaign to postpone sexual involvement. *Family Planning Perspectives*, 29(3), 109-114.

- Calvès, A. E. (1998). La sexualité prémaritale des adolescents à Yaoundé : les hommes et les femmes ont-ils les mêmes stratégies et motivations. In B. Kuate-Defo (Ed.), *Sexualité et Santé reproductive durant l'adolescence en Afrique, avec une attention particulière sur le Cameroun* pp. 153-175). Québec: Edinconseil Inc.
- Camlin, C. S. et Chimbwete, C. E. (2003). Does knowing someone with AIDS affect condom use? an analysis from South Africa. *AIDS Education and Prevention*, 15(3), 231 - 244.
- Campbell, D. T. et Stanley, J. C. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Boston, Dallas Geneva III, Hopewell, Palo Alto, London: Houghton Mifflin Company.
- CAREH. (1999). Livre de mise en oeuvre du Programme CAREH. (p. P65).
- CAREH. (2002). Rapport d'activité de 2002. (p. 25).
- Casterline, J. B., Sathar, Z. A. et ul Haque, M. (2001). Obstacles to contraception use in Pakistan : A study in Punjab. *Studies in Family Planning*, 32(2), 95 - 110.
- Catania, J., Kegeles, S. et Coates, T. (1990). Towards an understanding of risk behavior : An AIDS risk reduction model (ARRM). *Health Education Quarterly*, 17(1), 53-72.
- Corcoran, J. (1999). Ecological factors associated with adolescent pregnancy: A review of the literature. *Adolescence*, 34(135), 603 - 613.
- Corcoran, J. (2000). Ecological factors associated with adolescent sexual activity. *Social Work in Health Care*, 30(4), 93 - 111.
- Corcoran, J., Franklin, C. et Bennett, P. (2000). Ecological factors associated with adolescent pregnancy and parenting. *Social Work Research*, 24(1), 29 - 39.
- Coren, C. (2003a). Women who know a person with AIDS do not have elevated condom use rates. *International Family Planning Perspectives*, 29(4), 193 - 194.
- Cornell, J. L. et Halpern-Felsher, B. L. (2005). Adolescents perceptions of abstinence: Risks and benefits *Abstracts* 36, 111-154.
- Davis, E. C. et Friel, L. V. (2001). Adolescent sexuality: disentangling the effects of family structure and context. *Journal of Marriage and the Family*, 63(3), 669 - 681.
- de Weiss, S. P., Atkin, L. C., Gribble, J. H. et Andrade-Palos, P. (1991). Sex, contraception, and pregnancy among adolescents in Mexico city. *Study in Family Planning*, 22(2), 74 - 82.
- Desai, S., Michael, R. T. et Chase-Lansdale, P. L. (1990). The home environment: a mechanism through which maternal employment affects child development. Research Division Working Papers, No. 20 (p. 37): Population Council.
- Dixon, B. R., Bouma, G. D. et Atkinson, G. J. (1987). Finding a variable's measurements. A handbook of social science research: A comprehensive and practical guide for students pp. 64 - 103). Oxford, New York, Toronto: Oxford University Press.

- Drayton, V. L., Montgomery, S. B., Modeste, N. N. et Frye-Anderson, B. A. (2003). The Health Belief Model as a predictor of repeat pregnancies among Jamaican teenage mothers. *International Quarterly of Community Health Education*, 21(1), 67-81.
- Dwyer, T., Couper, D. et Walter, S. D. (2001). Sources of heterogeneity in the meta-analysis of observational studies: The example of SIDS and sleeping position. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 440 - 447.
- EDS Cameroun. (1998). Enquête démographique et de santé 1998. Bureau Central des Recensements et des Études de Population, Ministère des Investissement Publics et de l'Aménagement du territoire. Macro International Inc.
- EDS Cameroun. (2005). Enquête Démographique et de Santé du Cameroun 2004. Calverton, Maryland, USA: ORC Macro Institut National de la Statistique, Ministère de la Planification, de la Programmation du développement et de l'Aménagement du Territoire, Cameroun.
- Eggleston, E., Jackson, J. et Hardee, K. (1999). Sexual attitudes and behavior among young Adolescents in Jamaica. *International Family Planning Perspectives*, 25(2), 78-91.
- Eggleston, E., Leitch, J. et Jackson, J. (2000b). Consistency of Self-Reports of Sexual Activity among Young Adolescents in Jamaica. *International Family Planning Perspectives*, 26(2), 79-83.
- Erulkar, A. S., Ettyang, L. I., Onoka, C., Nyagah, F. K. et Muyonga, A. (2004). Behavior change evaluation of a culturally consistent reproductive health program for young Kenyans. *International Family Planning Perspectives*, 30(2), 58 - 67.
- Fishbein, M., Middlestadt, S. et Hitch Cock, P. J. (1994). Using information to change sexually transmitted disease-related behaviors. An analysis based on the theory of reasoned action. In R. J. DiClemente & J. L. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS : Theories and methods of behavioural interventions* pp. 61 -78). New York and London: PLENUM PRESS.
- Fletcher, R. H., Fletcher, S. W. et Wagner, E. H. (1998). *Épidémiologie clinique*. Paris.
- Fox, G. L. et Inazu, J. K. (1980). Mother daughter communication about sex. *Family Relations*, 29(3), 347 - 352.
- Gage, A. J. (1998). Sexual activity and contraceptive use : the components of the decisionmaking process. *Studies in Family Planning*, 29(2), 154 - 166.
- Gillmore, R. M., Morrison, D. M., Richey, C. A., Balassone, M. L., Gutierrez, L. et Farris, M. (1997). Effects of a skill-based intervention to encourage condom use among high risk heterosexually active adolescents. *AIDS Education and Prevention*, 9(Suppl.A), 22 - 43.
- Golfshani, N. (2003). Understanding reliability in quantitative research. *The Quantitative Report*, 8, 597 -607.
- Görgen, R., Yansané, M. L., Marx, M. et Millimouno, D. (1998). Unmarried youths in Guinea. *International Family Planning Perspectives*, 24(2), 65 - 71.

- Grembowski, D. (2001). *The practice of health program evaluation*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Gupta, N. (2000). Sexual initiation and contraceptive use in adolescent women in Northeast Brazil. *Studies in Family Planning*, 31(3), 228 - 238.
- Gupta, N. et Mahy, M. (2003). Sexual initiation among adolescent girls and boys: Trends and differentials in Sub-Saharan Africa. *Archives of Sexual Behavior*, 32(1), 41 - 53.
- Guthrie, B. J., Wallace, J., Doerr, K., Janz, N., Schottenfeld, D. et Selig, S. (1996). Girl talk: development of an intervention for prevention of HIV / AIDS and other sexually transmitted diseases in adolescent females. *Public Health Nursing*, 13(5), 318 - 330.
- Haddad, S., Barış, E., the MAPHealth team, Mohindra, K. S., Narayana, D., Haggerty, J. et al. (2007). Methodological issues in evaluating Public Policy In S. Haddad, E. Barış & D. Narayana (Eds.), *SAFEGUARDING the health sector in times of macroeconomic instability - Policy lessons for low- and middle-income countries* pp. 53 - 86). Trenton, New Jersey Africa World Press/CRDI
- Hayes, R. J., Chagalucha, J., Ross, D. A., Gavyole, A., Todd, J., Obasi, A. I. N. et al. (2005). The MEMA kwa Vijana Project: Design of a community randomised trial of an innovative adolescent sexual health intervention in rural Tanzania. *Contemporary Clinical Trials* 26, 430–442.
- Heckman, J. J. et Robb, J. R. (1985). Alternative methods for evaluating the impact of interventions : an overview. *Journal of Econometrics*, 30, 239 - 267.
- Hewett, P. C., Mensch, B. S. et Erulkar, A. (2003). Consistency in the reporting of sexual behavior among adolescent girls in Kisumu, Kenya: A comparison of interviewing methods. In Policy Research Division (Ed.), (p. P36): Population Council.
- Hughes, J. et McCauley, A. P. (1998). Improving the fit: Adolescents' need and future program for sexual and reproductive health in developing countries. *Studies in Family Planning*, 29(2), 233 - 245.
- Humphries, K. H. et van Doorslaer, E. (2000). Income-related health inequality in Canada. *Social Science and Medicine*, 50(5), 663 - 671.
- Institut National de Statistique Cameroun. (2008). *Annuaire statistique du Cameroun 2008 : Population et affaires sociales*. Yaounde: Institut National de Statistique Cameroun.
- Issel, L. M. (2004). *Health program planning and evaluation : A practical, systematic approach for community health*. Boston, Toronto, London, Singapore: Jones and Bartlett Publishers.
- Jato, M. N., Simbakalia, C., Tarasevich, J. M., Awasum, D. N., Kihinga, C. N. B. et Ngirwamungu, E. (1999). The impact of Multimedia family planning promotion on the contraceptive behavior of women in Tanzania. *International Family Planning Perspectives*, 25(2), 60 - 67.

- Jo, H., Lee, S., Ahn, M. O. et Jung, S. H. (2003). Structural relationship of factors affecting health promotion behaviors of Korean urban residents. *Health Promotion International*, 18(3), 229 - 236.
- Juarez, F. et Legrand, T. (2005). Factors influencing boys' age at first intercourse and condom use in the shantytowns of Recife, Brazil. *Studies in Family Planning*, 36(1), 57 -70.
- Kabir, M. et Islam, M. A. (2000). The impact of mass media family planning programmes on current use of contraception in urban Bangladesh. *Journal of Biosocial Science*, 32, 411 - 419.
- Kaptue, L. (1998). Les adolescents et le VIH/SIDA. In B. Kuate-Defo (Ed.), *Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique : Avec une attention particulière sur le Cameroun* pp. 287 - 296). Boucherville: Ediconseil Inc.
- Katatsky, M. E. (1977). Health belief model as a conceptual framework for explaining contraceptive compliance. *Health Education Monographs*, 5(3), 232 -243.
- King, R. (1999). Sexual behavioural change: Where have theories taken us? pp. 1 - 55): UNAIDS.
- Kiragu, K. et Zabin, L. (1995). Contraceptive use among high school students in Kenya. *International Family Planning Perspectives*, 21, 108 - 113.
- Kirby, D. (2002). Do Abstinence-Only Programs Delay the Initiation of Sex Among Young People and Reduce Teen Pregnancy? In *The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy* (Ed.), pp. 1 - 9).
- Kirby, D., Korpi, M., Adivi, C. et Wiessman, J. (1997a). An impact evaluation project SNAPP: An AIDS and pregnancy prevention middle school program. *AIDS Education and Prevention*, 9(Suppl. A), 44 - 61.
- Kirby, D. B., Baumler, E., Coyle, K. K., Basen-Engquist, K., GUY S. Parcel, G. S., Harrist, R. et al. (2004). The “Safer Choices” Intervention: Its Impact on the Sexual Behaviors of Different Subgroups of High School Students. *Journal of Adolescent Health*, 35, 442-452.
- Kirby, D. B., Laris, B. A. et Rolleri, L. A. (2007). Sex and HIV education programs: Their impact on sexual behaviors of young people throughout the world *Journal of Adolescent Health*, 40(3), 206-217
- Kirscht, J. P. (1974). Research related to the modification of health belief. In B. M.H. (Ed.), *The health belief model and personal health behavior* pp. 128-142). Thorofare, New Jersey: Charles B. Slack, Inc.
- Kleinbaum, D. G. et Klein, M. (2002). Introduction to logistic regression In S. Edition (Ed.), *Logistic regression : A self-learning text* pp. 1 - 38). Baltimore, USA: Springer.
- Konstantinos, A. et Efrosini, K. (2003). Program evaluation methodologies. A comparative assessment. *Discussion Paper Series*, 9(17), 387 - 404.
- Kouinche, A. M., Tagne, E. et ACAFEM. (1998). Normes, croyances et pratiques traditionnelles en matière de sexualité des adolescents à Bandjoun (Ouest du Cameroun). In B. Kuate-Defo (Ed.), *Sexualité et santé reproductive durant*

l'adolescence en Afrique : Avec une attention particulière sur le Cameroun pp. 121 - 129). Boucherville: Édiconseil Inc.

- Kuate Defo, B. (1998a). Enquête sur Vie Familiale, Sexualité et Santé de la Reproduction au Cameroun (EFSR). Collecte et exploitation des données. EFSR-FRHS Working Paper Series No 3 pp. 1 - 44). Montréal, Canada: PRONUSTIC, Département Démographie, Université de Montréal.
- Kuate Defo, B. (1998c). Tendances et déterminants des variations régionales du début de l'activité sexuelle à l'adolescence. In B. Kuate Defo (Ed.), *Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique : Avec une attention particulière sur le Cameroun* pp. 63 - 80). Boucherville: Ediconseil Inc.
- Kuate Defo, B. (1998d). Tendances et déterminants de la maternité et de la contraception à l'adolescence. In B. Kuate Defo (Ed.), *Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique : Avec une attention particulière sur le Cameroun* pp. 193 - 220). Boucherville: Ediconseil Inc.
- Kuate Defo, B. (1998g). Sexualité, fécondité et santé reproductive à l'adolescence en Afrique: Nouvelles tendances. In B. Kuate Defo (Ed.), *Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique : Avec une attention particulière sur le Cameroun* pp. 17 - 40). Boucherville: Ediconseil Inc.
- Kuate Defo, B. (1998h). Enquête sur Vie Familiale, Sexualité et Santé de la Reproduction au Cameroun (EFSR). Background characteristics of the Bandjoun population. EFSR - FRHS Working Paper Series No 4 pp. 1 - 16). Montréal, Canada: PRONUSTIC, Département Démographie, Université de Montréal.
- Kuate Defo, B. (1998i). Regional trends and differentials in first marriage during adolescence. In B. Kuate Defo (Ed.), *Sexuality and reproductive health during adolescence in Africa : with special reference to Cameroon* pp. 39 - 57). Boucherville: University of Ottawa Press.
- Kuate Defo, B. (1999). Determinants and consequences of adolescent sexuality and reproductive health in Cameroon. Phase II: Intervention research. Program for adolescent reproductive health promotion: Design, implementation, monitoring, evaluation and dissemination of findings. pp. 1 - 80). Montréal, Canada: PRONUSTIC, Département Démographie, Université de Montréal.
- Kuate Defo, B. (1999a). Enquête sur Vie Familiale, Sexualité et Santé de la Reproduction au Cameroun (EFSR). Collecte et exploitation des données. EFSR-FRHS Working Paper Series No 3 pp. 1 - 44). Montréal, Canada: PRONUSTIC, Département Démographie, Université de Montréal.
- Kuate Defo, B. (1999e). Enquête sur Vie Familiale, Sexualité et Santé de la Reproduction au Cameroun (EFSR). Sexual Behavior in Bandjoun with special refence to the adolescent population. EFSR - FRHS Working Paper Series No 5 pp. 1 - 61): PRONUSTIC, Département Démographie, Université de Montréal.
- Kuate Defo, B. (1999f). Enquête sur Vie Familiale, Sexualité et Santé de la Reproduction au Cameroun (EFSR). Contraception and sexually transmitted diseases in Bandjoun. EFSR - FRHS Working Paper Series No 7. Montréal, Canada: PRONUSTIC, Département Démographie, Université de Montréal.

