



Comportements sexuels à risque chez les adolescents de niveau collégial en Guinée : exploration des facteurs personnels et interpersonnels associés

Mémoire

Fatoumata Camara

Maîtrise en santé communautaire – santé mondiale
Maître ès sciences (M. Sc.)

Québec, Canada

© Fatoumata Camara, 2017

Comportements sexuels à risque chez les adolescents de niveau collégial en Guinée : exploration des facteurs personnels et interpersonnels associés

Mémoire

Fatoumata Camara

Sous la direction de :

Judith Lapierre, directrice de recherche

Marie-Pierre Gagnon, codirectrice de recherche

Résumé

L'adolescence est une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte. Les événements qui surviennent en cette période de la vie peuvent affecter non seulement le bien-être de l'individu, mais également mettre en péril la santé et le développement socioéconomique de la société. Les difficultés comportementales notamment, sexuelles auxquelles sont confrontés les adolescents font de cette phase de transition, un sujet complexe qui suscite des débats. Ce mémoire porte sur les facteurs associés au comportement sexuel à risque des adolescents scolarisés en Guinée. Il vise à décrire et expliquer les comportements sexuels à risque de ces adolescents.

Une méthode de recherche mixte a été utilisée pour recueillir les données. Pour le volet quantitatif, 123 adolescents ont été interviewés, parmi ceux-ci 14 ont été choisis au hasard pour participer aux entretiens qualitatifs individuelles. Le comportement sexuel est opérationnalisé par le statut sexuel, l'âge à l'initiation sexuelle, le nombre de partenaires sexuels et la protection des rapports sexuels avec le condom.

Les analyses montrent que 59,3% des participants sont sexuellement actifs. Parmi eux, 49,3% ont eu une sexualité précoce ; 17,1% ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois ; 39,8% ont eu simultanément plus d'un partenaire sexuel ; 16,5% ont eu des rapports sexuels en échange d'argent ou cadeaux ; 13,6% ont eu recours aux professionnels du sexe et seulement 16,6% ont utilisé le condom au premier et au dernier rapport sexuel. Les entretiens qualitatifs révèlent que les comportements sexuels à risque chez les adolescents sont influencés par le déficit de communication en matière d'éducation sexuelle et de soutien économique des adolescents d'une part, de l'influence des amis, de l'envie de ressembler à ses pairs, de la curiosité et des images diffusées par les médias d'autre part.

Mots clés : adolescents, comportements à risque, sexualité

Table des matières

Résumé	iii
Table des matières	iv
Liste des tableaux	vi
Liste des figures.....	vii
Abréviations	viii
Dédicaces.....	ix
Remerciements	xi
Introduction générale.....	1
Chapitre 1. Problématique, revue des écrits et pertinence de l'étude.....	3
1.1 Problématique.....	3
1.2 Revue des écrits.....	9
1.2.1. Présentation du contexte de l'étude.....	9
Situation géographique.....	9
Situation démographique.....	10
Portrait socioéconomique	11
Portrait socioculturel	12
1.2.2. Concept de l'adolescence	12
1.2.3. Socialisation des adolescents.....	14
1.2.4. Comportement sexuel des adolescents	15
1.2.5. Politiques et programmes sur la santé sexuelle et reproductive	18
1.3 Pertinence de l'étude	20
1.4 Objectifs de l'étude.....	21
1.5 Questions de recherche.....	21
Chapitre 2. Cadre de référence	23
2.1 Agents de socialisation de l'adolescent.....	24
2.2 Les théories du cadre de référence de Kalambayi	24
2.3 Cadre d'analyse	30
2.4 Hypothèses de la recherche	32
2.5 Définition des concepts	32
Chapitre 3. Méthodologie de la recherche.....	35
3.1 Devis.....	35
3.2 Population de l'étude.....	35
3.3 Échantillonnage	36
3.3.1 Volet quantitatif.....	36
3.3.2 Volet qualitatif.....	36

3.4	Les instruments de mesures et d'appréciation des expériences des adolescents	37
3.4.1	Volet quantitatif.....	37
3.4.2	Volet qualitatif.....	37
3.5	Les variables de l'étude quantitative	38
3.5.1	Variables dépendantes	38
3.5.2	Principales variables indépendantes	39
3.6	Déroulement de l'étude	40
3.7	Gestion et analyse des données de l'étude.....	41
3.8	Les critères de scientificité	43
3.9	Considérations éthiques.....	47
Chapitre 4. Résultats.....		49
4.1	Volet quantitatif.....	49
4.2	Volet qualitatif.....	62
Chapitre 5. Discussion.....		72
5.1.	Caractéristiques sociodémographique des adolescents et l'interaction sociale	72
5.2.	Les comportements sexuels à risque des adolescents.....	73
5.2.1.	La sexualité préconjugale des adolescents	73
5.2.2.	La sexualité précoce chez les adolescents	75
5.2.3.	Le multipartenariat sexuel des adolescents	76
5.2.4.	La non-protection des rapports sexuels	77
5.3.	Pistes de solutions pour l'adoption d'un comportement sexuel sécuritaire proposées par les participants.....	78
5.4.	Rappel des hypothèses de l'étude.....	79
Les points forts de l'étude		80
Les limites de l'étude		81
Les recommandations.....		83
Conclusion.....		86
Références		88
Annexes.....		97
Annexe A : Feuillet d'information destiné aux adolescents.....		97
Annexe B : Formulaire de consentement parent		98
Annexe C : Formulaire de consentement adolescent.....		103
Annexe D : Formulaire d'assentiment à l'intention de l'adolescent.....		107
Annexe E : Formulaire d'engagement à la confidentialité		111
Annexe F : Questionnaire.....		112
Annexe G : Guide d'entrevue qualitative.....		136
Annexe H : Recherche documentaire		137

Liste des tableaux

Tableau 1: Distribution des participants selon les caractéristiques sociodémographiques	49
Tableau 2: Distribution des adolescents selon les rapports sociaux avec les parents ou tuteur	50
Tableau 3 : Distribution des adolescents selon la communication sur l'intimité avec leurs parents/tuteur.....	51
Tableau 4 : Distribution des adolescents selon les motifs évoqués sur le fait qu'ils préfèrent ne pas informer leurs parents/tuteur de leur intimité.....	52
Tableau 5 : Distribution des adolescents sexuellement actifs selon le statut sexuel et les variables sexe, âge de l'adolescent et la communication de l'intimité avec les parents...	53
Tableau 6 : Distribution des adolescents sexuellement actifs selon l'âge à l'initiation sexuelle et les variables du cadre de vie de l'adolescent	54
Tableau 7 : Distribution des adolescents ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois selon le multipartenariat et les variables du cadre de vie	56
Tableau 8 : Distribution des adolescents selon la protection du premier et du dernier rapport sexuel avec le sexe de l'adolescent, la communication de l'intimité et le contrôle parental.....	57
Tableau 9 : Régression logistique entre le statut sexuel et les variables sexe et âge de l'adolescent, et la communication de l'intimité avec les parents.....	59
Tableau 10 : Régression logistique binaire l'âge à l'initiation sexuelle et les variables du cadre de vie des adolescents	59
Tableau 11 : Régression logistique du multipartenariat et les variables sexe, communication de l'intimité avec les parents, le contrôle parental et l'âge de l'adolescent à l'initiation sexuelle.....	60
Tableau 12 : Régression logistique entre la protection des rapports sexuels et les variables du cadre vie.....	60

Liste des figures

Figure 1 : Cadre conceptuel.....	28
Figure 2 : Cadre d'analyse de l'étude.....	31

Abréviations

EDS : Enquête démographique et de santé

ESCOMB : Enquête de surveillance comportementale et biologique

CNLS : Comité national de lutte contre le sida

ITSS : Infection transmissible par le sang et le sexe

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONG : Organisation non gouvernementale

PIB : Produit intérieur brut

RDC : République démographique de Congo

SIDA : Syndrome immunodéficience acquise

UNFPA : Fond des Nations unies pour la population

UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'enfance

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Dédicaces

À Allah,

Qui peut réaliser en nous, infiniment plus que nous ne pouvons demander ou même concevoir. À Lui la gloire pour les siècles !

À ma mère

Aucun mot ne pourrait traduire ma reconnaissance pour tous les sacrifices que tu as consentis pour moi. Tes conseils et prières m'ont toujours accompagnée durant cette étape importante de ma vie. Trouve en ce travail mon infinie gratitude. Qu'ALLAH veille toujours sur tes pas et t'accorde longue vie.

Je t'aime maman !

À mon père

À toi qui as été présent aux moments importants de ma vie. Trouve en ce travail l'expression de mon affection !

À toi grand frère Alsény :

Tu as été toujours là pour moi. Ton soutien ne m'a jamais fait défaut. Trouve en ce travail qui est l'aboutissement des années d'efforts ma profonde gratitude et mon affection !

À vous :

Nana, Mohamed Lamine et Jean Paul

L'effort fait les Forts !

Merci pour votre soutien et ne baissez pas les bras devant les difficultés !

À toute ma famille

Merci pour vos prières et bénédictions !

À mon ange :

Merci pour le soutien dans l'aboutissement heureux de ce travail ! Qu'ALLAH veille sur toi et guide tes pas !

« Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas, mais parce que nous n'osons pas qu'elles sont difficiles » Sénèque

Remerciements

Le mémoire suivant marque la fin d'un autre épisode trépidant de ma vie, un autre défi relevé : la réalisation d'une étude de maîtrise en santé communautaire au Canada. Que de péripéties et d'obstacles franchis. Pareil projet ne peut être rendu possible sans un travail acharné et un effort soutenu. Mon infinie reconnaissance à ALLAH, pour qui tout est grâce, et avec qui tout est possible !

Je remercie toutes celles et tous ceux qui m'ont soutenue lors de ce parcours et ont contribué à la réussite de ce projet. Hélas, je ne pourrai nommer chacun de vous, mais j'espère que vous vous reconnaitrez.

Mes remerciements au Programme canadien des Bourses de la Francophonie (PCBF) pour son appui inestimable à la réalisation de mes études de maîtrise à l'Université Laval.

Ma reconnaissance aux autorités du ministère de l'éducation universitaire, de la Santé de la Guinée, du Service national des bourses (SNAB) pour avoir facilité mon parcours.

Je remercie le docteur SOW Abdoulaye, de l'ONG Fraternité médicale Guinée pour ses conseils et sa disponibilité à m'accompagner dans la conduite de ce travail.

Mes chaleureux remerciements aux responsables des collèges qui ont facilité la réalisation de cette étude dans leurs établissements. Ma grande reconnaissance également à l'endroit des élèves pour leur disponibilité à participer à cette étude qui brise certains tabous.

Mon spécial merci à ma directrice de recherche, madame Judith LAPIERRE et ma codirectrice, madame Marie-Pierre GAGNON : sans votre appui, ce projet ne serait pas rendu possible. Vos qualités intellectuelles et votre amour du travail bien fait m'ont poussée au dépassement de soi.

À madame Gisèle GROLEAU pour votre constante disponibilité. Vos précieux conseils et vos orientations ont été d'une grande utilité. Recevez à travers ce travail ma profonde gratitude.

Je tiens aussi à souligner l'excellente contribution de monsieur Daouda KOMAN et son épouse Nassou OULARÉ, Dr Momo TOURÉ qui m'ont accompagnée dans toutes les étapes de réalisation de ce projet. Vous avez été d'un recours inestimable.

Mon séjour à Québec n'aurait pas été agréable sans le soutien de plusieurs personnes. Il s'agit de :

- ✓ Mes collègues de classe plus particulièrement : Olivier, Daniela, Daniel, Landry, Ashken, Frieda, Sitraka, Johanne, Pana, Catherine, Pierre, Samri, et Jérón.
- ✓ Mes compatriotes et amis étudiants à l'Université Laval : Oumy, Kourouma, Doumbouya, Mamadou, Sarah, Aicha, Angèle et Dioubaté
- ✓ L'Amicale des Étudiantes et Étudiants du programme canadien de bourses de la Francophonie (PCBF),
- ✓ Mes compatriotes établis dans la ville de Québec.

Introduction générale

L'adolescence est selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) la tranche d'âge qui se situe entre 10 et 19 ans, c'est une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte (Guiella, 2012 ; UNFPA. & PRB, 2012 ; Bambara, 2011 ; Kalambayi, 2007). L'adolescence est une période au cours de laquelle la personne est soumise à de profonds changements physiques et psychologiques, émotionnel et social (Guiella, 2012 ; Kalambayi, 2007). Les changements physiologiques qui surviennent à cet âge déclenchent chez l'adolescent¹ le développement de la maturation sexuelle et de nombreuses autres transformations (Kalambayi, 2007).

Lorsqu'il est question d'adolescence, les premières choses qui attirent l'attention sont les changements biologiques notamment l'apparition des caractères sexuels secondaires et les changements comportementaux (Delaquis et De Moissac, 2010). L'adolescence est à la fois une période d'opportunité, en ce sens que c'est pendant cette période que se construisent les attitudes, les valeurs, les normes comportementales de l'individu qui vont déterminer son avenir (Guiella, 2012 ; UNAIDS, 2008 ; Yakam, 2001). Elle est également une période de risques, car en cette période, l'individu est plus exposé aux influences positives et négatives de la société, de la pression des pairs, et de la tentation à l'expérimentation (Guiella, 2012 ; Baxen et Breidlid, 2009 ; Yakam, 2001). Autre fois, il y avait le respect de l'autorité traditionnelle des parents et du lignage en matière de contrôle de la sexualité des adolescents. Actuellement avec la modernisation des sociétés, le nouveau contexte environnemental social et économique, puis de la montée de l'individualisme, cette tendance a été désorganisée. (Miangotar, 2010 ; Kalambayi 2007 ; Armstrong, 1999 ; Marie, 1997). Les parents qui devraient s'impliquer davantage dans l'éducation sexuelle de leurs enfants se désistent à assumer cette responsabilité (M.S.R.B., 2010). Les pairs et les médias sont devenus le cadre de référence en matière de conseils et de pratique sexuelle des adolescents, malgré les conséquences dramatiques que cela peut engendrer (M.S.R.B, 2010 ; Kalambayi, 2007 ; Faye, 2005 ; Maia, 2004).

Depuis la Conférence internationale du Caire sur la population et le développement (CIPD) en 1994, l'accès des adolescents aux services de santé reproductive est entré dans les agendas internationaux, notamment ceux de la Guinée (ICF, 2013 ; Yakam, 2009). Toutefois, malgré cette

¹ Dans le présent document, le masculin est utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte.

action ainsi que les campagnes de sensibilisation, de promotion de produits contraceptifs et de la mise en place de centres d'écoute pour adolescents, ce groupe cible reste toujours confronté aux problèmes de santé sexuelle et reproductive (ICF, 2013 ; Noumbissie, 2010). Certains chercheurs comme Godin (1991) et Du Plessis et al. (1993) affirment qu'informer les personnes des risques et dangers qu'ils encourent ne suffit pas à modifier leurs comportements. Il faut nécessairement trouver les éléments qui entrent dans la construction de ces comportements. Toute une série de facteurs (psychologiques, cognitifs, sociaux, culturels et économiques) entre en jeu dans la construction du comportement de l'individu (Rwenge, 2013, Guiella, 2012 ; Du Plessis et al., 1993 ; Godin 1991). Par ailleurs, en Afrique subsaharienne, rares sont les recherches orientées vers l'identification des déterminants psychosociaux et comportementaux des adolescents (Kalambayi, 2007), encore moins en Guinée. Pourtant, si nous voulons bien comprendre le développement de la sexualité à l'adolescence et ainsi promouvoir des habitudes saines et responsables, il faut un champ de recherche actif et diversifié dans le domaine de la sexualité (Langis et Germain, 2009, cités dans Delaquis et De Moissac, 2010, p.57-58), ce qui justifie la pertinence de notre projet de recherche. Pour mieux appréhender les comportements sexuels à risque chez les adolescents dans le contexte guinéen, cette recherche sera guidée par une approche théorique qui illustre l'interaction des facteurs personnels et interpersonnels (facteurs individuels et contextuels) dans la construction du comportement sexuel.

Ce mémoire comporte cinq chapitres. Au chapitre un, nous exposons notre problématique de recherche, décrire le contexte de l'étude, le concept de l'adolescence, les processus de socialisation de l'adolescence, les comportements sexuels des adolescents, la pertinence de l'étude, les objectifs et les questions de recherche. Le second chapitre abordera le cadre de référence, en présentant d'abord des théories de références explicatives du comportement sexuel à risque des adolescents, le cadre conceptuel et le cadre d'analyse de l'étude. Le chapitre trois sera consacré à la démarche méthodologie de la recherche. Le chapitre quatre portera sur les résultats de la recherche qui seront ensuite discutés au chapitre cinq. Enfin, nous allons relever les forces et limites de notre étude, et proposer des recommandations pour les interventions en santé communautaire et les recherches ultérieures.

Chapitre 1. Problématique, revue des écrits et pertinence de l'étude

Ce premier chapitre est consacré à la présentation de la problématique de la santé sexuelle et reproductive des adolescents, de la pertinence de notre sujet de recherche, ainsi que de la formulation des objectifs et des questions de recherche.

1.1 Problématique

Les personnes âgées de 10 à 24 ans représentent le tiers de la population mondiale, et quatre personnes sur cinq vivent dans les pays en voie de développement (Rwenge, 2013, UNFPA. et PRB, 2012). L'Afrique subsaharienne enregistre la population la plus jeune dans le monde (Kim, 2001). La Guinée, à l'exemple des autres pays d'Afrique subsaharienne, a une population jeune : 45 % de sa population a moins de 15 ans, et 32,8 % a un âge compris entre 10 et 24 ans (ICF, 2013). Les adolescents représentent ainsi un poids numérique considérable et constituent un enjeu majeur en termes de développement. Ils sont dotés d'un dynamisme et d'un optimisme certain (ICF, 2013 ; UNFPA. et PRB, 2012), constituant ainsi une ressource considérable pour la société. Cependant, ils restent et demeurent une couche vulnérable à cause des risques encourus à cet âge (UNFPA et PRB, 2012). Les événements qui surviennent en cette période de la vie peuvent affecter non seulement le bien-être de l'individu, mais également mettre en péril la santé et la prospérité de la société (Guiella, 2012 ; UNFPA et PRB, 2012 ; Bozon, 1993).

Le comportement sexuel de l'individu reflète les valeurs et les normes acquises de son milieu social et se situe dans un contexte donné (Miangotar, 2010 ; Kalambayi 2007 ; Beaud, 2004). Dans les sociétés traditionnelles africaines et en Guinée, les rapports sexuels sont envisagés dans le cadre de l'union conjugale (Kalambayi, 2007). Les parents apprennent aux filles les valeurs de la virginité avant le mariage, et les garçons sont initiés aux valeurs de virilité (Miangotar, 2010 ; Kalambayi, 2007). De même, la sexualité des adolescents est soumise à un plus grand contrôle des parents et de la société. Cette socialisation a pour but de faire de la fille une épouse/mère, et du garçon un père/responsable de foyer (Miangotar, 2010 ; Kalambayi, 2007). Actuellement, l'environnement dans lequel vivent les adolescents a évolué. La croissance démographique a entraîné une augmentation du nombre de la population juvénile ; les processus d'urbanisation et de modernisation ont gravement perturbé l'environnement traditionnel des adolescents et leur lien avec la société ; les mœurs traditionnelles marquant le passage de l'enfance à l'âge adulte ont été

désorganisées, engendrant ainsi une puberté à un âge plus précoce, avec le recul de l'âge d'entrée en union et la diminution de l'influence du pouvoir parental (Faye, 2005; Kobelembi, 2005). Le développement des technologies de l'information et de la communication à travers les frontières culturelles et géographiques a contribué à redéfinir la liberté sexuelle des adolescents. Contrairement aux générations précédentes, les adolescents de nos jours ont peu d'interdits et de contraintes à l'égard de la sexualité (Lavaud 2015 ; Jousset et al, 2013 ; Lagrange et Lhomond, 1997). Leur sexualité a pris un aspect pornographique avec les nombreuses incitations sexuelles véhiculées par les médias et les pairs (Faye, 2005 ; Maia, 2004). L'adoption d'une sexualité à caractère pornographique expose les adolescents aux risques de santé spécifique, en plus des problèmes de santé communs à toute la population (ICF, 2013). Des risques de santé qui sont entre autres liés à leur niveau de développement physique et psychologique et aussi à leur comportement sexuel (Miangotar, 2010 ; The World Bank, 2007).

Dans les pays en développement, à l'exception de la Chine, 11 % des adolescents âgés de 15 à 19 ans affirment avoir eu leur premier rapport sexuel avant 15 ans (UNICEF, 2011). Dans les pays de l'Afrique subsaharienne, l'attirance sexuelle est devenue de plus en plus importante, et se fait à des âges de plus en plus précoces. Les indicateurs de santé sexuelle et reproductive des adolescents des pays d'Afrique subsaharienne révèlent une prévalence élevée de la sexualité prénuptiale (Rwenge, 2013 ; Kalambayi 2007). Selon Rwenge (2013), à l'exception de la RDC, du Rwanda et du Sénégal, l'activité sexuelle précoce est plus intense chez les filles que chez les garçons. Et cette prévalence varie d'un pays à un autre. Par exemple chez les 15-19 ans au Cameroun, la proportion d'adolescents sexuellement actifs avant l'âge de 15 ans était de 11,5 % contre 18 % pour les adolescentes. Cette même tendance a été observée dans d'autres pays avec 10,7 % de garçons (adolescents) contre 19 % de filles (adolescentes) sexuellement actifs avant 15 ans au Tchad ; 8,4 % contre 17,2 % à Madagascar ; 16,7 % contre 20,4 % d'adolescentes en Côte d'Ivoire ; 4,7 % contre 7,3 % au Burkina Faso ; 6,3 % contre 23,5 % au Mali. Cependant, cette tendance est inversée au Rwanda où on rapporte que 15,3 % des adolescents contre 5,2 % des adolescentes étaient sexuellement actifs avant l'âge de 15 ans, (Rwenge, 2013).

En Guinée, l'enquête de surveillance comportementale et biologique (ESCOMB)² réalisée en 2012 mentionne que dans la population enquêtée dont l'âge variait de 15 à 49 ans, la prévalence des personnes ayant eu leur premier rapport sexuel avant 15 ans était à 12 % (soient 11,1 % chez les filles contre 12,4 % chez les garçons) (CNLS, 2014). À la même année, l'enquête démographique et de santé (EDS)³ a révélé une prévalence de 20,6 % des personnes âgées de 15 à 49 ans ayant eu leur premier rapport sexuel avant 15 ans. Chez les 15-19 ans, le taux était de 22,4 % pour les adolescentes et de 9,5 % pour les adolescents (ICF, 2013). Une étude réalisée dans les régions de Faranah, Kissidougou et Guéckédou en Guinée a révélé que 14 % des adolescents et 15,8 % des adolescentes scolarisés âgés de 15 à 19 ans étaient sexuellement actifs (Görgein et al., 1998). Une fois sexuellement actifs, les adolescents sont plus disposés à s'engager plus rapidement dans des échanges sexuels et à avoir plus de partenaires, et sont moins susceptibles d'utiliser les moyens de contraception (Rwenge, 2013 ; ICF, 2013 ; Miangotar, 2010 ; Kalambayi, 2007). Le plus souvent, ces comportements aboutissent à de nombreuses grossesses précoces et non désirées, à la pratique d'avortements clandestins, aux mortinaissances, puis à l'abandon du cursus scolaire (Rwenge, 2013 ; Kalambayi, 2007 ; Faye, 2005).

Selon l'OMS (2014), il y aurait annuellement près de 16 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans, et quelque 1 million de jeunes filles âgées de moins de 15 ans qui mettent au monde des enfants. La plupart de ces naissances ont lieu dans des pays à revenu faible ou intermédiaire notamment les pays d'Afrique subsaharienne (OMS, 2014 ; Yakam, 2009). Chaque année, près de 3 millions d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans subissent des avortements à risque (OMS, 2014). Ces avortements représentent l'un des principaux facteurs de mortalité materno-infantile (OMS, 2014) : ils sont la deuxième cause de décès chez les adolescentes de 15-19 ans (OMS,

² Enquête de Surveillance Comportementale et biologique (ESCOMB) est une enquête de surveillance réalisée dans le but de cerner les connaissances, les attitudes et les comportements associés aux IST/VIH au niveau de certains groupes à risque, notamment les professionnels de sexe, les routiers, les miniers, les prisonniers, les jeunes et adolescents de 15-24 ans et les homosexuels.

³ L'Enquête Démographique et de Santé (EDS) est une enquête d'envergure nationale. Elle est réalisée tous les cinq ans dans les pays en voie de développement avec l'assistance technique de ICF Macro mais aussi en collaboration avec les services techniques des différents ministères locaux qui s'occupent de la population, la santé, le sida et l'alimentation, avec l'appui financier de l'USAID, l'UNFPA, la Banque Mondiale, à travers le Projet d'Appui au Programme Multisectoriel de Lutte contre le SIDA et l'UNICEF. L'objectif de cette enquête est de collecter, d'analyser et de diffuser des données démographiques portant, en particulier, sur la fécondité, la planification familiale, la santé de la mère et de l'enfant, le VIH et le paludisme.

2014). De plus, les enfants nés de mères adolescentes ont un plus grand risque de mortalité que ceux de femmes âgées de 20 à 24 ans (OMS, 2014).

Les résultats de l'étude de Gørgen et al (1998), qui traitent du "comportement sexuel et des attitudes des jeunes célibataires en Guinée urbaine" donnent des pourcentages de grossesses de 21 % des filles scolarisées contre 17 % pour celles non scolarisées. Au regard des récentes recherches, ces taux sont en continuelle progression. Il n'est pas rare aujourd'hui de voir des adolescentes enceintes se promener le long des différentes rues de la Guinée. L'enquête réalisée en 2012 (ICF, 2013) atteste que parmi les adolescentes sexuellement actives, 28 % d'entre elles ont eu au moins un enfant et 6 % étaient enceintes du premier enfant. Dans le document intitulé "projet de descriptif de programme de pays relatif à la République de Guinée" (UNICEF, 2012), le nombre moyen de naissances pour 1000 jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans est de 154 pour l'ensemble du pays, soient 104 en milieu urbain et 187 en milieu rural.

Dans les sociétés africaines, les grossesses précoces d'adolescentes sont souvent perçues comme un problème social (Yakam, 2009). Certaines adolescentes, par crainte de la réaction de leurs parents ou pour préserver l'honneur de la famille, ont recours à des avortements, le plus souvent clandestins. En Guinée, l'avortement provoqué est illégal, sauf dans les situations où la vie de la mère est en danger. La majorité des avortements sont réalisés clandestinement. Les données portant sur les grossesses précoces et les avortements chez les adolescentes sont rarissimes. Il est donc difficile d'appréhender avec exactitude l'ampleur du phénomène. Les données disponibles reposent souvent sur les estimations et les études hospitalières sur les grossesses assistées et quelques avortements non sécurisés qui ont entraîné les complications chez les adolescentes (Guillaume et Desgrées du Loû, 2002 ; Singh et al., 2005 cités dans Guiella, 2012 p. 25). Néanmoins, la banque mondiale affirme qu'entre 2011 et 2015 il y a eu 142 naissances pour 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans en Guinée (Banque mondiale, 2016).

Parmi les adolescentes qui poursuivent leur grossesse, certaines bénéficieront de l'appui et du soutien familial, mais la majorité provient des milieux socioéconomiques défavorisés, moins éduqués ou dysfonctionnels (Blais, 2005). Ces dernières sont souvent en proie aux conflits familiaux, à la marginalisation, aux mauvais traitements et au stress (Blais, 2005 ; Faye, 2005). Celles qui sont scolarisées sont parfois obligées d'interrompre leur cursus scolaire, réduisant ainsi

leur perspective d'avenir, notamment celle de trouver un emploi stable pour atteindre un statut socio-économique favorable. Les garçons auteurs de ces grossesses prénuptiales peuvent également être rejetés par leurs familles (Yakam, 2009).

Au-delà des risques de grossesses et d'avortements, les adolescents sont aussi exposés au risque de contracter les infections transmissibles sexuellement, le VIH, puis de mourir des conséquences qui y sont associées (OMS, 2013 ; Kalambayi, 2007). Plus de deux millions d'adolescents âgés de 10 à 19 ans vivent avec le VIH dans le monde (UNICEF, 2016 ; OMS, 2013). Les plus forts taux de prévalence sont enregistrés en Afrique subsaharienne, soit environ 70 % du taux mondial, alors que cette partie du monde ne compte à peine que 10 % de la population mondiale (OMS, 2013). En 2015, les trois quarts des nouvelles infections chez les 15-19 ans concernaient des filles (UNICEF, 2016). En Guinée, la prévalence du VIH/SIDA est passée de 1,5 % en 2005 à 1,7 % en 2012, et ce taux est beaucoup plus élevé en milieu urbain qu'en zone rurale (ICF, 2013 ; ORC Macro, 2006). Dans le groupe d'âge de 15-19 ans, la prévalence est estimée à 0,9 % (ICF, 2013). Les conséquences sanitaires de cette épidémie chez les adolescents sont dramatiques. Contrairement à ce que l'on observe dans d'autres groupes de populations, les taux de mortalité attribuables à cette infection ne cessent de croître chez les adolescents. Le nombre de décès liés au VIH a globalement baissé de 30 % dans le monde entre 2005 et 2012, par contre, il a augmenté de 50 % chez les adolescents au cours de la même période (OMS, 2013).

Face à ces états de fait, les gouvernements avec l'appui de certains organismes, dont l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour les activités de Population (UNFPA) en partenariat avec des ONG locales se sont activement engagés dans la promotion de la santé sexuelle et reproductive des adolescents, afin de faire des adolescents, des adultes informés, confiants et compétents pour une vie de qualité (ICF, 2013 ; OMS, 2013). Pourtant, malgré ces multiples actions et les campagnes de sensibilisation sur l'abstinence, la fidélité et l'usage régulier de méthodes de contraception menées depuis les années 1980 (année de l'émergence de la pandémie du VIH/SIDA), le changement de comportement sexuel escompté n'est pas encore atteint (ICF, 2013 ; Noubissie, 2010), comme en témoignent les chiffres rapportés plus haut. La bonne gestion de la sexualité des adolescents devient alors un impératif pour relever le défi sanitaire de ce groupe cible. Pour cela, des efforts doivent être mis en œuvre afin de développer chez les adolescents des aptitudes plus saines en matière de sexualité.

Pour orienter le comportement sexuel des adolescents vers des valeurs sociales acceptables, il faut mettre à leur disposition des connaissances, des services et un environnement capable de les aider à prendre de bonnes décisions par rapport à leurs attitudes et leurs pratiques sexuelles (The World Bank, 2007). Des études ont montré que les programmes d'éducation sexuelle bien dispensés peuvent réduire les comportements sexuels à risque chez les adolescents et les jeunes en leur permettant d'adopter des attitudes de responsabilité individuelle et sociale. L'éducation sexuelle s'est imposée au fil du temps au regard du nombre croissant des ITSS/VIH/Sida (Onusida, 2010), des grossesses et maternités non désirées, des interruptions volontaires des grossesses et de leur impact socio psychologique sur la santé des adolescents et de la collectivité (UNESCO, 2008). Dans certains pays en développement, l'éducation à la sexualité a été intégrée dans les programmes scolaires (UNFPA, 2013 ; UNESCO, 2008). Contrairement à ces pays, en Guinée aucun cours sur l'éducation sexuelle n'est envisagé dans la politique nationale des écoles. Logiquement, les parents sont censés donner des informations et des connaissances sur la santé sexuelle et reproductive à leurs enfants (Claes, 2004). Mais vu le caractère tabou de ce sujet au sein de nombreuses familles (Kalambayi 2007 ; Faye 2005), l'école serait ainsi un cadre idéal (même si elle est insuffisante) pour combler ce déficit d'éducation à la sexualité (UNFPA, 2013). En effet, pour les adolescents ou jeunes qui atteignent l'âge adulte sans avoir obtenu un niveau d'éducation et de santé adéquat, le coût à payer par la société devient encore plus élevé que celui nécessaire aux programmes normaux de santé et d'éducation sexuelle (Onusida, 2010).

Répondre aux besoins des adolescents est un défi qui passe nécessairement par une mise à jour des connaissances sur les problèmes réels de santé sexuelle et reproductive auxquels ces adolescents sont confrontés, leurs besoins spécifiques et les comportements sexuels à l'origine de ces problèmes (Miangotar, 2010). Autrement dit, il s'avère nécessaire d'évaluer le niveau de connaissances, les aptitudes, les pratiques et les facteurs qui influencent le comportement sexuel de ces adolescents afin de définir leurs attentes en matière d'éducation sexuelle, et ce spécifiquement en Guinée où l'absence de donnée est un frein au développement de programmes pertinents en milieu scolaire.

Plusieurs mécanismes ont été développés au fil des ans par les chercheurs pour tenter de comprendre les facteurs qui déterminent le comportement de l'individu (Rosenstock, 1974, cité dans Godin 1991 ; Guiella, 2012). Ces théories et modèles abordent le comportement dans une

perspective sociale, en considérant l'interaction de l'individu avec son environnement social (Rwenge, 2012 ; Godin, 1991). Dans cette optique, le comportement lié à la santé est vu comme un comportement social au même titre que tout autre comportement. Parmi ces théories et modèles psychosociaux, certains proposent des pistes très éclairantes à la problématique du comportement sexuel des adolescents en Afrique subsaharienne et pour les adolescents en Guinée.

1.2 Revue des écrits

Ce chapitre a pour but de recenser les écrits relatifs au contexte de l'étude, à l'adolescence et sa socialisation, et les comportements sexuels des adolescents. Dans un premier temps, nous allons présenter la Guinée, dans son aspect physique, démographique et socioéconomique. En second lieu, nous aborderons le concept de l'adolescence, la socialisation et les comportements sexuels des adolescents. Pour finir le chapitre, un thème sur les politiques et programmes de la santé sexuelle et reproductive des adolescents en Guinée sera abordé.

1.2.1. Présentation du contexte de l'étude

Cette étude a été réalisée en République de Guinée. Les lignes qui suivent décrivent la Guinée dans son aspect physique, démographique, économique et socioculturel.

Situation géographique

La Guinée est située à l'extrême ouest du continent africain, entre 7° et 12° de latitude nord puis de 8° et 15° de longitude ouest. Le pays est bordé par 300 km de côte et s'étend sur 800 km d'est en ouest, et de 500 km du nord au sud, pour sur une superficie totale 245 857 km² (INS, 2017 ; CNLCS, 2015). Ses frontières sont communes à six autres pays. Elle est limitée à l'ouest par l'Océan Atlantique ; au nord-ouest par la Guinée Bissau (sur 386 km) ; au nord par le Sénégal (sur 330 km), à l'est par le Mali (sur 858 km) ; au sud-est par la Côte d'Ivoire (sur 610 km) ; au sud par le Liberia (sur 563 km) et la Sierra Leone (sur 652 km) (Leclerc, 2015 ; CNLS, 2015).

Sur le plan géoécologique, la Guinée est subdivisée en 4 grandes régions naturelles aux conditions physiques, économiques, démographiques et culturelles diversifiées et distinctes : la Basse Guinée ou Guinée Maritime (18% de la superficie du pays) ; la Moyenne Guinée ou

Foutah Djallon (22 % de la superficie de la Guinée) ; la Haute Guinée (40 % de la superficie du pays) et la Guinée Forestière (20 % du territoire national). La Guinée comprend également les îles de Los au large de Conakry, la capitale. Le pays est caractérisé par un climat tropical et subtropical à deux saisons (saison pluvieuse et saison sèche) dont la durée varie selon les régions. Les niveaux de précipitations annuelles varient de 1500 mm (Haute Guinée) à 4 000 mm d'eau (en région côtière et forestière). Les températures varient entre 15° et 36°C suivant les régions. La Guinée est constituée de marécages, de légères collines, de vallées, de massifs montagneux et de terres très fertiles pour l'agriculture. Les nombreux fleuves et cours d'eau qui y naissent arrosent tout le pays puis certains pays voisins (trois grands fleuves africains y prennent leurs sources) et font de la Guinée le château d'eau de la sous-région. La Guinée est aussi caractérisée par une hétérogénéité des sols (Leclerc, 2015 ; ICF, 2013 ; CNLS, 2015).

Au point de vue administratif, la République de Guinée est composée de sept régions administratives plus la ville de Conakry. Le pays compte 33 préfectures, 38 communes urbaines (CU) dont 5 à Conakry, 303 communautés rurales de développement (CRD) et 1615 districts ruraux (INS, 2017 ; Leclerc, 2015 ; CNLS, 2012).

Situation démographique

Selon les statistiques de Perspective monde, la population guinéenne est estimée à 12 608 590 habitants en 2015 avec un taux d'accroissement intercensitaire de 2,68 % (Banque mondiale, citée dans Perspective monde, 2016). Cette population est inégalement répartie entre les régions administratives du pays. Le taux d'urbanisation est faible, plus de la moitié de la population guinéenne vit en milieu rural (Banque mondiale, 2016 ; CNLS, 2014), seulement 37,16 % vivent en milieu urbain (Banque mondiale, citée dans Perspective monde, 2016) et plus de 50 % de cette population urbaine résident à Conakry, la capitale (Banque mondiale, 2016). En 2012, les adolescents et jeunes âgés de 10-24 ans constituaient 32,8 % de la population (ICF, 2013). Les moins de 15 ans représentent 42,53 % de la population, les personnes âgées de 15-65 sont à 54,40 % et les personnes de plus de 65 ans sont à 3,06 % de la population (Banque mondiale, citée dans Perspective monde, 2016). La République de Guinée est caractérisée par des maternités précoces avec un taux de fécondité égal à 146 ‰ à 15-19 ans, et de 224 ‰ à 25-29 ans (ICF, 2013 ; CNLS, 2012). Les femmes représentent plus de 51% de la population guinéenne, dont 47 % sont en âge

de procréer. Le taux brut de natalité est estimé à 36,88 ‰ en 2014, et 34,0 ‰ et l'indice synthétique de fécondité à 5,7 enfants par femme (INS, 2017 ; Banque mondiale, citée dans Perspective monde, 2016).

Portrait socioéconomique

L'économie de la Guinée est basée sur d'importantes potentialités agricoles, halieutiques et minières (CNLS, 2015 ; CNLS, 2012). Le sous-sol regorge de divers produits miniers (diamant, or, fer, bauxite...) susceptibles de générer un développement économique et social enviable. Le pays est considéré comme un scandale géologique, il détient la moitié des réserves mondiales en bauxite (CNLS, 2012). Le pilier de l'économie guinéenne est la bauxite (le principal minerai permettant la production d'aluminium), elle participe à elle seule à près du tiers du PIB. En plus de l'industrie minière, il y a les industries agroalimentaires, de bois, de plastique, d'alumine et de ciment (ICF, 2013).

Disposant d'importants réseaux hydrographiques avec une pluviométrie abondante, la Guinée a un potentiel hydroélectrique non négligeable. Trois grands barrages dont Garafiri, Kaleta et Kinkon fournissent le courant électrique en alternance avec les centrales nucléaires. Et d'autres barrages (Souapiti, et Amaria) sont en phase d'étude pour pallier le problème de délestage auquel le pays est encore confronté. La production agricole est insuffisante pour assurer la sécurité alimentaire des ménages, c'est un secteur qui contribue pour à peine 20,2 ‰ à la formation du PIB (CNLS, 2012).

Malgré l'existence de ces diverses potentialités suscitées, le niveau de vie de la population guinéenne est encore précaire (Leclerc, 2015). En 2012, 55,2 ‰ de la population guinéenne vivait dans la pauvreté, contre 53 ‰ en 2007 et 49 ‰ en 2003. Cette pauvreté est inégalement répartie dans le pays, elle est beaucoup plus élevée en milieu rural (65 ‰ en 2012) qu'en milieu urbain (35 ‰ en 2012), et varie d'une province à une autre. La Guinée demeure parmi les pays à faible développement humain avec un taux d'inflation de 8,7 ‰ (en décembre 2016) et un PIB par habitant à 531,3 \$ US en 2015 (The World Bank, 2017). Le taux d'accroissement annuel en 2015 était à 0,10 ‰ contre 1.1 ‰ en 2014 et 2.3 ‰ en 2013 (Perspective monde, 2016).

La baisse de cette croissance économique est en partie liée à l'épidémie de la fièvre Ébola qui a frappé la Guinée entre décembre 2013 et décembre 2015. L'élection présidentielle du 11 octobre 2015, et la conjoncture économique internationale défavorable se traduisant par une baisse des cours des produits d'exportation ont également contribué à l'aggravation de la pauvreté (BAD., 2016). La Guinée a connu une accentuation du déficit budgétaire de 7,5 % du PIB en 2015 contre 4,1 % en 2014. Les projections indiquent néanmoins une croissance des perspectives de développement d'un taux de 4.0 % en termes réels pour l'année de 2016 et un taux de 4,8 % pour 2017 (BAD., et al., 2016 ; BAD., 2016).

Portrait socioculturel

La population guinéenne est composée d'une quarantaine d'ethnies parlant chacune leur langue. L'ethnie majoritaire est constituée par les Peuls (40,9 %), puis viennent les Malinkés (28,4 %) et les Soussous (11,3 %). Le reste de la population est composé d'ethnies minoritaires, dont les Guerzés, les Kissis, les Tomas, les Bagas. Chaque ethnie est majoritaire dans une région naturelle : les Peuls en Moyenne Guinée, les Malinkés en Haute Guinée, les soussous en Basse Guinée et les Forestiers en région forestière (Leclerc, 2015 ; CGRA et al, 2012). Du point de vue religieux, 85 % de la population sont musulmans, 8 % appartiennent à divers groupes chrétiens, et 7 % pratiquent les religions locales traditionnelles (Leclerc, 2015).

Le taux d'analphabétisme en Guinée est de 30,4 % (Banque mondiale, 2017) avec un taux beaucoup plus marqué chez les femmes et dans les populations rurales. Cette situation influence négativement l'adoption de certains comportements favorables à la santé et la transmission des messages en rapport avec la santé dont, l'information, l'éducation et la communication par écrit. Pour des raisons socioculturelles, la persistance de tabous autour de la sexualité demeure importante. Les parents ne parlent pas de sexualité avec leurs enfants, favorisant ainsi la réticence aux changements de comportements favorables à la bonne santé des adolescents.

1.2.2. Concept de l'adolescence

L'adolescence est une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte (Fondation Pfizer, 2013 ; Guiella, 2012 ; UNFPA. et PRB., 2012 ; Bambara, 2011 ; Kalambayi, 2007). Dans les documents recensés, le concept de l'adolescence est défini selon différentes approches

(biologique, psychologique et sociale). Sur le plan biologique, elle traduit l'apparition et la maturation des caractères sexuels secondaires. En psychologie, c'est un mécanisme de construction identitaire (l'adolescent n'étant plus un enfant, se construit une identité pour être un adulte). Au plan social, l'adolescence est une période au cours de laquelle l'enfant socio-économique dépendant se transforme en un adulte indépendant, responsable, sociable, apte à gérer son propre avenir (Fondation Pfizer, 2013 ; Miangotar, 2010 ; Dehne et Riedner, 2001 cités dans Yakam, 2009). Le début de l'adolescence est marqué par la puberté, les limites entre la fin de cette période (maturation pubertaire) et le statut du jeune adulte sont souvent floues (Fondation Pfizer, 2013). Elle dépend à la fois de la dimension biologique, psychologique ou sociale du développement d'un individu à l'autre et d'une culture à l'autre (Moreau, 1998). Pour l'OMS (2014), l'adolescence se situe entre 10 et 19 ans. Dans les sociétés traditionnelles africaines, la fin de l'adolescence est acquise après les rites initiatiques. À titre d'exemple, notons les cérémonies d'excision et de circoncision à la forêt sacrée. Aux cérémonies rituelles, les adultes vont intégrer les adolescents au groupe social en leur imposant des épreuves violentes qui exigent une soumission totale. Les épreuves auxquelles l'adolescent est soumis concernent directement le corps. Le corps reçoit les marques tangibles qui vont faire entrer l'adolescent dans la lignée des sexes et des générations (génération des adultes). C'est pendant ces cérémonies d'initiation que l'adolescent reçoit l'enseignement destiné à l'introduire aux secrets de la tradition (Balland, 2015). Cette phase de transition de la vie équivaut à un processus de socialisation.

L'adolescence est, dans la plupart des cas, une période difficile, et elle peut parfois catalyser un ensemble de problèmes (UNESCO, 2013). À la recherche de sensation forte, l'adolescent prend parfois les risques qui peuvent avoir des conséquences lourdes non seulement sur sa santé physique et psychosociale, mais aussi sur le développement socioéconomique de la société (Rwenge, 2013). Les difficultés comportementales auxquelles sont confrontés les adolescents font de cette phase de transition un sujet complexe qui suscite des débats. Une meilleure description de la vie sexuelle de l'adolescent au moyen du recueil d'information contribue à mieux comprendre les facteurs qui influencent les comportements sexuels des adolescents. Les lignes qui suivent décrivent la socialisation des adolescents en Guinée.

1.2.3. Socialisation des adolescents

La socialisation est le processus au cours duquel un individu apprend et intériorise les normes, et les valeurs de la société à laquelle il est destiné et des différents groupes où il devra s'insérer. C'est un processus continu qui prépare l'individu à son intégration au sein de la société (processus d'enculturation), et à sa participation au maintien des valeurs de celle-ci (Castra, 2013). L'apprentissage et l'intériorisation des valeurs et des normes débutent dès la naissance et se poursuivent tout au long de la vie jusqu'à la mort. Plusieurs agents sociaux significatifs interviennent dans ce processus. La famille (ou éventuellement ceux qui la remplacent) est sans doute la première instance (agent) de socialisation et est la plus déterminante (Castra, 2013 ; Rwenge, 1999). L'école, les groupes de pairs, les médias, les associations, les églises, les mosquées, les associations professionnelles, etc., interviennent également dans le processus d'apprentissage des valeurs et des normes de la société. Ces instances peuvent soit aller dans le même sens, soit contredire la socialisation familiale (Castra, 2013).

Les recherches ont montré que le comportement sexuel de l'individu traduit les valeurs et les normes acquises dans le milieu social et se situe dans un contexte donné (Kalambayi, 2007 ; Glacier et al., 2006). Dans les sociétés traditionnelles africaines plus précisément guinéennes, les parents ont la tâche d'éduquer et de transmettre à leurs enfants les valeurs et les normes traditionnelles, les codes de conduite, les savoirs vivre et les savoir-faire propres au groupe d'appartenance. Ils ont aussi pour mission de préparer les adolescents à entrer légalement dans la vie sexuelle (Rwenge, 1999). Cette dernière commence à la maison avant que la communauté y ajoute le complément. À travers les rites initiatiques de passage de l'enfance à l'âge adulte, les parents transmettent les connaissances sur les manifestations de la puberté et les soins du corps d'un pubère à travers la description superficielle des organes sexuels et de leurs fonctions reproductrices (Balland, 2015 ; Miangotar, 2012). Dans les sociétés traditionnelles, afin de réduire les déviances, la sexualité des adolescents est soumise à un plus grand contrôle à la fois répressif (sanction à l'encontre de ceux qui transgressent les règles) et incitatif (valorisation de la chasteté avant le mariage). Il faut donc prévenir autant que possible une entrée dans la vie sexuelle avant le mariage (Guiella, 2012). Les filles apprennent ainsi les valeurs de la virginité avant le mariage et les garçons les valeurs de virilité. L'initiation sexuelle et les rapports sexuels sont seulement envisagés dans le cadre de l'union conjugale. Cette socialisation a pour but de

faire de la fille une épouse/ mère, et du garçon un père/responsable de foyer (Miangotar, 2010 ; Kalambanyi, 2007). Dans ces sociétés traditionnelles africaines, il est attendu que les individus se soumettent au groupe et aux contraintes sociales, ce qui permet la perpétuation du comportement sexuel contrôlé par la société (Guiella, 2012 ; Miangotar, 2010).

Dans les sociétés actuelles, contrairement aux précédentes, les structures traditionnelles africaines sont désorganisées (Guiella, 2012 ; Kalambanyi, 2007) ce qui a fait émerger une nouvelle culture sexuelle. Les modes d'accès à la sexualité se sont profondément transformés. L'autorité que représentaient la famille et la société s'est réduite au fil du temps, les pairs ont pris une place capitale. L'obligation de rester vierge jusqu'au mariage s'est relâchée. Les adolescents ont alors opté pour de nouveaux comportements orientés vers le libertinage sexuel, qui est fortement influencé par les pairs, la modernisation des sociétés et l'urbanisation et l'accès aux médias (le cinéma, la télévision, la presse et les magazines) (Miangotar, 2010 ; Caldwell et al, 1991 ; Diop, 1995 cités dans Rwenge, 1999).

1.2.4. Comportement sexuel des adolescents

Dans les pays de l'Afrique subsaharienne, plus particulièrement en Guinée, le cadre de vie des adolescents a considérablement évolué. Nous assistons à une mutation progressive des mœurs et des valeurs traditionnelles qui servaient à mouler le comportement des adolescents et à assurer une transition saine vers l'âge adulte au profit des valeurs et des normes de la société moderne. La mutation des mœurs et valeurs traditionnelles a favorisé le relâchement du contrôle familial et social, puis à l'augmentation du pouvoir décisionnel des adolescents sur les moments et les motivations liées à l'engagement dans les rapports sexuels (Bauni, 1990 ; Meekers, 1992a, cités dans Rwenge, 1999). Les adolescents ont adhéré à un certain nombre de comportements sexuels différents de ceux de leurs aînés avec une fréquence élevée de sexualité prémaritale, de sexualité précoce, de multipartenariat, de grossesse et de maternité précoces non désirées, d'interruptions volontaires de grossesse et la non-protection des rapports sexuels (Kalambanyi 2007 ; Faye, 2005 ; Rwenge, 1999). Rwenge (2013) dans son étude sur les "Comportements Sexuels parmi les Adolescents et Jeunes en Afrique subsaharienne Francophone et Facteurs Associés" a utilisé les données des enquêtes démographiques et de santé (EDS) des pays francophones de l'Afrique subsaharienne. Ces données utilisées par Rwenge concernaient uniquement les adolescents de 15-

24 ans. Après l'analyse des résultats, il a trouvé que l'activité sexuelle précoce dans les pays francophones de l'Afrique subsaharienne (à l'exception du Burkina Faso et du Mali) est intense, comparativement à la France, où 7,2 % des garçons et 5,9 % des filles sont sexuellement actifs avant d'atteindre l'âge de 15 ans. Par exemple, au Cameroun 11,5 % des garçons et 18 % des filles âgées de 15-19 ans et au Mali, 6,3 % des garçons et 23,5 % des filles âgées de 15-19 ans rapportent avoir été sexuellement actifs avant d'atteindre l'âge de 15 ans. Le multipartenariat sexuel est une pratique qui a été également rapportée dans l'étude de Rwenge. En outre, d'autres études ont été réalisées dans les pays du monde et spécifiquement en Afrique subsaharienne pour tenter de comprendre les facteurs qui rentrent dans la construction du comportement sexuel à risque chez les adolescents. L'étude de Guiella (2012) portait sur les "Comportements sexuels chez les adolescents en Afrique subsaharienne : l'exemple du Burkina Faso, du Ghana, du Malawi et de l'Ouganda". Dans cette étude, 5400 ménages (200 zones et 27 ménages par zone) ont été retenus pour la collecte des données. Dans chaque ménage, un adolescent de 12-19 ans résidant dans le ménage a été retenu pour le sondage sur la sexualité. Dans ses analyses, Guiella a trouvé que le décrochage scolaire était associé à une plus grande probabilité d'entrée en sexualité chez les adolescents. En plus, le très haut niveau de contrôle parental retardait l'entrée en sexualité, minimisait le risque de multipartenariat et favorisait une utilisation systématique du condom aux rapports chez les adolescents. D'autres éléments ont été également rapportés dans l'étude de Guiella comme facteurs associés aux comportements sexuels des adolescents, dont entre autres : l'âge, le niveau d'instruction, le niveau socioéconomique, l'origine géographique et le lieu d'habitation.

Les expériences sexuelles des adolescents évoluent en fonction des contextes où elles se déroulent. Ces deux études révèlent que la fréquence de la sexualité préconjugale est de plus en plus importante dans certains pays de l'Afrique subsaharienne. La Guinée n'échappe donc pas à cette tendance : les recherches (ICF, 2013 ; ORC Macro, 2006) ont montré que les rapports sexuels chez les adolescents n'ont pas forcément lieu dans le cadre exclusif de l'union. Une synthèse des enquêtes démographiques et de santé des années 2005 et 2012 révèle que la fréquence de l'activité sexuelle chez les adolescents de 15-19 ans est passée de 19,7 % à 22,4 % chez les garçons et de 17,9 % à 9,5 % chez les filles (ICF, 2013 ; Rwenge, 2013 ; ORC Macro, 2006). Certains adolescents préfèrent s'abstenir des rapports sexuels pour différentes raisons : soit ils veulent attendre jusqu'au mariage, soit ils se disent être trop jeunes pour se lancer dans

une relation sexuelle, soit par peur de contracter une infection transmissible sexuellement ou une grossesse non désirée, soit par peur de la réaction des parents (Görge et al., 1998).

Görge et al (1998), en 1995, ont réalisé une étude sur le “Comportement sexuel et attitude des jeunes célibataires en Guinée urbaine”, avec un échantillon de 3 603 personnes âgées de 15-24 ans. Dans le groupe de personnes âgées de 15-19 ans, l’âge moyen au moment des premiers rapports sexuels était de 15,6 ans pour les garçons et de 16,3 ans pour les filles. L’enquête démographique et de santé réalisée en 2012 (ICF, 2013) a révélé que parmi les adolescents de 15-19 ans, 22,4 % des garçons et 9,5 % des filles étaient sexuellement actifs avant d’atteindre 15 ans. Les travaux de Rwenge (2013) révèlent qu’en Guinée, 17,9 % des garçons et 19,7 % des filles âgées de 15-19 ans ont eu leur premier rapport sexuel avant d’atteindre l’âge de 15 ans.

Il ressort ainsi de l’observation de la recension des écrits que, pour beaucoup d’adolescents des pays de l’Afrique subsaharienne comme la Guinée, l’initiation sexuelle a lieu à un âge précoce⁴. Outre cette sexualité précoce, les adolescents ont aussi tendance à avoir plus de partenaires sexuels et sont moins susceptibles d’utiliser les moyens de prévention (Rwenge, 2013 ; ICF, 2013 ; Miangotar, 2010 ; Kalambayi, 2007). Dans l’étude de Rwenge (2013), à l’exception du Cameroun, la Guinée a le taux de multipartenariat sexuel chez les garçons de 15-19 ans, le plus élevé parmi les pays francophones de l’Afrique subsaharienne, soit 17,9 %. (ORC Macro, 2006). Les études récentes montrent que ces attitudes en matière de multipartenariat chez les adolescents n’ont pas vraiment évolué. Dans le rapport sur le statut des adolescents et des jeunes en Afrique subsaharienne (UNFPA, 2012), 33 % des garçons de 15-19 ans ont eu plusieurs partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois qui ont précédé l’enquête, contre seulement 4 % des filles de la même tranche d’âge. Le taux de prévalence de l’utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel à haut risque est de 34 % chez les garçons de 15-19 ans et de 24 % chez les filles de 15-19 ans. La précocité des premières expériences sexuelles associée à la faible prévalence contraceptive (condom) et au multipartenariat exposent les adolescents à de nombreux risques dont la contraction des infections transmissibles sexuellement, dont le VIH/SIDA, les grossesses et les maternités précoces non désirées, le décrochage scolaire (Rwenge, 2013 ; Miangotar, 2010 ; The World Bank, 2007).

⁴ Âge précoce à l’initiation sexuelle, c’est lorsque l’initiation sexuelle a lieu avant l’âge de 15 ans

Il existe différents facteurs ou situations qui influencent positivement ou négativement la sexualité des adolescents. En Guinée, comme dans d'autres pays africains, les facteurs personnels associés à la sexualité préconjugale chez les adolescents sont entre autres : le besoin d'argent pour satisfaire ses besoins quotidiens, la curiosité, l'envie de ressembler à ses amis, la recherche potentielle du futur époux ou épouse (Rwenge, 2013 ; Miangatar, 2010 ; Kalambayi, 2007). L'entrée dans la sexualité ne résulte pas toujours du choix de l'adolescent, elle est parfois influencée par certains facteurs notamment les pairs et les médias. Le plus souvent, ces adolescents n'ont pas été exposés à de l'éducation sexuelle. La communication entre parents et adolescents contribue à améliorer le niveau de connaissances de ceux-ci sur les risques associés à l'activité sexuelle, aux moyens de prévention des infections transmissibles sexuellement, et les grossesses non désirées. Mais malheureusement, dans la majorité des familles, le sujet de la sexualité demeure encore tabou (Faye, 2005). Les adolescents s'informent à travers leur réseau d'amis et les médias avec toutes les gammes de problèmes que cela peut engendrer (Guiella, 2012 ; Kalambayi, 2007 ; Miangatar, 2010 ; CMEC, 2003). Logiquement, ce sont les centres sociosanitaires offrant des services aux adolescents, l'école, les pairs éducateurs qui peuvent donner aux adolescents des informations plus fiables en matière de santé sexuelle et reproductive (Miangatar, 2010). Mais l'accès à cette éducation sexuelle extra familiale est limité compte tenu de la rareté de ces centres sociosanitaires, des préoccupations sur la confidentialité et le manque de programme d'éducation sexuelle dans le système national d'éducation.

1.2.5. Politiques et programmes sur la santé sexuelle et reproductive

Le gouvernement guinéen, conscient du rôle des adolescents dans le programme de développement et de leur contribution dans la fécondité en général, avec l'appui des partenaires techniques et financiers (UNFPA, OMS, etc) a élaboré et adopté en 1996, la politique nationale de santé de la reproduction (MS, 2015 ; MSHP, 2009), une initiative prise par le gouvernement pour montrer son adhésion et son engagement aux principes et recommandations de la CIPD au Caire en 1994 (MS, 2015 ; ICF, 2013 ; MSHP, 2009). À cet effet, une division santé de la reproduction abritant la section santé des adolescents et jeunes a été placée au niveau de la direction nationale de la santé publique pour répondre au besoin de santé des adolescents et jeunes (MS, 2015, MSHP, 2009). L'opérationnalisation de cette politique, à travers son programme d'action dans les domaines de l'information, de la formation, de l'éducation et l'offre

de services pour répondre aux besoins des adolescents et les jeunes a permis d'avoir quelques avancées (MS, 2015).

Toujours dans la quête de consolidation des acquis afin de couvrir les besoins de santé et d'améliorer l'épanouissement et le développement des adolescents et des jeunes en Guinée, un plan stratégique national en santé et développement des adolescents et des jeunes, axé sur la stratégie de la région Afrique de l'OMS a été adopté. L'OMS a élaboré une stratégie de promotion de la santé pour faire face à la charge croissante des maladies de santé publique évitables dans la région africaine. La stratégie comprend entre autres les interventions clés de prévention et cible les adolescents et les jeunes, les travailleurs du sexe, la lutte contre les infections sexuellement transmises, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, de la sécurité transfusionnelle, du contrôle de l'infection à l'utilisation de préservatifs (OMS, 2011).

Par ailleurs, les pairs éducateurs ont été formés sur les thèmes liés à la santé sexuelle et reproductive. L'objectif est d'améliorer la qualité et l'accessibilité aux services de santé sexuelle et reproductive des adolescents. Les pairs éducateurs tiennent des séances d'information, d'éducation sur la santé sexuelle et reproductive au niveau des centres d'écoutes pour adolescents et jeunes. Ils ont pour tâche de faire la promotion des produits contraceptifs, de vulgariser l'abstinence, l'utilisation systématique du condom chez les adolescents et jeunes, etc.

En somme, il ressort de la recension des écrits que l'adolescence est une période qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte. C'est un moment crucial dans la vie, car c'est à cet âge que l'individu acquiert sa maturation pubertaire et son statut de jeune adulte. Dans les sociétés traditionnelles, l'adolescent est soumis à l'apprentissage et à l'intériorisation des normes et des valeurs de la société d'appartenance, par exemple le respect de l'ainé et de la chasteté. Cette forme de socialisation a pour but d'apprendre à l'adolescent le savoir-vivre et le savoir-faire. La quête de nouvelles identités, le sentiment d'invincibilité, le désir de marquer son indépendance et d'affirmer sa liberté, parfois même en transgressant l'interdit, sont entre autres les facteurs personnels qui poussent certains adolescents à prendre des risques qui peuvent compromettre leur santé à court terme comme à long terme (notamment, les risques liés à la santé sexuelle et reproductive). En dehors des facteurs personnels, d'autres facteurs interviennent dans la prise de risque chez l'adolescent. Ces facteurs sont d'ordres environnementaux, socioéconomiques,

culturels et institutionnels. Dans les sociétés africaines plus particulièrement guinéennes, il y a eu une importante mutation due à plusieurs réalités, dont, l'urbanisation, les inégalités liées au genre, et les crises socio-économiques. Cette mutation a ainsi eu des répercussions sur le comportement sexuel des adolescents. Il apparaît, par exemple, que les relations sexuelles prémaritales, le multipartenariat ou la prostitution sont des comportements prohibés dans la plupart des sociétés africaines (notamment guinéenne). Mais malheureusement, les familles démunies sont très souvent incapables d'assurer tous les besoins financiers de leur adolescent. À la recherche d'une condition économique meilleure, l'adolescent s'adonne à des rapports sexuels en échange d'argent avec des partenaires sexuels plus nantis, parfois même plus âgés (Balland, 2015 ; Guiella, 2012 ; Miangotar, 2012). Pour augmenter et diversifier sa source de financement en vue de combler tous les besoins essentiels, l'adolescent a recours à plusieurs partenaires sexuels. Au vu de ce qui précède, les facteurs associés aux comportements sexuels à risques chez les adolescents requièrent une analyse rigoureuse.