- Kuate Defo, B. (1999h). Enquête sur Vie Familiale, Sexualité et Santé de la Reproduction au Cameroun (EFSR). Time allocation of adolescents in Bandjoun. EFSR - FRHS Working Paper Series No 9 (p. 18). Montréal, Canada: PRONUSTIC, Département Démographie, Université de Montréal.
- Kuate Defo, B. (2001). Comment allez-vous? Ma vie reproductive? Je suis séreïn(e)! Ma vie reproductive? Pas de problème! Un enfant? Oui, mais pas tout de suite! La contraception? Je m'informe! Les infections sexuellement transmissibles? Je les évite! Les pressions? Je sais dire non. . Montréal, Yaoundé et Bandjoun: COREDI PRINT.
- Kuate Defo, B. (2005). Facteurs associés à la santé perçue et à la capacité fonctionnelle des personnes âgées dans la préfecture de Bandjoun au Cameroun. *Cahiers Québécois de Démographie*, 34(1), 1 - 46.
- Kuate Defo, B., Kaptue, L. et Leke, R. (1999g). Enquête sur Vie Familiale, Sexualité et Santé de la Reproduction au Cameroun (EFSR). Health services and health status in Bandjoun. EFSR - FRHS Working Paper Series No 8 (p. 24). Montréal, Canada: PRONUSTIC, Département Démographie, Université de Montréal.
- Kuate Defo, B. et Leke, R. (1997). Enquête sur Vie Familiale, Sexualité et Santé de la Reproduction au Cameroun (EFSR). Adolescent pregnancy in Bandjoun. EFSR - FRHS Working Paper Series No 6. Montréal, Canada: PRONUSTIC, Département Démographie, Université de Montréal.
- Kuate Defo, B. et Lepage, Y. (1997). Enquête sur Vie Familiale, Sexualité et Santé de la Reproduction au Cameroun (EFSR). Méthodologie de sondage. Working Paper Series No 2 pp. 1 - 32). Montréal, Canada: PRONUSTIC, Département Démographie, Université de Montréal.
- Kuate Defo, B., Lydié, N., Camara, A. Y., Tsala, Z. et Tchabewou, T. (2005a). Rapport final de l'Enquête sur la Famille et la Santé au Cameroun (EFSC) de 1996/97. PRONUSTIC, Département de Démographie à Université de Montréal.
- Kuate Defo, B., Lydié, N., Camara, A. Y., Tsala, Z. et Tchabewou, T. (2005b). Rapport final de l'Enquête sur la Famille et la Santé au Cameroun (EFSC) de 2002. PRONUSTIC, Département de Démographie à Université de Montréal.
- Lanouette, N., Noelson, R., Ramamonjisoa, A., Jacobson, S. et Jacobson, J. M. (2003). HIV and AIDS-related knowledge, awareness, and practices in Madagascar. *American Journal of Public Health*, 93(6), 917 - 919.
- Leke, R. J. I. (1998a). La santé reproductive des adolescents en Afrique Subsaharienne. In B. Kuate Defo (Ed.), *Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique : Avec une attention particulière sur le Cameroun* pp. 281 - 286). Boucherville: Ediconseil Inc.
- Leke, R. J. I. (1998b). Les adolescents et l'avortement. In B. Kuate Defo (Ed.), *Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique avec une attention particulière sur le Cameroun* pp. 297 - 306). Boucherville: Édiconseil Inc.
- Lipsey, M. W. et Cordray, D. S. (2000). Evaluation methods for social intervention. *Annual Reviews Psychology*, 51, 345 - 375.

- Lutalo, T., Kidugavu, M., Wawer, M. J., Serwadda, D., Zabin, L. S. et Gray, R. H. (2000). Trends and determinants of contraceptive use in Rakai District, Uganda. *Studies in Family Planning*, 31(3), 217 - 227.
- Lydié, N. et Robinson, N. J. (1998). Migration and HIV/AIDS in West and Central Africa. *International Migration*, 4(36), 469 - 511.
- Macro International Inc. (2006). Erreurs de sondage (Annexe B). DHS Guinea, 2005 pp. 307 -321). Calverton, Maryland, USA.
- Magnani, R., Gaffikin, L., Leão de Aquino, E. M., Seiber, E. E., Almeida, M. C. et Lipovsek, V. (2001). Impact of an integrated adolescent reproductive health program in Brazil. *Studies in Family Planning*, 32(3), 230 - 243.
- Magnani, R. J., Karim, A. M., Weiss, L. A., Bond, K. C., Lemba, M. et Morgan, G. T. (2002). Reproductive health risk and protective factors among youth in Lusaka, Zambia. *Journal of Adolescent Health*, 30, 76 -86.
- Maharaj, P. (2006). Reasons for condom use among young people in KwaZulu-Natal: Prevention of HIV, pregnancy or both? *International Family Planning Perspectives*, 32(1), 28 - 34
- Maria, W. (2007). Sexual behaviour, knowledge and awareness of related reproductive health issues among single youth in Ethiopia. *African Journal of Reproductive Health*, 11(1), 14-21.
- Meekers, D. et Klein, M. (2002). Determinants of condom use among young people in urban Cameroon. *Studies in Family Planning*, 33(4), 335 - 346.
- Meekers, D., Silva, M. et Klein, M. (2005). Determinants of condom use among youth in Madagascar. *Journal of Biosocial Science*, 00, 1 - 16.
- Merrick, E. N. (1995). Title: Adolescent childbearing as career "choice": perspective from an ecological context. *Journal of Counseling and Development*, 73(3), 288 - 295.
- Mi Kim, Y., Kols, A., Nyakauru, R., Marangwanda, C. et Chibatamoto, P. (2001). Promoting sexual responsibility among young people in Zimbabwe. *International Family Planning Perspectives*, 27(1), 11 - 19.
- Mohr, L. B. (1992). Impact analysis for program evaluation. Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications.
- Morrone, C., Smit, J., McFadyen, L., Mqhayi, M. et Beksinska, M. (2003). Double protection contre les infections sexuellement transmissibles et contre la grossesse en Afrique du Sud. *Revue Africaine de la Santé de la Reproduction* 7(2), 13-19.
- Mosoko, J. J. et Affana, G. A. N. (2005). Prévalence du VIH et facteurs associés. In O. Macro (Ed.), *Enquête Démographique et de Santé: Cameroun 2004* pp. 293 - 314). Calverton, Maryland, USA: Institut National de la Statistique, Ministère de la Planification, de la Programmation du Développement et de l'Aménagement du Territoire, Youndé, Cameroun.
- Muhwava, W. (2003). Patterns of contraceptive use at the edge of fertility transition in Zimbabwe. *African Population Studies*, 18(1), 19 - 33.

- Murray, N. J., Zabin, L. S., Toledo-Dreves, V. et Luengo-Charath, X. (1998). Gender differences in facteurs influencing first intercourse among urban students in Chile. *International Family Planning Perspectives*, 24(3), 139 - 144 & 152.
- Muyinda, H., Nakuya, J., Pool, R. et Whitworth, J. (2003). Harnessing the senga institution of adolescent sex education for the control of HIV and STDs in rural Uganda. *AIDS Care*, 15(2), 159 - 167.
- Nasha, B. (1998). Planification familiale, sexualité et santé reproductive des adolescents en Afrique subsaharienne. In B. Kuate Defo (Ed.), *Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique : Avec une attention particulière sur le Cameroun* pp. 223 - 237). Boucherville: Ediconseil Inc.
- National Research Council and Institute of Medecine. (2005a). Health. In C. B. Lloyd (Ed.), *Growing up global: The changing transitions to adulthood in developing countries*. Panel on transitions to adulthood in developing countries pp. 168 - 261). washington, DC: Committee on Population and Board on Children, Youth, and Families, Division of Behaviorla and Social Sciences and Education. The National Academies Press.
- National Research Council and Institute of Medecine. (2005b). Introduction and conceptual framework. In C. B. Lloyd (Ed.), *Growing up global: The changing transitions to adulthood in developing countries*. Panel on transitions to adulthood in developing countries pp. 15 - 64). washington, DC: Committee on Population and Board on Children, Youth, and Families, Division of Behaviorla and Social Sciences and Education. The National Academies Press.
- Norr, K. F., Norr, J. L., McElmurry, B. J., Tlou, S. et Moeti, M. R. (2004). Impact of peer group education on HIV prevention among women in Botswana. *Health Care for Women International*, 25, 210 - 226.
- Odimegwu, C. O., Solanke, L. B. et Adedokun, A. (2002). Parental characteristics and adolescent sexaul behavior in Bida Local government area of State, Nigeria *African Journal of Reproductive Health*, 6(1), 95 -106
- Oindo, M. L. (2002). Contraception and sexuality among the youth in Kisumu, Kenya. *African Health Science*, 2(1), 33 -39.
- OMS. (1998). Déclaration mondiale sur la santé in *Santé 21: La santé pour tous au 21ème siècle*. Série européenne de la Santé pour tous pp. 4 - 5).
- ONUSIDA/OMS. (2007). Le point sur l'épidémie du SIDA. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Organisation Mondiale de la Santé, ONUSIDA/07.27F / JC1322F pp. 1-60): ONUSIDA, OMS
- ONUSIDA/OMS (2009). Le point sur l'épidémie de sida 2009. *ONUSIDA/09.36F / JC1700F (version française, décembre 2009)*.
- Paul, C., Fitzjohn, J., Eberhart-Phillips, J., Herbison, P. et Dickson, N. (2000a). Sexual abstinence at age 21 in New Zealand: the importance of religion. *Social Science and Medicine*, 51, 1 - 10.
- Paul, C., Fitzjohn, J., Herbison, P. et Dickson, N. (2000b). The determinants of sexual intercourse before age 16. *Journal of Adolescent Health*, 27, 136 - 147.

- Peltzer, K. et Seoka, P. (2002). HIV/AIDS knowledge, attitudes, beliefs and behaviours among rural South African youth: Implications for health education. *African Journal for Physical, Health Education, Recreation and Dance*, 8(1).
- Pitt, M. M., Khandker, S. R., Mickernan, S. M. et Latif, M. A. (1999). Credit programs for the poor and reproductive behavior in low-income countries: Are the reported causal relationships the result of heterogeneity bias? *Demography*, 36(1), 1 - 21.
- Prochaska, J. O. et Diclemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390 - 395.
- Punch, K. F. (1998). Quantitative research design. Introduction to social research: Quantitative and qualitative approaches pp. 65 - 87). London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.
- Reijer, P., Chalimba, M. et Nakwagala, A. A. (2002). Malawi goes to scale with anti-AIDS clubs and popular media. *Evaluation and Program Planning*, 25, 357 - 363.
- Rink, E., Tricker, R. et Harvey, S. M. (2007). Onset of sexual intercourse among female adolescents: The Influence of perceptions, depression, and ecological factors. *Journal of Adolescent Health*, 41, 398–406.
- Robert, S. (1999). Socioeconomic position and health: the independent contribution of community socioeconomic context. *Annual Review of Sociology*, 25, 489 - 516.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. In B. M.H. (Ed.), *The health belief model and personal health behavior* pp. 1 - 8). Thorofare, New Jersey: Charles B. Slack, Inc.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. et Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175 - 183.
- Ross, D., Changalucha, J., Obasi, A., Todd, J., Plummer, M. L., Cleophas-Mazige, B. et al. (2007). Biological and behavioural impact of an adolescent sexual health intervention in Tanzania: a community-randomized trial. *AIDS* 21, 1943 –1955.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W. et Freeman, H. E. (2004). *Évaluation: A systematic approach*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Rumeau-Rouquette, C., Blondel, B., Kaminski, M. et Bréart, G. (1993). *Épidémiologie méthodes et pratiques*. Paris: Flammarion Médecine-Sciences.
- Rutstein, S. O. et Kiersten, J. (2004). The DHS Wealth Index. DHS Comparative Reports 6 (p. 71). Calverton, Maryland: ORC Macro.
- Savage, O. M. N. (1998i). Adolescents' beliefs and perception toward sexuality in urban Cameroon. In B. Kuate Defo (Ed.), *Sexuality and reproductive health during adolescence in Africa : with special reference to Cameroon* pp. 77 - 90). Boucherville: University of Ottawa Press.
- Selby, J. V. (1994). Case control evaluations of treatment and program efficiency. *Epidemiology Review*, 16, 90 - 101.