1.3 Pertinence de l'étude

L'individu est amené à vivre de nouvelles expériences pour franchir chaque étape de son développement. Pour ce qui est de l'adolescence, elle est marquée par l'expérimentation et la prise de risque ainsi que le début de l'activité sexuelle pour de nombreuses personnes. C'est une période de transition, pleine de changements physiques, psychologiques, affectifs et économiques (UNFPA, 2012). C'est à l'adolescence que nombre de tendances comportementales se construisent. À cette étape de la vie, l'adolescent peut soit développer une activité sexuelle saine à travers les expériences sensuelles et sexuelles positives, qui est une preuve de maturité, soit se livrer aux expériences d'attitudes préjudiciables relatives à sa sexualité (CMEC, 2003). Cependant, certains éléments externes comme les images diffusées dans les médias et les relations interpersonnelles peuvent également avoir une incidence considérable sur les tendances comportementales des adolescents (Guiella, 2012 ; Kalambayi, 2007 ; CMEC, 2003). À cet âge, les adolescents ont tendance à rejeter l'autorité et à rechercher l'autonomie dans leurs prises de décision. Cette situation les amène souvent à adopter les comportements dont l'issue peut être négative. L'OMS (2014) estime que 17 % des décès prématurés chez l'adulte sont causés par les comportements initiés au cours de l'adolescence. Du point de vue économique, les attitudes négatives peuvent engendrer d'énormes coûts socio-économiques pour l'adolescent et pour les

sociétés. À titre d'exemple, les grossesses prématurées d'adolescentes sont la cause la plus probable d'abandon et d'échecs scolaires, une cause probante de la réduction du capital humain et par ricochet une perte de revenu national et d'accroissement de la demande des services sociaux, contribuant ainsi à exacerber la pauvreté des pays (Bell et al., 2003 ; Loyd, 2005 cité dans Guiella, 2012, p. 3). Dans le même ordre d'idées, la prise en charge des frais des soins médicaux et des autres supports sociaux du VIH/SIDA exige d'énormes investissements pour les pays, responsables en partie du sous-financement d'autres services essentiels, comme l'éducation. La question de la sexualité des adolescents est cruciale, elle mérite une attention particulière. Cibler les adolescents est l'un des meilleurs choix possibles pour promouvoir des comportements sexuels à moindre risque et en santé chez des individus qui vont devenir les adultes de demain (Guiella, 2012).

La problématique de ce mémoire s'inscrit dans la logique du plan stratégique en santé et développement des adolescents et des jeunes du gouvernement guinéen (MSRG, 2015). Ce plan stratégique vise à renforcer les systèmes d'information et de prise en charge de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes. Cerner les préoccupations des adolescents au moyen de la recherche doit être une priorité pour la santé publique afin d'identifier des pistes d'intervention visant le développement d'une sexualité saine et adaptée à l'âge adulte. Dans sa quête d'amélioration du système d'information guinéen, cette étude va examiner les facteurs personnels et interpersonnels qui influencent le comportement sexuel à risque des adolescents scolarisés en Guinée.

1.4 Objectifs de l'étude

En termes d'objectifs, cette étude vise à :

- Décrire le comportement sexuel à risque chez les adolescents scolarisés en Guinée ;
- Expliquer le comportement sexuel des adolescents scolarisés en Guinée.

1.5 Questions de recherche

- Quels sont les comportements sexuels à risque des adolescents scolarisés en Guinée (pour le volet quantitatif) ?

- Dans quelle mesure la communication de l'intimité avec les parents, le contrôle parental et l'influence des amis, associés au genre expliquent le comportement sexuel des adolescents scolarisés en Guinée (pour le volet quantitatif) ?
- Quels sont les éléments qui motivent le comportement sexuel à risque des adolescents scolarisés en Guinée (pour le volet qualitatif) ?

Chapitre 2. Cadre de référence

Plusieurs recherches se sont intéressées à la sexualité des adolescents, notamment celle de Rwenge (2013), de Guiella (2012), de De-Banguirys et al (2010), pour n'en citer que quelques-unes. Les résultats de ces travaux ont montré que dans certains pays de l'Afrique subsaharienne, il y a une persistance des comportements sexuels à risques tels que la précocité des premiers rapports sexuels, la multiplicité des partenaires sexuels, et la faible protection des rapports sexuels. Il est donc primordial de comprendre les facteurs qui interviennent dans la persistance de ces comportements sexuels à risque chez les adolescents. À cet effet, plusieurs théories et modèles ont été développés au fil des ans (Rosenstock, 1974, cité dans Godin 2012, 1991 ; Guiella, 2012) par les chercheurs de différentes disciplines pour tenter de comprendre les facteurs qui déterminent le comportement (surtout sexuel) de l'individu. Ces explications abordent le comportement dans une perspective sociale, qui prend en compte l'interaction de l'individu avec son environnement social (Godin, 2012 ; Godin1991) dans la modélisation de son comportement. Dans cette optique, le comportement lié à la santé est vu comme un comportement social au même titre que tout autre comportement. À travers les études transversales et longitudinales, un certain nombre d'éléments qui composent la construction du comportement de l'individu en général et du comportement sexuel en particulier ont été identifiés. Ces éléments comprennent à la fois les facteurs protecteurs et les facteurs de risque, et expliquent pourquoi les individus, notamment les adolescents, adoptent des comportements plus risqués ou des comportements sexuels sains. Parmi les théories et modèles psychosociaux explicatifs du comportement sexuel des adolescents, quatre approches théoriques explicatives ressortent des travaux sur les comportements sexuels des adolescents en Afrique subsaharienne et ont guidé la conceptualisation du cadre théorique de Kalambayi (auteur du questionnaire que nous avons utilisé pour collecter nos données). Il s'agit de la théorie de désorganisation sociale, la théorie des stratégies rationnelles ou l'approche économique, la théorie du capital social ou l'approche socioculturelle et la théorie institutionnelle (Kalambayi, 2007). En plus de ces quatre approches théoriques, le modèle de socialisation influence aussi le comportement sexuel des adolescents. Les parents sont les premiers agents de socialisation de leur enfant, ils peuvent exercer une influence positive ou négative sur le comportement sexuel de ce dernier en façonnant les différents contextes sociaux de celui-ci, notamment son groupe d'amis, la supervision et le contrôle de ses sorties ou relations amoureuses et l'imposition des limites.

Dans cette section, nous allons d'abord présenter les agents de socialisation des adolescents, pour ensuite présenter les quatre théories que Kalambayi (2007) a utilisées pour développer son cadre conceptuel.

2.1 Agents de socialisation de l'adolescent

La famille a le rôle de transmettre les valeurs et les normes sociales, au fil des différentes étapes de l'évolution de l'enfant (Castra, 2013 ; Rwenge, 1999). Dès l'enfance, chaque parent ou tuteur aura la responsabilité de conduire la socialisation de son enfant. Les parents sont censés transmettre les informations dont l'enfant a besoin, notamment celles en rapport avec sa sexualité, pour pouvoir développer une vie sexuelle saine à l'âge d'adulte. En plus, les autres adultes de la famille jugés responsables peuvent également s'impliquer auprès des parents dans la socialisation des adolescents pour compléter leur éducation à la sexualité. Par ailleurs, le groupe d'amis, l'école, le milieu de résidence et, la religion d'appartenance permettent à l'enfant de compléter des connaissances et des pratiques acquises dans la sphère familiale ou d'acquérir de nouvelles connaissances pouvant influencer sa pratique sexuelle (Castra, 2013 ; Guiella, 2012).

2.2 Les théories du cadre de référence de Kalambayi

2.2.1. La théorie de la désorganisation sociale (Chelin et Riley, 1986)

La théorie de la désorganisation sociale se fonde sur le fait que l'urbanisation due à la mondialisation et au développement de la technologie (télévision, chats sur internet, sites de rencontre, les films pornographiques) a contribué à l'effondrement des structures sociales et la baisse du contrôle parental (Kobiane et Yaro, 1996 cités dans Rossier et al, 2013 ; Morency 2008, Kalambayi, 2007, Faye 2005). Les parents jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement de l'adolescent dans sa transition vers l'âge adulte. Ils se doivent de mettre en place des règles et des normes familiales, de superviser les comportements de leurs enfants, de fixer des limites et de mettre en place des sanctions, lorsque ces limites seront franchies (Claes, 2004). À cause de la désorganisation sociale, les parents ne sont plus aptes à assumer cette tâche (M.S.R.B., 2010). Cette situation amène les adolescents à ne plus respecter certaines normes et valeurs de la société traditionnelle. Ils ont maintenant adopté de nouveaux comportements tels que la sexualité préconjugale ou la précocité de l'activité sexuelle qui sont parfois à risque pour leur santé

sexuelle (Rwenge, 2013). En rapport avec les contextes socioéconomiques et culturels, le choix de la théorie suscitée dans une étude sur le comportement sexuel en Guinée paraît un peu difficile à cause de la diversité des motifs des personnes engagées dans l'activité sexuelle, de l'hétérogénéité culturelle et de l'affaiblissement du pouvoir traditionnel dû à l'urbanisation et au libertinage sexuel préconjugal.

2.2.2. La théorie des stratégies rationnelles ou d'adaptation (Chelin et Riley, 1986)

La théorie des stratégies rationnelles suppose que les adolescents s'adonnent aux activités sexuelles dans le but d'atteindre certains objectifs d'ordre économique ou social (Kalambayi 2007 ; Faye 2005). Pour le premier (objectif d'ordre économique ou échanges économico-sexuels), la relation sexuelle est justifiée par des cadeaux d'habits ou de sommes d'argent. Plusieurs études ont notifié cette pratique comme facteur déterminant du comportement sexuel des adolescents (Kalambayi 2007). Les adolescents s'engagent dans un réseau de polygamie officieuse (chez les garçons) ou de polyandrie officieuse (chez les filles) couramment appelé "boy-friend"⁵ "sugar daddy"⁶ ou "chic, choc, chèque"⁷ (Biaya 2001). Pour le second objectif (objectif d'ordre social), les adolescents s'adonnent aux activités sexuelles pour des raisons matrimoniales (Kalambayi, 2007). Biaya (2001) affirme que dans certaines villes comme Abidjan, Brazzaville, Pikine, la conclusion du mariage se fait en plusieurs étapes. Il commence d'abord par le concubinage, ensuite les fiançailles et se termine par le mariage. Par ailleurs, la satisfaction de la curiosité a été également rapportée comme étant l'un des facteurs déterminants de la sexualité des adolescents (Kalambayi, 2007 ; Raynaud, 2001 ; Calvès 1998).

Selon cette approche théorique, les individus s'adonnent aux relations sexuelles prémaritales ou au multipartenariat pour atteindre un profit personnel d'ordre économique ou social. Elle s'oppose à l'idée selon laquelle les relations sexuelles, en plus des motifs économique et social peuvent être guidées par l'environnement socioculturel. Compte tenu de la complexité des facteurs explicatifs du comportement sexuel à risque chez les adolescents, cette théorie à elle seule ne peut suffire pour définir le comportement sexuel à risque chez les adolescents en Guinée.

⁵ L'adolescent(e) entretient des relations sexuelles avec un(e) autre de son âge avec qui il (elle) s'affirme dans le quartier.

⁶ L'adolescent(e) entretient des relations discrètes avec une personne. Ce dernier survient à ces besoins en échange des rapports sexuels réguliers.

⁷ La fille a trois amants, le **chic** c'est l'homme affecté aux soirées dansantes et amour pouvant conduire au mariage, il a accès au sexe sans condition. Le **choc** est un collègue de promotion, il a pour rôle d'aider la fille dans ses travaux pédagogiques. De temps en temps il est récompensé par le rapport sexuel avec la fille. Le **chèque**, quant à lui subvient aux besoins financiers de l'adolescente au prix des rapports sexuels réguliers.

2.2.3. La théorie du capital social ou l'approche socioculturelle (Colman, 1988)

La théorie du capital social suggère que le comportement de l'individu est défini par rapport à un contexte social (Bozon, 1993 ; Godin, 1991). Ce contexte est basé sur trois éléments (le capital financier, le capital humain et le cadre social). Le capital financier est la capacité du ménage à satisfaire les besoins financiers et matériels de l'adolescent. Le capital humain fait référence aux caractéristiques socioculturelles des parents ou tuteur. Le cadre social concerne les caractéristiques sociodémographiques du ménage, dont la structure et la taille du ménage. (Kalambayi, 2007). Les facteurs familiaux peuvent ainsi avoir des impacts sur la pratique sexuelle des adolescents. Selon cette théorie, un adolescent issu de ménage socioéconomique défavorable et/ou polygame a plus de chance d'avoir des pratiques sexuelles à risque, dont la sexualité préconjugale et/ou précoce, le multipartenariat, les rapports sexuels, en échange de cadeaux ou argent (Kalambayi, 2007).

Les limites de la théorie du capital social, sont qu'elle se base uniquement sur le contexte familial pour définir le comportement sexuel des jeunes sans tenir compte des caractéristiques individuelles, de l'interaction entre l'environnement familial et la personnalité, et de la complexité des réalités sociales (Djamba, 1997 ; Marcoux, 1998 cité dans Kalambayi, 2007, p.24).

2.2.4. La théorie institutionnelle (Rwenge, 1999)

L'approche la moins citée par les auteurs, la théorie institutionnelle, suppose que les lois (réglementation de l'âge du mariage par exemple), les programmes et les services en faveur des adolescents peuvent avoir des répercussions sur le comportement sexuel de ces derniers (Kalambayi, 2007). À titre d'exemple, la création des centres d'écoute pour les adolescents et les jeunes améliore l'accessibilité aux services de santé sexuelle et reproductive et prévient les comportements à risque chez les adolescents et jeunes. Cette théorie stipule que la prévention de comportement sexuel à risque chez les adolescents découle de l'importance des dispositifs mis en place par les gouvernements dans le domaine de la santé publique en général et celle de la santé sexuelle et reproductive (SSR) en particulier. L'accessibilité et la vulgarisation des services de santé sexuelle et reproductive des adolescents occupent une place importante dans le changement des comportements sexuels des adolescents. La gratuité des condoms requiert une contribution

financière importante, et s'il y a une insuffisance des fonds nationaux engagés pour ce faire, les résultats escomptés par les programmes et politiques mis en place seront remis en cause.

En somme, après avoir passé en revue les agents de socialisation et les différentes théories utilisées par Kalambayi, nous constatons que le comportement sexuel est un phénomène social (Du Plessis et al. 1993 cité dans Guiella, 2012 p. 33 ; Rwenge 2013), dont la compréhension dépend de plusieurs facteurs, notamment : l'environnement familial, le contexte culturel et économique, les caractéristiques individuelles et celles des amis (ou pairs). En d'autres termes, il existe une interdépendance entre les facteurs contextuels et les facteurs individuels (encore appelé cadre de vie) dans la construction du comportement sexuel. Pour comprendre le comportement sexuel des adolescents en Guinée, nous allons utiliser un certain nombre de variables du cadre de vie de l'adolescent pour tenter d'expliquer le comportement sexuel à risque des adolescents scolarisés en Guinée. La formulation de notre cadre conceptuel découle à la fois de l'analyse des agents de socialisation (familiaux et extra familiaux) de l'adolescent et du cadre conceptuel développé par Kalambayi (2007).

Figure 1 : Cadre conceptuel

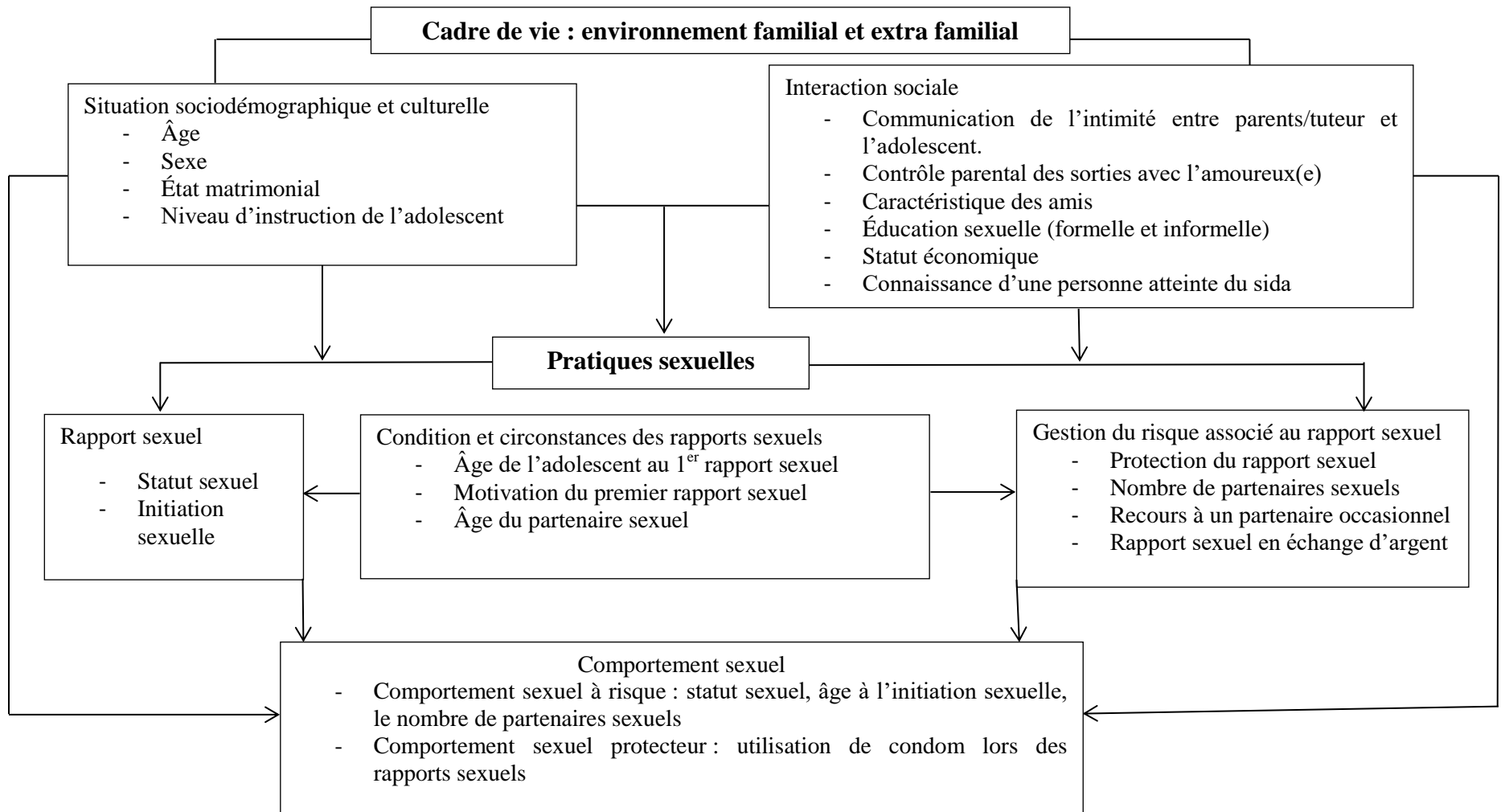


Figure 1 : Cadre conceptuel

La revue des écrits montre que la sexualité est une construction sociale. De ce fait, les pratiques et les attitudes sexuelles de l'adolescent dépendent directement ou indirectement des caractéristiques culturelles, socioéconomiques et démographiques de l'environnement familial et/ou extra familial. Ces deux environnements (familial et extra familial, encore appelé le cadre de vie) influencent l'adoption de comportement sexuel à risque ou non.

Le premier niveau du cadre conceptuel représente le cadre de vie. Pour cette étude, le cadre de vie regroupe deux types de caractéristiques qui sont : les caractéristiques sociodémographiques et culturelles et les caractéristiques socioculturelles.

Le comportement sexuel des adolescents est un phénomène social dont la compréhension dépend de plusieurs facteurs. Le comportement de l'individu est déterminé par son interaction avec l'environnement social. Selon notre cadre conceptuel, le cadre de vie figure au premier lieu de ces facteurs. Il est en fait déterminé par les normes et les valeurs socioculturelles en vigueur dans la cellule familiale et extra familiale. Le cadre de vie influence la sexualité de l'adolescent au travers du niveau d'instruction, le cercle d'amis, et du rapport entre adolescents et parents. Il influence également la communication verbale et non verbale sur la sexualité entre les parents et l'adolescent, mais aussi entre adolescents. Dans la majorité des familles africaines, parler de la sexualité à leurs enfants n'est pas chose aisée, c'est un sujet tabou (Faye, 2005). Pourtant, un rapport positif et une bonne communication entre parents et enfants sont, entre autres, des facteurs qui ont un impact positif sur la sexualité des adolescents. Ils donnent l'occasion à ces derniers de retarder leur première relation sexuelle, d'avoir moins de partenaires sexuels et une utilisation accrue des moyens de contraception. Grâce à la communication, l'adolescent se sent plus à l'aise, plus apte à reconnaître et à assumer ses désirs et également à se protéger contre les infections transmissibles sexuellement et des grossesses non désirées (Hopkin, 2010 cité dans Hien et al., 2012 p. 2).

Pour cette recherche, les variables retenues selon chaque type de caractéristiques sont :

1. Variables sociodémographiques : âge, sexe, état matrimonial, niveau d'étude,
2. Variables socioculturelles : communication sur la sexualité entre parents et adolescents, contrôle parental.

Le deuxième niveau du cadre conceptuel porte sur la pratique sexuelle. La sexualité se réveille à l'adolescence et, selon l'influence de son cadre de vie, l'adolescent peut opter pour une abstinence sexuelle jusqu'au mariage ou commencer aussitôt son expérience sexuelle (Kalambayi, 2007). Cela dépendra de ses motivations (sous le coup de l'impulsion ou de l'influence des pairs, par exemple) et les circonstances dans lesquelles se déroule l'acte sexuel (Kobelembi, 2010). Ce deuxième niveau comprend trois groupes de variables.

1. Le rapport sexuel : statut sexuel.
2. Conditions et circonstances des rapports sexuels : âge au premier rapport sexuel, motivation du premier rapport sexuel et âge du (de la) partenaire sexuel(le).
3. Gestion du risque associé au rapport sexuel : nombre de partenaires sexuels, protection du rapport sexuel, recours aux partenaires sexuels occasionnels.

Ces trois groupes de variables vont déterminer que l'adolescent a :

- Un comportement sexuel à risque : sexualité précoce, et ou multipartenariat.
- Un comportement sexuel protecteur : protection des rapports sexuels

2.3 Cadre d'analyse

Pour décrire et expliquer le comportement sexuel à risque chez les adolescents en Guinée, nous nous intéressons à examiner trois indicateurs qui sont : la précocité des premiers rapports sexuels, la multiplicité des partenaires sexuels et l'utilisation du condom au premier et au dernier rapport sexuel. Ces trois indicateurs témoignent dans une certaine mesure, de la complexité du comportement sexuel à risque chez les adolescents due à une cooccurrence des facteurs personnels et interpersonnels. Nous avons donc identifié un certain nombre de variables (variables indépendantes) pour essayer d'expliquer les trois indicateurs (variables dépendantes). D'autres éléments recueillis à travers les entrevues qualitatives viendront compléter l'explication conceptuelle et bonifier la liste des éléments explicatifs du comportement sexuel à risque des adolescents scolarisés en Guinée. Nous avons élaboré un cadre d'analyse pour décrire et expliquer les comportements sexuels des adolescents.

Figure 2 : Cadre d'analyse de l'étude

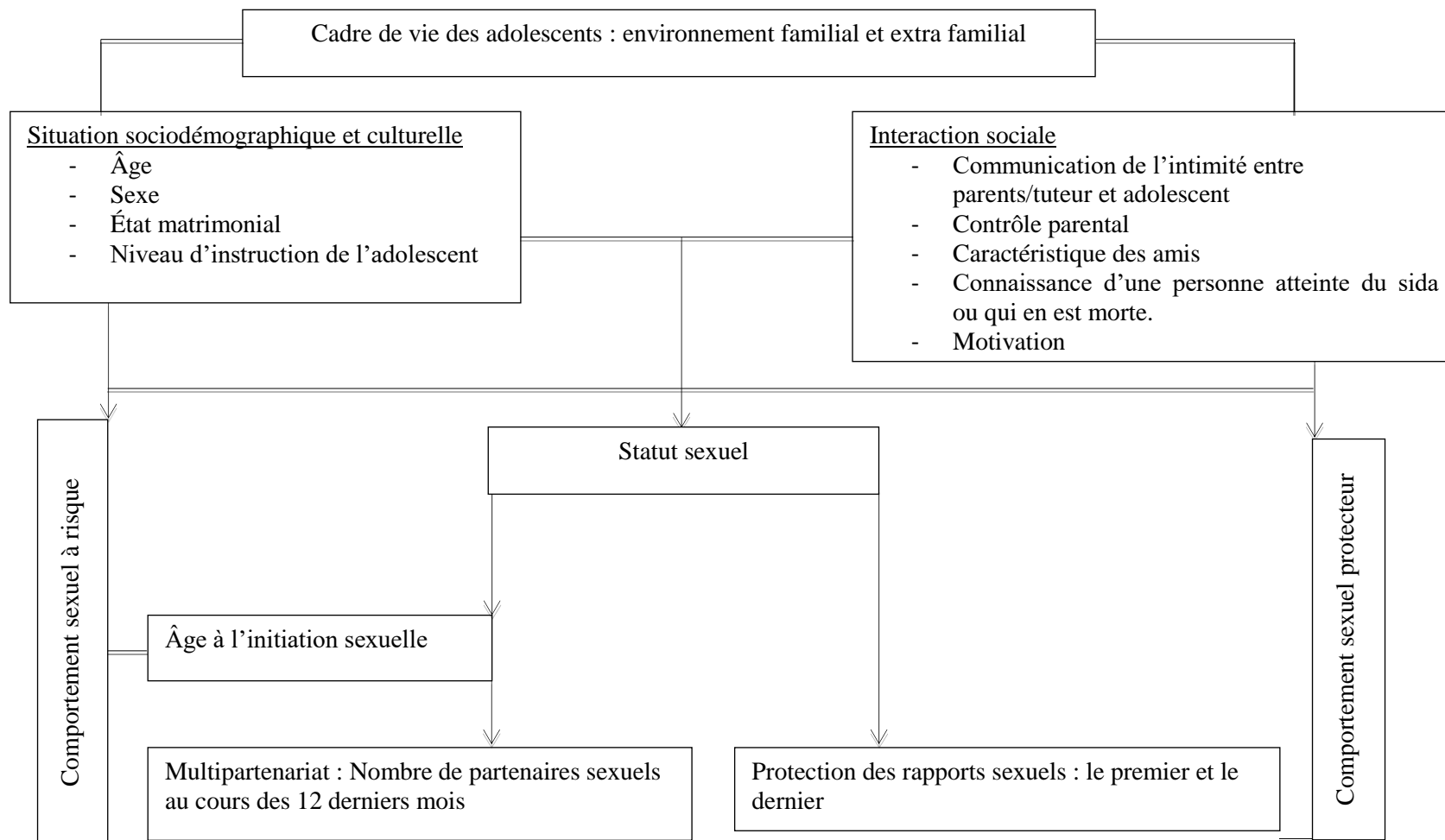


Figure 2 : Cadre d'analyse

2.4 Hypothèses de la recherche

En partant du cadre d'analyse décrit ci-dessus, découlent quatre grandes hypothèses.

- 1- Le sexe et l'âge de l'adolescent au moment de l'étude, et la communication de l'intimité avec les parents/tuteur influencent le statut sexuel
- 2- Le sexe, la communication de l'intimité avec les parents/tuteur, le niveau de contrôle parental des sorties amoureuses, les motifs du premier rapport sexuel, l'âge du partenaire sexuel et la différence d'âge entre l'adolescent et son partenaire sexuel influencent l'âge à l'initiation sexuelle
- 3- Le sexe et l'âge de l'adolescent à l'initiation sexuelle, la communication de l'intimité avec les parents/tuteur et le niveau contrôle parental des sorties amoureuses influencent le multipartenariat chez l'adolescent
- 4- Le sexe, la communication de l'intimité avec les parents/tuteur, le contrôle parental des sorties amoureuses, la connaissance d'une personne atteinte ou qui est mort du SIDA, le recours au professionnels de sexe, la pratique des rapports sexuels en échange d'argent, et le recours simultané de plus d'un partenaire sexuel ou de professionnels de sexe influencent la protection des rapports sexuels

2.5 Définition des concepts

L'adolescence est étroitement liée aux transformations biologiques, psychologiques et sociales, et également à la puberté (Rwenge, 2013 ; Kalambayi 2007). L'adolescence marque le début de la puberté et s'achève par une certaine maturité sociale ou la fin de la puberté. Les limites de la puberté varient selon les cultures, traditions et sociétés, ce qui fait qu'il est difficile de situer avec exactitude la période de l'adolescence. Selon l'OMS, l'adolescent est toute personne dont l'âge est compris entre 10-19 ans (OMS, 2017 ; Kalambayi, 2007). Dans le cadre de notre étude, la tranche d'âge retenue pour définir la période d'adolescence est de 15 à 19 ans.

Le comportement sexuel se rapporte à un ensemble de conduites et de pratiques en rapport avec le sexe. Lorsque ces conduites et ces pratiques sexuelles ont la particularité de soumettre

l'individu à un risque, il s'agira de comportement sexuel à risque, dans le cas contraire on parlera de comportement sexuel sain (Kalambayi, 2007) ou protecteur. Plusieurs indicateurs statistiques entrent dans l'analyse du comportement sexuel des adolescents, à savoir le statut sexuel, l'initiation sexuelle, le nombre de partenaires sexuels, la protection des rapports sexuels.

Le statut sexuel de l'adolescent fait référence à l'expérimentation d'un rapport sexuel avec pénétration. L'adolescent est sexuellement actif lorsqu'il a déjà eu un rapport sexuel pénétratif, inactif lorsque ce dernier n'a pas encore pratiqué une activité sexuelle avec pénétration (Kalambayi, 2007).