- Shadish, W. R., Cook, T. D. et Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston, New York: Houghton Mifflin Company.
- Shuey, D. A., Babishangire, B. B., Omiat, S. et Bagarukayo, H. (1999). Increased sexual abstinence among in-school adolescents as a result of school health education in Soroti district, Uganda. *Health Education Research*, 14(3), 411- 419.
- Singh, S., Wulf, D., Samara, R. et Cuca, Y. P. (2000). Gender differences in the timing of first intercourse: Data from 14 countries. *International Family Planning Perspectives*, 26, 21 - 28.
- Skinner, S. R., Smith, J., Fenwick, J., Fyfe, S. et Hendriks, J. (2008). Perceptions and experiences of first sexual intercourse in Australian adolescent females. *Journal of Adolescent Health*, 43, 593–599.
- Songué, P. B. (1998). Influence du milieu social sur la sexualité et les comportements reproducteurs des adolescents au sud du Cameroun. In B. Kuate-Defo (Ed.), *Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique : Avec une attention particulière sur le Cameroun* pp. 177 - 192). Boucherville: Édiconseil Inc.
- Speizer, I. S., Magnani, R. J. et Colvin, C. E. (2003). The effectiveness of adolescent reproductive health interventions in developing countries : A reviews of the evidence. *Journal of Adolescent Health*, 33, 324 - 348.
- Speizer, I. S., Tambashe, B. O. et Tegang, S. P. (2001). An evaluation of the 'Entre Nous Jeunes' peer-education program for adolescents in Cameroon. *Studies in Family Planning*, 32(4), 339 - 351.
- Stanton, B. F., Li, X., Kahihuata, J., Fitzgerald, A. M., Neumbo, S., Kanduuombe, G. et al. (1998). Increased protected sex and abstinence among Namibian youth following a HIV risk-reduction intervention : a randomized, longitudinal study. *AIDS*, 12, 2473 - 2480.
- Suppal, P. G. (1993). *Correlates of paternal involvement in child care in single-wage and dual-wage nuclear and extended families in New Delhi, India*. (p. 131): Syracuse University.
- Takyi, B. K. (2000). AIDS-Related Knowledge and Risks and Contraceptive Practices in Ghana : The Early 1990s. *African Journal of Reproductive Health*, 4(1), 13-27.
- Tambashe, B. O., Speizer, I. S., Amouzou, A. et Djangone, A. M. R. (2003). Evaluation of PSAMAO 'Roulez protégé' mass media campaign in Burkina Faso. *AIDS Education and Prevention*, 15(1), 33 - 48.
- Tchindjang, M., Nziengui, M., Geoffrey, F. K., Fogwe, Z. N., Fodouop, K. et Lambi, C. M. (2003). The input of cartography in the realisation of community health project : CAREH in Bandjoun chiefdom, Cameroun.
- Thompson, S. C., Kyle, D., Swan, J., Thomas, C. et Vrungos, S. (2002). Increasing condom use by undermining perceived invulnerability to HIV. *AIDS Education and Prevention*, 16(6), 505 - 514.
- Thornton, A. et Camburn, D. (1989). Religious participation and adolescent sexual behaviour and attitudes. *Journal of Marriage and the Family*, 51, 641 - 653.

- Tuner, C. L., Ku, L., Rogers, S., Duberstein Lindberg, L., Pleck, J. et Lund Sonenstein, F. (1998). Adolescent sexual behavior, drug use, and violence: Increase reporting with computer survey technology. *Science*, 5(365), 867 - 873.
- Ukwuani, F. A., Tsui, A. O. et Suchindran, C. (2003). Condom use for preventing HIV infection/AIDS in sub-saharan Africa : a comparative multilevel analysis of Uganda and Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 34(2), 203 - 213.
- Upadhyay, U. D. et Hindin, M. J. (2006). Do perceptions of friends' behaviors affect age at first sex ? Evidence from Cebu, Philippines. *Journal of Adolescent Health*, 39, 570-577.
- Van Rossem, R. et Meekers, D. (2000). An evaluation of the effectiveness of targeted social marketing to promote adolescent and young adult reproductive health in Cameroon. *AIDS Education and Prevention*, 12(5), 383 - 404.
- Wagstaff, A., van Doorslaer, E., van der Burg, H., Calonge, S., Christiansen, T., Citoni, G. et al. (1999). Equity in the finance of health care : some further international comparisons. *Journal of Health Economics*, 18(3), 263 - 290.
- Wang, B., Hertog, S., Meier, A., Lou, C. et Gao, E. (2005). The potential of comprehensive sex education in China: findings from suburban Shanghai. *International Family Planning Perspectives*, 31(2), 63-72.
- Whitaker, D. J., Miller, K. S. et Clark, L. F. (2000). Reconceptualizing adolescent sexual behavior : beyond did they or didn't they? *Family Planning Perspectives*, 32(3), 111 - 117.
- Wingood, G. M. et DiClemente, R. J. (1999). The use of psychosocial models for guiding the design and implementation of HIV prevention interventions. Translating theory into practice. In L. Gibney, R. J. DiClemente & S. H. Vermund (Eds.), *Preventing HIV in developing countries. Biomedical and behavioural approaches* pp. 187 - 204). New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow: KLUWER ACADEMIC/PLENUM PUBLISHERS.
- Witte, K., Cameron, K. A., Lapinski, M. K. et Nzyuko, S. (1998). A Theoretically based evaluation of HIV/AIDS prevention campaigns along the trans-Africa highway. *Journal of Health Communication*, 3, 345 - 363.
- Yang, J. A. (1999). An exploratory study of Korean fathering of adolescent children. *Journal of Genetic Psychology*, 160(1), 55 - 68.
- Yoder, P. S., Hornik, R. et Chirwa, B. C. (1996). Evaluating the program effects of a radio drama about AIDS in Zambia. *Studies in Family Planning*, 27(4), 188 - 203.

ANNEXES

ANNEXE A

Documents et correspondances officiels de l'intervention

**LISTE DES ASSOCIATIONS CULTURELLES
SECTORIELLES RECENSEES A BANDJOUN
CONGRES ANNUEL AOUT 1996**

GROUPES	RESPONSABLE
1 - Association des Jeunes de Pête	(A.J.P.)
2 - Association des Jeunes de Pête III	(A.J.P)
3 - Amicale des Jeunes de Pête - Carrière	(A.J.P.C.)
4 - Cercle des Jeunes de Soung	(C.J.S)
5 - Cercle des Jeunes de Djiomghuo	(C.J.D)
6 - Association des Jeunes de Demtse	(A.J.D)
7 - Association des Jeunes de Kamdjoun	(A.J.K)
8 - Cercle des Jeunes de Dembou	(C.J.D)
9 - Cercle des Jeunes de Poumougne	(CE.JE.PO)
10 - Cercle des Jeunes de Tsela I	(C.J.T.I)
11 - Comité de Développement de Tsela	(C.D.T)
12 - Amicale des Jeunes de Houa	(A.J.H)
13 - Amicale des Jeunes de TOGALE	(A.J.T)
14 - Amicale des Jeunes de Tobe	(A.J.T)
15 - Association des Jeunes de Kamgo	(A.J.K)
16 - Amicale des Jeunes de Ha'	(A.J.H)
17 - Amicale des Jeunes de Tesse	(A.J.T)
18 - Cercle des Jeunes de Kam Guikè	(C.J.K)
19 - Association des Jeunes de Yom III	(A.J.Y)
20 - Groupe d'Animation des Jeunes de Mbô - Yom	(G.A.M.Y)
21 - Jeunesse Comité de Développement de Mbô	(J.C.D.M)
22 - Association des Jeunes de Mbouo	(A.J.M)
23 - Cercle des Jeunes de Mbieng	(C.J.M)

- 24 - Association des Jeunes de Dja (A.J.D)
- 25 - Association des Jeunes de Mbem (A.J.M)
- 26 - Association des Jeunes de Hiala-Chefferie (A.J.H.C)
- 27 - Association des Jeunes de Demdeng (A.J.D)
- 28 - Association des Jeunes de Semto (A.J.S)
- 29 - Association des Jeunes de Khi (A.J.K)
- 30 - Moudjo All Young Association (MAYA)
- 31 - Regroupement des Jeunes de Famla II (R.J.F)
- 32 - Association des Jeunes de Famwouo (A.J.F)
- 33 - Association des Jeunes de Kouo (A.J.K)
- 34 - Association des Jeunes de Tseghem (A.J.T)
- 35 - Association des Jeunes de Mlem (A.J.M)
- 36 - Association des Jeunes de Djionè (A.J.D)
- 37 - Jeunes Elèves de Famleng - Topo (J.E.F)
- 38 - Jeunesse Communautaire de FEBE (J.C.F)
- 39 - Association des Jeunes de Mouwè-Bandjoun (A.J.M)
- 40 - Association des Jeunes de Koumghem (A.J.K)
- 41 - Association des Jeunes de Tse (A.J.T)
- 42 - Association des Jeunes de Toba (A.J.T)

**Groupes recensés par
MONGA TETA Ismaël.
Secrétaire National AEEJO.**

C A R E H

Questionnaire destiné aux visiteurs

Date : _____/_____/_____

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : Homme Femme Âge : _____

Quartier de résidence : _____

Numéro de la carte d'adhésion au Programme CAREH : _____

Statut : À l'école Ne fréquente plus

Établissement : _____ Activité actuelle : _____

Classe : _____ Religion : _____

Associations d'appartenance : _____

Principaux motifs de la visite :

1. _____

2. _____

3. _____

Si vous étiez venu(e) pour consulter de la documentation écrite :

Quel sujet/thème principal recherchez-vous ? : _____

Avez-vous trouvé l'information que vous recherchez ? Oui Non

Comment avez-vous trouvé le contenu des documents consultés ? :

Très satisfaisant Satisfaisant Assez satisfaisant Peu satisfaisant Pas satisfaisant

Si vous avez visionné/écouté une cassette :

Quel était le titre de la cassette ? : _____

Comment avez-vous trouvé le contenu de cette cassette ? :

Très intéressant Intéressant Assez intéressant Peu intéressant Pas intéressant

Comment jugez-vous l'accueil qui vous a été réservé lors de votre visite ?

Très satisfaisant Satisfaisant Assez satisfaisant Peu satisfaisant Pas satisfaisant

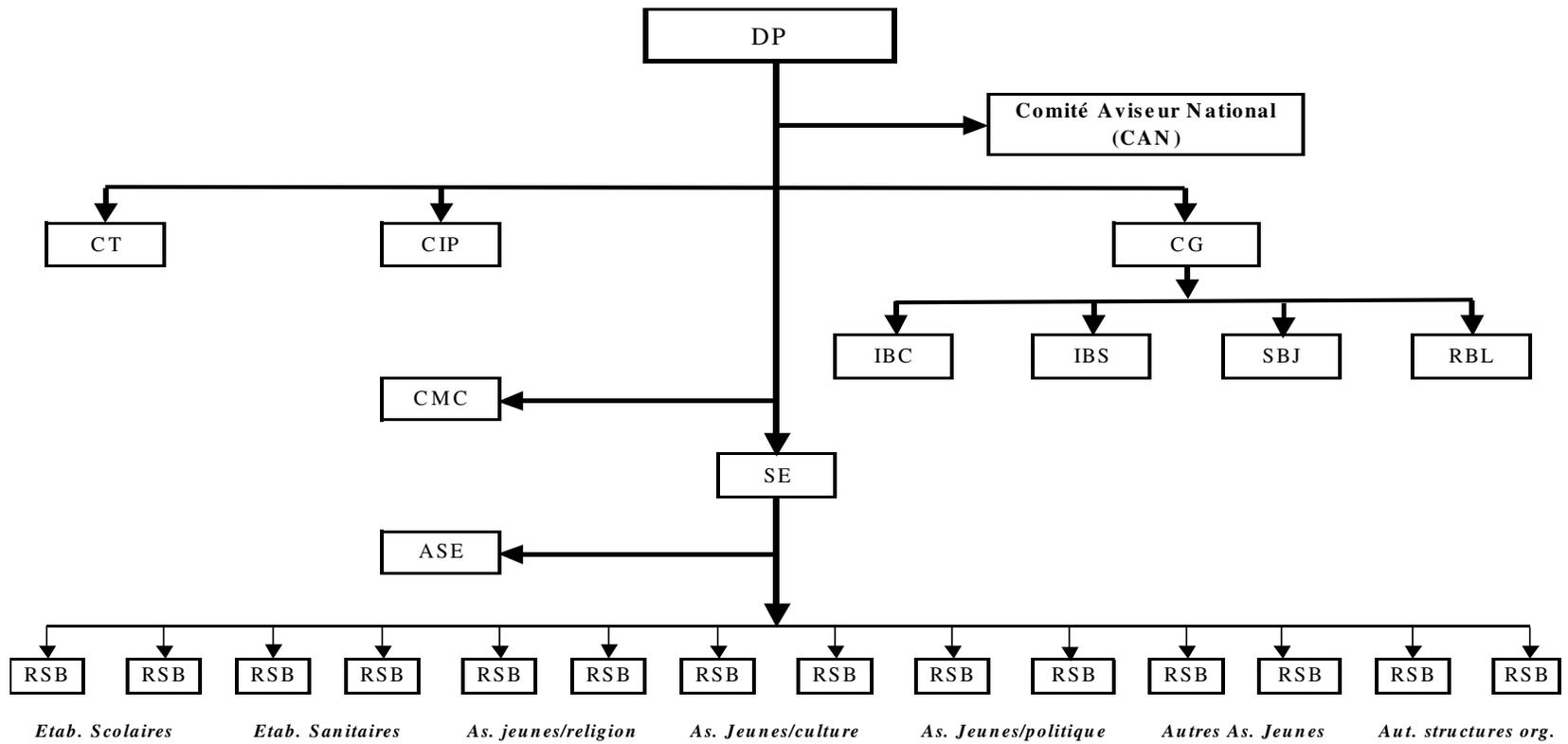
Vous êtes venu(e) : seul (e) accompagné(e)

Si vous êtes accompagné(e), il s'agit d'un(e):

Parent Camarade Petit(e) ami(e) Autre personne (préciser) : _____

Commentaires et suggestions :

Organigramme du Programme CAREH



PROGRAMME DE PROMOTION DE LA SANTÉ DES ADOLESCENTS(E)S ET JEUNES AU CAMEROUN

BULLETTIN D'INFORMATION DU PROGRAMME CAREH

CAMEROON ADOLESCENT AND YOUTH REPRODUCTIVE HEALTH PROMOTION PROGRAM – CAREH

Août-Décembre 2001, n°1

☛ Le Programme CAREH, en quelques mots...

Le programme de promotion de la santé reproductive des adolescent(e)s et jeunes au Cameroun (*CAMEROON ADOLESCENT AND YOUTH REPRODUCTIVE HEALTH PROMOTION PROGRAM -- CAREH*) est un programme de recherche-intervention. Il est né en 1994 de notre souci de contribuer à l'amélioration de la santé et à l'éducation des jeunes au Cameroun. L'approche globale du Programme est participative au niveau de la conception, de la mise en œuvre, du contrôle, de l'évaluation et de la dissémination des résultats.

Son objectif général est de promouvoir la santé de la reproduction des jeunes en milieu scolaire et communautaire au Cameroun, afin de réduire l'impact et la fréquence des problèmes liés aux comportements sexuels et reproductifs des jeunes.

La santé sexuelle et reproductive des jeunes concerne leur bien-être physique et émotionnel et inclut leur capacité à éviter les grossesses non désirées, les avortements à risque, les infections sexuellement transmissibles dont le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), ainsi que toutes les formes de violence et de coercition sexuelles.

Dans sa première phase, le Programme a procédé à une évaluation qualitative et quantitative des problèmes et besoins dans le domaine de la santé de la reproduction des adolescent(e)s et jeunes au Cameroun. Dans cette perspective :

1. Nous avons fait une revue et analyse de contenu des études, interventions et programmes sur le plan national touchant à la promotion du bien-être des jeunes ;
2. Nous avons réalisé des entretiens avec différents sous-groupes de la population (jeunes, adolescents, adultes, parents, autorités traditionnelles et politiques, tradipraticiens, personnel des établissements scolaires et sanitaires, Ministres de culte) sur les sujets touchant à la santé des jeunes ;
3. Nous avons mené une série d'enquêtes pour mesurer l'ampleur des problèmes et besoins des jeunes en matière de santé de la reproduction ;
4. L'analyse et l'interprétation des résultats issus de ces travaux ont été réalisées en partenariat avec la communauté. Elles ont permis d'établir les constats suivants :
 - La hausse chez les adolescent(e)s d'une activité sexuelle prémaritale : les adolescent(e)s du Cameroun ne considèrent plus la virginité comme une condition essentielle pour assurer une nuptialité harmonieuse.
 - L'activité sexuelle chez les adolescent(e)s est le plus souvent non programmée et peu fréquente mais une fois l'activité sexuelle amorcée, elle est généralement maintenue.
 - Parce qu'elles ne sont pas anticipées, les relations sexuelles se font en dehors de toute stratégie de prévention des grossesses ou des infections sexuellement transmissibles (IST).
 - L'absence de stratégie de prévention résulte de l'ignorance des risques encourus. De nombreuses jeunes filles ignorent encore par exemple qu'elles peuvent tomber enceinte au cours du premier ou d'un seul rapport sexuel.
 - La difficulté pour les adolescent(e)s d'accéder aux services de promotion de la santé reproductive est un autre obstacle à la prévention. Cette non-accessibilité est la résultante de facteurs géographiques, financiers, organisationnel et culturel. Ainsi, si la grande majorité des jeunes déclare connaître une méthode de contraception pour éviter les IST ou les grossesses non-désirées, seule une minorité a une connaissance précise et exacte de son utilisation.
 - L'une des conséquences visibles de l'absence de prévention est la prévalence des grossesses aux jeunes âges qui débouchent souvent sur un avortement. Parce qu'elles sont interdites au Cameroun, les

Secrétariat Exécutif du Programme CAREH
BP 140, Bandjoun, Cameroun

Tel. : (237) 990 82 64 90
Email : carehfesajec@yahoo.fr

interruptions de grossesse sont le plus souvent réalisées par une personne qui ne possède pas les compétences nécessaires pour exécuter la procédure sans risque et dans des endroits ne répondant pas aux normes d'hygiène de base.

- La prévalence des IST est un autre marqueur fort de l'absence de prévention. Dans un rapport de décembre 2000, le Ministère de la Santé a estimé que plus de 10 jeunes âgés de 15 à 24 ans sur 100 étaient porteurs du virus du SIDA (VIH) au Cameroun.
 - L'absence de communication entre parents et enfants sur les sujets touchant à la sexualité et à la santé de la reproduction renforce l'isolement des adolescent(e)s.
 - L'absence de pérennité des interventions destinées aux jeunes est due au fait qu'elles dépendent trop souvent exclusivement d'un financement extérieur.
 - Il existe peu de travaux et d'interventions destinés aux jeunes du milieu rural ou semi-rural et/ou non scolarisés.
5. Après restitution des résultats au sein des localités concernées, nous avons testé et validé les idées d'intervention auprès des jeunes, des leaders d'opinion, des parents et des responsables communautaires.

Le Programme d'intervention est national dans sa conception et dans sa mise en œuvre. Le premier site d'intervention est Bandjoun, zone semi-rurale de l'Ouest du Cameroun. Un site contrôle a été retenu dans le Nord-Ouest (Bali) afin d'évaluer l'efficacité des interventions mises en place par le Programme, en vue de son extension au niveau national.

Le Programme recouvre différents thèmes regroupés comme suit :

- De la découverte de son corps aux choix responsables en matière de reproduction
- Contraception
- Grossesse et avortements
- Infections sexuellement transmissibles
- VIH/SIDA

Pour atteindre ses objectifs, le Programme est organisé autour de quatre axes :

1. **LE PROGRAMME D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ.** Il vise à disséminer, auprès des jeunes de 10 à 27 ans, population cible du Programme, une information de qualité sur

tous les aspects de la santé de la reproduction. Cette information se fait en milieu scolaire et en milieu communautaire.

2. **LA MISE À LA DISPOSITION D'UN LIEU DE RENCONTRE ET D'UN CENTRE DE DOCUMENTATION AXÉS SUR LES QUESTIONS DE SANTÉ,** répondant ainsi à un souhait largement exprimé par les jeunes.
3. **L'ACCÈS À L'INFORMATION ET AUX MOYENS DE CONTRACEPTION COURAMMENT UTILISÉS PAR LES JEUNES.** Ceci se fait en collaboration avec les structures de santé existantes.
4. **LA PROMOTION DU DIALOGUE ENTRE PARENTS ET ENFANTS SUR LES QUESTIONS DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION,** via l'organisation de causeries éducatives avec les parents, visant non seulement à les sensibiliser au Programme dont leurs enfants bénéficient mais aussi les incitant à échanger avec eux.

Le Programme CAREH partage la position de l'Organisation Mondiale de la Santé exprimée par sa Directrice générale (Dr. G.H. Brundtland) en ces termes : *« Ce sont surtout les jeunes, alors qu'ils commencent leur vie sexuelle et reproductive, qui doivent savoir se protéger contre les maladies, la violence et l'exploitation. Ils ont un droit à l'information et aux services.... Donner aux jeunes une information n'encourage pas la dissolution des mœurs mais favorise davantage le respect mutuel et la responsabilité partagée ».*

Sur le plan opérationnel et financier, le Programme a démarré grâce à une subvention de la fondation Rockefeller. Il est piloté par une équipe pluridisciplinaire à la tête de laquelle se trouve le Pr. Barthélemy Kuate Defo de l'Université de Montréal, spécialiste en médecine préventive et démographie médicale, promoteur et directeur du Programme. Le Secrétariat Exécutif est basé à Bandjoun (Ouest Cameroun), premier site d'intervention du Programme. Le Pr. Kuate Defo est également promoteur et responsable : (i) de l'Accord-Cadre Institutionnel signé entre l'Université de Montréal et les six Universités d'État du Cameroun, (ii) de six Accords Tripartites signés entre l'Université de Montréal, l'Agence Universitaire de la Francophonie (AUF) et chacune des six Universités d'État du Cameroun, (iii) de plusieurs autres programmes de

recherche au Cameroun et en Afrique portant sur la nutrition et la santé des enfants d'âge préscolaire, la santé des femmes et la concentration familiale des décès et des déficiences nutritionnelles.

☞ Activités de ces derniers mois...

- C'EST OFFICIELLEMENT PARTI !

Le 22 septembre 2001 a eu lieu la cérémonie de lancement officiel du Programme à la préfecture de Bandjoun. De nombreuses personnes et autorités y ont pris part représentant le Haut Commissariat du Canada au Cameroun et plusieurs départements ministériels dont le Ministère de la Santé Publique, le Ministère de l'Éducation Nationale, le Ministère de l'Enseignement Supérieur, le Ministère des Affaires Sociales, le Ministère de la Condition Féminine, le Ministère de la Jeunesse et des Sports. Merci à tous ceux et celles qui ont fait le déplacement ce jour là, témoignant ainsi de leur attachement au Programme.

À l'issue du lancement, le Ministère de l'Enseignement supérieur a réaffirmé son soutien au Programme, exprimé en ces termes par le Ministre Atangana Mebara dans sa lettre du 23 octobre 2001 (n°01/4212/MINESUP/CAB/CT2), adressée au directeur du Programme CAREH : *« J'ai l'honneur de vous signifier tout l'intérêt que je porte à votre programme dont les objectifs sont en conformité avec la politique de mon département ministériel [...]. Je voudrais vous présenter mes vives et sincères félicitations en même temps que mes encouragements pour la poursuite de votre programme »*. Préalablement, le Ministère de l'Éducation Nationale avait signé un accord de collaboration avec le Programme en vue de sa mise en place dans les établissements d'enseignement au Cameroun (Réf: 001/PNA/897).

- LES OUVRAGES SONT PRÊTS !

Dans le cadre de la composante « Éducation pour la Santé », ces derniers mois ont vu la finalisation d'une première collection de sept ouvrages spécialement destinés aux jeunes et développés avec eux :

« **Comment allez-vous ?** » Destiné à tous, cet ouvrage revient sur les concepts clés de la nutrition et de l'hygiène et informe les jeunes sur les dangers de l'alcool et du tabac.

« **Ma vie reproductive ? Je suis serein !** ». Spécialement conçu pour les 10-14 ans, cet ouvrage les aide à faire le point sur les changements physiques et psychologiques qui surviennent à la puberté mais aussi à se situer par rapport à la société qui les entoure, en favorisant le dialogue et la compréhension de l'autre.

« **Ma vie reproductive ? Pas de problème !** ». Parce qu'il est destiné aux 15 ans et plus, ce livre approfondit et complète les thèmes abordés dans l'ouvrage précédent.

« **La contraception ? Je m'informe !** ». Cet ouvrage vise non seulement à informer les jeunes sur les méthodes contraceptives mais aussi à leur donner les moyens de discuter de contraception. « **Les infections sexuellement transmissibles ? Je les évite !** ». La prévention des infections sexuellement transmissibles repose sur l'adoption de comportements responsables. Ce livre offre une information complète et détaillée qui donne aux jeunes les moyens de se protéger.

« **Un enfant ? Oui, mais pas tout de suite !** ». L'éventualité d'une grossesse à l'adolescence et ses répercussions est un sujet qui mérite réflexion. L'ouvrage vise avant tout à sensibiliser les jeunes, garçons et filles, à cette éventualité. Il les amène à réfléchir sur les raisons et les conséquences d'une grossesse aux jeunes âges par des mises en situation.

« **Les pressions ? Je sais dire NON !** ». Cet ouvrage a été conçu pour encourager les jeunes à penser, à discuter et à mettre en pratique les informations qui les aideront à résister aux pressions de la société et de leurs pairs. Il offre de nombreuses mises en situation qui les préparent à traverser la période de vulnérabilité que constitue l'adolescence et les aide à se prendre en charge.

Ces ouvrages, même s'ils ont été spécifiquement développés pour les jeunes, peuvent être acquis par tous, parents et adultes.

- LES FORMATEURS ONT ÉTÉ FORMÉS !

Toujours dans le cadre de la composante « Éducation pour la Santé », la première formation des formateurs a été organisée à Bandjoun du 17 au 21 décembre 2001. Elle a accueilli un public d'adultes (enseignants, responsables communautaires, etc.) et un public de jeunes scolarisés et non scolarisés.

Quarante heures de formation ont été dispensées au cours de cette semaine autour d'un double objectif : (i) mise à niveau des connaissances, contrôlée par la réalisation d'un pré-test et d'un post-test, (ii) formation à « l'art d'être

ANNEXE B

**TABLEAUX IV.5 : Définitions et spécifications des variables pour
l'entrée en sexualité**

**TABLEAUX IV.6 : Définitions et spécifications des variables pour la
prévention des grossesses**

**TABLEAUX IV.7 : Définitions et spécifications des variables pour la
prévention du VIH**

Tableau IV. 5 : Définitions et spécifications des variables pour l'entrée en sexualité

<i>Variables</i>	<i>Spécifications</i>
Panel A. Variables d'intervention	
Appartenance des adolescents à un groupe d'enquête	Variable polytomique avec quatre modalités : (i) Adolescents non-exposés au programme et non scolarisés, (ii) Adolescents non-exposés au programme et scolarisés, (iii) Adolescents exposés au programme en milieu communautaire, et (iv) Adolescents exposés au programme en milieu scolaire.
Panel B. Variable dépendante (Résultat lointain de l'intervention)	
Probabilité d'avoir un premier rapport sexuel dans l'année d'intervention proprement dite	Variable dichotomique codée 1 si l'adolescent a eu son premier rapport sexuel entre juillet 2001 et juin 2002 et 0 si non.
Panel C. Variable d'intérêt clé (Résultat intermédiaire)	
3.1 Perception négative sur la sexualité prémaritale	Variable dichotomique codée 1 si l'adolescent désapprouve la sexualité prémaritale et 0 s'il est favorable à la sexualité prémaritale.
Panel D. Variables de contrôle	
4.1 Variables individuelles	
Groupes d'âge au moment de l'enquête	Variable polytomique avec trois modalités : (i) groupes d'âge de 10 à 16 ans ou moins de 17 ans, (ii) de 17 à 18 ans et (iii) de 19 à 20 ans.
Sexe	Variable dichotomique codée 1 (adolescente) et 0 (adolescent).
Niveau d'étude	Variable dichotomique codée 0 si le niveau d'étude complété s'arrête à six ans (Primaire) ou 1 si l'adolescent a complété au moins sept années de scolarité (Secondaire et plus)
Religion	Variable dichotomique codée 1 pour les catholiques et 0 pour les protestants et autres religions
Connaissance des conséquences des rapports sexuels prémaritaux	Variable dichotomique codée 1 pour un adolescent qui estime que le rapport sexuel prémarital a au moins un des inconvénients (perturbe les études, contre la doctrine religieuse, conduit à des grossesses hors mariage, il rend les filles frivoles, ne respecte pas les normes sociales ou expose aux IST/SIDA) et 0 au cas contraire.