L'initiation sexuelle ou l'âge au premier rapport sexuel est dans une optique sociodémographique, l'âge d'entrée en sexualité. En d'autres termes, c'est l'âge à auquel l'individu a eu son premier rapport sexuel pénétratif (Bozon, 1997a p.49 cité dans Kalambayi, 2007). Dans la littérature, l'âge au premier rapport sexuel est souvent apprécié de manière arbitraire, il n'y a pas de critère de référence pour déterminer avec exactitude l'âge acceptable d'entrée en sexualité (Kalambayi, 2007). Dans les études recensées (l'UNICEF, 2011), l'âge au premier rapport sexuel est qualifié soit de précoce (avant 15 ans) ou tardif (15 ans ou plus). Le fait que certains individus commencent leur sexualité à un âge précoce ou tardif préfigure une attitude durable à l'égard de leur sexualité (Bozon, 1993).

Le multipartenariat sexuel. Avant de parler du multipartenariat, il est nécessaire de comprendre que dans cette étude, le partenaire sexuel est la personne qui a eu au moins un rapport sexuel pénétratif avec l'adolescent interviewé. Le multipartenariat a différentes interprétations selon les cultures, les traditions, ou la société. Ceci rend sa définition plus complexe, car ce qui est normal pour une culture peut être tout au contraire pour une autre. Dans cette étude, le multipartenariat sexuel est admis lorsque l'enquêté reconnaît avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois qui précèdent le moment de l'enquête (Kalambayi, 2007).

La protection des rapports sexuels fait référence à l'utilisation de condom lors de l'acte sexuel. L'utilisation du condom lors des rapports sexuels protège les deux partenaires contre la transmission du VIH ou autre maladie transmissible sexuellement, si l'un d'eux est infecté. Le condom protège également contre les risques de grossesses non désirées. Pour cette étude, la

protection des rapports sexuels correspond à l'utilisation du condom au premier et au dernier rapport sexuel.

Chapitre 3. Méthodologie de la recherche

Cette section est consacrée à la présentation de la méthodologie de recherche utilisée, de la population à l'étude, de l'échantillonnage, des outils utilisés et du déroulement de la collecte des données. Dans cette section, nous allons également étayer les techniques d'analyse utilisées, les critères de validité et de fiabilité de nos résultats ainsi que les considérations éthiques.

3.1 Devis

L'étude proposée est de nature mixte, transversale à visées descriptive et explicative. Elle consiste à décrire le comportement sexuel à risque des adolescents, puis à expliquer l'adoption de certains comportements sexuels à risque chez les adolescents scolarisés en Guinée.

3.2 Population de l'étude

Les participants de cette étude sont des adolescents âgés de 15 à 19 ans avec un niveau scolaire allant de la 7^{ème} à la 10^{ème} année. Le choix des adolescents scolarisés comme population cible de cette étude est motivé par le fait ce groupe est caractérisé par une capacité intellectuelle permettant de mieux raisonner et d'assimiler les questions à l'étude (items liés aux comportements sexuels à risque). Pour réaliser les entrevues, nous n'avons pas eu à traduire le questionnaire et le guide d'entretien ou chercher un interprète, ce qui nous a ainsi permis d'économiser temps et argent. En plus, les adolescents scolarisés sont faciles à rejoindre dans le cadre des entrevues individuelles, car ils sont regroupés au sein d'une structure. De même, dans la recherche de consentement libre et éclairé des parents des adolescents de moins de 18 ans, nous avons pu informer directement la plupart des parents d'élèves de notre projet de recherche par le biais de l'association des parents d'élèves au sein des établissements scolaires. Le choix des adolescents s'explique également par l'importance de promouvoir des comportements sexuels à moindre risque chez des individus qui commencent leur expérience sexuelle. Les études ont révélé que les problèmes de comportement sérieux (notamment sexuel) apparaissent de façon explosive à l'adolescence (Rwenge, 2013 ; Pépin, 2010). Intervenir auprès de cette population est l'un des meilleurs choix possibles pour faire des adolescents des adultes responsables de demain (Guiella, 2012). Cela nécessite avant tout une connaissance réelle des aptitudes, des pratiques et

des facteurs qui influencent le comportement sexuel des adolescents afin de définir leurs attentes en matière d'éducation sexuelle.

3.3 Échantillonnage

3.3.1 Volet quantitatif

Dans notre étude, nous avons utilisé un échantillonnage par quotas au lieu d'un échantillonnage probabiliste comme cela se fait dans la plupart des études quantitatives. Deux principales raisons ont motivé le choix de la stratégie de sondage par quotas. La première est liée aux contraintes financières et temporelles. La deuxième se justifie par le caractère sensible de notre sujet d'étude. En Guinée comme dans beaucoup d'autres pays africains, les questions liées à la sexualité demeurent un sujet tabou dans de nombreuses familles. La participation à cette étude étant purement volontaire, utiliser la méthode de sondage probabiliste nous impose à interviewer uniquement les adolescents qui seront sélectionnés au hasard à partir de la méthode probabiliste. Cela pourra avoir un impact négatif sur le taux de participation, car les cas de refus ne pourront être remplacés.

Le quota prévu pour la collecte de données était de 200 adolescents. Lors de la collecte des données terrain, 123 adolescents scolarisés ont volontairement accepté de prendre part à l'étude, soit un taux de réponse égal à 61,5 %.

3.3.2 Volet qualitatif

Le nombre de participants visé pour la réalisation des entrevues qualitatives était de 18 adolescents. Les participants à l'étude qualitative ont dans un premier temps répondu aux questionnaires quantitatifs avant d'assister aux entretiens qualitatifs. En recherche qualitative, la collecte des données s'arrête lorsque les dernières unités d'observations (ou entrevues) analysées n'apportent plus d'éléments nouveaux (Glaser et Strauss, 1967 cités dans Pires, 1997 p. 66). On parle ainsi de saturation, puisque les données subséquentes seraient redondantes. Au moment du recueil des données, la saturation a été obtenue à partir du quatorzième entretien. Nous nous sommes alors limités à 14 entrevues.

3.4 Les instruments de mesures et d'appréciation des expériences des adolescents

Pour décrire et comprendre le comportement sexuel des adolescents scolarisés en Guinée, deux instruments de collecte ont été utilisés à savoir le questionnaire (pour l'étude quantitative) et le guide d'entretien (pour l'étude qualitative).

3.4.1 Volet quantitatif

Les modules de questions utilisés dans le cadre de cette étude font partie d'un questionnaire qui a déjà été validé et utilisé dans une autre étude dont le thème portait sur la "Sexualité des jeunes et comportements sexuels à risque à Kinshasa, RD Congo" par Kalambayi (2007). Pour notre étude, nous avons utilisé les modules 7 à 11 du questionnaire de Kalambayi (2007). Le questionnaire était présenté sous forme d'un document papier de 24 pages et a été élaboré en français. Il comportait 128 questions réparties en 6 sections, la première section portait sur les caractéristiques sociodémographiques. Les questions de la deuxième section portaient sur le premier rapport sexuel. Les questions de la troisième section étaient en lien avec les relations sexuelles passées et actuelles. La quatrième sur le multipartenariat sexuel, expériences sexuelles à caractère commercial et perception des risques des ITSS/VIH/SIDA. La cinquième concernait l'interaction et support sociaux, et la dernière section portait sur la connaissance des conséquences et antécédents de la sexualité.

3.4.2 Volet qualitatif

À partir des objectifs, des questions de recherche de l'étude et du cadre de référence, un guide d'entretien a été élaboré (Annexe G). Au cours des entretiens qualitatifs, cinq grands thèmes portant sur les facteurs motivant certains comportements sexuels à risque ont été discutés avec les adolescents. Ces thèmes portaient sur : les facteurs motivant la sexualité préconjugale et précoce, le multipartenariat, la non-utilisation systématique de condom méthodes de contraception pour prévenir les ITSS/VIH et grossesses non désirées, et les solutions à envisager pour l'adoption de comportement sexuel sécuritaire chez les adolescents. Le recours à des entrevues semi-structurées nous a permis de cerner la complexité des déterminants du comportement sexuel des adolescents, et de recueillir de multiples points de vue sur les solutions à envisager pour prévenir certains comportements sexuels déviants chez les adolescents.

3.5 Les variables de l'étude quantitative

3.5.1 Variables dépendantes

Dans cette étude, nous cherchions à décrire et à expliquer le comportement sexuel à risque des adolescents scolarisés en Guinée. Pour ce faire, quatre variables dépendantes ont été sélectionnées, soit le statut sexuel (sexuellement actif ou inactif), l'âge à l'initiation sexuelle (précoce ou tardive), le multipartenariat sexuel (oui ou non), la protection des rapports sexuels (oui ou non). Les variables statut sexuel, l'âge à l'initiation sexuelle et le multipartenariat sont les déterminants du comportement sexuel à risque. L'utilisation du condom au premier et au dernier rapport sexuel détermine le comportement sexuel protecteur.

Le comportement sexuel à risque fait référence ici à un ensemble d'actes sexuels qui ont la particularité de soumettre l'individu à un risque, celui de contracter les ITSS/VIH/SIDA ou de grossesses non désirées (Kalambayi, 2007).

-*Le statut sexuel* est une variable à deux modalités, l'adolescent est sexuellement actif lorsqu'il a déjà eu un rapport sexuel pénétratif (égal oui), inactif lorsque ce dernier n'a pas encore pratiqué une activité sexuelle pénétrative (égal non).

-*L'âge à l'initiation sexuelle* est l'âge au premier rapport sexuel pénétratif (coït), c'est une variable à deux modalités (précoce, tardive).

- Précoce : l'âge au premier rapport sexuel est précoce lorsque l'adolescent est entré dans la vie sexuelle avant d'atteindre l'âge de 15 ans ;
- Tardif : l'âge au premier est tardif lorsque l'adolescent a eu son premier rapport sexuel pénétratif à l'âge de 15 ans ou plus.

L'âge à l'initiation sexuelle est une variable intermédiaire, elle est à la fois une variable dépendante que nous cherchons à expliquer, mais elle est aussi utilisée comme variable indépendante pour tenter d'expliquer le multipartenariat chez les adolescents scolarisés en Guinée.

-*Le multipartenariat* fait référence au nombre de partenaires sexuels au cours 12 derniers mois précédant l'enquête. C'est une variable à deux modalités (oui ou non).

- Oui, si l'adolescent a eu plus d'un partenaire sexuel au cours 12 derniers mois ;
- Non, si l'adolescent n'a eu qu'un seul partenaire sexuel au cours 12 derniers mois.

Le comportement sexuel protecteur est l'ensemble des pratiques et attitudes que l'adolescent adopte pour minimiser le risque de contracter une ITSS/VIH/SIDA ou d'avoir une grossesse non désirée (Guiella, 2012).

Protection des rapports sexuels, pour cette étude, la protection des rapports sexuels fait référence à l'utilisation du condom au premier et au dernier rapport sexuel. C'est une variable à deux modalités.

- Oui, si le condom est utilisé au premier et au dernier rapport sexuel ;
- Non, si le condom n'a pas été utilisé au moins dans l'un des rapports sexuels (premier ou dernier rapport sexuel).

3.5.2 Principales variables indépendantes

- *Le sexe* est une variable à deux modalités, soit l'adolescent est de sexe masculin, soit de sexe féminin.

- *La communication sur l'intimité avec les parents/tuteurs*, c'est lorsque l'adolescent parle de ses fréquentations, ses relations amoureuses avec ses parents/tuteur. C'est une variable à deux modalités, lorsque l'adolescent partage ses intimités avec ses parents/tuteur, la réponse est oui, s'il n'en parle pas, la réponse est non.

- *Le contrôle parental* fait allusion ici à une supervision des sorties amoureuses de l'adolescent par ses parents. C'est une variable à trois modalités, qui sont : régulièrement, de temps en temps, et jamais.

- *La différence d'âge entre l'adolescent et le partenaire sexuel* est l'écart d'année qui sépare l'âge de l'adolescent à celui du partenaire sexuel. C'est une variable à deux modalités. Lorsque la

différence d'âge entre l'adolescent et le partenaire sexuel est inférieure à deux ans, il est dans la catégorie une, et lorsque la différence d'âge est égale ou supérieure à deux ans, il est dans la catégorie deux.

3.6 Déroulement de l'étude

Les établissements scolaires ciblés afin de recruter les répondants pour cette étude sont les établissements secondaires de la capitale et à cinq kilomètres de la capitale. Pour ce faire, une approbation des autorités des établissements a été préalablement obtenue. Le processus de recrutement a commencé par l'organisation de séances de sensibilisations et d'information⁸ à l'intention des élèves et parents d'élèves. Nous avons présenté le projet d'étude au cours de séances de sensibilisation. La présentation comprenait le but, le déroulement à savoir le lieu (le local réservé pour les entrevues au sein de l'établissement à l'abri des écoutes), les modalités de participation, le type, le nombre, et la durée des entretiens. Des fiches d'informations ont été fournies aux participants, afin de les aider à mieux cerner les objectifs de l'étude et de poser des questions. Après la mise en confiance des élèves et des parents d'élèves, nous avons obtenu l'accord de certains adolescents et parents d'élèves pour participer aux entrevues. Lors du contact préliminaire avec les participants éventuels de l'étude, en plus de prévoir le moment et le lieu de l'entrevue (soit le local prévu à cet effet, soit dans un autre lieu de leur convenance), les adolescents de moins de 18 ans ont reçu les fiches de consentement parental pour approbation.

Une fois le consentement de part et d'autre (élèves et parents d'élèves pour les adolescents de moins de 18 ans) acquit, nous avons réalisé en premier lieu, un prétest des instruments de l'étude afin de vérifier la structure des sauts de questions dans l'instrument, de nous assurer que le questionnaire et le guide d'entretien ne comportent pas d'ambiguïté et d'obtenir des estimations sur la durée moyenne des entretiens. Les leçons tirées de ce prétest ont été mises à profit pour finaliser le guide d'entrevue et les instruments quantitatifs (par exemple, mettre les questions à la deuxième personne du singulier). Après correction des instruments, le recueil des données terrain proprement dit a été lancé. Rappelons par ailleurs que la participation à l'étude était purement volontaire avec un consentement libre et éclairé. Pour la sélection des participants, les deux enquêteurs et l'étudiante-chercheure ont abordé au hasard les élèves devant ou dans les salles de

⁸ Les thèmes des séances de sensibilisation et d'informations portaient sur la présentation de la chercheure, du projet, les modalités de participation et l'intérêt à participer à un tel projet de recherche.

classe, devant la cours de l'école (aux alentours de l'établissement scolaire). L'objet et les objectifs de l'étude ont été présentés au préalable aux élèves rencontrés. Les instructions concernant les modalités de participation ainsi que les considérations éthiques ont été également données. Certains élèves approchés ont refusé de participer (77 adolescents approchés ont refusé de participer à l'étude), à cause du caractère intime des questions (bien que l'anonymat ait été garanti). Ce problème s'est posé beaucoup plus chez les filles, ce qui explique le taux bas de participations des filles par rapport aux garçons (35 % des filles contre 65 % des garçons, tableau 1). La durée moyenne des interviews pour l'étude quantitative était d'une heure. Pour la collecte des données, il y a eu 123 participants à l'étude quantitative. Parmi eux, les 14 premiers adolescents qui ont accepté de participer aux entrevues qualitatives ont été interviewés (la saturation a été obtenue à la quatorzième entrevue). Pour participer aux entrevues qualitatives, l'adolescent scolarisé devrait d'abord répondre au questionnaire de la fiche d'enquête quantitative, avant de prendre part à l'entrevue qualitative. L'objectif de ces entrevues qualitatives était de comprendre les facteurs qui motivent certains comportements sexuels à risque chez les adolescents scolarisés en Guinée. La durée des entretiens qualitatifs variait de 20 à 45 minutes.

3.7 Gestion et analyse des données de l'étude

Pour l'analyse des résultats, deux approches ont été utilisées : une approche quantitative pour l'étude quantitative et une approche qualitative pour le volet qualitatif.

- Volet quantitatif

En rapport aux objectifs spécifiques et la nature de nos variables, deux méthodes d'analyse sont utilisées dans cette étude. À savoir : 1- La méthode descriptive a été utilisée pour dresser les portraits sociodémographiques et culturels et des pratiques sexuelles des adolescents tels qu'ils existent et aussi examiner les relations d'association entre chacune des variables indépendantes et les variables dépendantes de l'étude quantitative (première étape). Selon le schéma du cadre d'analyse proposé dans le chapitre II, les variables du cadre de vie de l'adolescent (variables indépendantes) ont été mises en relation deux à deux (test de khi deux) avec les différentes variables dépendantes (le statut sexuel, l'âge à l'initiation sexuelle, le multipartenariat et la protection des rapports sexuels). 2- La méthode explicative pour comprendre et expliquer les

effets des variables indépendantes sur les variables dépendantes. Elle a consisté à introduire simultanément les variables indépendantes dans le modèle de régression logistique avec chacune des variables dépendantes (deuxième étape). Cette méthode d'analyse explicative nous a permis de confirmer ou de réfuter les hypothèses proposées dans le chapitre précédent. Toutes nos variables dépendantes sont des variables binaires, c'est-à-dire qu'elles ont chacune deux catégories de réponses ou codes : zéro (0) et un (1). À titre d'exemple, la variable, statut sexuel a le code 0 si l'adolescent est sexuellement inactif, et le code 1 si l'adolescent est sexuellement actif.

La saisie et l'analyse des données ont été faites à l'aide du logiciel SPSS version 20. Ce logiciel d'analyse de données permet d'assurer les croisements entre les variables indépendantes et dépendantes.

1. Méthode d'analyse descriptive

Nos variables sont majoritairement catégorielles. Les variables d'intervalles, comme le nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois, ont été regroupées en variables catégorielles. Pour notre étude, nous avons recouru au test de khi carré (χ^2) de Pearson pour vérifier l'existence d'une relation d'association entre les variables indépendantes et les variables dépendantes à l'étude. Il y a association significative entre les variables si la valeur de p ou signification asymptotique trouvée est inférieure à 5 %. Et si la valeur p est supérieure à 5%, on dira alors que la relation d'association entre les variables n'est pas statistiquement significative.

Le test du χ^2 a permis l'identification des relations d'association entre les variables dépendantes et les variables indépendantes.

2. Méthode d'analyse explicative

Cette méthode a été utilisée dans le but de rechercher les déterminants liés aux comportements sexuels à risque chez les adolescents. Les variables analysées étaient : le statut sexuel, l'âge à l'initiation sexuelle, le multipartenariat et la protection des rapports sexuels. À cet effet, après l'établissement de l'association entre chacune des variables indépendantes et la variable explicative par le tableau de contingence, nous avons recouru à la régression logistique afin

d'identifier la forme et la nature de cette association. Chaque variable dépendante a fait l'objet d'un modèle de régression avec toutes les variables indépendantes simultanément. Le principe de base de l'utilisation de la méthode de régression logistique est que la variable dépendante (expliquée) doit être une variable catégorielle et dichotomique. Les variables dépendantes de cette étude sont le statut sexuel, l'âge à l'initiation sexuelle, le multipartenariat et la protection des rapports sexuels et elles sont toutes dichotomiques.

- **Volet qualitatif**

Pour l'analyse des données qualitatives, les entrevues ont été d'abord retranscrites en verbatim puis transférées dans le logiciel QDA Miner version 4. Le logiciel a permis de regrouper les thèmes contenus dans chaque verbatim et d'établir aussi leur fréquence. Ensuite, les thèmes ont été regroupés par catégories thématiques, et les informations ainsi collectées ont été analysées. Une analyse de contenu (L'Écuyer, 1990) a permis de faire ressortir les thèmes issus des codes et des catégorisations. La méthode de l'Écuyer consiste à préparer le matériel de collecte recueilli, à développer une grille de codification puis à procéder à la codification de l'ensemble des données.

Ces deux analyses (quantitative et qualitative) ont permis de faire une description des principaux résultats et de leur mise en relation avec les objectifs de l'étude.

3.8 Les critères de scientificité

Afin d'assurer la qualité scientifique d'une recherche, les données recueillies sur le terrain doivent répondre à des critères de rigueur scientifique quantitatifs et qualitatifs. Ainsi, pour évaluer la qualité des résultats de notre étude, nous allons présenter les critères de validité et de fiabilité des résultats du volet quantitatif et les critères de crédibilité, de transférabilité, et de constante interne pour les résultats du volet qualitatif, de même que les techniques utilisées pour contrer les menaces à la qualité scientifique des informations recueillies.

Validité et fiabilité des résultats des données quantitatives

Validité

La validité d'une étude est selon Muchielli (1996) la capacité de produire les résultats qui ont une valeur significative dans la compréhension du phénomène étudié. Et elle se décompose en différents types de validité dont entre autres, la validité interne et la validité externe (Ayerer, 2006).

- Validité interne

La validité interne d'une étude permet au chercheur de s'assurer que le résultat obtenu reflète bien la réalité du phénomène étudié (Laperrière, 1997). Les erreurs et biais susceptibles d'influencer la validité interne de nos données sont :

- *Les biais de mesure*

Les biais de mesure sont des erreurs qui proviennent de la collecte et du traitement des données. Ainsi, la mauvaise compréhension et d'interprétation des questions par l'enquêté, ou les erreurs de saisie peuvent biaiser la mesure de certains indicateurs sur le comportement sexuel des adolescents. Comme mesure d'atténuation, une formation approfondie sur la formulation et l'administration des questions lors des entrevues a été offerte aux deux enquêteurs qui nous ont assistés dans la collecte des données. Le questionnaire de l'enquête a été saisi par deux agents de saisi et soumis à un agent vérificateur afin de permettre une comparaison et la cohérence des réponses rapportées.

- *Les biais d'information*

Compte tenu du caractère tabou de la sexualité en Guinée, certaines informations recueillies auprès des interviewés peuvent être biaisées, sans que nous ne puissions véritablement évaluer avec exactitude l'ampleur de telles erreurs. Par exemple, certaines personnes enquêtées vont donner des réponses qu'elles jugent moralement correctes, mais qui sont objectivement fausses. C'est le cas des interviewés qui vont déclarer utiliser systématiquement le condom lors des rapports sexuels alors que, en réalité c'est le cas, ce sont des « biais de désirabilité sociale ». Pour

minimiser ce biais, les participants à l'enquête ont été d'abord mis en confiance et rassurés sur l'anonymat des réponses avant que l'enquêteur ne commence l'interview. En plus, les questionnaires ont été seulement administrés par l'enquêteur du même sexe que l'enquêté, de manière afin de minimiser le sentiment de gêne.

- Validité externe

La validité externe est la possibilité de généraliser avec assurance les résultats de l'étude à toute la population, mais cela requiert un échantillon représentatif (Drapeau, 2004). Toutefois, les principales menaces qui risquent de minimiser la validité externe de notre étude quantitative sont la taille et le choix de l'échantillonnage (non probabiliste, par quotas), la participation volontaire des participants et la nature sensible du sujet d'étude.

Fiabilité

La fiabilité est la cohérence et l'exactitude de l'instrument de mesure. Autrement dit, c'est la reproductivité des mêmes résultats, peu importe le moment, ou le chercheur (Bachelet, 2011). Afin de rendre fiables les données recueillies et leurs analyses, nous avons tenu à respecter le maximum que possible une certaine constance dans la méthode d'administration du questionnaire. Les questions étaient formulées de la même manière pour tous les participants.

Les critères de scientificité des données qualitatives

- Crédibilité

La crédibilité d'une recherche qualitative exige d'une part des résultats justes, authentiques et plausibles par rapport au contexte de l'étude, et d'autre part des résultats liés à une théorie antérieure ou émergente (Ayer, 2006). Une des façons d'assurer cette crédibilité est de recourir à la technique de triangulation des sources et des méthodes (Aubin-Auger et al., 2008). Nous avons séjourné sur le terrain pendant 11 semaines, cela nous a permis d'observer nos participants dans leur milieu naturel, puis de comparer les informations collectées lors des entrevues avec celles de notre guide d'observation pour vérifier si les données recueillies représentent la réalité. En plus,

nous avons fait une triangulation des informations collectées lors des entrevues individuelle et les entretiens informels avec les adolescents.

- Confirmation

Dans le processus d'analyse et de traitement des données, nous nous sommes assurés de retranscrire les entrevues le plus fidèlement possible. Les données obtenues ont été par la suite codifiées pour en faire ressortir les thèmes fréquents et émergents. Les thèmes émergents ont été groupés par catégories pour répondre aux questions de recherche. Ceci a permis de faire une comparaison entre les résultats obtenus et les recherches antérieures.

- Fiabilité

La fiabilité fait référence à la stabilité des données à travers le temps et au fait que d'autres chercheurs puissent arriver à des conclusions comparables selon les données, la perspective et la situation (Sandelowski, 1993, cité dans Sylvain, 2008 p. 8). Pour ainsi assurer la fiabilité de nos données qualitatives, une description détaillée du lieu de l'étude, le contexte et le type de participants sont clairement précisés dans notre méthodologie. De plus, l'explication des concepts utilisés facilite la compréhension des résultats. En conséquence, un autre chercheur qui utilise la même méthodologie pourrait parvenir à des résultats comparables à ceux obtenus.

- Transférabilité

La transférabilité est la possibilité de généraliser ou transférer l'observation à d'autres populations ou contextes. (Laperrière, 1997 cité par Lottinville, 2016 p. 74 ; Drapeau, 2004). Contrairement à la recherche quantitative qui mise sur la représentativité de l'échantillon, en recherche qualitative, la validité externe ou la transférabilité est basée sur la notion de saturation (Drapeau, 2004). À cet effet, une attention particulière a été portée à cette notion de saturation. Le nombre d'adolescents ayant participé aux entrevues qualitatives a permis d'atteindre la saturation des informations. Par ailleurs, selon Boudreau et Arseneault (1994 cités par Drapeau, 2004 p. 82), « une description étendue des sujets, du terrain, des conditions sociales de l'étude, de l'évolution historique du phénomène ainsi que des précisions sur la définition et la signification accordées aux termes et construits utilisés, permettra une comparaison appropriée des résultats et

de maximiser la validité externe ». Par conséquent, la description claire et précise du lieu et du contexte de cette étude, de la méthodologie de recherche et de la population étudiée permet à des acteurs, chercheurs ou autres de comparer nos résultats pour les contextualiser à leurs milieux si cela s'avère pertinent.

En conclusion, la présente étude s'appuie sur le choix d'une approche méthodologique mixte : approche quantitative et approche qualitative. L'approche quantitative met l'accent sur l'expérience mesurée, rendue objective par la mesure de plusieurs individus dans leurs interactions avec l'environnement (Pinard, et al., 2004). L'approche qualitative quant à elle met l'accent sur l'expérience subjective des individus dans leurs interactions avec leur environnement. L'approche mixte, à la fois subjective et objective est décrite par St-Cyr Tribble et Saintonge comme « une représentation subjectivo-rationnelle de la réalité » (St-Cyr Tribble et Saintonge, 1999 cités par Pinard, et al., 2004, p. 61). La combinaison d'éléments qualitatifs et quantitatifs dans cette étude a permis d'appréhender la complexité de la réalité des comportements sexuels des adolescents scolarisés en Guinée.

3.9 Considérations éthiques

Cette étude tient compte des grandes lignes directrices du Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval. Les normes relatives à l'éthique de la recherche notamment, le consentement libre et éclairé des participants, la confidentialité et la vie privée des participants ont été rigoureusement respectés pour la réalisation de ce mémoire.

Le consentement en toute connaissance de cause était recherché pour tous les participants, et pour les adolescents âgés de moins de 18 ans (15–17 ans), le consentement de l'un des parents ou du tuteur était requis avant que l'adolescent ne soit interviewé. Tous les adolescents de moins de 18 ans désireux de participer à l'étude ont reçu chacun un formulaire de consentement parent qu'ils ont d'abord fait signer par l'un des parents. Une fois le consentement de l'un des parents ou du tuteur obtenu, l'assentiment de l'adolescent a été ensuite recherché. Deux déclarations distinctes de consentement ont été ainsi utilisées, l'une (formulaire de consentement parent) pour le parent ou le tuteur, l'autre pour l'adolescent scolarisé (consentement libre et éclairé pour les 18-19 ans, et l'assentiment pour les adolescents de 15-17 ans). Au moment des entretiens, nous avons commencé par expliquer et préciser les objectifs de notre étude, ainsi que les différents items de

la fiche d'enquête et du guide d'entrevue. Nous leur avons aussi parlé des avantages liés à leur participation à notre projet de recherche (offre l'opportunité de s'exprimer et de discuter en toute confidentialité de son vécu et de ses connaissances en matière de comportement sexuel). Les adolescents ont été également prévenus des risques et des inconvénients qu'ils encourent en participant à l'étude, ainsi que les moyens planifiés pour prendre en charge ces inconvénients. Il a été convenu avec tous les participants qu'ils pouvaient, quelque soient les circonstances, se retirer à tout moment du processus de recherche, et ce, sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier leur décision. Le recrutement s'est fait sur une base volontaire.

Afin de protéger l'identité des répondants, les formulaires de consentement signés par les parents d'élèves et les élèves, les données issues des entretiens quantitatifs et des entrevues qualitatives plus le matériel d'entrevue ont été conservés dans un endroit auquel seule l'étudiante-chercheuse a accès. De même, le matériel de transcription électronique a été conservé dans un document codé, dont l'étudiante-chercheuse est la seule personne à connaître le code. Les noms des participants aux entrevues qualitatives ont été remplacés par des pseudonymes. Pour l'enquête quantitative, le nom d'aucun adolescent n'a été mentionné lors du remplissage du questionnaire. En raison du caractère sensible des sujets couverts par l'enquête (la sexualité, les comportements à risque, les motivations, la précocité des rapports sexuels...), chaque enquêteur a interviewé le participant du même sexe que lui. Les deux enquêteurs qui nous ont assistés ont signé chacun un formulaire de confidentialité.

Par ailleurs, des personnes ressources ont été identifiées pour apporter de l'aide aux adolescents qui auraient sollicité un accompagnement psychologique. Mais aucun participant n'a démontré d'émotions négatives ou d'inconfort pendant les entretiens, ou encore ressenti le besoin d'obtenir un suivi psychologique.

Les formulaires de consentement portaient les adresses des représentants des établissements scolaires ciblés et de l'Ombudsman de l'Université Laval, afin de permettre aux participants de procéder à toute plainte.

Chapitre 4. Résultats

Ce chapitre présente les résultats détaillés des données qui ont été recueillies lors de l'enquête quantitative et des entrevues qualitatives. Les résultats de l'enquête quantitative seront présentés en premier suivi de ceux des entretiens qualitatifs.