Tableau IV.5 (suite 1) :

<i>Variables</i>	<i>Spécifications</i>
Connaissance des avantages du rapport sexuel prémarital	Variable dichotomique codée 1 pour un adolescent qui estime que le rapport sexuel prémarital a au moins un des avantages (montrer sa capacité sexuelle, sa capacité de procréer, se conformer aux amis, combler les besoins matériels et financiers, besoin d'amour, provoquer le mariage ou maintenir la relation) et 0 au cas contraire.
Perception des adolescents sur la pression pour les faveurs sexuelles	Variable polytomique codée : 3 pour un adolescent ayant la perception d'avoir subi une pression pour faveurs sexuelles, 2 pour un adolescent n'ayant pas subi de pression et 1 quand l'adolescent ne se souvient pas. Elle a été recodée en 2 modalités en cumulant 1 et 2.
Perception sur la probabilité qu'une personne cherche à violer l'adolescent	Variable polytomique sur l'échelle de Likert de 1 à 5 recodée en trois modalités : (i) certaine que cela n'arrivera pas, (ii) cela arrivera probablement ou pas certaine, et (iii) cela pourrait probablement ou arriver de manière certaine.
Capacité à résister à la pression pour un rapport sexuel	Six variables construites sur l'échelle de Likert de 1 à 5. Être capable : de refuser d'avoir un rapport avec personne connue depuis moins de trois mois ; de refuser d'avoir un rapport avec personne connue depuis plus de trois mois ; de refuser d'avoir un rapport avec une personne qui a offert un cadeau ; de refuser d'avoir un rapport avec une personne affectionnée ; de refuser d'avoir un rapport avec personne qui a payé les frais de scolarité/formation ou de refuser d'avoir un rapport avec un professeur/employeur. Ces variables ont été recodés en deux modalités : (i) je ne sais pas, ne pourrais certainement ou probablement pas, (ii) pourrait probablement ou certainement.
Consommation d'alcool	Variable dichotomique codée 1 pour un adolescent qui a déjà bu de l'alcool et 0 au cas contraire.
Consommation de cigarette	Variable dichotomique codée 1 pour une personne qui fume de la cigarette et 0 au cas contraire.
Visualisation de film pornographique	Variable dichotomique codée 1 pour un enquêté qui a déjà visualisé un film pornographique et 0 au cas contraire.

Tableau IV.5 (suite 2) :

<i>Variables</i>	<i>Spécification</i>
Variabes familiales et environnementales	
Contrôle parental des activités de loisir de l'adolescent au moment de l'enquête	Variable polytomique avec trois modalités : i) pas du tout de contrôle (ou contrôle faible), (ii) assez, peu et très peu de contrôle (ou contrôle moyen) et (iii) beaucoup de contrôle (ou contrôle sévère).
Structure de la famille	Variable polytomique avec trois modalités : les adolescents vivant avec les deux parents étaient codés 3, ceux vivant avec un des deux parents étaient codés 2 et ceux ne vivant avec aucun des parents étaient codés 1.
Relation avec les parents ou tuteurs	Variable polytomique avec trois modalités : (i) pour un adolescent qui estime que ces relations ne sont pas assez bonnes, passables ou difficiles, (ii) pour un adolescent qui trouve les relations bonnes et (iii) pour un adolescent qui trouve les relations très bonnes.
Indice du niveau socioéconomique de la famille	Construit à l'aide de l'ACP à partir de treize variables : la source d'eau, le type de toilette, l'électricité, la radio, le téléviseur, le réfrigérateur, les matériaux du plancher, les matériaux des murs, les matériaux du toit, la possession de bicyclette, de terre, de bétails (bœuf, chèvre, mouton) ou de culture commerciale (café, cacao).
Niveau d'étude de l'encadreur	Variable polytomique avec trois modalités : (i) aucun niveau pour quelqu'un qui reconnaît que son encadreur n'a aucun niveau ou quelqu'un qui dirait qu'il ne sait pas le niveau de son encadreur, (ii) le niveau primaire, pour l'encadreur d'un adolescent qui n'a terminé que les six premières années de sa scolarité, et (iii) le niveau secondaire et plus pour celui qui a au moins sept années de scolarité.
Niveau d'implication dans les associations de jeunes	Variable dichotomique codée 1 pour un adolescent qui est très souvent, souvent, parfois ou rarement impliqué et 0 pour celui qui n'est jamais impliqué.
Niveau d'implication dans les activités communautaires	Variable dichotomique codée 1 pour un enquêté qui est très souvent, souvent, parfois ou rarement impliqué et 0 pour celui qui n'est jamais impliqué.

Tableau IV.5 (suite 3) :

<i>Variables</i>	<i>Spécification</i>
Niveau d'implication dans les activités religieuses	Variable dichotomique codée 1 pour un adolescent qui est très souvent, souvent, parfois ou rarement impliqué et 0 pour celui qui n'est jamais impliqué.
Couverture des districts sociosanitaires	Variable polytomique avec trois modalités selon la couverture du Programme : (i) pour les districts sociosanitaires qui n'ont ni école, ni centres de soins, couverture faible (Djiomgho, SeDembom, Famlang, Ha'a, Bagang Fodji), (ii) pour les districts qui n'ont que des centres de soins, couverture moyenne (Demdeng et Tsesse) et (iii) pour les districts qui ont à la fois des écoles et centres de soins, couverture élevée (Pete, Dja'a, Yom, Famla II et Tsela).

Tableau IV. 6 : Définitions et spécifications des variables pour la prévention des grossesses

<i>Variables</i>	<i>Spécification</i>
Panel A. Variables d'intervention	
Appartenance des jeunes à un groupe d'enquêtés	Variable polytomique avec quatre modalités : (i) Jeunes non-exposés au programme et non scolarisés, (ii) Jeunes non-exposés au programme et scolarisés, (iii) Jeunes exposés au programme en milieu communautaire, et (iv) Jeunes exposés au programme en milieu scolaire.
Panel B. Variables dépendantes	
Probabilité d'utilisation de la contraception moderne	Dichotomique codée 1 si le jeune utilise une méthode moderne de contraception et 0 au cas contraire
Probabilité d'avoir des connaissances élevées sur la prévention des grossesses	Dichotomique codée 1 si le jeune connaît au moins une méthode moderne de contraception moderne sur les huit et un risque de grossesse sur cinq et 0 sinon.
Panel C. Variables d'intérêt clés	
Communication avec les parents sur la santé	Variable dichotomique codée 1 si le jeune a communiqué avec les parents sur au moins un des sujets suivants : la puberté, l'éducation sexuelle, la prévention des grossesses, la prévention des IST et l'utilisation de l'alcool ou de la drogue et 0 au cas contraire
Communication avec les pairs sur la santé	Variable dichotomique codée 1 si le jeune a communiqué avec ses pairs sur au moins un des sujets suivants : la puberté, l'éducation sexuelle, la prévention des grossesses, la prévention des IST et l'utilisation de l'alcool ou la drogue et 0 au cas contraire
Entendre une information sur la santé des jeunes dans les médias	Variable polytomique codée 1 si le jeune a entendu dans les médias une information sur au plus un sujet (l'hygiène, la contraception, l'anatomie, le VIH/SIDA, les IST, le développement, la grossesse et les avortements) (exposition faible), codée 2 si le jeune a entendu dans les médias entre de 2 à 4 sujets (exposition moyenne) et 3 si le jeune a entendu entre 5 et 8 sujets (exposition forte).

Tableau IV. 6 (suite 1) :

<i>Variables</i>	<i>Spécifications</i>
Connaissance de la contraception moderne	Variable dichotomique codée 1 si le jeune connaissait la méthode moderne de contraception moderne (la pilule, le dispositif intra-utérin, l'injection, le diaphragme, le préservatif, le Norplant, la stérilisation masculine et la stérilisation féminine) et 0 au cas contraire. Puis une variable dichotomique représente l'indice de connaissance de la contraception moderne si le jeune connaissait au moins une des huit méthodes modernes de contraception et 0 s'il ne connaissait rien.
Connaissance de la contraception naturelle ou traditionnelle	Variable dichotomique codée 1 si le jeune connaissait au moins une des cinq méthodes naturelles ou traditionnelles de contraception (la méthode du calendrier, l'abstinence, le retrait, les herbes et la douche vaginale).
Connaissances générales sur les risques de grossesse	Variable dichotomique qui prend 1 si le répondant connaît au moins un des cinq risques (connaissance que le risque de grossesse est situé au milieu du cycle menstruel, qu'il est possible de tomber enceinte même s'il n'y a qu'un seul rapport sexuel, qu'il y a risque de grossesse au premier rapport sexuel, qu'il y a risque de grossesse même s'il y a un retrait et que la pilule pour être efficace la prise journalière doit être respectée) et 0 au cas contraire.
Utilisation de la contraception au premier rapport sexuel	Variable dichotomique codée 1 si le jeune reconnaît avoir utilisé une méthode de contraception quelconque au premier rapport sexuel et 0 au cas contraire.
Raison d'utilisation de la contraception au premier rapport sexuel	Variable polytomique codée avec trois modalités : (i) pour la prévention de grossesse, (ii) pour la prévention des IST, et (iii) pour prévention des grossesses et des IST.
Raison d'utilisation de la contraception moderne au moment de l'enquête	Variable polytomique codée avec trois modalités : (i) pour la prévention de grossesse, (ii) pour la prévention des IST, et (iii) pour prévention des grossesses et des IST.
Avoir tenté un avortement provoqué	Variable dichotomique codée 1 si le jeune a eu une tentative d'avortement provoqué et 0 au cas contraire.

Tableau IV.6 (suite 2) :

<i>Variables</i>	<i>Spécification</i>
Opinion des jeunes sur la légalisation de l'avortement	Variable dichotomique codée 1 si le jeune est pour sous ou sans aucune condition et 0 quand il est contre.
Fréquence d'écoute de la radio	Variable polytomique codée avec trois modalités : (i) jamais, (ii) d'une fois par semaine à une fois dans le mois, et (iii) tous les jours ou presque.
Fréquence de visionnement de la télévision	Variable polytomique codée avec trois modalités : (i) jamais, (ii) d'une fois par semaine à une fois dans le mois, et (iii) tous les jours ou presque.
Lecture de journal	Variable dichotomique codée 1 si le jeune reconnaît avoir lu au moins un journal le mois précédent l'enquête et 0 au cas contraire.
Être sexuellement actif	Variable dichotomique codée 1 si le jeune a eu un partenaire sexuel les 12 derniers mois et 0 au cas contraire.
<i>Panel D. Variables de contrôle</i>	
Variables individuelles	
Groupes d'âge	Variable polytomique avec trois modalités : (i) groupes d'âge de 10 à 14 ans, (ii) de 15 à 19 ans et (iii) de 20 à 29 ans. Pour les jeunes sexuellement actifs codés 0 pour les adolescents (10 à 19 ans) et 1 pour les jeunes (20 à 29 ans).
Sexe	Variable dichotomique codée 1 pour la jeune fille et 0 pour le jeune garçon.
Niveau d'étude	Variable dichotomique avec deux modalités codée 0 pour le Primaire et 1 pour le Secondaire et plus.

Tableau IV.6 (suite 3) :

<i>Variables</i>	<i>Spécification</i>
Variabes environnementales	
Disponibilité des services de santé dans le quartier	Construit par la sommation des quatorze variables suivantes : la disponibilité des services de consultations prénatales, de maternité, de prévention des grossesses, de test de grossesses, de conseil d'hygiène au centre de santé, de vaccination infantile, de conseil en nutrition, de conseil sur la contraception, de délivrance de la contraception, de vente de condoms, de dépistage des IST, de traitement des IST, de conseil sur le VIH/SIDA et de dépistage du VIH/SIDA. Subdivisés en trois groupes : disponibilité faible avec moins de 4 services, disponibilité moyenne avec 5 à 9 services et disponibilité élevée avec au moins 10 services sur les 14.
Le nombre de guérisseurs traditionnels dans les quartiers	Variable polytomique avec trois modalités : (i) Pas de guérisseur, (ii) Un seul guérisseur et (iii) Deux guérisseurs ou plus dans le quartier.
La distance la plus éloignée d'un centre de santé	Variable polytomique avec trois modalités : (i) les jeunes qui sont au maximum à un kilomètre d'un centre de santé, (ii) ceux qui sont à plus d'un kilomètre jusqu'à trois kilomètres et (iii) ceux qui sont à plus de trois kilomètres.
Districts sociosanitaires d'appartenance	Variable polytomique avec trois modalités selon la couverture du Programme : (i) pour les districts sociosanitaires qui n'ont ni école, ni centres de soins, couverture faible (Djionggho, SeDembom, Famleng, Ha'a, Bagang Fodji), (ii) pour les districts qui n'ont que des centres de soins, couverture moyenne (Demdeng et Tsesse) et (iii) pour les districts qui ont à la fois des écoles et centres de soins, couverture élevée (Pete, Dja'a, Yom, Famla II et Tsela).

Tableau IV. 7 : Définitions et spécifications des variables pour la prévention du VIH

<i>Variables</i>	<i>Spécification</i>
<i>Panel A. Variables d'intervention</i>	
Appartenance du jeune à un groupe d'enquêtés	Variable polytomique avec quatre modalités : (i) Jeunes non-exposés au programme et non scolarisés, (ii) Jeunes non-exposés au programme et scolarisés, (iii) Jeunes exposés au programme en milieu communautaire, et (iv) Jeunes exposés au programme en milieu scolaire.
<i>Panel B. Variables dépendantes</i>	
Probabilité d'utilisation du condom pour la prévention du VIH	Dichotomique codée 1 si le jeune ou son partenaire a utilisé le condom au dernier rapport sexuel et 0 sinon.
Probabilité d'avoir des connaissances sur la prévention du VIH	Variable dichotomique codée 1 si le jeune connaît trois des six bonnes réponses sur les voies de transmission du VIH et au moins deux moyens de protection contre le VIH et 0 sinon.
<i>Panel C. Variables d'intérêt clés</i>	
Connaissance de moyens pour éviter les IST	Construit à l'aide de sept variables : faire des rapports sexuels sans pénétration, utiliser des préservatifs, faire une douche intime avec antiseptique, éviter la promiscuité, l'abstinence, éviter les prostituées et l'utilisation des herbes ne peut pas prévenir.
Connaissance des voies de transmission du VIH	Construit à l'aide de six variables, à savoir : reconnaître que le VIH se transmet par rapport sexuel, échange de seringues, transfusion sanguine, de la mère à l'enfant et qu'il ne se transmet pas par piqûre de moustiques ou par contact occasionnel. La connaissance d'au moins trois voies de transmission correcte sur six est considérée élevée et codée 1 et 0 au cas contraire.