4.1 Volet quantitatif

La cueillette des données de cette étude a été réalisée dans quatre écoles, dont trois à Conakry (capitale de la Guinée) et une dans la sous-préfecture de Dubréka. Les élèves de niveau secondaire ont servi de base à la réalisation de cette étude. Avec la collaboration des administrateurs des établissements scolaires, 123 adolescents scolarisés ont été rejoints par cette enquête avec un taux de participation égal à 61,5 % (123 adolescents interviewés sur 200 adolescents sollicités). Dans cette section, les résultats descriptifs seront d'abord présentés en premier, suivis des résultats explicatifs (régression logistique).

4.1.1 Résultats descriptifs

Caractéristiques sociodémographiques et culturelles des adolescents

Tableau 1: Distribution des participants selon les caractéristiques sociodémographiques

		Fréquence (n=123)	Pourcentage
Sexe	Féminin	43	35
	Masculin	80	65
Âge	15 ans	17	13,3
	16 ans	28	22,8
	17 ans	26	21,1
	18 ans	29	23,6
	19 ans	23	18,7
Niveau d'étude	7 ^e année	22	17,9
	8 ^e année	12	9,8

9 ^e année	10	8,1
10 ^e année	79	64,2

Parmi les participants, on constate que la proportion des garçons (65 %) est plus importante que celle des filles (35 %). L'étendue des âges était de 15 à 19 ans inclusivement, avec un âge médian égal à 17 ans. Les adolescents du groupe d'âge de 18 ans sont les plus représentés dans notre étude, soit près d'un quart (23,6 %) du nombre total des participants, suivi des adolescents de 16 ans (22,8 %). Plus de la moitié des adolescents interviewés (64,2 %) avaient le niveau 10^e année. Bien que le mariage soit possible à un âge précoce en Guinée (avant 18 ans), le hasard a fait que les adolescents qui ont participé à notre étude étaient tous des célibataires.

Interaction sociale

Tableau 2: Distribution des adolescents selon les rapports sociaux avec les parents ou tuteur

Variables		Fréquence	Pourcentage
Qualité de relation entre parents/tuteur et adolescents (N=123)	Bonne	118	95,9
	Mauvaise	5	4,1
Communication avec parents adolescents (N=118)	Oui	114	96,6
	Non	4	3,4
Communication sur la sexualité dont, la prévention des ITSS/VIH/ et les grossesses entre parents/tuteur et adolescents (N=114)	Oui	17	13,8
	Non	97	86,2
Contrôle parental des sorties <u>amoureuses</u> avec le partenaire sexuel (N=73)	Régulièrement	11	15,1
	De temps en temps	42	57,5
	Jamais	20	27,4

La qualité des rapports et la communication sur la sexualité entre les parents/tuteur et les adolescents sont des éléments importants dans la transmission des normes et valeurs de la société en matière d'éducation sexuelle. Les résultats de ce tableau montrent que 95,9 % des adolescents interviewés ont une bonne relation avec leurs parents/tuteur. Dans la proportion d'adolescents ayant déclaré avoir une bonne relation avec leur parent/tuteur, 3,4 % d'entre eux (soit 3,3 % de l'ensemble des participants) ont rapporté ne pas communiquer avec leurs parents/tuteur.

Pour avoir l'information sur les types de sujets que les adolescents abordent avec leurs parents/tuteur, nous avons utilisé une question à réponses multiples qui s'articulait comme suit : « Quels types de sujets abordez-vous ? » (Q.504). Cette question était posée seulement à ceux qui ont affirmé communiquer avec leurs parents/tuteur (soient 92,7 % des adolescents). Les résultats ainsi obtenus montrent que seuls 13,8 % des interviewés abordent un sujet sur la sexualité avec leurs parents/tuteur, dont entre autres : prévention des ITSS/VIH et les grossesses non désirées.

Tableau 3 : Distribution des adolescents selon la communication sur l'intimité avec leurs parents/tuteur

		Fréquence	Pourcentage
Communication de l'intimité avec les parents/tuteur (n=114)	Oui	28	24,6
	Non	86	75,4
Pour ceux qui partagent leur intimité, l'initiative venait de... (n=28)	Adolescent	15	53,6
	Parents/tuteur	13	46,4
Ils en parlent de façon... (n=28)	Voilé	10	35,7
	Clairement	18	64,3
Souhait de parler clairement de ses intimités avec les parents/tuteur (n=96)	Oui	31	32,3
	Non	65	67,7

Pour 114 adolescents qui ont déclaré communiquer avec leur parent/tuteur au tableau 2, il leur a été demandé s'ils parlent de leur intimité avec leur parent/tuteur. À cet effet, seulement 24,6 % d'entre eux (soit 22,8 % des participants) ont répondu par l'affirmative. Pour 35,7 % (8,1 % des participants) des cas parmi ceux qui ont affirmé se confier leur intimité à leurs parents/tuteur, le sujet était abordé de façon voilée. La question « aimerais-tu en parler avec lui clairement ? » (Q.508) a été posée à tous ceux qui ont rapporté "ne pas parler de leur intimité ou d'en parler de façon voilée à leurs parents/tuteur" en termes de données recueillies, 32,3 % d'entre eux souhaitaient parler clairement leur intimité avec leurs parents/tuteur contre 67,7 % (65 adolescents).

Tableau 4 : Distribution des adolescents selon les motifs évoqués sur le fait qu'ils préfèrent ne pas informer leurs parents/tuteur de leur intimité

Motifs	Fréquence (n=65)	Pourcentage
Peur de la réaction négative des parents	30	46,2
Ne sais pas	3	4,6
Honte de leur en parler	4	6,2
Désapprouve les relations préconjugales	2	3,1
Ma vie privée ne concerne que moi	10	15,4
Ce sont des choses qui ne se discutent pas avec les parents	4	6,2
Par respect pour eux	4	6,2
N'aime pas parler de ça avec les parents	3	4,6
Sans raison	4	6,2
Niveau d'étude inférieur des parents	1	1,5

Pour les adolescents qui ont rapporté ne pas vouloir communiquer clairement leur intimité avec leur parents/tuteur, nous leur avons demandé leurs motivations. Plusieurs éléments ont été rapportés par les adolescents pour expliquer leur motivation à ne pas partager leur intimité avec leurs parents/tuteur. Dans ce lot d'argument, la peur que les parents/tuteur n'aient une réaction négative en apprenant la relation amoureuse de leurs enfants occupe la première place (46,2 %). Cependant 6,2 % des adolescents affirment avoir honte de parler de leur intimité à leur parent/tuteur et 6,2 % des adolescents affirment qu'il est irrespectueux de parler de son intimité à ses parents/tuteur. Un adolescent a quant à lui affirmé qu'il ne parle pas de son intimité à ses parents parce qu'il trouve leur niveau d'étude trop bas pour le comprendre.

Pratique sexuelle

Tableau 5 : Distribution des adolescents sexuellement actifs selon le statut sexuel et les variables sexe, âge de l'adolescent et la communication de l'intimité avec les parents

Variables indépendantes			Statut sexuel		Valeur de p	ddl
			Non	Oui		
Sexe de l'adolescent	Féminin	Fréquence	19	24	0,558	1
		%	15,4	19,5		
	Masculin	Fréquence	31	49		
		%	25,2	39,8		
Âge de l'adolescent	18-19 ans	Fréquence	12	41	0,000	1
		%	9,8	33,3		
	15-17 ans	Fréquence	38	32		
		%	30,9	26,0		
Communication sur l'intimité avec parents	Non	Fréquence	37	49	0,308	1
		%	32,5	43,0		
	Oui	Fréquence	9	19		
		%	7,9	16,7		

Selon le tableau 5, nous remarquons que 39,5 % des garçons sont sexuellement actif contre 19,5 % des filles. À partir de la valeur de p calculée (0,558), nous pouvons affirmer que la distribution des adolescents selon le statut sexuel par rapport au sexe est proportionnelle. Par contre, la relation d'association entre le statut sexuel et l'âge de l'adolescent au moment de l'entrevue est statistiquement significative ($\chi^2=12,519$; ddl=1 ; p=0,000). La proportion des adolescents âgés de 18-19 ans sexuellement actifs (33,3 %) est plus importante que celle des adolescents âgés de 15-17 ans (26 %).

Tableau 6 : Distribution des adolescents sexuellement actifs selon l'âge à l'initiation sexuelle et les variables du cadre de vie de l'adolescent

Variables indépendantes			Âge à l'initiation sexuelle		Valeur de p	Ddl
			15 ans ou plus	Avant 15 ans		
Sexe de l'adolescent	Féminin	Fréquence	15	9	0,548	1
		%	20,5	12,3		
	Masculin	Fréquence	27	22		
		%	37,0	30,1		
Communication sur l'intimité avec parents	Non	Fréquence	27	22	0,854	1
		%	39,7	32,4		
	Oui	Fréquence	10	9		
		%	14,7	13,2		
Contrôle parental des sorties avec le partenaire sexuel	Régulièrement	Fréquence	6	5	0,730	2
		%	8,2	6,8		
	De temps en temps	Fréquence	23	19		
		%	31,5	26,0		
Motivation du premier rapport sexuel	Influence des amis	Fréquence	8	4	0,484	1
		%	11,0	5,5		
	Raisons personnelles	Fréquence	34	27		
		%	46,6	37,0		
Âge du partenaire sexuel	15 ans ou plus	Fréquence	37	19	0,007	1
		%	50,7	26,0		
	Avant 15 ans	Fréquence	5	12		
		%	6,8	16,4		
Différence d'âge entre adolescents et le premier partenaire sexuel	Moins de 2 ans	Fréquence	22	10	0,087	1
		%	30,1	13,7		
	2 ans ou plus	Fréquence	20	21		
		%	27,4	28,8		

Les adolescents sexuellement actifs ont été répartis en deux groupes en fonction de leur âge au premier rapport sexuel. Tous ceux qui ont pratiqué une première expérience sexuelle avant d'atteindre l'âge de 15 ans sont dans le groupe d'adolescents sexuellement précoces, ils représentent 42,4 % du total des adolescents sexuellement actifs. Ceux qui ont expérimenté une première activité sexuelle à l'âge de 15 ans ou plus sont sexuellement tardifs. L'âge minimal au premier rapport sexuel de notre échantillon est de 7 ans et l'âge maximal est de 19 ans. L'âge médian au premier rapport sexuel est égal à 16 ans. Parmi les adolescents sexuellement précoces (initiation sexuelle avant 15 ans), 26 % ont eu leur premier rapport sexuel avec un partenaire sexuel plus âgé (15 ans ou plus). À cet effet, l'analyse statistique avec le test de khi carré a montré qu'il y a une association significative entre l'âge du partenaire sexuel et l'âge de l'adolescent au premier rapport sexuel ($\chi^2=7,173$; ddl=1 ; $p=0,007<5\%$).

Aucune relation significative n'est observée entre la variable « âge à l'initiation sexuelle » et les variables sexe, communication sur l'intimité, le contrôle parental, ou la différence d'âge entre le partenaire et l'âge de l'adolescent au premier rapport sexuel. Les valeurs de p trouvés sont supérieures à 5 %. Nous pouvons ainsi conclure que, quels que soient le sexe, la communication de l'intimité sur la sexualité entre parents/tuteur et adolescents, le contrôle parental ou encore la différence d'âge entre adolescent et partenaire sexuel, les adolescents ne diffèrent pas du point de vue de leur âge au premier rapport sexuel.

Tableau 7 : Distribution des adolescents ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois selon le multipartenariat et les variables du cadre de vie

Variables indépendantes			Multipartenariat		Valeur de p	ddl
			Non	Oui		
Sexe de l'adolescent	Féminin	Fréquence	12	12	0,863	1
		%	17,1	17,1		
	Masculin	Fréquence	22	24		
		%	31,4	34,3		
Communication de l'intimité avec les parents	Non	Fréquence	22	25	0,967	1
		%	33,3	37,9		
	Oui	Fréquence	9	10		
		%	13,6	15,2		
Contrôle parental des sorties avec le partenaire sexuel	Régulièrement	Fréquence	8	3	0,217	2
		%	11,4	4,3		
	De temps en temps	Fréquence	17	22		
		%	24,3	31,4		
	jamais	Fréquence	9	11		
		%	12,9	15,7		
Âge au premier rapport sexuel	15 ans ou plus	Fréquence	22	18	0,214	1
		%	31,4	25,7		
	Avant 15 ans	Fréquence	12	18		
		%	17,1	25,7		

Le nombre de partenaires sexuels a été calculé au cours des 12 derniers mois qui ont précédé la date de l'entrevue avec le participant. Par ailleurs, seuls les adolescents qui ont rapporté avoir eu des rapports sexuels au cours de ces 12 derniers mois étaient concernés par la question sur le multipartenariat. Sur les 73 adolescents sexuellement actifs, 70 adolescents ont répondu à ce critère. Parmi eux, 34,3 % d'adolescents et 17,1 % adolescentes ont affirmé avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois.

En termes d'analyses statistiques, aucune relation d'association significative n'a été trouvée entre le multipartenariat et les variables indépendantes, notamment le sexe de l'adolescent, la communication de l'intimité avec les parents/tuteur et le contrôle parental.

Tableau 8 : Distribution des adolescents selon la protection du premier et du dernier rapport sexuel avec le sexe de l'adolescent, la communication de l'intimité et le contrôle parental.

Variables indépendantes			Protection des rapports sexuels		Valeur de p	ddl
			Oui	Non		
Sexe de l'adolescent	Féminin	Fréquence	1	23	0,048	1
		%	1,4	31,5		
	Masculin	Fréquence	11	38		
		%	15,1	52,1		
Communication sur l'intimité avec les parents	Non	Fréquence	5	44	0,032	1
		%	7,4	64,7		
	Oui	Fréquence	6	13		
		%	8,8	19,1		
Contrôle parental des sorties avec le partenaire sexuel	Régulièrement	Fréquence	4	7	0,090	2
		%	5,5	9,6		
	De temps en temps	Fréquence	4	38		
		%	5,5	52,1		
	Jamais	Fréquence	4	16		
		%	5,5	21,9		
Connaissance d'une personne atteinte du sida ou qui en est morte	Non	Fréquence	6	54	0,001	1
		%	8,2	74,0		
	Oui	Fréquence	6	7		
		%	8,2	9,6		
Sortir avec plus d'un partenaire sexuel	Non	Fréquence	4	40	0,037	1
		%	5,5	54,8		

simultanément	Oui	Fréquence	8	21		
		%	11,0	28,8		
Rapport sexuel en échange d'argent, cadeau ou autre service	Non	Fréquence	4	50	0,000	1
		%	5,5	68,5		
	Oui	Fréquence	8	11		
		%	11,0	15,1		
Recours aux professionnels de sexe	Non	Fréquence	7	56	0,002	1
		%	9,6	76,7		
	Oui	Fréquence	5	5		
		%	6,8	6,8		

Les résultats du tableau 8 indiquent que seuls 16,5 % des adolescents (11 garçons et une fille) sexuellement actifs ont utilisé le condom au premier et au dernier rapport sexuel. Parmi les adolescents sexuellement actifs, 10 adolescents (soit 13,7 %) ont rapporté avoir fréquenté les professionnels de sexe et 19 adolescents (soit 26 %) affirment avoir eu les rapports sexuels en échange d'argent, cadeau ou autre service. La différence entre les adolescents par rapport au sexe ($\chi^2 = 3,920$, ddl = 1, p = 0,048), à la communication de l'intimité avec les parents/tuteur ($\chi^2 = 3,920$, ddl = 1, p = 0,048) et la connaissance d'une personne atteinte du sida ou qui en est mort ($\chi^2 = 4,613$, ddl = 1, p = 0,032) est significative. On peut donc conclure que la différence entre les adolescents concernant la protection des rapports par le condom et ces variables est statistiquement significative parce que l'écart entre ces distributions est trop important pour être expliqué par le hasard seulement.

De même, les adolescents diffèrent selon qu'ils ont eu ou non simultanément plus d'un partenaire sexuel ($\chi^2 = 4,353$, ddl = 1, p = 0,037), ont eu un rapport sexuel en échange d'argent, de cadeau ou d'autre service ($\chi^2 = 12,319$, ddl = 1, p = 0,000), ou encore ont fréquenté les professionnels de sexe ($\chi^2 = 9,502$, ddl = 1, p = 0,002). La différence entre les adolescents par rapport à ces variables et l'utilisation du condom au premier et au dernier rapport sexuel est statistiquement significative. Par ailleurs, la proportion d'adolescents qui n'a aucun contrôle parental ou de façon irrégulière est la plus nombreuse à ne pas utiliser le condom au premier et

au dernier rapport sexuel. Mais la valeur de p (0,090) du test de khi carré est supérieure à 5 %. Nous ne pouvons donc pas conclure si cette association est réelle ou le simple fait du hasard.

4.1.2 Résultats explicatifs

Tableau 9 : Régression logistique entre le statut sexuel et les variables sexe et âge de l'adolescent, et la communication de l'intimité avec les parents

Variables indépendantes	A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Sexe de l'adolescent	-0,028	0,418	0,005	1	0,946	0,972
Âge de l'adolescent au moment de l'étude	1,296	,418	9,592	1	0,002	3,655
Communication de l'intimité avec les parents	-0,527	0,480	1,205	1	0,272	0,590

Tableau 10 : Régression logistique binaire l'âge à l'initiation sexuelle et les variables du cadre de vie des adolescents

Variables indépendantes	A	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Sexe de l'enquêté	0,511	0,610	0,703	1	0,402	1,668
Communication de l'intimité avec les parents	-0,283	0,623	0,207	1	0,649	0,753
Motif du premier rapport sexuel	-0,588	0,750	0,615	1	0,433	0,556
Contrôle parental des sorties avec le partenaire sexuel	-0,509	0,448	1,290	1	0,256	0,601
Âge du partenaire sexuel	-2,213	0,796	7,735	1	0,005	0,109
Différence d'âge entre l'adolescent et le partenaire sexuel	-1,706	0,673	6,425	1	0,011	0,182

Tableau 11 : Régression logistique du multipartenariat et les variables sexe, communication de l'intimité avec les parents, le contrôle parental et l'âge de l'adolescent à l'initiation sexuelle

Variables indépendantes	A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Sexe de l'enquêté	0,045	0,530	0,007	1	0,933	1,046
Communication de l'intimité avec les parents	0,068	0,557	0,015	1	0,903	1,070
Contrôle parental des sorties avec le partenaire sexuel	0,455	0,405	1,266	1	0,260	1,577
Âge de l'adolescent à l'initiation sexuelle	-0,570	0,513	1,232	1	0,267	0,566

Tableau 12 : Régression logistique entre la protection des rapports sexuels et les variables du cadre de vie

Variables indépendantes	A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Sexe de l'adolescent	-1,267	1,258	1,013	1	0,314	0,282
Communication de l'intimité avec parents	0,427	0,900	0,225	1	0,635	1,532
Contrôle parental des sorties avec le partenaire sexuel	0,205	0,609	0,114	1	0,736	1,228
Connaissance d'une personne atteinte du sida ou qui en est mort	1,383	0,908	2,320	1	0,128	3,986
Sortir avec plus d'un partenaire sexuel simultanément	0,094	1,005	0,009	1	0,925	1,099
Avoir des relations sexuelles en échange d'argent, cadeau ou autre service	0,862	0,965	0,799	1	0,372	2,369
Recours aux professionnels de sexe	1,061	1,046	1,028	1	0,311	2,888

Chacune des variables dépendantes de l'étude a été régressée avec un certain nombre de variables du cadre de vie l'adolescent. Dans le tableau 9, nous avons estimé l'effet des principales variables indépendantes (sexe, âge de l'adolescent, et la communication de l'intimité avec les

parents) sur le statut sexuel de l'adolescent. Parmi ces variables, seule la variable "âge" explique le statut sexuel de l'adolescent avec une valeur significative égale à 0,002 (0,2 %) inférieure à 5 %. L'âge de l'adolescent influence positivement son statut sexuel. Autrement dit, la probabilité d'être sexuellement actif sur celle d'être non sexuellement actif est multipliée par 3,655 lorsque l'adolescent de la catégorie d'âge 15-17 ans passe à la catégorie des adolescents âgés de 18-19 ans. Les variables explicatives de l'âge à l'initiation sexuelle (tableau 10) sont l'âge du partenaire sexuel et la différence d'âge entre l'adolescent et le partenaire sexuel (soit respectivement des valeurs p égales à 0,5 % et 11 %, inférieurs à 5 %). L'âge du partenaire sexuel et la différence d'âge entre l'adolescent et le partenaire sexuel influencent négativement l'âge de l'adolescent au premier rapport sexuel. Lorsque l'âge du partenaire sexuel de l'adolescent est inférieur à 15 ans, plus il est probable que l'adolescent ait une sexualité précoce (premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans). Au tableau 11, la combinaison des variables indépendantes (sexe, communication de l'intimité avec les parents/tuteur et l'âge de l'adolescent à l'initiation sexuelle) n'explique pas le multipartenariat chez les adolescents. De même, dans le tableau 12, il s'est révélé que les variables sexe, communication de l'intimité avec les parents et contrôle parental, connaissance d'une personne atteinte du sida ou qui en est morte, recours aux professionnels de sexe, avoir des relations sexuelles en échange d'argent, ne sont pas ressorties comme explicatives de la variable dépendante, protection du premier et du dernier rapport sexuel chez les adolescents interviewés.

4.2 Volet qualitatif

Les résultats de nos entrevues qualitatives portent essentiellement sur les facteurs motivant certains comportements sexuels à risque chez les adolescents et les solutions facilitant l'adoption de comportement sexuel sécuritaire. Quatorze (14) entrevues ont été réalisées lors de cette étude qualitative, et notre échantillon est majoritairement composé d'adolescentes (huit filles contre 6 garçons).

Dans les entrevues, cinq thèmes portant sur les facteurs motivant certains comportements sexuels à risque chez les adolescents et la connaissance des risques de maladies ont émergé et un thème sur les solutions à envisager pour l'adoption de comportement sexuel sécuritaire est aussi ressorti.

1. Les éléments motivant les rapports sexuels préconjugaux chez les adolescents

Dans l'ensemble, la majorité des participants pensent que ce type de comportement est surtout motivé par le manque de responsabilité des parents qui n'assument pas leur responsabilité vis-à-vis de leurs enfants en matière d'éducation. Les parents selon eux, sont censés éduquer leurs enfants sur tous les plans, en particulier sur le plan de la sexualité. Cependant, l'éducation à la sexualité demeure un tabou dans beaucoup de familles, quel que soit le milieu social, économique ou de religion. Comme les parents abordent difficilement le sujet de la sexualité avec leurs enfants, la conséquence est que ces adolescents se tournent vers d'autres sources pour s'informer et apprendre sur la sexualité avec tous les risques possibles à leur endroit. Ces sources sont entre autres les amis et les films à caractère pornographique. Et cela conduit à des déviations sexuelles, dont les comportements sexuels qui sont de plus en plus orientés vers une activité sexuelle préconjugale. D'ailleurs, les propos de Salim confirment bien cette affirmation :

[...] L'éducation des adolescents en dépend beaucoup, je veux parler de la responsabilité des parents, par ce que l'enfant n'est que l'image de ce qu'on lui donne comme éducation et ça, c'est la responsabilité des parents. Quelque part si les parents n'assurent pas...certaines responsabilités, par exemple quand je prends le sujet sexualité dans l'éducation, il y a de ces points qu'il faut éclaircir à son enfant quand celui si commence à grandir...les parents ont un rôle à jouer. Ils doivent expliquer

comment nous devons nous comporter face à la sexualité. Et ça, ça manque en Afrique, précisément chez nous ici, les gens font ça comme un tabou...les parents ici... n'assument pas leur rôle...il y a la faute des parents [...] (L. 6-13, Salim).

La pression des pairs et l'influence du partenaire ont été rapportées par près de la moitié des interviewés comme facteurs de motivation des rapports sexuels préconjugaux après le manque d'éducation sexuelle. Les adolescents abordent le plus souvent la sexualité avec leurs pairs, ce qui les rend vulnérables aux pressions de ces derniers. Sous l'influence de leurs amis, les adolescents sont encouragés à avoir les relations sexuelles préconjugales. Selon Bébé « *c'est soit ton copain qui te met la pression ou tes amis qui t'encouragent à faire le sexe. Tu vois, tôt ou tard, tu vas finir par le faire, ça ne sera qu'une question de temps.* » (L. 11-13, Bébé).

Par contre, la minorité des participants pense que certaines adolescentes ont des rapports sexuels préconjugaux dans l'unique but de satisfaire leur besoin matériel et financier. Il s'agit d'adolescentes issues de familles pauvres, qui ont généralement les difficultés à combler leurs besoins financiers, elles sont alors obligées de commercialiser leur sexe aux hommes d'un statut social élevé. D'autres adolescents ont des rapports sexuels contre leur volonté, ils ont été forcés. Pour Koulako :

[...] comme certaines filles sont en manque d'argent, ceci les pousse à suivre les garçons, elles sont attirées par cette ambition. Si les garçons leur donnent certaines sommes d'argent dont elles étaient incapables d'avoir, elles se disent, même si je n'ai pas l'habitude de faire une telle chose, je vais néanmoins le faire pour avoir plus d'argent. Il y a certaines filles qui appartiennent à des familles pauvres, ce qui les motive à faire ces sales pratiques. Par contre, il y a d'autres dont la famille est aisée, mais elles le font par ambition. Et certaines filles sont forcées par les garçons. (L. 8-14, Koulako).

Par ailleurs, les filles ne sont pas les seules à s'adonner à ce type de relations sexuelles pour gratifier leurs besoins matériels ou financiers. Les garçons sont, eux aussi, plus ou moins impliqués dans cette pratique. Ils sont engagés dans des relations sexuelles avec des femmes plus âgées, qui vivent en couple pour la plupart avec une condition de vie modeste. Pour Fiston, « [...] *Les garçons, le plus souvent, ils sont provoqués par les vieilles dames nanties, les femmes qui ont*

les moyens...qui ont divorcé, soit qui sont veuves, soit...la plupart des femmes qui sont mariées à des personnes, les responsables qui n'ont pas le temps de leurs femmes [...] » (L. 39-42, Fiston).

Parfois, ceux qui ne sont pas dans le besoin financier s'adonnent aux rapports sexuels préconjugaux soit pour satisfaire leur curiosité, soit pour intégrer la classe des aînés ou imiter leurs pairs. Certains se disent que c'est un phénomène à la mode, un style de vie auquel il faut adhérer. Pour Tènin :

[...] c'est par ce que les adolescents actuellement suivent la mauvaise compagnie, ils ont des amis qui ont des mauvais comportements sexuels. Donc ces adolescents veulent à tout prix imiter leurs amis, faire comme eux. En plus les jeunes adolescents disent qu'avoir les rapports sexuels est un style, celui qui a des rapports sexuels c'est comme s'il est dans la classe des grands. Pour eux, faire le rapport sexuel, c'est intégré la classe des grands, des stylés. Comme ils ont envie d'être dans la classe des grands et ils veulent qu'on les classe dans la classe des grands c'est pourquoi ils ont des rapports sexuels avant le mariage. (L. 6-16, Tènin).

2. Facteurs motivant les rapports sexuels précoces (premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans) chez les adolescents.

Certaines personnes sont sexuellement actives à l'adolescence, souvent avant d'atteindre 15 ans. Plusieurs facteurs ont été énumérés par les adolescents comme cause déterminante de ces relations sexuelles précoces. Parmi les témoignages recueillis, nombreux sont ceux qui affirment que l'influence des images à caractères sexuels diffusées sur les réseaux sociaux, dans les journaux, à la télévision est le principal motif des comportements sexuels précoces chez les adolescents. À cet égard, une interviewée déclare :

On laisse les adolescents faire tout ce qu'ils veulent. Les adolescents mêmes les plus jeunes regardent la télé, suivent les films, parfois même sur les téléphones, ils regardent les films pornos. Certains vont même dans les cybers pour suivre les films pornographiques ça, ça les motive à faire le sexe. Actuellement, les parents ont le courage de donner les téléphones aux enfants qui n'ont même pas 10 ans, par ce qu'ils veulent les rendre heureux. Mais c'est bien au contraire, par ce que si tu donnes

le téléphone à un enfant de 12 ans et qu'il a les films pornographiques dans son téléphone. Et puisque tu ne contrôles pas le contenu du téléphone de ton enfant. C'est sûr que cet enfant sera tenté un jour à faire le sexe. C'est pourquoi tu verras aujourd'hui des enfants...les adolescents de moins de 15 ans, qui ont déjà goûté au sexe. (L. 32-42, Binta).

L'absence de communication parent-enfant sur la sexualité a été rapportée au cours de nos entretiens comme la seconde cause de l'aptitude des adolescents à entretenir les rapports sexuels précoces. Selon les informations recueillies au cours de nos discussions, les parents ne semblent pas être déterminés à parler de la sexualité à leurs enfants, sous prétexte de les encourager à des pratiques sexuelles précoces. À cet effet, la réponse de l'un de nos intervenants est :

L'éducation est déjà bafouée, les parents ne prennent pas leur responsabilité à expliquer les procédures de la sexualité aux adolescents et donc il y a...il y a un processus qui est déjà lancé, il va falloir prendre beaucoup de mesures par rapport à ça, et donc entre adolescents mêmes, certains font l'amour avec d'autres adolescents, et ça, c'est causé par la mauvaise éducation et par l'influence des amis (L. 47-51, Salim).

L'influence des images à caractère sexuel et l'absence d'éducation sexuelle ne sont cependant pas les seuls facteurs qui entrent en jeu dans la sexualité précoce des adolescents en Guinée, pour moins de la moitié des répondants, les adolescents ont les relations sexuelles précoces par ce qu'ils veulent à tout prix imiter soit leurs aînés ou leurs amis. « [...] *ils veulent imiter leurs aînés pour qu'on leur traite comme les stars.* » (L. 20-21, Bébé). En revanche, d'autres adolescents sont victimes d'une manipulation affective ou économique par une personne en position de responsabilité, d'autorité ou de domination. Certains adultes proposent de l'argent aux adolescents (qui sont encore immatures), en échange de faveurs sexuelles, Mado rapporte « *...Elles sortent avec les gens qui sont plus âgés qu'elles, qui peuvent avoir parfois l'âge de leur papa. Vous savez les hommes actuellement proposent de l'argent aux filles pour profiter de cette dernière* » Certains sont victimes d'abus sexuels, ils sont soit violentés sexuellement sans leur consentement. Un de nos interviewés rapporte :

C'est par ce qu'il y a le côté harcèlement qui a beaucoup d'impact sur ça. Je me suis entretenue avec certaines de mes amies, parfois plus âgées que moi, qui ont été victime de cela, certaines ont été violées au bas âge et ça aussi...ça dépend du développement physique...il y a de ces adolescentes qui grandissent très vite, elles vont développer tous les signes qui pensent à croire qu'elles sont âgées, pourtant elles sont très jeunes. Et il y a des personnes qui sont attirées aveuglement, qui parviennent à les dorloter ou au contraire à les violenter, et ça, je pense que c'est aussi une cause. (L. 31-38, Salim)

3. Facteurs motivant les adolescents à avoir plus d'un partenaire sexuel

La plupart de nos participants aux entrevues individuelles ont indiqué que le multipartenariat chez les adolescentes est motivé par la quête effrénée de l'argent. Les parents sont incapables de satisfaire les besoins financiers de leurs filles en raison de leur difficulté financière. Les adolescentes entretiennent de ce fait des rapports sexuels en échange de cadeaux, d'habits ou de sommes d'argent avec des hommes ayant une situation financière stable. Un comportement motivé par l'ambition d'une vie meilleure se manifestant par le besoin de ressembler à ses pairs.