Tableau IV.7 (suite 1) :

<i>Variables</i>	<i>Spécifications</i>
Connaissance des moyens de protection contre le VIH	Construit à l'aide de huit variables, à savoir que le VIH peut être évité par : l'abstinence, la fidélité à un partenaire, encouragement du partenaire à rester fidèle, évitement des transfusions sanguines incontrôlées, utilisation du préservatif, non partage des seringues, non fréquentation des prostituées et évitement de la promiscuité. La connaissance de quatre moyens de protection sur huit a été considérée comme élevée et codée 1 et 0 au cas contraire.
Connaissances générales du SIDA	Des variables dichotomiques, codées 1 quand la réponse est positive et 0 sinon : connaissance d'une personne vivant avec le VIH ou décédée du SIDA, connaissance qu'entre la séropositivité et l'éclosion du SIDA il pourrait y avoir plusieurs années, connaître qu'une personne apparemment en bonne santé pourrait avoir le VIH/SIDA, connaître que la disparition des signes d'IST est différente de la guérison.
Perceptions sur le VIH/SIDA	Des variables dichotomiques, codées (i) quand le répondant ne sait pas, (ii) quand il dit non, et (iii) quand il pense que c'est possible. Avoir la perception qu'il pourrait attraper le SIDA dans les 12 mois, inquiet de pouvoir attraper le SIDA, penser avoir fait quelque chose qui l'aurait exposé au virus du SIDA ou pense que certains de ses amis risquent d'attraper le SIDA.
Antécédent d'une IST	Variable dichotomique codée 1 chez les jeunes sexuellement actifs si le jeune a déjà eu une IST et 0 au cas contraire.
Être sexuellement actif	Variable dichotomique codée 1 si le jeune a eu un partenaire sexuel les 12 derniers mois et 0 au cas contraire.
Nombre de partenaires sexuels	Variable dichotomique codée 1 si le jeune a eu au moins deux partenaires sexuels et 0 s'il n'a eu qu'un seul partenaire.

Tableau IV.7 (suite 2) :

<i>Variables</i>	<i>Spécifications</i>
Panel D. Variables de contrôle	
Variables individuelles	
Groupes d'âge	Variable polytomique avec trois modalités : (i) groupes d'âge de 10 à 14 ans, (ii) de 15 à 19 ans et (iii) de 20 à 29 ans. Pour les jeunes sexuellement actifs codés 0 pour les adolescents et 1 pour les jeunes.
Sexe	Variable dichotomique codée 1 pour la jeune fille et 0 pour le jeune garçon.
Niveau d'étude	Variable dichotomique avec deux modalités, codées 0 pour le Primaire et 1 pour le Secondaire et plus.
Religion	Variable dichotomique avec deux modalités, codées 0 pour les Protestants et autres religions et 1 pour les Catholiques.
Variables environnementales	
Disponibilité des services de santé dans le quartier	Construit par la sommation des quatorze variables suivantes : la disponibilité des services de consultations prénatales, de maternité, de prévention des grossesses, de test de grossesses, de conseil d'hygiène au centre de santé, de vaccination infantile, de conseil en nutrition, de conseil sur la contraception, de délivrance de la contraception, de vente de condoms, de dépistage des IST, de traitement des IST, de conseil sur le VIH/SIDA et de dépistage du VIH/SIDA. Subdivisés en trois groupes : disponibilité faible avec moins de 4 services, disponibilité moyenne avec 5 à 9 services et disponibilité élevée avec au moins 10 services sur les 14.
Guérisseurs traditionnels	Variable polytomique avec trois modalités : (i) Pas de guérisseur, (ii) Un seul guérisseur et (iii) Deux guérisseurs ou plus dans le quartier.
La distance la plus éloignée d'un centre de santé	Variable polytomique avec trois modalités : (i) les jeunes qui sont au maximum à un kilomètre d'un centre de santé, (ii) ceux qui sont de un à trois kilomètres et (iii) ceux qui sont à plus de trois kilomètres.
Districts sociosanitaires d'appartenance	Variable polytomique avec trois modalités selon la couverture du Programme : (i) pour couverture faible (Djionggho, SeDembom, Famleng, Ha'a, Bagang Fodji), (ii) pour couverture moyenne (Demdeng et Tsesse) et (iii) pour couverture élevée (Pete, Dja'a, Yom, Famla II et Tsela).

ANNEXE C

TABLEAUX IV.8 À IV.13 :

ESTIMÉS POUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

Tableau IV. 8 : Estimés pour l'évaluation de la qualité des données sur l'entrée en sexualité chez les jeunes non-exposés à l'intervention

<i>Variables</i>		<i>Estimés</i> (E)	<i>Erreur- type</i> (ET)	<i>Erreur relative</i> (ET/E)	<i>95% IC</i>		<i>N</i>
					<i>E-2 *ET</i>	<i>E+2 *ET</i>	
Âge de l'enquêteur	Moyenne	13,852	0,080	0,006	13,692	14,012	1181
Sexe de l'enquêteur	Proportion	0,507	0,015	0,029	0,478	0,536	1181
Premier rapport sexuel	Proportion	0,043	0,006	0,137	0,031	0,055	1181
Âge au premier rapport sexuel	Moyenne	16,627	0,247	0,015	16,133	17,122	51
Perception sur le rapport sexuel prémarital							
Rapport sexuel nécessaire pour les filles avant le mariage	Proportion	0,112	0,009	0,082	0,093	0,130	1181
Rapport sexuel nécessaire pour les garçons avant le mariage	Proportion	0,122	0,010	0,078	0,103	0,141	1181
Avantages des rapports sexuels prémaritaux							
Montrer sa capacité sexuelle	Proportion	0,030	0,005	0,167	0,020	0,040	1181
Montrer sa capacité de procréer	Proportion	0,023	0,004	0,190	0,014	0,032	1181
Se conformer aux amis	Proportion	0,016	0,004	0,228	0,009	0,023	1181
Besoins matériels et financiers	Proportion	0,008	0,003	0,332	0,003	0,013	1181
Besoin d'amour	Proportion	0,041	0,006	0,141	0,029	0,052	1181
Provoquer le mariage	Proportion	0,012	0,003	0,266	0,006	0,018	1181
Maintenir la relation	Proportion	0,027	0,005	0,174	0,018	0,037	1181
Inconvénients des rapports sexuels prémaritaux							
Perturbe les études	Proportion	0,519	0,015	0,028	0,490	0,548	1181
Contre la doctrine religieuse	Proportion	0,081	0,008	0,098	0,065	0,097	1181
Conduit à des grossesses hors mariage	Proportion	0,186	0,011	0,061	0,164	0,209	1181
Rend les filles frivoles	Proportion	0,163	0,011	0,066	0,141	0,184	1181
Ne respecte pas les normes sociales	Proportion	0,099	0,009	0,088	0,082	0,116	1181
Expose aux IST/sida	Proportion	0,303	0,013	0,044	0,276	0,330	1181
Situation des parents							
Contrôle parental	Moyenne	3,561	0,042	0,012	3,476	3,645	1181
Vit avec père	Proportion	0,544	0,014	0,027	0,515	0,573	1181
Vit avec mère	Proportion	0,690	0,013	0,020	0,663	0,717	1181
Niveau d'éducation de la personne responsable	Moyenne	1,865	0,024	0,013	1,816	1,913	1181
Relation avec le parent	Moyenne	2,012	0,024	0,012	1,964	2,060	1181

Tableau IV.8 (suite 1) :

<i>Variables</i>		<i>Estimés</i>	<i>Erreur-</i>	<i>Erreur</i>	<i>95% IC</i>		<i>N</i>
		(E)	<i>type</i> (ET)	<i>relative</i> (ET/E)	E-2 *ET	E+2 *ET	
Capacité de résister à une pression pour faveur sexuelle							
A reçu des pressions pour des rapports sexuels	Moyenne	1,998	0,008	0,004	1,982	2,015	1181
Probabilité de subir une pression	Moyenne	1,444	0,019	0,013	1,406	1,481	1181
Capable de refuser d'avoir un rapport avec personne connue depuis moins de 3 mois	Moyenne	1,953	0,041	0,021	1,871	2,036	1181
Capable de refuser d'avoir un rapport avec personne connue depuis plus de 3 mois	Moyenne	1,960	0,041	0,021	1,878	2,043	1181
Capable de refuser d'avoir un rapport avec personne qui a offert un cadeau	Moyenne	1,959	0,041	0,021	1,876	2,041	1181
Capable de refuser d'avoir un rapport avec personne affectivée	Moyenne	1,990	0,041	0,021	1,908	2,072	1181
Capable de refuser d'avoir un rapport avec personne qui a payé frais de scolarité/formation	Moyenne	1,992	0,041	0,021	1,910	2,075	1181
Capable de refuser d'avoir un rapport avec professeur/employeur	Moyenne	1,931	0,041	0,021	1,849	2,012	1181
Implication dans diverses activités							
Implication activités associatives	Moyenne	0,198	0,012	0,059	0,175	0,221	1181
Implication activités communautaires	Moyenne	0,187	0,011	0,061	0,164	0,210	1181
Implication activités religieuses	Moyenne	0,390	0,014	0,036	0,362	0,419	1181
Comportements des jeunes							
A déjà bu une boisson alcoolisée	Proportion	0,223	0,012	0,054	0,198	0,247	1181
A déjà fumé une cigarette	Proportion	0,038	0,006	0,146	0,027	0,049	1181
A déjà vu du matériel pornographique	Proportion	0,216	0,012	0,055	0,192	0,240	1181
Pour l'appréciation du niveau socioéconomique de la famille							
Electricité	Proportion	0,433	0,014	0,033	0,404	0,462	1181
Radio	Proportion	0,585	0,014	0,025	0,556	0,614	1181
Télévision	Proportion	0,206	0,012	0,057	0,182	0,229	1181
Provenance de l'eau	Moyenne	2,040	0,023	0,012	1,993	2,087	1181
Type de toilettes	Moyenne	2,530	0,020	0,008	2,489	2,571	1181
Matériau du plancher	Moyenne	1,891	0,036	0,019	1,818	1,963	1181
Matériau des murs	Moyenne	2,180	0,017	0,008	2,145	2,214	1181
Matériau du toit	Moyenne	1,997	0,006	0,003	1,985	2,010	1181
Bicyclette dans le ménage	Proportion	0,149	0,010	0,070	0,128	0,170	1181
Terre	Proportion	0,301	0,013	0,044	0,274	0,327	1181
Boeufs	Proportion	0,263	0,013	0,049	0,238	0,289	1181
Culture commerciale	Proportion	0,231	0,012	0,053	0,207	0,256	1181

Tableau IV. 9 : Estimés pour l'évaluation de la qualité des données sur l'entrée en sexualité chez les jeunes exposés à l'intervention

<i>Variables</i>		<i>Estimés</i>	<i>Erreur- type (ET)</i>	<i>Erreur relative (ET/E)</i>	<i>95% IC</i>		<i>N</i>
		(E)			E-2 *ET	E-2 *ET	
Âge de l'enquêteur	Moyenne	15,836	0,119	0,008	15,597	16,074	384
Sexe de l'enquêteur	Proportion	0,607	0,025	0,041	0,557	0,657	384
Premier rapport sexuel	Proportion	0,089	0,015	0,164	0,060	0,118	384
Âge au premier rapport sexuel	Moyenne	17,029	0,237	0,014	16,556	17,503	34
Perception sur le rapport sexuel prémarital							
Rapport sexuel nécessaire pour les filles avant le mariage	Moyenne	0,177	0,020	0,110	0,138	0,216	384
Rapport sexuel nécessaire pour les garçons avant le mariage	Moyenne	0,219	0,021	0,097	0,177	0,261	384
Avantages des rapports sexuels prémaritaux							
Montrer sa capacité sexuelle	Moyenne	0,055	0,012	0,212	0,031	0,078	384
Montrer sa capacité de procréer	Moyenne	0,026	0,008	0,312	0,010	0,042	384
Se conformer aux amis	Moyenne	0,021	0,007	0,350	0,006	0,035	384
Besoins matériels et financiers	Moyenne	0,008	0,004	0,576	-0,001	0,017	384
Besoin d'amour	Moyenne	0,073	0,013	0,182	0,046	0,099	384
Provoquer le mariage	Moyenne	0,021	0,007	0,350	0,006	0,035	384
Maintenir la relation	Moyenne	0,063	0,012	0,198	0,038	0,087	384
Inconvénients des rapports sexuels prémaritaux							
Perturbe les études	Moyenne	0,435	0,025	0,058	0,384	0,486	384
Contre la doctrine religieuse	Moyenne	0,089	0,015	0,164	0,060	0,118	384
Conduit à des grossesses hors mariage	Moyenne	0,195	0,020	0,104	0,155	0,236	384
Rend les filles frivoles	Moyenne	0,161	0,019	0,116	0,124	0,199	384
Ne respecte pas les normes sociales	Moyenne	0,091	0,015	0,161	0,062	0,121	384
Expose aux IST/sida	Moyenne	0,378	0,025	0,066	0,328	0,427	384
Situation des parents							
Contrôle parental	Moyenne	3,591	0,073	0,020	3,446	3,736	384
Vit avec père	Moyenne	0,542	0,025	0,047	0,491	0,593	384
Vit avec mère	Moyenne	0,661	0,024	0,037	0,613	0,710	384
Niveau d'éducation de la personne responsable	Moyenne	2,055	0,045	0,022	1,964	2,145	384
Relation avec le parent	Moyenne	2,172	0,043	0,020	2,086	2,258	384

Tableau IV.9 (suite 1) :