[...] les filles généralement c'est surtout la pauvreté. Un homme ne peut pas les suffire. Si par exemple elle sort avec un seul homme et actuellement les hommes n'ont pas assez de moyens. Pour donner cent milles à une fille, c'est des problèmes. Moi j'en connais, dans les hôtels généralement, les hommes ne donnent pas plus de vingt milles aux filles, s'ils donnent beaucoup c'est vingt à cinquante mille francs. Si la femme...si la fille est nécessiteuse, elle a besoin de beaucoup d'argent, elle est obligée de trouver par-ci par-là. Après ce premier, elle va chercher un deuxième (L. 32-30 Fiston).

Certains parents incitent même leurs filles à avoir des rapports sexuels avec des hommes plus âgés et nantis, l'argent obtenu permet de pourvoir aux besoins de la famille. Un des interlocuteurs affirme :

Il y a des filles, c'est à partir de l'argent qu'elles reçoivent de leurs copains qu'elles nourrissent ou prennent en charge leurs familles. Tu peux même voir certains pères

de famille qui demandent à leurs filles de sortir pour aller chercher la dépense. Si c'est une fille, elle n'a aucun métier, elle va trouver l'argent comment ? Si ce n'est que cette sexualité. (L. 21-25 Fiston).

Selon les participants, les garçons entretiennent ce type de relation plus pour le plaisir sexuel que pour toute autre raison. Cette recherche de plaisir charnel par les garçons les amène ainsi à avoir plus d'un partenaire sexuel. Les participants ont aussi noté l'infidélité de l'autre partenaire, le refus du sexe de l'un des partenaires comme facteurs motivants le multipartenariat. En revanche, certains participants pensent que si l'adolescent veut se faire remarquer, il/elle doit forcément avoir plus d'un partenaire sexuel, c'est le nouveau "mode de vie" pour les adolescents, chacun veut y adhérer en imitant son pair, Tenin rapporte :

[...] ce comportement est dû...au style...encore au style quoi, ils veulent se faire remarquer, par ce actuellement, on dit que celui qui a une seule copine est "gawa" qu'il n'est pas stylé, qu'il est dépassé, qu'il ne connaît rien de la vie. Mais par contre si tu as deux-trois-quatre ou cinq copines ou copains, on te dira que tu es une star, que tu sais bien circuler entre les filles ou les garçons, toi seul les fais marcher, manipuler. Donc c'est une affaire de star, ils prennent ça pour du style. (L. 25-30, Tènin)

4. Utilisation irrégulière de condom chez les adolescents

La situation des individus qui ont un comportement sexuel à risque est particulièrement préoccupante, puisqu'ils sont les plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé à court et à long termes. On sait relativement qu'à l'adolescence, la dernière chose dont on se préoccupe est la probabilité de contracter des infections transmissibles par le sang et le sexe (ITSS) ou de grossesses non désirées, le condom représente ainsi un moyen efficace de prévention primaire vis-à-vis de ces risques. Étant donné que ces risques entraînent des coûts économiques et sociaux considérables pour la santé et le bien-être des individus (plus particulièrement des adolescents) et de la société, il est important de comprendre les facteurs qui influencent l'utilisation irrégulière du condom chez les adolescents. Il existe de multiples raisons pour lesquelles les adolescents s'engagent dans des activités sexuelles sans protection. Il est clair selon nos participants que le désir sexuel constitue un des motifs à la non-utilisation systématique de condom lors des rapports sexuels. Selon certains interviewés, le préservatif diminue le goût du plaisir. À l'adolescence, de

nombreux changements hormonaux se produisent, et des sentiments puissants se manifestent concernant l'activité sexuelle.

[...] certains adolescents ont les moyens de payer ces méthodes contraceptives, mais ils pensent qu'en utilisant les préservatifs lors des rapports sexuels, cela pourrait diminuer la sensation, donc ils ne seront pas satisfaits. Et cette décision de ne pas utiliser le préservatif lors du rapport peut être le choix des deux partenaires ou parfois de l'un d'entre eux. (L. 57-61, Mado).

De plus, les participants ont affirmé, de manière générale que les principaux facteurs pouvant limiter l'utilisation de condom sont : le désir de l'enfant, le manque d'argent pour payer le condom et l'influence du partenaire. La proposition de l'utilisation du condom pendant les rapports sexuels est parfois perçue par l'autre partenaire comme une accusation d'infidélité, d'infection par le VIH ou de tout autre IST.

À un degré moindre, la honte pour l'adolescent de se présenter devant une boutique ou pharmacie pour acheter le condom, la peur que les parents ne découvrent le condom. Les participants ont aussi parlé de la confiance en son partenaire comme un déterminant de l'utilisation du condom, À ce sujet Fiston affirme que « *Généralement si deux partenaires ont vécu longtemps, ils peuvent commencer par le préservatif, mais au fur à mesure que le temps passe, la confiance s'installe, donc ils peuvent décider d'arrêter l'utilisation du préservatif entre eux. Ils vont se dire que le préservatif est inutile.* » (L. 48-51 Fiston).

Le contexte socioéconomique dans lequel vivent les adolescents à une influence négative sur l'utilisation du condom. La forte proposition financière faite aux filles a été souligné par certains participants comme un facteur limitant l'utilisation du condom chez les adolescentes.

[...] ils vont rencontrer les adolescentes nécessiteuses d'argent. Ils peuvent donner cinq cents milles, six cents milles à une fille. Ils posent la question...ils disent "bon tu me demandes de payer ça avec préservatif, mais sans préservatif je peux te donner ça pour coucher avec toi". Automatiquement étant nécessiteuse elle va accepter en oubliant ce qui va arriver, et en ne sachant pas que ce vieux-là est séropositif. (L. 54-59 Fiston).

5. Risque de santé encouru par les adolescents qui n'utilisent pas régulièrement les moyens de contraceptions

Prendre des risques lors des rapports sexuels conduit trop souvent à des situations embarrassantes, parfois même plus graves. Lorsque le condom n'est pas systématiquement utilisé, des conséquences néfastes sont plus probables de survenir. Plusieurs risques de santé associés à la non utilisation du condom ont été rapportés par les interviewés, les principaux sont : les risques d'infections transmissibles par le sang et le sexe dont la syphilis, la gonococcie et le VIH/sida. Cette dernière a un impact chronique sur les systèmes de soins de santé et peut se transmettre au nourrisson si les mesures préventives ne sont pas mises en œuvre. Les infections transmissibles par le sang et le sexe peuvent également entraîner une stérilité, le cancer du col et de l'utérus. Les grossesses non désirées font partie de cette panoplie de conséquences associées à l'utilisation de condom de façon irrégulière ou non.

[...] On ne sait pas si l'un des partenaires est atteint d'une maladie transmissible sexuellement. Si le garçon n'utilise pas le préservatif, il peut enceinter la fille. S'il est porteur d'une maladie transmissible sexuellement, il peut aussi contaminer sa partenaire ou contrairement, la fille peut être porteuse d'une maladie transmissible sexuellement, elle peut contaminer son partenaire. Le non-port du préservatif, expose la fille à la grossesse non désirée. (L. 34-39, Soul).

6. Solutions pour l'adoption d'un comportement sexuel sécuritaire

En termes de solutions, la majorité des participants proposent que les intervenants ciblent les adolescents pour la sensibilisation sur les inconvénients liés au comportement sexuel à risque et les avantages associés au comportement sécuritaire sexuel sécuritaire. L'affirmation qui suit résume bien l'idée générale des participants :

Il faut organiser les rencontres, les sensibiliser, leur expliquer les méfaits et les avantages, surtout les avantages des contraceptifs en leur expliquant...par ce que le plus souvent il y a l'analphabétisme qui domine, les filles qui se donnent à cette vie, la plupart, les 90 % sont analphabètes. S'il y a possibilité c'est de passer aussi dans les familles, dans les bars restaurant, faire porte à porte pour leurs expliquer et

partager les préservatifs aux adolescents, dans la mesure du possible en dehors de la sensibilisation. Il faut également éduquer les parents pour qu'ils approchent leurs enfants sur l'éducation sexuelle. (L. 67-74, Fiston).

Les répondants sollicitent qu'il y ait une communication auprès des adolescents sur les différentes méthodes de contraception. En plus, si un adolescent a accès à la contraception sans accord parental, il devra tout de même déboursier une certaine somme pour l'obtenir, alors qu'il est, dans la plupart des cas, dépendant financièrement de ses parents. Pour cela, les participants suggèrent à ce que certains moyens de contraception surtout les préservatifs soient distribués gratuitement aux adolescents. Les participants veulent que les parents s'impliquent activement dans l'éducation sexuelle de leurs enfants. Certains d'entre eux ont souhaité qu'elle soit enseignée au niveau du collège.

[...] moi je pourrais dire c'est la sensibilisation, il faut les sensibiliser... les prouver par A+B quels sont les inconvénients si on n'utilise pas les préservatifs. Peut-être et si on pensait à faire...à introduire un cours sur la sexualité ou bien sur la prévention à l'école. Au niveau du collège c'est mieux. Au collège. Les parents n'ont qu'à intervenir aussi. Quand les parents interviennent au niveau de leur enfant, ça peut donner de bon résultat. Pour cela, il faudra aussi faire comprendre aux parents, que réellement quand on a un comportement sexuel...quand on donne un bon comportement sexuel à son enfant à la maison, et quand il sort dans la rue, il pourra mieux se comporter. Comment les faire comprendre cela ? Je ne sais pas comment vous pourrez les motiver, peut être soit par des sensibilisations ou bien en convoquant les parents d'élève à l'école, on fait une réunion. On leur explique les inconvénients, les avantages qu'on peut avoir en donnant une bonne éducation sexuelle à son enfant à la maison (L. 73-84, Mame).

De façon générale, tous les répondants semblent avoir une large connaissance sur les facteurs qui motivent la sexualité précoce et préconjugale, le multipartenariat sexuel et l'utilisation irrégulière de contraceptifs chez les adolescents ainsi que les risques de santé encourus par ceux qui n'utilisent pas ces méthodes. Mais la question principale qui demeure est le tabou qui tourne au tour de ce sujet dans les familles, car pour bon nombre de parents, parler du sexe c'est

prédisposer les adolescents à commettre un délit. La sensibilisation des adolescents, l'implication des parents dans l'éducation sexuelle de leurs enfants, la dispensation des cours sur la sexualité au niveau collège et la gratuité des condoms ont été les principales solutions proposées par les répondants lors de ces entretiens qualitatifs.

Chapitre 5. Discussion

Dans ce dernier chapitre, nous allons discuter les résultats présentés précédemment en deux grands thèmes. Le premier thème porte sur les caractéristiques sociodémographiques des adolescents et l'interaction sociale. Le deuxième thème porte sur les comportements sexuels à risque. En rapport avec nos questions de recherche et les hypothèses de l'étude, les éléments du comportement sexuel à risque qui sont discutés dans ce chapitre sont : la sexualité prémaritale et précoce chez les adolescents, le multipartenariat sexuel et la non-protection des rapports sexuels. Pour chacun de ces thèmes et sous-thèmes, nous allons passer en revue les données descriptives recueillies et, les comparer avec d'autres études similaires. Puis, à partir des analyses statistiques réalisées dans le chapitre précédent et les informations recueillies au niveau des entretiens qualitatifs, nous allons discuter des facteurs associés aux comportements sexuels à risque chez les adolescents. Pour finir le chapitre sur la discussion des résultats, nous allons parler des pistes de solutions proposées par les adolescents interviewés pour l'adoption de comportement sexuel sécuritaire.

5.1. Caractéristiques sociodémographique des adolescents et l'interaction sociale

L'existence de liens sociaux à travers la qualité de relation entre parent/tuteur et adolescent, notamment, la communication sur la sexualité peut apporter un appui aux adolescents pour les inciter à prendre moins de risques (des risques qui peuvent affecter non seulement leur santé sexuelle et reproductive, mais également leur bien-être psychologique et émotionnel). Les principaux risques encourus par les adolescents sont les grossesses non désirées, les infections transmissibles sexuellement, l'exclusion sociale, la détresse psychologique. Selon les données de cette étude, seule une faible proportion d'adolescents interviewés parle de la sexualité avec leurs parents ou tuteur. Cette communication avec les parents est essentiellement axée sur la prévention des IST/VIH/SIDA et les grossesses non désirées. Le contrôle parental sur les sorties de l'adolescent avec son partenaire sexuel et la communication sur la sexualité (notamment, de l'intimité de son enfant) avec les parents favorisent l'adoption de comportement sexuel sécuritaire chez les adolescents, selon les données recueillies, 27,4 % des adolescents sexuellement actifs (20 adolescents) ne sont sous l'effet d'aucun contrôle parental sur leur sortie avec leur partenaire sexuel, et seulement 24,6 % (28 adolescents) des adolescents confient leur

intimité à leurs parents ou tuteur. Ce résultat reflète le faible niveau des échanges verbaux entre les adolescents et leurs parents ou tuteur, dû au tabou culturel entourant les sujets sexuels. Sur l'ensemble des adolescents qui partagent leur intimité avec leurs parents, dans 35,7 % des cas, le sujet est abordé de façon voilée. Ceux qui ne parlent pas de leur intimité aux parents ont honte de parler de sexe avec les parents, ou ils ont peur que les parents ne réagissent mal en apprenant certaines vérités sur leur vie sexuelle. Par contre, certains adolescents pensent que la gestion de leur vie sexuelle n'implique pas les parents, ils sont les seuls responsables. Compte tenu de leur immaturité psychosociale, ces attitudes peuvent non seulement limiter le niveau de connaissances sur la sexualité, mais également amener l'adolescent à prendre des décisions qui sont parfois néfastes pour sa santé. Les parents et les adolescents doivent aborder clairement la sexualité pour que les adolescents puissent développer leur jugement et leur sens des responsabilités, leur esprit critique et leur capacité de discernement comportemental. Miangotar (2010) a trouvé que la communication sur la sexualité est faiblement associée au comportement sexuel et, le niveau de contrôle parental influençait l'entrée en sexualité des adolescents. Selon ses résultats, un contrôle de niveau moyen ou élevé est associé au report de l'entrée en sexualité.

5.2. Les comportements sexuels à risque des adolescents

5.2.1. La sexualité préconjugale des adolescents

Si par le passé, les premiers rapports sexuels coïncidaient avec le mariage, aujourd'hui, il est de plus en plus courant de voir que les adolescents aient des rapports sexuels avant le mariage. En Guinée, bien que le mariage précoce soit un phénomène encore présent malgré la légalisation de l'âge minimum légal du mariage à 18 ans, le hasard a fait que tous les participants de cette étude étaient des célibataires. Dans notre échantillon, plus de la moitié des adolescents (59,3 %) ont rapporté avoir déjà expérimenté une activité sexuelle (73 adolescents sexuellement actifs contre 50 non actifs sexuellement). Étant des célibataires, ces adolescents sexuellement actifs ont ainsi une activité sexualité préconjugale. La sexualité préconjugale chez les adolescents a été aussi rapportée par d'autres chercheurs comme Miangotar et LeGrand (2014). Ces chercheurs avaient trouvé une sexualité préconjugale chez 18,4% des enquêtés de leur étude contre 59,3 % dans notre étude. Cette différence pourrait certainement être liée à l'intervalle de temps de réalisation de ces deux études. L'étude de Miangotar et LeGrand (2014) est réalisée en 2010 et la nôtre en

2016 (6 années après). La sexualité des adolescents a connu un profond bouleversement, l'interdit de la sexualité prémaritale qui prévalait dans le passé semble avoir disparu sous l'effet conjugué de plusieurs facteurs : l'urbanisation rapide, la désorganisation sociale, le contexte socioéconomique et de l'évolution des mentalités. La sexualité préconjugale n'est pas sans risque pour les adolescents. Au-delà du risque d'infection par les maladies transmissibles sexuellement y compris le VIH/SIDA, elle a de lourdes répercussions sur l'état de santé physique et mentale des adolescents. Ce sont notamment les cas croissants de grossesses non désirées responsables des avortements clandestins, et de complications à l'accouchement, de mortalité infantile, ainsi que de rejet social. En plus, la sexualité préconjugale a des conséquences sur le bien-être des familles et de la communauté.

D'après le test du khi carré, quel que soit le sexe, les adolescents sont pareils du point de vue de leur statut sexuel. L'âge de l'adolescent influence positivement son statut sexuel. Il est plus probable qu'un adolescent soit sexuellement actif à l'âge de 18-19 ans par rapport à un adolescent de 15-17 ans. L'analyse du discours des adolescents lors des entretiens qualitatifs révèle que la sexualité préconjugale des adolescents est associée au manque d'éducation sexuelle. Certes, l'adolescence est une période difficile, mais elle peut aussi être avantageuse, surtout si les parents assument bien leur rôle en matière d'éducation sexuelle. Dans la plupart des familles, le dialogue sur la bonne conduite sexuelle constitue un tabou, selon le témoignage de certains adolescents, les adolescents ne reçoivent pas d'éducation sexuelle de la part de leurs parents. En plus de cette lacune d'éducation sexuelle des adolescents au sein de leurs familles, les participants ont rapporté certains éléments qui sont impliqués dans la sexualité préconjugale des adolescents notamment, le besoin de soutien économique. Les participants croient que la fille est plus dépendante économiquement de ses parents. Si les parents sont dans l'incapacité de satisfaire ses besoins financiers, la fille est obligée de marchander son sexe afin de combler son déficit matériel. Les garçons ne sont non plus à l'écart de ce type de comportement. Parmi les participants aux entrevues par questionnaire, 16,1 % des adolescents sexuellement actifs ont rapporté avoir eu des rapports sexuels en échange d'une gratification (argent, cadeau). L'influence des amis, ou celle du partenaire sexuel ont été soulignées par les participants aux entrevues qualitatives comme facteurs associés à la sexualité préconjugale chez les adolescents. Les adolescents abordent le plus souvent la sexualité avec leurs pairs, en l'absence de communication sur la sexualité avec leurs parents, et sont consciemment ou non influencés par leurs amis à entreprendre des activités

à caractère sexuel. Les facteurs personnels associés à la sexualité préconjugale des adolescents sont la curiosité et l'envie de ressembler à ses amis. Certains adolescents, selon les interviewés du volet qualitatif, ont expérimenté le sexe dans l'unique but de satisfaire leur curiosité ou dans l'intention d'imiter un ami.

5.2.2. La sexualité précoce chez les adolescents

Dans cette étude, l'âge médian des adolescents au premier rapport sexuel se situe à 16 ans. Certes l'âge médian de nos participants à l'entrée en sexualité est supérieur à 15 ans. Mais leurs comportements sexuels ne sont pas pour autant exempts de risque. Plus d'un tiers des participants du volet quantitatif (42,4 %) ont affirmé avoir eu leur première expérience sexuelle avant d'atteindre l'âge de 15 ans. Ces adolescents ont une sexualité précoce. Les études ont montré que les individus qui sont sexuellement précoces sont plus susceptibles d'avoir plus de partenaires sexuels au cours de leur vie, et moins prédisposés à prévenir les risques liés à la sexualité (Rwenge, 2013 ; ICF, 2013 ; Miangotar, 2010 ; Kalambayi, 2007). Nous pourrions ainsi affirmer que ces adolescents sexuellement précoces ont des comportements sexuels à risque.

Par ailleurs, la distribution des adolescents sexuellement actifs par rapport à leur âge et celui de leur partenaire sexuel n'est pas proportionnelle. Seuls 38,7 % de l'ensemble des adolescents sexuellement précoces (premier rapport sexuel avant 15 ans) ont eu leur initiation sexuelle avec des partenaires de la même tranche d'âge (moins de 15 ans), contrairement aux adolescents sexuellement tardifs (premier rapport sexuel à partir 15 ans), 88,1 % ont plus eu leur première expérience sexuelle avec des partenaires âgés de 15 ans ou plus. Dans le modèle de régression logistique, les variables explicatives de l'âge de l'adolescent à l'initiation sexuelle sont l'âge du partenaire sexuel et la différence d'âge entre l'adolescent et le partenaire sexuel. Ces deux variables influencent négativement l'âge de l'adolescent à l'initiation sexuelle. Autrement dit, si l'âge premier partenaire sexuel est inférieur à 15 ans, l'adolescent a une plus grande probabilité d'être sexuellement précoce. Nous nous attendions à ce que l'âge à l'initiation sexuelle soit associé aux motifs du premier rapport sexuel (raisons personnelles, influence des amis), mais l'analyse des résultats quantitatifs n'a pas confirmé cette hypothèse. Par contre, les résultats des entrevues individuelles qualitatives révèlent que certains adolescents ont eu des rapports sexuels précoces suite à l'influence de leurs amis. En plus, l'initiation sexuelle à un âge précoce chez les

adolescents est influencée par les images à caractère sexuel diffusées par les médias et sur les réseaux sociaux. Les autres éléments rapportés par les participants du volet qualitatif comme facteurs influençant le comportement sexuel à risque des adolescents sont : le déficit de communication sur la sexualité entre parents-enfants, la pression des pairs, le contexte socioéconomique défavorable des parents et l'envie d'appartenir à un style de vie orienté vers le libertinage sexuel où le respect de l'abstinence sexuelle jusqu'au mariage n'est plus en vigueur.

Si les parents n'apprennent pas à leurs enfants ce qu'est la sexualité, ils l'apprendront soit à travers les médias ou par les pairs quelles qu'en soient les conséquences encourues. Les parents doivent dans leur tâche, aider les adolescents à se forger graduellement une nouvelle identité de qualité et de s'assurer que ses enfants prennent de bonnes décisions par rapport à la santé sexuelle et reproductive (Miangotar et Legrand, 2014).

5.2.3. Le multipartenariat sexuel des adolescents

Parmi les 73 adolescents sexuellement actifs, 70 adolescents ont témoigné avoir eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois qui ont précédé la date de l'entrevue. Plus de la moitié (51,1 %) d'entre eux ont eu plus d'un partenaire sexuel. Bien que la distribution des adolescents selon le multipartenariat et le sexe soit uniforme (différence non statistiquement significative), les garçons détiennent la plus grande proportion (34,3 %) comparativement aux filles (17,1 %). L'intensité du multipartenariat chez les garçons a été aussi trouvée dans d'autres études comme celle de Rwenge (2013). Dans ses analyses, Rwenge est parvenu à la conclusion selon laquelle le phénomène de multipartenariat sexuel est plus intense chez les garçons que chez les filles dans les pays de l'Afrique subsaharienne. Les hypothèses selon lesquelles le sexe de l'adolescent, la communication de l'intimité avec les parents, le contrôle parental des sorties amoureuses et, l'âge à l'initiation sexuelle influencent le nombre de partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois (multipartenariat) ne sont pas vérifiées avec l'analyse des données quantitatives.

Par ailleurs, les 14 participants des entrevues qualitatives ont été invités à se prononcer sur les facteurs qui peuvent influencer le multipartenariat chez les adolescents. La majorité des participants ont affirmé que ce comportement sexuel à risque est surtout influencé chez les filles par la quête effrénée de l'argent. Compte tenu du niveau de vie économique défavorable des parents, les filles pour subvenir à leur besoin financier se livrent aux rapports sexuels en échange

d'argent ou cadeau. Le plus souvent, elles ont des rapports sexuels avec des hommes un peu plus âgés. Ces types de relations sont communément appelées "boy-friend" ou "sugar daddy" (Biaya 2001). Pour avoir plus d'argent, elles auront ainsi besoin de plus de partenaires sexuels. Les participants aux entrevues qualitatives soutiennent également que les garçons entretiennent le multipartenariat sexuel plus pour le plaisir sexuel que pour toute autre raison. La recherche de plaisir charnel chez les garçons les incite ainsi à avoir plus d'un partenaire sexuel. Par contre, certains adolescents font le multipartenariat sexuel dans le seul but de se démarquer de leurs pairs, car le multipartenariat sexuel est souvent perçu par ce groupe comme signe de virilité, de fierté ou de prestige. Pourtant, le multipartenariat sexuel expose les adolescents dans la plupart des cas à divers risques de santé physique et psychologique (Miangotar et LeGrand, 2014).

5.2.4. La non-protection des rapports sexuels

Malgré leur niveau de connaissances sur les différents moyens de prévention et des risques encourus lors des rapports sexuels non protégés, les adolescents n'ont pas toujours le réflexe d'utiliser systématiquement le condom. Ils entretiennent pour la plupart, des rapports sexuels ponctuels, accidentels ou occasionnels, avec des partenaires réguliers ou occasionnels sans utiliser de condom. Certaines pratiques sexuelles à risque, notamment avoir simultanément plus d'un partenaire sexuel et des rapports sexuels en échange d'argent, de cadeaux ou de services, et recourir aux professionnels de sexe, ont été rapportés par certains participants. Du point de vue de la prévention des ITSS/VIH et des grossesses non désirées, seule une faible proportion des adolescents sexuellement actifs utilise le condom. Le test de khi carré révèle qu'il y a une relation de dépendance entre la protection des rapports sexuels et le sexe. Selon les résultats obtenus, les filles sont moins enclines à se protéger lors des rapports sexuels par rapport aux garçons. La proportion de garçons qui ont affirmé avoir utilisé le condom au premier et au dernier rapport sexuel est plus importante que celle des filles. Les adolescents sont également différents sur la protection des rapports sexuels du point de vue communication de l'intimité avec les parents. Parmi les adolescents ayant utilisé le condom au premier et au dernier rapport sexuel, la proportion d'adolescents qui communique avec leurs parents de leur intimité est légèrement plus importante que ceux qui ne communiquent pas. De même, les adolescents qui ont recours aux professionnels de sexe et ceux qui n'ont pas recours aux professionnels de sexe ont des attitudes différentes en regard de la protection des rapports sexuels. Les adolescents qui ont les rapports

sexuels en échange d'argent ou cadeaux ont plus tendance à se protéger lors des rapports sexuels par rapport à ceux qui ont eu des rapports sexuels sans contrepartie, la différence entre ces deux catégories est significative.

Les adolescents interrogés lors des entrevues qualitatives reconnaissent pour la plupart que la non-utilisation systématique du condom au moment des rapports sexuels chez les adolescents est due aux fausses croyances, selon lesquelles le condom nuit au plaisir sexuel et les doutes sur la sûreté du condom. L'autre facteur qui est associé à la faible prévalence de l'utilisation du condom chez les adolescents est le sentiment de gêne qu'éprouvent ces derniers à se procurer de condoms dans des lieux publics, notamment, les boutiques et les pharmacies. Les réticences des partenaires sexuels à l'utilisation du condom sont également associées à une perte de confiance, parce qu'il est perçu par l'autre partenaire comme une accusation d'infidélité ou d'affection par les infections transmissibles sexuellement. Il arrive également que les partenaires sexuels décident ensemble d'arrêter l'utilisation de condom lorsqu'ils ont passé suffisamment de temps ensemble, et ont confiance l'un à l'autre.

5.3. Pistes de solutions pour l'adoption d'un comportement sexuel sécuritaire proposées par les participants

Au regard de l'ampleur d'une sexualité mal vécue sur la santé individuelle (notamment le risque d'affection par les ITSS/VIH, la contraction des grossesses prématurées et non désirées, et l'abandon du cursus scolaire) et collective (notamment, la condition économique déplorable à cause du sous-emploi, les dépenses liées aux prises en charge des maladies du VIH/SIDA), il est essentiel de promouvoir des pratiques sexuelles saines pendant l'adolescence pour mieux protéger ces derniers contre les risques sanitaires (Guiella, 2012 ; UNFPA. et PRB, 2012 ; Bozon, 1993). La promotion de pratiques sexuelles saines exige en premier lieu une éducation sexuelle complète. Les adolescents doivent bénéficier d'une éducation à leur sexualité conçue en fonction de leur âge pour acquérir les connaissances et le savoir-faire, qui leur sont nécessaires (UNFPA, 2013). L'éducation à la sexualité peut réduire les comportements sexuels à risque chez les adolescents. L'opinion des adolescents interviewés envers l'éducation sexuelle par les parents est très positive. Elle commence dès l'enfance, et cette tâche revient aux parents en premier lieu. Il est important que les parents parlent de la sexualité à leurs enfants, afin de les aider à développer

leur individualité et essayer de devenir ce que leurs parents attendent d'eux. Contrairement à la crainte de certains parents par rapport à la croyance selon laquelle parler de sexualité avec les enfants les amène à avoir des relations sexuelles plus tôt ou plus souvent, il convient d'œuvrer pour que les parents acceptent de communiquer avec leur progéniture. L'éducation sexuelle améliore efficacement la connaissance des adolescents sur différents aspects liés à la sexualité, et leur permet d'adopter des comportements de prévention (UNESCO, 2013 ; Miangotar, 2012). Dans l'éducation sexuelle des adolescents, les parents peuvent être aidés par les autres membres de famille. Outre l'environnement familial, une éducation sexuelle intégrée dispensée à l'école constitue également un moyen efficace d'éduquer les adolescents. En effet, des études ont prouvé que les interventions en matière d'éducation sexuelle à l'école ont des effets positifs sur le comportement sexuel des adolescents (UNESCO, 2013). La Guinée n'a pas encore intégré les cours d'éducation sexuelle dans son programme d'enseignement scolaire. Pourtant, presque la totalité des participants de l'étude pense qu'il est important qu'il y ait des enseignements d'éducation sexuelle à l'école.

Par ailleurs, la réussite d'une action de réduction de comportement à risque doit s'accompagner de la diffusion de messages clairs sur les comportements souhaitables, ainsi que les situations à risque et les comportements à adopter pour éviter de telles situations.

5.4. Rappel des hypothèses de l'étude

- 1- *Le sexe et l'âge de l'adolescent au moment de l'étude, et la communication de l'intimité avec les parents/tuteur influencent le statut sexuel*
- 2- *Le sexe, la communication de l'intimité avec les parents/tuteur, le niveau de contrôle parental des sorties amoureuses, les motifs du premier rapport sexuel, l'âge du partenaire sexuel et la différence d'âge entre l'adolescent et son partenaire sexuel influencent l'âge à l'initiation sexuelle*
- 3- *Le sexe et l'âge de l'adolescent à l'initiation sexuelle, la communication de l'intimité avec les parents/tuteur et le niveau de contrôle parental des sorties amoureuses influencent le multipartenariat chez l'adolescent*
- 4- *Le sexe, la communication de l'intimité avec les parents/tuteur, le niveau de contrôle parental des sorties amoureuses, la connaissance d'une personne atteinte ou qui est mort*

du SIDA, le recours aux professionnels de sexe, et le recours simultané à plus d'un partenaire sexuel ou aux professionnels de sexe influencent la protection des rapports sexuels

D'après les résultats obtenus, le déficit d'éducation sexuelle des adolescents, (informelle lié au fait que les parents ne communiquent pas sur la sexualité avec les adolescents et, formelle au fait que l'éducation sexuelle n'est pas enseignée au niveau des établissements scolaires) est associé à l'âge et à l'entrée des adolescents à la sexualité, le multipartenariat et la protection des rapports sexuels. Les autres variables du cadre de vie de l'adolescent qui sont associées au statut sexuel, l'âge à l'initiation sexuelle, le multipartenariat et la protection des rapports sexuels sont d'ordres personnels et interpersonnels. D'ordres personnels, nous avons l'âge de l'adolescent, l'envie de ressembler à ses pairs, la curiosité. D'ordres interpersonnels, il y a l'âge du partenaire sexuel, l'influence des amis et images pornographiques diffusées par les médias et le bas niveau socioéconomique des parents.

Les points forts de l'étude

Les comportements sexuels à risque qui font généralement surface pendant l'adolescence, comme la multiplicité des partenaires sexuels et la faible utilisation du condom lors des rapports sexuels, ont d'importantes répercussions sur la santé psychologique et physique des individus, et ne sont pas nécessairement abandonnés à l'âge adulte. Étant donné que ces comportements sexuels à risque entraînent des coûts socioéconomiques considérables pour la santé et le bien-être des individus et de la société, il est important d'entreprendre les interventions qui minimisent ces risques. Les programmes d'action élaborés lors de la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) au Caire en 1994, et de la réunion de conseil de coordination du Programme (CCP) du programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) en juin 2015 ont souligné l'importance de l'éducation sexuelle (à la fois formelle et informelle) comme moyen de base dont tous les jeunes ou adolescents ont besoin pour une vie d'adulte réussie (UNESCO, 2015; ICF, 2013). La compréhension et l'identification des facteurs qui influencent le comportement sexuel sont essentielles pour mieux orienter les interventions adaptées aux besoins des adolescents (Rwenge, 2013 ; Guiella, 2012 ; Du Plessis et al, 1993 ; Godin 1991). En s'appuyant sur les données recueillies, les résultats de ce mémoire dressent le

profil et l'intensité du comportement sexuel à risque chez les adolescents en milieu scolaire en Guinée et orientent ainsi les intervenants dans le choix des stratégies à développer (cours d'éducation sexuelle au niveau des écoles, implication des parents dans l'éducation sexuelle de leurs enfants) pour améliorer la santé sexuelle et reproductive des adolescents. En plus, les études représentatives au niveau national sur les facteurs associés aux comportements sexuels sont rarissimes, et dans la majorité des cas, ces études ciblent certaines catégories de population à risque de contracter le VIH/SIDA dont entre autres : les professionnels de sexe, les routiers, les hommes en uniformes, les pêcheurs et les miniers. Ce mémoire contribue à l'élargissement des bases de connaissances en matière de sexualité des adolescents âgés de 15-19 ans. En plus de dresser le profil et l'intensité du comportement sexuel à risque chez les adolescents scolarisés âgés de 15-19 ans, il a également permis d'identifier certains facteurs qui motivent les adolescents à avoir des rapports sexuels précoces, à entretenir les rapports sexuels avec plus d'un partenaire sexuel et à avoir moins recours au condom lors des rapports sexuels. Autrement dit, cette étude apporte des éclairages importants quant aux facteurs qui peuvent contribuer à une certaine valorisation du travail du sexe. En effet, nos résultats exposent comment la précarité économique, différenciée selon le genre, peut entraîner l'adolescente dans un cycle risqué.

Selon Silverman (2009, cité dans Berger et al., 2010 p. 2), il est impossible d'avoir des informations complètes sur tout phénomène. Dans ce sens, l'utilisation d'instruments différents pour collecter des informations sur un même phénomène permet d'en avoir une connaissance plus complète et différenciée (Berger et al., 2010). En partageant ce point de vu, l'utilisation d'une méthodologie de recherche mixte (approche quantitative et qualitative) pour recueillir les données dans cette étude a permis de mieux rendre compte de la complexité des problématiques adolescentes en Guinée et d'explicitier l'expérience des jeunes, en faisant valoir leur voix.

Les limites de l'étude

Malgré ses contributions importantes à l'avancement des connaissances dans le domaine du comportement sexuel à risque des adolescents scolarisés en Guinée, ce mémoire comporte des limites qui méritent d'être soulignées.

Premièrement, il importe de souligner que nos résultats ne sont pas généralisables aux autres adolescents scolarisés de la Guinée puisque notre échantillonnage est non probabiliste avec une

petite taille, ce qui n'a pas permis d'atteindre la puissance statistique nécessaire pour confirmer certains résultats montrant une tendance. On peut se questionner sur la contribution que les autres adolescents scolarisés auraient apporté aux différents modèles explicatifs du comportement sexuel à risque. En plus, nous avons limité notre recherche dans l'espace géographique de Conakry (capitale du pays) et à 5km de celle-ci. Conakry est une ville cosmopolite, ainsi une recherche menée dans cette ville assure l'accès à la diversité ethnique de la Guinée. Cette qualité pourrait alléger considérablement les difficultés de généralisation de nos résultats à l'ensemble du pays.

Deuxièmement, les réponses ont été auto rapportée par les participants, compte tenu de la nature sensible du sujet, certaines réponses peuvent être biaisées. Cependant, Murray & Perry (1987, cités dans Pepin, 2010, p. 144) soutiennent que lorsque les participants sont rassurés de la confidentialité de leurs réponses, les réponses auto rapportées sur les comportements à risque présentent une bonne validité. À cet égard, les mesures ont été prises pour respecter l'anonymat des répondants et assurer la confidentialité de leurs réponses.

Troisièmement, la majorité des variables indépendantes choisies dans le volet quantitatif pour expliquer les variables dépendantes de l'étude se sont révélées non influentes. Certes, d'autres importantes variables explicatives du comportement sexuel à risque n'ont pas été évaluées dans le volet quantitatif. Nous aurions pu tenir compte de la taille du ménage d'appartenance de l'adolescent, du niveau de vie socioéconomique du ménage et, du fait de vivre ou non avec les deux parents biologiques, cela aurait pu nous informer sur d'autres déterminants potentiels des comportements sexuels à risque et protecteurs des adolescents de Guinée (Guiella, 2012). Néanmoins, les renseignements supplémentaires recueillis lors des entrevues qualitatives ont permis d'identifier d'autres déterminants potentiels du comportement sexuel à risque chez les adolescents scolarisés en Guinée. De futures recherches permettront d'explorer plus en profondeur ces déterminants pour le développement de programmes de prévention des comportements sexuels à risque chez les adolescents en Guinée. Enfin, les résultats obtenus dans cette étude n'ont pas pu être comparés à des études plus récentes réalisées en Guinée par manque de données publiées.

Les recommandations

Au cours de son évolution, l'adolescent doit faire face à plusieurs défis successifs, notamment, le développement des relations satisfaisantes avec la société, le développement positif de la personnalité et de l'autodétermination. Si la majorité des adolescents relève avec succès ces défis, ils sont cependant exposés à des risques qui peuvent affecter leur santé physique et psychologique. Face aux comportements sexuels à risque des adolescents (une proportion importante d'adolescents sexuellement actifs et précoces, le multipartenariat et la faible prévalence d'utilisation de condom) que révèle cette étude, il nous paraît nécessaire de réagir. À cet effet, nous recommandons :

Sur le plan politique

À ce que les ministères de la santé, de l'éducation et de la jeunesse facilitent la collecte, l'analyse, la diffusion et l'utilisation systématiques des données sur les adolescents. Les comportements sexuels des adolescents résultent d'une interaction entre les caractéristiques individuelles et contextuelles dont la compréhension comporte encore des zones d'ombre (Guiella, 2012). Le manque de données exactes, actualisées et différenciées concernant la santé sexuelle et reproductive des adolescents entrave la formulation de politiques et de programmes à l'endroit des adolescents. Pour mieux orienter les interventions sur la prévention des comportements à risque chez les adolescents, il faut un champ de recherche actif et diversifié (Langis et Germain, 2009, cités dans Delaquis et De Moissac, 2010 p. 57-58). En plus, pour répondre aux besoins des adolescents et aux problèmes auxquels ils sont confrontés, les stratégies nationales de santé sexuelle et reproductive doivent élargir les services de santé expressément axés sur les besoins des adolescents. Les stratégies qui permettent d'améliorer la qualité et la couverture des services de santé proposés aux adolescents sont la mise en place des centres de conseils pour adolescents et jeunes. Ces centres de conseil ado-jeunes auront pour tâche d'informer et d'éduquer à la santé à travers les savoir-faire pratiques, ainsi les adolescents pourront être autonomes. Les adolescents ont besoin d'un accès sûr, efficace, acceptable et d'un coût abordable à toute une série de produits et services. Ces produits et services comprennent, les condoms, les contraceptifs et les soins de santé, lorsque les services de soins à l'égard des

adolescents sont dispensés par des personnels bien formés et bienveillants, il y a une forte chance que ces services soient utilisés.

Par ailleurs, le gouvernement doit faire l'évaluation et le suivi réguliers des politiques et des programmes qui sont déjà mis en œuvre pour que les conclusions puissent servir à réorienter la planification d'autres politiques et programme de la santé sexuelle et reproductive des adolescents au niveau national.

Sur le plan de l'éducation

Le défi de l'amélioration du comportement sexuel des adolescents regroupe un ensemble de stratégies qui consistent à intervenir simultanément sur les facteurs qui influencent le comportement sexuel des adolescents, notamment les interventions sur les compétences personnelles associées à des interventions auprès des familles et les interventions dans le milieu scolaire.

Le développement de compétences sociales des adolescents à travers l'éducation sexuelle est l'une des interventions les plus prometteuses, car l'éducation sexuelle s'intègre dans une démarche de promotion de la santé. Elle permet à la fois l'acquisition de compétences favorables à la santé et valorise l'autonomie et le sens de responsabilité de l'individu. Traditionnellement, pour les adolescents, les parents sont les sources d'information précieuses pour apprendre ce qu'il faut savoir sur les relations humaines et la sexualité. Toutefois, compte tenu du caractère tabou relatif à la sexualité dans les familles, il est essentiel d'organiser les séances de communication parentale. Ces ateliers sur la communication auront pour but d'informer et de sensibiliser les parents sur comment établir un bon dialogue sur la sexualité avec son enfant.

L'école, deuxième milieu de vie de l'adolescent le plus influent après la famille, est le lieu d'ancrage privilégié de l'éducation sexuelle. Elle est fréquentée quotidiennement par la grande majorité des adolescents, c'est le lieu privilégié pour les atteindre. L'école participe à la construction des individus et de ce fait, intégrer le cours d'éducation sexuelle au sein des écoles contribue efficacement à la promotion de la santé des adolescents. Par ailleurs, en fonction de la personnalité et du niveau de socialisation, les adolescents s'influencent entre eux de façon positive ou négative, tant au niveau des comportements sexuels pro-sociaux, qu'en termes de

comportement sexuel à risque. Des programmes d'éducation à la vie familiale au niveau des centres d'écoute adolescents/jeunes en passant par l'éducation par les pairs sont considérés comme une stratégie de communication et de services conviviaux de santé pour les adolescents.

Sur le plan de la recherche

Le comportement sexuel est influencé par les facteurs personnels, les cultures, ainsi que par les environnements sociaux, économiques et physiques. Cette perspective du comportement met l'accent sur le rôle de la communauté, de la famille et de l'individu dans la définition du comportement sexuel. Les recherches futures peuvent explorer, en plus des facteurs que nous avons étudiés, d'autres facteurs, comme : vivre avec un ou deux parents biologiques, la taille du ménage, le niveau de vie socioéconomique du ménage, la religion, le milieu, l'ethnie, l'école fréquenté pour expliquer le comportement sexuel à risque chez les adolescents.

Sur le plan de la pratique en santé communautaire

Il importe que les intervenants en santé publique mettent en œuvre les programmes de promotion en matière de sexualité saine et responsable chez les adolescents. Il s'agira d'éduquer les adolescents à s'affirmer, à reconnaître les situations sexuelles à risque et à adopter un comportement sexuel sécuritaire. Les programmes de promotion et de prévention des risques en matière de sexualité vont permettre aux adolescents de développer leurs compétences et leurs habiletés personnelles afin qu'ils puissent se protéger et de maximiser leur santé sexuelle et reproductive.

Il est important d'investir dans la santé et le développement des adolescents, car cela permet non seulement de prévenir des milliers de décès qui sont provoqués par le VIH ou les conséquences d'une grossesse non désirée, mais aussi de tirer profit des avantages économiques que peuvent apporter les adolescents. Les adolescents représentent un poids numérique important au sein des pays, en entrant dans la vie active en bonne santé et en pleine possession de leurs moyens, les adolescents peuvent accroître la productivité économique de leur pays.

Conclusion

L'adolescence est une période au cours de laquelle l'individu est plus exposé aux influences positives et négatives de la société et à la tentation à l'expérimentation. Cerner les préoccupations des adolescents au moyen de la recherche est l'une des priorités pour la santé publique afin d'identifier des pistes d'intervention visant le développement d'une sexualité saine et adaptée.

La présente étude avait pour objectif d'explorer et d'expliquer les facteurs personnels et interpersonnels associés aux comportements sexuels à risques des adolescents scolarisés en Guinée. Elle s'est intéressée à la problématique du comportement sexuel des adolescents en Afrique subsaharienne et plus particulièrement de la Guinée. Notre recension des écrits a permis de relever certaines théories explicatives du comportement sexuel à risque des adolescents. Ces théories mettent l'accent sur les caractéristiques individuelles et environnementales, pour définir l'adoption de certains comportements à risque chez les adolescents.

Pour atteindre nos objectifs, nous avons émis quatre hypothèses. Selon la première hypothèse, les éléments du cadre de vie de l'adolescent influencent son statut sexuel (notamment le sexe, l'âge et la communication de l'intimité avec les parents). La deuxième hypothèse soutient que l'âge à l'initiation sexuelle de l'adolescent est influencé par les éléments du cadre de vie (dont entre autres, le sexe, la communication de l'intimité, le contrôle parental, le motif du premier rapport sexuel). Selon la troisième hypothèse, le multipartenariat est influencé par les variables du cadre de vie et l'âge de l'adolescent au premier rapport sexuel, qui sont : le sexe, la communication de l'intimité avec les parents, le contrôle parental et l'âge de l'adolescent au premier rapport sexuel. Quatrième hypothèse propose que le cadre de vie influence la protection des rapports sexuels par le condom. Pour vérifier ces hypothèses, nous avons réalisé une étude mixte (quantitative et qualitative), auprès de 123 adolescents âgés de 15-19 ans. Pour analyser nos données, nous avons eu recours aux méthodes descriptive et explicative. Nous avons d'abord cherché à déterminer l'association entre les variables explicatives et les différentes variables dépendantes du comportement sexuel à risque des adolescents (notamment le statut sexuel, l'âge à l'initiation sexuelle, le nombre de partenaires sexuels sur les 12 derniers mois et la protection des rapports) par le test de khi deux, ensuite nous avons mesuré l'effet de ces variables par la régression logistique.

Les éléments ressortis de nos analyses indiquent une sexualité précoce et préconjugale chez les adolescents scolarisés en Guinée. Le multipartenariat et la faible prévalence de l'utilisation du condom lors des rapports sexuels ont été également rapportés. Dans le volet quantitatif, l'âge de l'adolescent influence positivement le statut sexuel. Par contre, l'âge du partenaire sexuel et la différence d'âge entre l'adolescent et le partenaire influencent négativement l'âge de l'adolescent à l'initiation sexuelle. Les entretiens qualitatifs révèlent que les comportements sexuels à risque chez les adolescents sont influencés par le déficit d'éducation sexuelle et de soutien économique des adolescents au sein de leurs familles, de l'influence des amis, l'envie de ressembler à ses amis, la curiosité de découvrir le sexe et les images diffusées par les médias.

Dans la mesure où nous avons des éléments concrets sur le comportement sexuel des adolescents, les résultats de cette étude pourront servir à orienter les intervenants de la santé sexuelle et reproductive des adolescents, les ministères et les éducateurs.

Références

- Aubin-Auger I. et al., (2008). Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 19(84), 142-145. Récupéré de <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/Outils%20methodo%20pour%20la%20these/introduction%20RQ%20Exercer.pdf>
- Alerte, K. O. M. (2016). La problématique de la persistance des comportements sexuels à risque face au VIH/Sida chez les étudiants de l'Université Félix Houphouët- Boigny. *European Scientific Journal*, 12(11). Récupéré de <http://www.eujournal.org/index.php/esj/article/view/7271/6992>
- Armstrong, A. (1999). Droit et famille en Afrique australe. Dans A. Adepoju (éd.). *La famille africaine : Politiques démographiques et développement* (255-282). Paris : Karthala.
- Ayerbe, C. & Missonier, A. (2007). Validité interne et validité externe de l'étude de cas : principes et mise en œuvre pour un renforcement mutuel. *Finance Contrôle Stratégie*, 10(2), 37-62. Récupéré de <http://leg.u-bourgogne.fr/rev/102062.pdf>
- Bachalet, R. (2011). *Analyse & traitement de données : validité et fiabilité*. [Présentation PowerPoint]. Récupéré de http://rb.ec-lille.fr/l/Analyse_de_donnees/Methodologie_Validite_et_Fiabilite.html
- Balland, J. (2015). *Les rites de passage dans les sociétés traditionnelles*. Récupéré de <http://www.lagouvernance.fr/les-jeunes-et-les-rites-de-passage-dans-les-societe-traditionnelles/>
- Bambara, P. D. H. Y. (2011). *Sexualité en milieu scolaire dans la ville de Ouagadougou : connaissances, attitudes, pratiques et perceptions liées au VIH/SIDA*. (Thèse de mémoire, Université de Ouagadougou, Burkina Fasso). Récupéré de <http://www.beep.ird.fr/collect/uouaga/index/assoc/M12636.dir/M12636.pdf>
- Banque africaine de développement (BAD), Organisation de coopération & de développement économiques (OCDE), Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) (2016). *Perspectives économiques en Afrique 2016 : Villes durables et transformation structurelle*. Récupéré de http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/Perspectives_economiques_en_Afrique_2016_Ebook.pdf
- Banque Mondiale, (2016). *Taux de fertilité chez les adolescents (nombre de naissance par 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans)*. Récupéré de <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.ADO.TFRT>
- Baribeau, C. (2005). L'instrumentation dans la collecte de données. Le journal de bord du chercheur. *Recherches qualitatives*. Récupéré de [88](http://www.recherche-</p></div><div data-bbox=)

qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v2/CBaribeau%20HS2-issn.pdf

- Bauni, E. K. (1990). *The changing sexual patterns of the Meru people of the Chogoria Region, Kenya*. Paper presented at the IUSSP seminar on anthropological studies relevant to the Sexual Transmission of HIV, Sonderborg, Denmark, 19-22.
- Beaud, J-P. (2004). L'échantillonnage. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données* (4e éd., 211-242). Québec, Canada : Les presses de l'Université Laval.
- Bell, C., Devarajan S., & Gersbacht H. (2003). The long-run economic costs of AIDS : Theory and an application to South Africa. *Policy Research Working Paper*, (1), 118 p. Récupéré de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.202.1819&rep=rep1&type=pdf>
- Berger, E., Crescentini, A., Galeandro, C., Crohas, G.M. (2010). *La triangulation au service de la recherche en éducation. Exemples de recherches dans l'école obligatoire*. Actes du congrès de l'Actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF). Université de Genève. Récupéré de <https://plone.unige.ch/aref2010/communications-orales/premiers-auteurs-en-b/La%20triangulation.pdf>
- Blais, J. (2005). La grossesse à l'adolescence : un phénomène qui persiste ! *Ça s'exprime*. 1(2). 8 p. Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-314-02.pdf>
- Bozon, M. (1993). La violence sexuelle. Dans Spira A., Bajos N. et le groupe ACSF, eds. *Les comportements sexuels en France* (214-220). France, Paris : Documentation Française.
- Bozon, M., & Hertrich, V. (2001). *Rapports de genre et initiation sexuelle en Afrique et en Amérique Latine. Une comparaison à partir de 20 enquêtes EDS*. Communication au Colloque International « Genre, population et développement en Afrique », Abidjan.
- Caldwell, J. C., Orubuloye I. O. & Caldwell P. (1991). The destabilization of the traditional Yoruba sexual system. *Population and Development Review*, 17 (2), 229-262.
- Calvès, A.E. (1998). La sexualité prémaritale des adolescents à Yaoundé : les hommes et les femmes ont-ils les mêmes stratégies et motivations ? Kuate-Defo, B. (sous la direction de), *Sexualité et Santé reproductive durant l'adolescence en Afrique, avec une attention particulière sur le Cameroun*, ed inconseil Inc., Québec, 153-175.
- Castra, M. (2013). Socialisation. *Sociologie*, Les 100 mots de la sociologie. Récupéré de <http://sociologie.revues.org/1992>
- Claes, M. (2004). Les relations entre parents et adolescents : Un bref bilan des travaux actuels, *L'orientation scolaire et professionnelle* 33(2). Récupéré de <http://osp.revues.org/2137> ; DOI : 10.4000/osp.213

- Comité national de lutte contre le sida (CNLS) (2015). *Rapport national de la riposte VIH/sida 2014 [Progrès 2010 - 2014] Rapport annuel de la riposte nationale aux IST/VIH/SIDA*. Récupéré de http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/GIN_narrative_report_2015.pdf
- Comité national de lutte contre le sida (CNLS) (2014). *Revue des progrès vers la réalisation des cibles de la déclaration 2011 de l'ONU sur le VIH et le Sida*. Rapport narratif 2014. Récupéré de <http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents//file,94606,fr.pdf>
- Comité national de lutte contre le sida (CNLS) (2012). *Rapport annuel de la riposte nationale aux IST/VIH/SIDA*. Guinée, Ministère de la santé et de l'hygiène publique.
- Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides (CGRA/Belgique), l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA/France) et l'Office Fédéral des Migration (ODM/Suisse), (2012). *Rapport de mission en République de Guinée. 29 octobre - 19 novembre 2011*. Récupéré de <https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/internationales/herkunftslander/afrika/gin/GIN-ber-mission-f.pdf>
- Conseil des ministres de l'éducation de Canada (CMEC), (2003). *Étude sur les jeunes, la santé sexuelle, le VIH et le sida au Canada : Facteurs influant sur les connaissances, les attitudes et les comportements*. Récupéré de http://www.cmec.ca/publications/lists/publications/attachments/180/cyshhas_2002_fr.pdf
- De-Banguirys, L. S., Dansou, J., & Beninguisse, G. (2015). *Non recours des adolescentes et jeunes aux services de santé maternelle pendant les grossesses à Yaoundé (CAMEROUN)*. Récupéré de <http://uaps2015.princeton.edu/abstracts/150160>.
- Delaquis, S., & De Moissac, D. (2010). Les tendances du comportement sexuel des adolescents francophones du Manitoba. *Cahiers franco-canadiens de l'Ouest*, 22(1), 55-68.
- Dimbuene, T. Z. (2010). *Influences des structures familiales sur les connaissances et comportements de prévention du VIH/SIDA chez les adolescents et les jeunes au Cameroun*. (Thèse de doctorat, Université de Montréal, Québec, Canada). Récupéré de <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/4072>
- Diop, J. N. (1995). *La fécondité des adolescentes au Sénégal*. Programme de Petites Subventions pour la Recherche en Population en Développement à Dakar, UEPA. (rapport de synthèse, N^o 11). Récupéré de <https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/22372>
- Du Plessis G.E., Meyer-Weitz AJ., & Steyn M. (1993). Study of knowledge, attitudes, perceptions and beliefs regarding HIV and AIDS (KABP) among the general public Pretoria. *Human Sciences Research Council* (40).

- Faye, M. (2005). *Connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé de la reproduction des adolescent(e)s du centre de dépistage volontaire anonyme et gratuit (cdvaa) de Pikine-Guediawaye*. (Mémoire de maitrise, université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal).
- Fondation Pfizer, (2013). *Adolescents aujourd'hui, adultes demain : quelles transitions, quels passages ?* 9ème Forum Adolescences de la Fondation Pfizer pour la santé de l'enfant et de l'adolescent. Récupéré de <http://www.presstvnews.fr/dppfizer.pdf>
- Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), & Population Référence Bureau (PRB) (2012). *Des adolescents et des jeunes en Afrique subsaharienne : Possibilités et Enjeux*. Rapport sur le statut. Récupéré de http://www.prb.org/pdf13/youth-country-profiles_fr.pdf
- Glacier, A. Gülmezoglu AM. Schmid GP. Moreno CG., & Van Look PF. (2006). Sexual and reproductive health: a matter of life and death." *revue Lancet* (368). DOI : 10.1016/S0140-6736(06)69478-6
- Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. Hawthorne, NY: Aldine Press. Goffman, E. (1974). *Frame Analysis*. New York : Harper & Row
- Godin, G. (2012). *Les comportements dans le domaine de la santé. Apprendre pour mieux intervenir*. Les presses de l'université de Montréal. ISBN 978-2-7606-2779-6
- Görge, R., Yansané M. L., Marx M. et Millimono D. (1998). Comportement sexuel et attitudes des jeunes célibataires en Guinée urbaine. *Perspectives Internationales sur le Planning Familial. Numéro spécial*, 14-20. Récupéré de <https://www.gutmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/journals/24fre01498.pdf>
- Guiella, G. (2012). *Comportements sexuels chez les adolescents en Afrique subsaharienne : l'exemple du Burkina Faso, du Ghana, du Malawi et de l'Ouganda*. (Thèse de doctorat, université de Montréal, Québec). Récupéré de https://www.giersa.ulaval.ca/sites/giersa.ulaval.ca/files/memoires/guiella_georges_2012_these.pdf
- Guiella, G. (2004). *Santé Sexuelle et de la Reproduction des Jeunes au Burkina Faso : Un État des Lieux*. Occasional Report, 12. Récupéré de https://www.researchgate.net/publication/237230570_Sante_Sexuelle_et_de_la_Reproduction_des_Jeunes_au_Burkina_Faso_Un_Etat_des_Lieux
- Guillaume, A., & Desgrées du Loû A. (2002) Fertility regulation among women in Abidjan, Côte d'Ivoire: Contraception, abortion or both? *International Family Planning Perspectives*, 28(3), 159–166.
- Hien, H., Somé, D., Méda, N., Somé, T., Diallo, R., Zingué, D., & Ouédraogo, J. (2012). Caractéristiques de la communication parents-adolescentes sur la sexualité et le VIH à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. *Santé Publique*, 24(4), 343-351. Récupéré de <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2012-4-page-343.htm>.

- Hopkin, G. (2010). Développer des comportements positifs chez nos jeunes. *Santé Illimitée*, 4(10).
- International Coach Federation (ICF) (2013). *Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDS-MICS 2012)*. Programme MEASURE DHS. Récupéré de <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR280/FR280.pdf>
- Jousselme, C., Cosquer M. et Hassler C. (2013). *Portraits d'adolescents. Enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013*. Récupéré de <http://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2015/03/Portraits-dadolescents-mars-2015-1.pdf>
- Kalambayi, B. B. (2007). *Sexualité des jeunes et comportements sexuels à risque à Kinshasa (R.D.Congo)*. (Thèse de doctorat, université catholique de Louvain, Belgique).
- Kim, D-T. (2001). Adolescent Reproductive Health in Africa: A Problem or a Priority? / La Reproductive de l'Adolescent en Afrique : Problème ou Priorité? *African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine de la Santé Reproductive*. 5(3), 11-14. DOI : 10.2307/3583319
- Kobelembi, F. (2005). Le comportement sexuel des adolescents à Bangui (RCA). *African Population Studies*, 20(2). Récupéré de <http://www.bioline.org.br/pdf?ep05012>
- Kobiane, J.-F., & Yaro Y. (1996). *La santé reproductive des adolescents dans le Sahel*. Rapport d'analyse sur les données quantitatives. Le cas du Burkina Faso, Bamako, Cerpod, Ouagadougou, 85 p.
- Lagrange, H., & Lhomond, B. (1997). L'entrée dans la sexualité. Les comportements des jeunes dans le contexte du sida, Éditions. *La Découverte*, 52(6), 1539-1548. Récupéré de http://www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_1997_num_52_6_6522
- Lavaud, S. (2015). Santé, humeur, addiction, sexualité : comment vivent les ados d'aujourd'hui ? *Medscape*. Récupéré de http://francais.medscape.com/voirarticle/3601382_2
- Leclerc, J. (2015). *Guinée-Conakry (Guinée française)*. Dans L'aménagement linguistique dans le monde. Québec : CEFAN, Université Laval. Récupéré de http://www.axl.cefan.ulaval.ca/afrique/guinee_franco.htm
- Leroy, V. (2004). L'inégalité des sexes face à l'infection par le I+VIH-SIDA en Afrique : un cercle vicieux anthropologique, sociologique épidémiologique et clinique, facteur d'entretien de l'épidémie (commentaire). *Science sociale et santé, Genre et santé*, 22(3), 71-87. Récupéré de www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2004_22_3_1627
- Lottinville, M-P. (2016). *Les facteurs de protection favorisant la non-récidive chez les adolescent(e)s ayant commis des agressions sexuelles*. Mémoire de maîtrise en service social. (Mémoire de maîtrise, université Laval, Québec, Canada).