<i>Variables</i>		<i>Estimés</i>	<i>Erreur- type (ET)</i>	<i>Erreur relative (ET/E)</i>	<i>95% IC</i>		<i>N</i>
		(E)			E-2 *ET	E+2 *ET	
Capacité de résister à une pression pour faveur sexuelle							
A reçu des pressions pour des rapports sexuels	Moyenne	2,094	0,018	0,009	2,057	2,130	384
Probabilité de subir des pressions	Moyenne	1,576	0,034	0,022	1,507	1,644	384
Capable de refuser d'avoir un rapport avec personne connue depuis moins de 3 mois	Moyenne	2,232	0,073	0,033	2,085	2,379	384
Capable de refuser d'avoir un rapport avec personne connue depuis plus de 3 mois	Moyenne	2,232	0,072	0,032	2,087	2,377	384
Capable de refuser d'avoir un rapport avec personne qui a offert un cadeau	Moyenne	2,229	0,072	0,032	2,085	2,373	384
Capable de refuser d'avoir un rapport avec personne affectionnée	Moyenne	2,206	0,071	0,032	2,063	2,348	384
Capable de refuser d'avoir un rapport avec personne qui a payé frais de scolarité/formation	Moyenne	2,169	0,073	0,033	2,024	2,314	384
Capable de refuser d'avoir un rapport avec professeur/employeur	Moyenne	2,185	0,072	0,033	2,041	2,329	384
Implication dans diverses activités							
Implication activités associatives	Moyenne	0,388	0,025	0,064	0,338	0,438	384
Implication activités communautaires	Moyenne	0,370	0,025	0,067	0,320	0,419	384
Implication activités religieuses	Moyenne	0,531	0,025	0,048	0,480	0,582	384
Comportements des jeunes							
A déjà bu une boisson alcoolisée	Proportion	0,388	0,025	0,064	0,338	0,438	384
A déjà fumé une cigarette	Proportion	0,073	0,013	0,182	0,046	0,099	384
A déjà vu du matériel pornographique	Proportion	0,477	0,026	0,054	0,426	0,528	384
Pour l'appréciation du niveau socioéconomique de la famille							
Electricité	Proportion	0,570	0,025	0,044	0,520	0,621	384
Radio	Proportion	0,729	0,023	0,031	0,684	0,775	384
Télévision	Proportion	0,336	0,024	0,072	0,288	0,384	384
Provenance de l'eau	Moyenne	2,284	0,040	0,018	2,204	2,364	384
Type de toilettes	Moyenne	2,651	0,034	0,013	2,584	2,718	384
Matériau du plancher	Moyenne	2,203	0,069	0,031	2,065	2,341	384
Matériau des murs	Moyenne	2,318	0,033	0,014	2,252	2,384	384
Matériau du toit	Moyenne	2,013	0,009	0,004	1,996	2,030	384
Bicyclette dans le ménage	Proportion	0,195	0,020	0,104	0,155	0,236	384
Terre	Proportion	0,427	0,025	0,059	0,377	0,478	384
Boeufs	Proportion	0,328	0,024	0,073	0,280	0,376	384
Culture commerciale	Proportion	0,281	0,023	0,082	0,235	0,327	384

Tableau IV. 10 : Estimés pour l'évaluation de la qualité des données sur la prévention des grossesses chez les jeunes non-exposés à l'intervention

<i>Variables</i>		<i>Estimés</i>		<i>Erreur- type (ET)</i>	<i>Erreur relative (ET/E)</i>	<i>95% IC</i>		<i>N</i>
		(E)				E-2 *ET	E+2 *ET	
Âge de l'enquêteur	Moyenne	16,019		0,112	0,007	15,796	16,243	1645
Sexe de l'enquêteur	Proportion	0,526		0,012	0,023	0,502	0,551	1645
A déjà eu des rapports sexuels	Proportion	0,285		0,011	0,039	0,263	0,307	1645
Tentative d'avortement	Proportion	0,009		0,002	0,257	0,004	0,014	1645
Opinion sur la légalisation avortement	Proportion	0,179		0,009	0,053	0,160	0,198	1645
Connaissance des méthodes de contraception								
La Pilule	Proportion	0,205		0,010	0,049	0,185	0,225	1645
Le DIU	Proportion	0,031		0,004	0,138	0,022	0,040	1645
L'injection	Proportion	0,062		0,006	0,096	0,050	0,074	1645
Le Diaphragme	Proportion	0,059		0,006	0,099	0,047	0,071	1645
Le préservatif	Proportion	0,595		0,012	0,020	0,570	0,619	1645
Le Norplant	Proportion	0,050		0,005	0,107	0,040	0,061	1645
La méthode du calendrier	Proportion	0,219		0,010	0,047	0,199	0,240	1645
L'abstinence	Proportion	0,389		0,012	0,031	0,365	0,413	1645
Le retrait	Proportion	0,072		0,006	0,089	0,059	0,084	1645
Les herbes	Proportion	0,016		0,003	0,195	0,010	0,022	1645
La stérilisation masculine	Proportion	0,045		0,005	0,114	0,035	0,055	1645
La stérilisation féminine	Proportion	0,049		0,005	0,109	0,038	0,059	1645
La douche vaginale	Proportion	0,031		0,004	0,138	0,022	0,040	1645
Connaissance des risques de grossesse								
Possible de tomber enceinte si un seul rapport	Proportion	0,302		0,011	0,037	0,279	0,325	1645
Risque de grossesse au premier rapport	Proportion	0,286		0,011	0,039	0,264	0,309	1645
Risque de grossesse si retrait	Proportion	0,387		0,012	0,031	0,363	0,411	1645
Prise journalière de la pilule pour être efficace	Proportion	0,526		0,012	0,023	0,501	0,550	1645
Contacts avec masses médias								
Fréquence d'écoute de la radio	Moyenne	2,202		0,020	0,009	2,162	2,241	1645
Fréquence de visionnement de la télé	Moyenne	2,002		0,019	0,010	1,963	2,040	1645
Lire journal	Proportion	0,232		0,010	0,045	0,211	0,253	1645
Utilisation de la contraception								
Utilisation de la contraception au premier rapport sexuel	Proportion	0,250		0,021	0,083	0,208	0,292	432
Utilisation contraception moderne	Proportion	0,426		0,024	0,056	0,378	0,474	432

Tableau IV.10 (suite 1) :

<i>Variables</i>		<i>Estimés</i>	<i>Erreur- type</i>	<i>Erreur relative</i>	<i>95% IC</i>		<i>N</i>
		(E)	(ET)	(ET/E)	E-2 *ET	E+2 *ET	
Communication avec les parents ou tuteurs							
Puberté	Proportion	0,133	0,008	0,063	0,116	0,150	1645
Éducation sexuelle	Proportion	0,218	0,010	0,047	0,197	0,238	1645
Prévention des IST/SIDA	Proportion	0,307	0,011	0,037	0,284	0,330	1645
Prévention des grossesses	Proportion	0,178	0,009	0,053	0,159	0,196	1645
Usage d'alcool et drogues	Proportion	0,144	0,009	0,060	0,127	0,161	1645
Communication avec les pairs							
Puberté	Proportion	0,295	0,011	0,038	0,273	0,318	1645
Éducation sexuelle	Proportion	0,372	0,012	0,032	0,348	0,396	1645
Prévention des IST/SIDA	Proportion	0,525	0,012	0,023	0,500	0,549	1645
Prévention des grossesses	Proportion	0,331	0,012	0,035	0,308	0,355	1645
Usage d'alcool et drogues	Proportion	0,269	0,011	0,041	0,247	0,291	1645
A entendu un message dans les médias sur:							
Hygiène	Proportion	0,416	0,012	0,029	0,391	0,440	1645
Contraception	Proportion	0,300	0,011	0,038	0,278	0,323	1645
Anatomie	Proportion	0,302	0,011	0,037	0,279	0,325	1645
VIH/SIDA	Proportion	0,638	0,012	0,019	0,615	0,662	1645
IST	Proportion	0,488	0,012	0,025	0,463	0,512	1645
Développement	Proportion	0,224	0,010	0,046	0,204	0,245	1645
Grossesse	Proportion	0,369	0,012	0,032	0,345	0,393	1645
Avortement	Proportion	0,326	0,012	0,035	0,303	0,350	1645
Informations sur le quartier							
Nombre de guérisseurs traditionnels	Moyenne	1,947	0,033	0,017	1,881	2,013	1645
Distance du centre de santé	Moyenne	2,632	0,047	0,018	2,538	2,725	1645
Consultations prénatales au centre de santé	Proportion	0,689	0,011	0,017	0,667	0,712	1645
Maternité au centre de santé	Proportion	0,784	0,010	0,013	0,763	0,804	1645
Prévention des grossesses au centre de santé	Proportion	0,484	0,012	0,025	0,459	0,509	1645
Test de grossesses au centre de santé	Proportion	0,596	0,012	0,020	0,572	0,621	1645
Conseil d'hygiène au centre de santé	Proportion	0,555	0,012	0,022	0,531	0,580	1645
Vaccination infantile au centre de santé	Proportion	0,855	0,009	0,010	0,837	0,872	1645
Conseil en nutrition au centre de santé	Proportion	0,436	0,012	0,028	0,411	0,460	1645
Condoms au centre de santé	Proportion	0,413	0,012	0,029	0,389	0,438	1645
Conseil sur la contraception au centre de santé	Proportion	0,427	0,012	0,029	0,403	0,452	1645
Délivrance de la contraception au centre de santé	Proportion	0,227	0,010	0,046	0,206	0,247	1645
Dépistage des IST au centre de santé	Proportion	0,404	0,012	0,030	0,379	0,428	1645
Traitement des IST au centre de santé	Proportion	0,281	0,011	0,039	0,259	0,304	1645
Conseil sur le VIH/SIDA au centre de santé	Proportion	0,436	0,012	0,028	0,412	0,461	1645
Dépistage du VIH/SIDA au centre de santé	Proportion	0,184	0,010	0,052	0,164	0,203	1645

Tableau IV. 11 : Estimés pour l'évaluation de la qualité des données sur la prévention des grossesses chez les jeunes exposés à l'intervention

<i>Variables</i>		<i>Estimés</i>		<i>Erreur-type (ET)</i>	<i>Erreur relative (ET/E)</i>	<i>95% IC</i>		<i>N</i>
		(E)				E-2 *ET	E+2 *ET	
Âge de l'enquêteur	Moyenne	17,336		0,139	0,008	17,058	17,615	583
Sexe de l'enquêteur	Proportion	0,571		0,021	0,036	0,530	0,612	583
Tentative d'avortement	Proportion	0,017		0,005	0,314	0,006	0,028	583
Opinion sur la légalisation avortement	Proportion	0,271		0,018	0,068	0,234	0,308	583
Connaissance des méthodes de contraception								
La Pilule	Proportion	0,484		0,021	0,043	0,442	0,525	583
Le DIU	Proportion	0,077		0,011	0,143	0,055	0,099	583
L'injection	Proportion	0,130		0,014	0,107	0,102	0,158	583
Le Diaphragme	Proportion	0,151		0,015	0,098	0,121	0,181	583
Le préservatif	Proportion	0,813		0,016	0,020	0,781	0,845	583
Le Norplant	Proportion	0,111		0,013	0,117	0,085	0,138	583
La méthode du calendrier	Proportion	0,379		0,020	0,053	0,339	0,419	583
L'abstinence	Proportion	0,647		0,020	0,031	0,607	0,686	583
Le retrait	Proportion	0,130		0,014	0,107	0,102	0,158	583
Les herbes	Proportion	0,021		0,006	0,286	0,009	0,032	583
La stérilisation masculine	Proportion	0,130		0,014	0,107	0,102	0,158	583
La stérilisation féminine	Proportion	0,153		0,015	0,098	0,123	0,182	583
La douche vaginale	Proportion	0,050		0,009	0,181	0,032	0,068	583
Connaissance des risques de grossesse								
Possible de tomber enceinte si un seul rapport	Proportion	0,105		0,013	0,121	0,079	0,130	583
Risque de grossesse au premier rapport	Proportion	0,089		0,012	0,132	0,066	0,113	583
Risque de grossesse si retrait	Proportion	0,178		0,016	0,089	0,147	0,210	583
Prise journalière de la pilule pour être efficace	Proportion	0,307		0,019	0,062	0,269	0,345	583
Contacts avec masses médias								
Fréquence d'écoute de la radio	Moyenne	2,585		0,026	0,010	2,532	2,637	583
Fréquence de visionnement de la télé	Moyenne	2,316		0,029	0,013	2,257	2,374	583
Lire journal	Proportion	0,415		0,020	0,049	0,374	0,456	583
A déjà eu des rapports sexuels	Proportion	0,372		0,020	0,054	0,332	0,412	583
Utilisation de la contraception								
Au premier rapport sexuel	Proportion	0,284		0,032	0,114	0,219	0,348	194
Au dernier rapport sexuel	Proportion	0,541		0,036	0,066	0,470	0,613	194
A entendu un message dans les médias sur:								
Hygiène	Proportion	0,580		0,020	0,035	0,539	0,621	583
Contraception	Proportion	0,449		0,021	0,046	0,408	0,491	583
Anatomie	Proportion	0,403		0,020	0,050	0,362	0,444	583
VIH/SIDA	Proportion	0,842		0,015	0,018	0,812	0,872	583
IST	Proportion	0,690		0,019	0,028	0,651	0,728	583
Développement	Proportion	0,334		0,020	0,058	0,295	0,374	583
Grossesse	Proportion	0,549		0,021	0,038	0,508	0,590	583
Avortement	Proportion	0,439		0,021	0,047	0,398	0,480	583

Tableau IV.11 (suite 1) :

Variables		Estimés	Erreur- type (ET)	Erreur relative (ET/E)	95% IC		N
		(E)			E-2 *ET	E+2 *ET	
Communication avec les parents							
Puberté	Proportion	0,244	0,018	0,073	0,208	0,279	583
Éducation sexuelle	Proportion	0,398	0,020	0,051	0,357	0,439	583
Prévention des IST/SIDA	Proportion	0,473	0,021	0,044	0,432	0,515	583
Prévention des grossesses	Proportion	0,293	0,019	0,064	0,256	0,331	583
Usage d'alcool et drogues	Proportion	0,232	0,017	0,076	0,197	0,267	583
Communication avec les pairs							
Puberté	Proportion	0,516	0,021	0,040	0,475	0,558	583
Éducation sexuelle	Proportion	0,657	0,020	0,030	0,618	0,696	583
Prévention des IST/SIDA	Proportion	0,770	0,017	0,023	0,735	0,805	583
Prévention des grossesses	Proportion	0,556	0,021	0,037	0,515	0,597	583
Usage d'alcool et drogues	Proportion	0,388	0,020	0,052	0,347	0,428	583
Discussion avec un formateur de CAREH de:							
Nutrition et hygiène	Proportion	0,208	0,021	0,102	0,166	0,250	370
Contraception	Proportion	0,397	0,025	0,064	0,346	0,448	370
Anatomie ou puberté	Proportion	0,338	0,025	0,073	0,289	0,387	370
VIH/SIDA	Proportion	0,811	0,020	0,025	0,770	0,852	370
IST	Proportion	0,481	0,026	0,054	0,429	0,533	370
Développement de soi	Proportion	0,165	0,019	0,117	0,126	0,203	370
Prévention des grossesses	Proportion	0,468	0,026	0,056	0,416	0,520	370
Avortement	Proportion	0,270	0,023	0,086	0,224	0,317	370
A parlé du Programme CAREH avec:							
Mère	Proportion	0,211	0,017	0,080	0,177	0,245	583
Père	Proportion	0,144	0,015	0,101	0,115	0,173	583
Frère	Proportion	0,281	0,019	0,066	0,244	0,319	583
Soeur	Proportion	0,350	0,020	0,056	0,310	0,389	583
Tante	Proportion	0,074	0,011	0,147	0,052	0,095	583
Oncle	Proportion	0,060	0,010	0,164	0,040	0,080	583
Amie	Proportion	0,436	0,021	0,047	0,395	0,477	583
Ami	Proportion	0,439	0,021	0,047	0,398	0,480	583
Petite amie	Proportion	0,146	0,015	0,100	0,117	0,175	583
Petit ami	Proportion	0,122	0,014	0,111	0,095	0,149	583
Enseignant	Proportion	0,166	0,015	0,093	0,136	0,197	583
Grand-mère	Proportion	0,033	0,007	0,226	0,018	0,047	583
Grand-père	Proportion	0,014	0,005	0,351	0,004	0,023	583
Informations sur le quartier							
Nombre de guérisseurs traditionnels	Moyenne	1,796	0,052	0,029	1,692	1,899	583
Distance du centre de santé	Moyenne	2,196	0,074	0,034	2,048	2,345	583
Consultations prénatales au centre de santé	Proportion	0,734	0,018	0,025	0,698	0,771	583
Maternité au centre de santé	Proportion	0,796	0,017	0,021	0,762	0,829	583
Prévention des grossesses au centre de santé	Proportion	0,523	0,021	0,040	0,482	0,565	583
Test de grossesses au centre de santé	Proportion	0,533	0,021	0,039	0,492	0,575	583
Conseil d'hygiène au centre de santé	Proportion	0,527	0,021	0,039	0,485	0,568	583
Vaccination infantile au centre de santé	Proportion	0,834	0,015	0,019	0,803	0,864	583
Conseil en nutrition au centre de santé	Proportion	0,419	0,020	0,049	0,378	0,459	583
Condoms au centre de santé	Proportion	0,463	0,021	0,045	0,422	0,504	583
Conseil sur la contraception au centre de santé	Proportion	0,460	0,021	0,045	0,418	0,501	583
Délivrance de la contraception au centre	Proportion	0,307	0,019	0,062	0,269	0,345	583
Dépistage des IST au centre de santé	Proportion	0,429	0,021	0,048	0,388	0,470	583
Traitement des IST au centre de santé	Proportion	0,338	0,020	0,058	0,299	0,377	583
Conseil sur le VIH/SIDA au centre de santé	Proportion	0,497	0,021	0,042	0,456	0,539	583
Dépistage du VIH/SIDA au centre de santé	Proportion	0,283	0,019	0,066	0,246	0,320	583

Tableau IV. 12 : Estimés pour l'évaluation de la qualité des données sur la prévention des IST/VIH/SIDA chez les jeunes non-exposés à l'intervention

<i>Variables</i>		<i>Estimés</i>	<i>Erreur-</i>	<i>Erreur</i>	<i>95% IC</i>		<i>N</i>
		(E)	(ET)	(ET/E)	E- 2*ET	E+2*ET	
Âge de l'enquêter	Moyenne	16,019	0,112	0,007	15,796	16,243	1645
Sexe de l'enquêter	Proportion	0,526	0,012	0,023	0,502	0,551	1645
A entendu parlé des IST suivants							
Une IST	Proportion	0,724	0,011	0,015	0,702	0,746	1645
VIH/SIDA	Proportion	0,895	0,008	0,008	0,880	0,910	1645
Gonorrhée	Proportion	0,404	0,012	0,030	0,379	0,428	1645
Syphilis	Proportion	0,472	0,012	0,026	0,447	0,496	1645
Chancre mou	Proportion	0,077	0,007	0,085	0,064	0,090	1645
Chlamydia	Proportion	0,084	0,007	0,081	0,071	0,098	1645
Verrues génitales	Proportion	0,063	0,006	0,095	0,051	0,075	1645
Herpe génitale	Proportion	0,057	0,006	0,100	0,046	0,069	1645
Hépatite B	Proportion	0,096	0,007	0,076	0,082	0,111	1645
Vaginite	Proportion	0,061	0,006	0,097	0,049	0,073	1645
Cancer cervical	Proportion	0,061	0,006	0,096	0,050	0,073	1645
Connaissance des symptômes des IST							
Écoulement	Proportion	0,378	0,012	0,032	0,354	0,402	1645
Saignement	Proportion	0,246	0,011	0,043	0,225	0,267	1645
Perte de poids	Proportion	0,489	0,012	0,025	0,464	0,513	1645
Plaie ou verrue	Proportion	0,202	0,010	0,049	0,182	0,222	1645
Douleur urinaire	Proportion	0,367	0,012	0,032	0,343	0,391	1645
Enflure dans l'aine	Proportion	0,057	0,006	0,101	0,045	0,068	1645
Moyens de protection des IST							
Rapport sexuel sans pénétration	Proportion	0,148	0,009	0,059	0,131	0,166	1645
Utiliser des préservatifs	Proportion	0,574	0,012	0,021	0,549	0,598	1645
Lavement ou douche	Proportion	0,058	0,006	0,099	0,047	0,070	1645
Eviter la promiscuité	Proportion	0,135	0,008	0,062	0,118	0,152	1645
Abstinence	Proportion	0,512	0,012	0,024	0,488	0,537	1645
Eviter les prostituées	Proportion	0,247	0,011	0,043	0,226	0,268	1645

Tableau IV.12 (suite 1) :

Variables		Estimés	Erreur- type	Erreur relative	95% IC		N
		(E)	(ET)	(ET/E)	E-2 *ET	E+2 *ET	
Voies de transmission du VIH							
Par rapport sexuel	Proportion	0,764	0,010	0,014	0,743	0,784	1645
Échange de seringues	Proportion	0,573	0,012	0,021	0,549	0,598	1645
Transfusion sanguine	Proportion	0,618	0,012	0,019	0,594	0,642	1645
Mère - enfant	Proportion	0,446	0,012	0,028	0,421	0,470	1645
Moustiques	Proportion	0,142	0,009	0,061	0,124	0,159	1645
Contact occasionnel	Proportion	0,092	0,007	0,077	0,078	0,107	1645
Prévention du VIH							
Abstinence	Proportion	0,644	0,012	0,018	0,620	0,667	1645
Fidélité à un partenaire	Proportion	0,472	0,012	0,026	0,448	0,497	1645
Encourager son partenaire à rester fidèle	Proportion	0,356	0,012	0,033	0,332	0,379	1645
Eviter la transfusion sanguine	Proportion	0,397	0,012	0,030	0,373	0,421	1645
Utilisation du préservatif	Proportion	0,498	0,012	0,025	0,473	0,523	1645
Non partage des seringues	Proportion	0,394	0,012	0,031	0,370	0,418	1645
Pas de fréquentation des prostituées	Proportion	0,706	0,011	0,016	0,683	0,728	1645
Non promiscuité	Proportion	0,869	0,008	0,010	0,853	0,886	1645
Informations sur la sexualité et antécédents							
A déjà eu des rapports sexuels	Proportion	0,285	0,011	0,039	0,263	0,307	1645
Nombre de rapports sexuels dans le dernier mois	Moyenne	1,039	0,095	0,092	0,849	1,230	432
Nombre de partenaires sexuels les 12 derniers mois	Moyenne	1,514	0,104	0,069	1,305	1,723	432
A déjà eu une IST	Proportion	0,067	0,012	0,180	0,043	0,091	432
Perceptions sur le VIH/SIDA							
Pourrait attraper le sida dans 12 mois	Moyenne	2,115	0,013	0,006	2,088	2,142	1645
Inquiet car pourrait attraper le sida dans 12 mois	Moyenne	1,503	0,017	0,011	1,469	1,537	1645
Pense avoir été exposé au virus du sida	Moyenne	2,086	0,013	0,006	2,061	2,111	1645
Amis risquent d'attraper le sida	Moyenne	1,946	0,019	0,010	1,908	1,984	1645
Pas de guérison si les symptômes disparaissent	Proportion	2,398	0,019	0,008	2,360	2,435	1645
Utilisation du condom							
Intention d'utilisation du condom	Proportion	0,300	0,011	0,038	0,277	0,322	1645
Utilisation du condom	Proportion	0,412	0,024	0,058	0,365	0,459	432

Tableau IV. 13 : Estimés pour l'évaluation de la qualité des données sur la prévention des IST/VIH/SIDA chez les jeunes exposés à l'intervention

<i>Variables</i>		<i>Estimés</i>	<i>Erreur- type</i>	<i>Erreur relative</i>	<i>95% IC</i>		<i>N</i>
		(E)	(ET)	(ET/E)	E-2 *ET	E+2 *ET	
Âge de l'enquêteur	Moyenne	17,336	0,139	0,008	17,058	17,615	583
Sexe de l'enquêteur	Proportion	0,571	0,021	0,036	0,530	0,612	583
A entendu parlé des IST suivants							
Une IST	Proportion	0,935	0,010	0,011	0,914	0,955	583
VIH/SIDA	Proportion	0,986	0,005	0,005	0,977	0,996	583
Gonorrhée	Proportion	0,647	0,020	0,031	0,607	0,686	583
Syphilis	Proportion	0,780	0,017	0,022	0,746	0,815	583
Chancres mou	Proportion	0,190	0,016	0,085	0,158	0,223	583
Chlamydia	Proportion	0,211	0,017	0,080	0,177	0,245	583
Verrues génitales	Proportion	0,129	0,014	0,108	0,101	0,156	583
Herpe génitale	Proportion	0,136	0,014	0,105	0,107	0,164	583
Hépatite B	Proportion	0,262	0,018	0,069	0,226	0,299	583
Vaginite	Proportion	0,139	0,014	0,103	0,110	0,168	583
Cancer cervical	Proportion	0,142	0,014	0,102	0,113	0,171	583
Connaissance des symptômes des IST							
Écoulement	Proportion	0,624	0,020	0,032	0,584	0,665	583
Saignement	Proportion	0,412	0,020	0,050	0,371	0,452	583
Perte de poids	Proportion	0,664	0,020	0,029	0,625	0,703	583
Plaie ou verrue	Proportion	0,341	0,020	0,058	0,302	0,381	583
Douleur urinaire	Proportion	0,623	0,020	0,032	0,582	0,663	583
Enflure dans l'aîne	Proportion	0,099	0,012	0,125	0,075	0,124	583
Moyens de protection des IST							
Rapport sexuel sans pénétration	Proportion	0,242	0,018	0,073	0,206	0,277	583
Utiliser des préservatifs	Proportion	0,780	0,017	0,022	0,746	0,815	583
Lavement ou douche	Proportion	0,075	0,011	0,145	0,054	0,097	583
Eviter la promiscuité	Proportion	0,201	0,017	0,083	0,167	0,234	583
Abstinence	Proportion	0,712	0,019	0,026	0,674	0,749	583
Eviter les prostituées	Proportion	0,367	0,020	0,054	0,327	0,407	583

Tableau IV.13 (suite 1) :

<i>Variables</i>		<i>Estimés</i>	<i>Erreur- type</i>	<i>Erreur relative</i>	<i>95% IC</i>		<i>N</i>
		(E)	(ET)	(ET/E)	E-2 *ET	E+2 *ET	
Voies de transmission du VIH							
Par rapport sexuel	Proportion	0,945	0,009	0,010	0,926	0,964	583
Échange de seringues	Proportion	0,808	0,016	0,020	0,775	0,841	583
Transfusion sanguine	Proportion	0,852	0,015	0,017	0,823	0,882	583
Mère - enfant	Proportion	0,666	0,020	0,029	0,626	0,705	583
Moustiques	Proportion	0,117	0,013	0,114	0,090	0,143	583
Contact occasionnel	Proportion	0,086	0,012	0,135	0,063	0,109	583
Prévention du VIH							
Abstinence	Proportion	0,854	0,015	0,017	0,825	0,883	583
Fidélité à un partenaire	Proportion	0,717	0,019	0,026	0,680	0,754	583
Encourager son partenaire à rester fidèle	Proportion	0,549	0,021	0,038	0,508	0,590	583
Éviter la transfusion sanguine	Proportion	0,580	0,020	0,035	0,539	0,621	583
Utilisation du préservatif	Proportion	0,755	0,018	0,024	0,719	0,790	583
Non partage des seringues	Proportion	0,631	0,020	0,032	0,591	0,671	583
Pas de fréquentation des prostituées	Proportion	0,533	0,021	0,039	0,492	0,575	583
Non promiscuité	Proportion	0,813	0,016	0,020	0,781	0,845	583
Informations sur la sexualité et antécédents							
A déjà eu des rapports sexuels	Proportion	0,372	0,020	0,054	0,332	0,412	583
Nombre de rapports sexuels dans le dernier mois		1,062	0,197	0,186	0,667	1,456	194
Nombre de partenaires (12 mois)	Moyenne	1,649	0,165	0,100	1,320	1,979	194
A déjà eu une IST	Proportion	0,062	0,017	0,280	0,027	0,097	194
Perceptions sur le VIH/SIDA							
Pourrait attraper le sida dans 12 mois	Moyenne	2,000	0,019	0,010	1,962	2,038	583
Inquiet car pourrait attraper le sida dans 12 mois	Moyenne	1,297	0,020	0,016	1,256	1,338	583
Pense avoir été exposé au virus du sida	Moyenne	1,942	0,018	0,010	1,905	1,979	583
Amis risquent d'attraper le sida	Moyenne	1,724	0,029	0,017	1,666	1,782	583
Guérison si symptôme disparaît	Moyenne	2,611	0,029	0,011	2,552	2,669	583
Utilisation du condom							
Intention d'utilisation du condom	Proportion	0,405	0,020	0,050	0,364	0,445	583
Utilisation condom	Proportion	0,515	0,036	0,070	0,444	0,587	194