- Loyd, C. B. (2005). *Growing up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*, National Research Council and Institute of Medicine. Washington : Academies Press.
- Maia, M. (2004). *Sexualité adolescentes*. France : Éd. Pepper, Laballery, 254 p.
- Marie, A. (1997). Les structures familiales à l'épreuve de l'individualisation Citadine. M., et al. (éds), Ménages et familles en Afrique. *Les études du Ceped* (15), 279-299, Paris, France.
- Miangotar, Y., & LeGrand, T. (2014). Association Between Family Environment and Sexual Behaviour of Adolescents in Burkina Faso. *Reproductive Sciences*, 2, 33-45. Récupéré de <http://dx.doi.org/10.4236/arsci.2014.22005>
- Miangotar, Y. (2010). *Relation entre l'environnement familial et le comportement sexuel des adolescents au Burkina Faso*. (Thèse de mémoire, université de Montréal, Québec). Récupéré de <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/5222>
- Ministère de la Santé de la République de Guinée (MSRG) (2015). *Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2015-2024*. Récupéré de http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Guinea/plan_national_developpement_sanitaire_2015-2024_guinee_fin.pdf
- Ministère de la Santé publique de la Guinée (MSPG), (2006). *Plan stratégique en santé et développement des adolescents et des jeunes*. Direction nationale de la sante publique, Division Santé de la Reproduction. Document inédit.
- Ministère de la Santé de la République du Bénin (M.S.R.B), (2010). *Stratégie nationale multisectorielle de santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes au Bénin 2010-2020*. Récupéré de [http://www.expandnet.net/PDFs/Benin_Strategie_Nationale_SRAJ_2010-2020\].pdf](http://www.expandnet.net/PDFs/Benin_Strategie_Nationale_SRAJ_2010-2020].pdf)
- Modieli, A. D. (2008). *Déterminants des comportements sexuels à risque d'infection aux IST/VIH/sida chez les adolescents au Niger*. (Mémoire de maitrise, Université Yaoundé II SOA, Cameroun). Récupéré de http://www.memoireonline.com/01/10/3097/m_Determinants-des-comportements-sexuels--risque-dinfection-aux-ISTVIHsida-chez-les-adolescents-0.html
- Moreau, D. (1998). *La perception de soi et son influence sur les comportements sexuels préventifs à l'adolescence*. (Mémoire de maitrise, Université Laval, Québec, Canada).
- Morency, V. (2008). *La vie de PORNO. Comprendre l'hypersexualisation, la précocité et les comportements sexuels de nos enfants. PROLOGUE*. Récupéré de <http://www.prologue.ca>,
- Noumbissie, C.D. (2010). *Attitude et changement de comportement sexuel face au VIH/Sida : de l'intention d'agir à l'action. Étude de la résistance à l'usage du préservatif chez les*

adolescents-élèves des classes terminales de Yaoundé (Cameroun). (Thèse de doctorat, Université Lyon 2, France).

Opinion Research Corporation Company (ORC) Macro, (2006). *Enquête démographique et de santé (EDS-2005)*. Programme MEASURE DHS. Récupéré de <http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR162/FR162-GN05.pdf>

Organisation mondiale de la santé (OMS), (2014). La grossesse chez les adolescentes. Centre des médias, *Aide-mémoire*, (364). Récupéré de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/fr/>

Organisation mondiale de la santé (OMS), (2013). *Faire face au VIH à l'adolescence*. Récupéré de <http://www.who.int/features/2013/adolescents-hiv>

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2011). *Le VIH dans la région africaine de l'OMS. Vers un accès universel aux interventions prioritaires du secteur de la santé*. Récupéré de <http://www.afro.who.int/fr/groupe-organiques-et-programmes/3015-le-vih-dans-la-region-africaine-de-loms-vers-un-acces-universel-aux-interventions-prioritaires-du-secteur-de-la-sante-mise-a-jour-2011.html>

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2002). *Services de santé adaptés aux adolescents*. Récupéré de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69750/1/WHO_FCH_CAH_02.14_fre.pdf

Pépin, M-A. B. (2010). *Précocité sexuelle et comportements sexuels à risque à l'adolescence : étude longitudinale des facteurs individuels, familiaux, dans le groupe d'amis et contextuels associés*. (Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal, Canada).

Pinard, R., Potvin, P., & Rousseau R. (2004). Le choix d'une approche méthodologique mixte de recherche en éducation. *Recherches qualitatives*, 24, 58-82. Repéré à : http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero24/24Pinard_et_al.pdf

Perspective monde, (2016). *Outil pédagogique des grandes tendances mondiales depuis 1945. Statistiques*. Récupéré de <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/tend/GIN/fr/SP.DYN.CBRT.IN.html>

Pirès, A.P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. J.Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, P. Mayer & A.P. Pirès. *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, 113-172. Boucherville : G. Morin.

Raynaut, C. (2001). *Mobilité spatiale, réseaux sociaux et vulnérabilité aux MST/VIH parmi les populations urbaines et rurales de la région de Daloa (Côte-d'Ivoire)*. Récupéré de www.ssd.ubordeaux2.fr/recherches/axe1/rap_fin_mobilite.htm

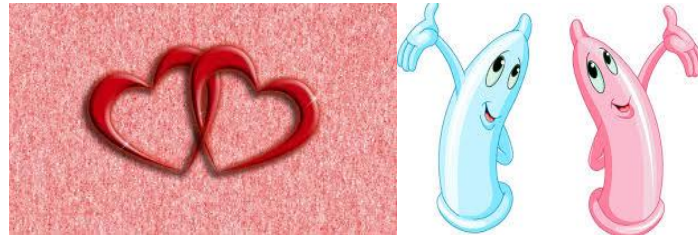
- Rossier, C., Sawadogo N., & Soubeiga A. (2013). Sexualités pré-nuptiales, rapports de genre et grossesses non prévues à Ouagadougou. *Population*, 68(1), 97-122. Récupéré de <https://www.cairn.info/revue-population-2013-1-page-97.htm> DOI : 10.3917/popu.1301.0097
- Rwenge, J-R. M. (2013). Comportements Sexuels parmi les Adolescents et Jeunes en Afrique subsaharienne Francophone et Facteurs Associés. *African Journal of Reproductive Health March*, 17(1), 49-66. Récupéré de https://www.jstor.org/stable/23486138?seq=1#page_scan_tab_contents
- Rwenge M. 2012. Facteurs de risque de non-utilisation des condoms parmi les adolescents et jeunes de Mbalmayo au Cameroun. *African Population Studies* 26(1), 29 p.
- Rwenge, M. (1999). Facteurs contextuels des comportements sexuels : le cas des jeunes de la ville de Bamenda (Cameroun). *Union for African Population Studies*, 40, Rapport de Synthèse. Récupéré de <http://www.bioline.org.br/request?uaps99040>.
- Sénèque, (2012). Le Bonheur, Temps qui passe. *1001-citations*. Récupéré de <http://www.1001-citations.com/citation-38661/>
- Sidibé, T., Sangho, H., Traoré, M. S., Cissé M.B., Diallo, B., Keita, M.M., Gendrel, D., (2006). Connaissances et pratiques des élèves d'un lycée de Bamako en matière de contraception et prévention des IST. *Mali Médical* (21), 39-42.
- Silverman, D. (2009). *Doing qualitative research*. (3rd ed.). New Delhi : Sage
- Singh, S. et al., (2005). The Incidence of Induced Abortion in Uganda. *International Family Planning Perspectives*, 31 (4), 183 – 191.
- St-Cyr-Tribble, D., & Saintonge, L. (1999). Réalité, subjectivité et crédibilité en recherche qualitative : Quelques questionnements. *Recherches qualitatives*, 20, 113-125.
- Sylvain, H., (2008). Le devis constructiviste : une méthodologie de choix en sciences infirmières. *L'infirmière clinicienne*, 5(1), 1-11. Récupéré de <http://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/pdf/InfirmiereClinicienne-vol5no1-Sylvain.pdf>
- The World Bank, (2017). GDP per capita (current US\$). *World Bank national accounts data, and OECD National Accounts data files*. Récupéré de <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>
- The World Bank, (2007). *The world development report 2007*. Development and the next generation. Récupéré de <http://documents.worldbank.org/curated/en/556251468128407787/pdf/359990WDR0complete.pdf>

- United Nations Fund for Population Activities (UNFPA), (2013). *Journée mondiale de la population 2013 met l'accent sur la grossesse adolescente*. Récupéré de <http://www.unfpa.org/fr/press/journ%C3%A9e-mondiale-de-la-population-2013-met-laccent-sur-la-grossesse-adolescente>
- United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), (2008). *Report on the global AIDS epidemic*. Récupéré de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1510_2008globalreport_en_0.pdf
- United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), (2016). VIH : hausse de 60 % des infections attendues chez les adolescents d'ici à 2030 si les progrès faiblissent – UNICEF. *Communiqué de presse*. Récupéré de https://www.unicef.org/french/media/media_93541.html
- United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), (2012). *République de Guinée : Projet de descriptif de programme de pays 2013-2017*. Récupéré de http://www.unicef.org/about/execboard/files/Guinea-2013-2017-final_approved-French-14Sept2012.pdf
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), (2015). *Éducation sexuelle complète nouveaux éléments d'information, enseignements et pratiques*. Une étude mondiale. Récupéré de <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002470/247010f.pdf>
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). (2013). *Les Jeunes aujourd'hui. Il est temps d'agir. Pourquoi les adolescents et les jeunes d'Afrique orientale et australe ont besoin d'une éducation sexuelle complète et de services de santé sexuelle et reproductive*. Récupéré de <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002234/223447F.pdf>
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), (2011). *L'éducation sexuelle à l'ordre du jour en Guinée-Bissau*. Récupéré de http://www.unesco.org/new/en/media-services/single-view/news/leducation_sexuelle_a_lordre_du_jour_en_guinee_biss/
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), (2008). *Prévenir l'infection chez les adolescents et les jeunes. Les enfants et le VIH/SIDA*. Récupéré de http://www.unicef.org/french/aids/index_orphans.html
- Yakam, J.C.T., (2009). Santé reproductive des adolescents en Afrique : pour une approche globale. *Natures Sciences Sociétés*, 1 (17), 18-28. Récupéré de <http://www.cairn.info/revue-natures-sciences-societes-2009-1-page-18.htm>

Annexes

Annexe A : Feuillelet d'information destiné aux adolescents

Participants à la recherche du mémoire de maîtrise portant sur les Comportements sexuels à risque chez les adolescents de niveau collégial en Guinée : exploration des facteurs personnels et interpersonnels associés



Je m'appelle Fatoumata Camara étudiante chercheuse, je réalise une maîtrise en santé communautaire à l'Université Laval du Québec. Je fais une étude approuvée par le Comité d'éthique de l'Université Laval de Québec au Canada. « **N° d'approbation 2015-314/08-02-2016** ». Il s'agit d'un projet de recherche par questionnaires et d'entrevue auprès des adolescent(e)s scolarisé(e)s. L'objectif de ce projet de recherche est d'améliorer l'état de connaissances des éléments entourant les comportements sexuels à risque des adolescent(e)s en Guinée. De manière spécifique, elle cherche à décrire et à expliquer le comportement sexuel à risque chez les adolescent(e)s scolarisé(e)s afin d'identifier les types d'interventions pouvant réduire sensiblement les comportements sexuels à risque chez les adolescents.

Il s'agit d'un projet de recherche par questionnaires et d'entrevue auprès des adolescent(e)s scolarisé(e)s. À cet effet, nous sommes à la recherche de participant(e)s disposé(e)s à nous aider à obtenir des informations. Ta participation consiste à répondre à des questions qui te seront posées. L'administration du questionnaire dure une heure et l'entrevue individuelle quarante-cinq minutes. Elles seront réalisées à l'école en dehors des heures de cours, au moment de ton choix. Les thèmes abordés sont : l'environnement familial, la sexualité et les moyens de protection contre les maladies transmissibles sexuellement. La participation à l'étude est libre et volontaire.

Participer à cette étude te donne l'opportunité de réfléchir et de discuter en toute confidentialité, de tes croyances et expériences sexuelles. Tu contribueras également à l'amélioration de l'offre de service de la santé sexuelle et reproductive des adolescents par une meilleure documentation de leurs besoins et attentes en matière d'éducation sexuelle.

Nous t'assurons que tes réponses seront confidentielles, les résultats de la recherche seront publiés dans des revues scientifiques, et aucun participant ne pourra y être identifié ou reconnu. Personne ne pourra t'identifier par les codes auxquels nous aurons recours. Tes réponses seront détruites dès que la recherche sera terminée au plus tard en l'automne 2018.

Annexe B : Formulaire de consentement parent

Cher(s) parent(s) ou cher(ère) tuteur/tutrice,

Nous vous écrivons pour demander la participation de votre enfant à un projet de recherche. Le titre du projet de recherche est : Comportements sexuels à risque chez les adolescents de niveau collégial en Guinée : Exploration des facteurs personnels et interpersonnels associés.

Présentation de la chercheure

Cette étude est réalisée dans le cadre du projet de recherche de Fatoumata Camara étudiante chercheure en maîtrise en santé communautaire, département de la médecine sociale et préventive, dirigée par professeure Judith Lapierre de la faculté des sciences infirmières à l'Université Laval (Canada).

Nature et objectifs de la recherche

Il s'agit d'une étude par questionnaire et d'entrevue auprès des adolescent(e)s scolarisé(e)s. L'objectif de ce projet de recherche est d'améliorer l'état de connaissances des éléments entourant les comportements sexuels à risque des adolescent(e)s en Guinée. De manière spécifique, il cherche à décrire et à expliquer le comportement sexuel à risque chez les adolescent(e)s scolarisé(e)s. Cela pour identifier les types d'interventions pouvant réduire sensiblement les comportements qui s'éloignent de la norme chez les adolescents.

Déroulement de la participation

Dans le cadre de ce projet de recherche, nous souhaitons recueillir des informations en remplissant avec les adolescents un questionnaire. Le remplissage du questionnaire dure une heure et porte sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents. Différents thèmes seront abordés notamment, l'environnement familial, les pratiques et attitudes sexuelles, la connaissance sur les moyens de protection contre les maladies transmissibles sexuellement, dont le VIH ainsi que la perception du risque à contracter le VIH. L'administration du questionnaire est la première étape de cette recherche, la seconde étape consistera à la réalisation d'entrevues individuelle. Mais cette dernière ne concernera qu'une quinzaine d'adolescent(e)s. Les thèmes porteront sur les motivations des adolescents à adopter certains comportements sexuels à risque. Les participants à cette dernière étape seront sélectionnés par tirage au hasard. Les entrevues individuelles seront enregistrées à l'aide d'un dictaphone et seront transcrites sur papier. Elles durent environ quarante-cinq minutes.

Avantages et inconvénients possibles liés à la participation

L'adolescence (c'est-à-dire période d'âge qui allant de 10 à 19 ans) est la période où l'exploration sexuelle commence et où l'identité sexuelle se définit. Sous l'influence de certains éléments tels que la situation environnementale, la situation socio-économique et la situation culturelle, les adolescents choisissent des comportements sexuels pouvant être protecteurs ou à risque. Ainsi, la

compréhension de ces éléments qui motivent le comportement sexuel des adolescents est nécessaire au choix de la méthode d'intervention. L'ensemble des informations recueillies lors de ce projet de recherche permettra de mieux comprendre les éléments expliquant l'adoption de tel ou tel comportement chez les adolescents. Il sera aussi mis en œuvre dans l'amélioration des programmes de préventions afin de répondre de façon efficace les besoins des adolescent(e)s en matière de santé sexuelle et reproductive.

Le fait de participer à cette recherche sera une occasion pour votre enfant de réfléchir et de discuter en toute confidentialité de ses pratiques et attitudes sexuelles, de ses besoins et attentes en matière d'éducation sexuelle.

La nature sensible des éléments qui seront abordés lors des différentes étapes du recueil d'informations peut susciter des souvenirs émouvants ou désagréables chez votre enfant. Si cela se produit, il sera référé vers des ressources qui sauront l'apporter de l'aide à cet égard.

Participation volontaire et droit de retrait

La participation de votre enfant à ce projet de recherche est libre et volontaire. Vous pouvez refuser que votre enfant participe à cette étude, ou acceptez qu'il participe à l'administration du questionnaire, puis refusez qu'il réalise l'entrevue individuelle sans avoir à justifier votre décision. Par ailleurs, même si nous avons votre accord et celui de votre enfant, il peut se retirer à tout moment sans conséquence négative ou dommage.

Protection de l'anonymat et de la confidentialité

Durant le recueil d'information,

- L'administration du questionnaire et la réalisation des entrevues individuelles auprès des adolescents se feront à l'école en dehors des heures de cours, dans une salle vide à l'abri des écoutes pour préserver l'intimité et la confidentialité des réponses.
- Le nom de votre enfant et tous ceux cités durant l'entrevue seront remplacés par un pseudonyme ou code ;
- Seule la chercheuse aura accès à la liste contenant les noms et les codes, elle-même conservée séparément du matériel de la recherche, des données et des formulaires de consentement ;
- Tout le matériel de la recherche, incluant les formulaires de consentement et les enregistrements, sera conservé dans un classeur et dans un local sous clé ;
- Les données en format numérique seront conservées dans des fichiers cryptés dont l'accès sera protégé par un mot de passe et auquel seule la chercheuse aura accès ;

Lors de la diffusion des résultats :

- Les noms des participants ne paraîtront dans aucun rapport ;
- Les résultats seront présentés sous forme globale de sorte que les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués ;
- Les résultats de la recherche seront publiés dans des revues scientifiques, et aucun participant ne pourra y être identifié ou reconnu ;
- Un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande.

Après la fin de la recherche :

- Tout le matériel et toutes les données seront utilisés dans le cadre exclusif de cette recherche et ils seront détruits au plus tard en automne 2018 (entre octobre et décembre 2018).

En outre, le code de l'enfant guinéen en sa loi L/2008/011/AN DU 19 AOÛT 2008, article 305 nous soumet au devoir de signaler au délégué chargé de l'enfance tout ce qui est de nature à constituer une menace à la santé de l'enfant, ou à son intégrité physique ou moral, au sens des paragraphes 4 et 5 de l'article 287 du présent Code. Donc en vertu de cette loi, si nous constatons que votre enfant est dans une de ces situations, un délégué chargé de l'enfance sera interpellé.

Questions

Si vous avez des questions au sujet de cette étude ou souhaitez recevoir des informations supplémentaires qui vous aideront à prendre une décision concernant la participation, n'hésitez pas à communiquer avec l'étudiante chercheuse Fatoumata Camara, numéro de téléphone : + 224 657 596 038, Adresse courriel : fatoumata.camara.3@ulaval.ca

Remerciements

Votre collaboration est précieuse pour la réalisation de cette étude. Nous vous remercions de bien vouloir remplir le formulaire de consentement joint et de le remettre à votre enfant.

Plaintes ou critiques

Nous vous informons que toutes plaintes ou critiques sur ce projet de recherche pourront être adressées à Aboubacar Soumah, qui les transmettra à l'Ombudsman de l'Université Laval pour qu'elles soient traitées. Cette personne recevra tes plaintes ou critiques en toute confidentialité et nous ne serons pas avisés. Leurs coordonnées sont :

— Aboubacar Soumah, instituteur au numéro + 224 664 258 386 ; ou bien

— L'ombudsman de l'université Laval à l'adresse suivante : 3320-2325 Rue de l'université, Québec (Québec) G1V0A6. Canada ; Renseignements secrétariat : +1 (481) 656-3081. Courriel : info@ombudsman.ulava.ca

Ce projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'université Laval. No d'approbation 2015 314/08-02-2016.

Déclaration de consentement parent

J'ai bien compris que la participation de mon enfant à cette étude est entièrement volontaire et que je suis libre de refuser sa participation à cette étude, ou de retirer mon consentement à tout moment, sans avoir à me justifier.

Je, soussigné(e) (nom du parent/tuteur légal) :

Responsable légal de l'enfant (nom et prénom de l'enfant) :

Numéro de téléphone _____

Souhaitez-vous que votre enfant participe à l'étude 1 (questionnaire) ?

Oui

Non,

Souhaitez-vous que votre enfant participe à l'étude 2 (entrevue individuelle) ?

Oui

Non.

Date : -----/-----/-----Signature : -----

Merci de remplir ce formulaire de consentement et de le remettre à votre enfant.

Annexe C : Formulaire de consentement adolescent

Titre de la recherche : Comportements sexuels à risque chez les adolescents de niveau collégial en Guinée : Exploration des facteurs personnels et interpersonnels associés.

Présentation de la chercheuse ;

Cette étude est réalisée dans le cadre du projet de recherche de Fatoumata Camara étudiante chercheuse en maîtrise en santé communautaire, département de la médecine sociale et préventive, dirigée par professeure Judith Lapierre de la faculté des sciences infirmières à l'Université Laval (Canada). Elle porte sur les Comportements sexuels à risque chez les adolescents de niveau collégial en Guinée : Exploration des facteurs personnels et interpersonnels associés. Ce projet de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval : No d'approbation 2015 314/08-02-2016.

Nature et objectifs de la recherche

Il s'agit d'une étude par questionnaire et d'entrevue auprès des adolescent(e)s scolarisé(e)s. L'objectif de ce projet de recherche est d'améliorer l'état de connaissances des éléments entourant les comportements sexuels à risque des adolescent(e)s en Guinée. De manière spécifique, il cherche à décrire et à expliquer le comportement sexuel à risque chez les adolescent(e)s scolarisé(e)s. Cela pour identifier les types d'interventions pouvant réduire sensiblement les comportements qui s'éloignent de la norme chez les adolescents.

Déroulement de la participation

Dans le cadre de cette étude, nous souhaitons recueillir des informations en remplissant avec toi un questionnaire. Le remplissage du questionnaire dure une heure et porte sur la santé sexuelle et reproductive. Différents thèmes seront abordés à savoir : les pratiques sexuelles, les moyens de protection contre les maladies transmissibles sexuellement dont le VIH, le niveau de connaissance. L'administration du questionnaire est la première étape de cette recherche, la seconde étape consistera à la réalisation d'entrevues individuelles. Mais cette dernière ne concernera qu'une quinzaine d'élèves. Les participants à ces entrevues seront sélectionnés par tirage au hasard. Lors de ces entrevues individuelles, les participants seront invités à discuter avec nous des éléments qui motivent les adolescents à adopter certains comportements sexuels à risque. Cette entrevue sera enregistrée à l'aide d'un dictaphone et sera transcrite sur papier. Elle dure environ quarante-cinq minutes, et elle sera réalisée au moment de ton choix. Tu auras la totale liberté de répondre ou de ne pas répondre à certaines questions. Tu peux également accepter de remplir seulement le questionnaire avec nous, et ne pas participer à l'entrevue individuelle.

Avantages et inconvénients possibles liés à la participation

L'adolescence (c'est-à-dire période d'âge qui allant de 10 à 19 ans) est la période où l'exploration sexuelle commence et où l'identité sexuelle se définit. Sous l'influence de certains éléments tels que la situation environnementale, la situation socio-économique et la situation culturelle, les adolescents choisissent des comportements sexuels pouvant être protecteurs ou à risque. Ainsi, la compréhension de ces éléments qui motivent le comportement sexuel des adolescents est nécessaire au choix de la méthode d'intervention. L'ensemble des informations recueillies lors de ce projet de recherche permettra de mieux comprendre les éléments expliquant l'adoption de tel

ou tel comportement chez les adolescents. Il sera aussi mis en œuvre dans l'amélioration des programmes de préventions afin de répondre de façon efficace les besoins des adolescent(e)s en matière de santé sexuelle et reproductive.

Le fait de participer à cette recherche t'offre une occasion de réfléchir et de discuter en toute confidentialité, de tes croyances et expériences sexuelles, de tes besoins et attentes en matière d'éducation sexuelle.

La nature sensible du sujet à l'étude peut susciter des souvenirs émouvants ou désagréables. Si cela se produit, n'hésite pas à nous en parler. Nous pourrons te référer vers une ressource qui saura t'apporter de l'aide à cet égard.

Participation volontaire et droit de retrait

Tu es libre de participer à ce projet de recherche. Tu peux te retirer en tout temps sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier ta décision. Si tu décides de mettre fin à ta participation, tout le matériel permettant de t'identifier, incluant l'enregistrement de l'entrevue et les données que tu auras fournies seront détruites, à moins que tu n'autorises la chercheuse à les utiliser pour la recherche, malgré ton retrait.

Protection des renseignements personnels

Il s'agit d'une étude par questionnaire et d'entrevue totalement confidentielle.

Durant la recherche :

- L'administration des questionnaires et la réalisation des entrevues individuelles se feront à l'école en dehors des heures de cours, dans une salle vide à l'abri des écoutes pour préserver l'intimité et la confidentialité de tes réponses.
- Ton nom et tous ceux cités durant l'entrevue seront remplacés par un code ou pseudonyme ;
- Seule la chercheuse aura accès à la liste contenant les noms et les codes, elle-même conservée séparément du matériel de la recherche, des données et des formulaires de consentement ;
- Tout le matériel de la recherche, incluant les formulaires de consentement et les enregistrements, sera conservé dans un classeur barré, dans un local sous clé ;
- Les données en format numérique seront pour leur part, conservées dans des fichiers cryptés dont l'accès sera protégé par l'utilisation d'un mot de passe et auquel seule la chercheuse aura accès ;

Lors de la diffusion des résultats :

- Les noms des participants ne paraîtront dans aucun rapport ;
- Les résultats seront présentés sous forme globale de sorte que les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués ;
- Les résultats de la recherche seront publiés dans des revues scientifiques, et aucun participant ne pourra y être identifié ou reconnu ;

- Un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document, juste après l'espace prévu pour leur signature.

Après la fin de la recherche :

- Tout le matériel et toutes les données seront utilisés dans le cadre exclusif de cette recherche et ils seront détruits au plus tard en automne 2018 (entre octobre et décembre 2018).

Questions

Si tu as des questions au sujet de cette étude ou souhaites recevoir des informations supplémentaires qui t'aideront à prendre une décision concernant ta participation, n'hésite pas à communiquer avec l'étudiante chercheuse Fatoumata Camara, numéro de téléphone : + 224 657 596 038. Adresse courriel : fatoumata.camara.3@ulaval.ca

Remerciements

Ta collaboration est précieuse pour la réalisation de cette étude. C'est pourquoi nous tenons à te remercier pour le temps et l'attention que tu acceptes de consacrer à cette étude et nous te remercions d'y participer.

Plaintes ou critiques

Nous t'informons que toutes plaintes ou critiques sur ce projet de recherche pourront être adressées à Aboubacar Soumah, qui les transmettra à l'Ombudsman de l'Université Laval pour qu'elles soient traitées. Cette personne recevra tes plaintes ou critiques en toute confidentialité et nous ne serons pas avisés. Leurs coordonnées sont :

– Aboubacar Soumah instituteur, au numéro + 224 664 258 386 ;

–L'ombudsman de l'université Laval à l'adresse suivante : 3320-2325 Rue de l'université, Québec (Québec) G1V0A6. Canada ; Renseignements secrétariat : +1 (481) 656-3081. Courriel : info@ombudsman.ulava.ca

Liste des personnes ressources pour accompagnement psychologique :

Mm Fatoumata Sacko (infirmière de l'école, joue aussi le rôle du psychologue dans les établissements scolaires) ;

Téléphone : + 224 620 397 262

Abdoulaye SOW, ONG fraternité médicale Guinée,

Téléphone : + 224 664 504 914. Courriel : drsowab@msn.com ;

Manty MANSARE, ONG fraternité médicale Guinée

Téléphone : + 224 655 208 787. Courriel : tymamansa@yahoo.fr

Déclaration de consentement adolescent

J'ai bien compris que ma participation à ce projet de recherche est entièrement volontaire et que je suis libre de refuser d'y participer, ou de retirer mon consentement à tout moment, sans avoir à m'expliquer.

Souhaites-tu participer à l'étude 1 (questionnaire) ?

Oui

Non,

Souhaites-tu participer à l'étude 2 (entrevue individuelle) ?

Oui

Non.

Je désire recevoir un court résumé des résultats de la recherche à la fin du projet à l'adresse courriel suivante _____

Date : -----/-----/-----Signature du participant à l'enquête _____

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

Annexe D : Formulaire d'assentiment à l'intention de l'adolescent

Responsable du projet : cette recherche est réalisée dans le cadre d'un projet de Fatoumata CAMARA, étudiante à la maîtrise en santé communautaire, dirigée par professeure Judith LAPIERRE, du département de la médecine sociale et préventive de l'université Laval. Il a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval : N° d'approbation 2015-314/08-02-2016.

Titre du projet :

Comportements sexuels à risque chez les adolescents de niveau collégial en Guinée : Exploration des facteurs personnels et interpersonnels associés.

Quel est le but de ce projet de recherche ?

Le but de cette recherche est de comprendre et d'expliquer les comportements sexuels des adolescents scolarisés. Dans le cadre de cette étude, nous souhaitons recueillir des informations en remplissant avec toi un questionnaire. Les questions portent sur tes habitudes sexuelles ; ton niveau de connaissance sur les maladies transmissibles sexuellement et les méthodes contraceptives. Après cette première étape, il se pourrait que nous te sollicitions à participer à une entrevue individuelle directement ou à une date ultérieure selon ton désir. Tu seras invité lors de cette entrevue à discuter avec nous sur les éléments qui poussent les adolescents à préférer certains comportements par rapport à d'autres. Ces entrevues seront enregistrées à l'aide d'un dictaphone et seront transcrites sur papier.

Qui peut répondre ?

Pour participer, tu dois être une fille ou un garçon âgé de 15 ans ou plus qui fréquente l'une des écoles secondaires en Guinée.

Est-ce que c'est long ?

Le remplissage du questionnaire dure une heure et l'entrevue individuelle dure quarante-cinq minutes environ.

Est-ce qu'on pourra m'identifier ou me retrouver à partir de mes réponses ?

Le recueil des informations est totalement confidentiel. Ton nom et tous ceux cités durant l'entrevue seront remplacés par un code ou pseudonyme. Seule la chercheuse aura accès à la liste contenant les noms et les codes, elle-même conservée séparément du matériel de la recherche, des données et des formulaires de consentement. Il n'y aura aucun moyen pour l'équipe chargée d'analyser les données du sondage de faire des liens entre ton nom et ton code d'utilisateur. Tes réponses seront directement assemblées de celles des autres adolescents. Il ne sera pas possible de savoir qui a dit quoi et seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès à cette banque de données. Après la fin de la recherche, tout le matériel et toutes les données seront détruits au plus tard en automne 2018 (entre octobre et décembre 2018).

Qu'est-ce que ça va me donner ?

Le fait de participer à cette recherche t'offre une occasion de réfléchir et de discuter en toute confidentialité de tes croyances et expériences sexuelles, de tes besoins et attentes en matière d'éducation sexuelle. L'ensemble des informations recueillies à travers ce projet de recherche permettra de mieux comprendre les éléments expliquant l'adoption de tel ou tel comportement chez les adolescents. Il sera mis en œuvre dans l'amélioration des programmes de préventions afin répondre de façon efficace les besoins des adolescents en matière de santé sexuelle et reproductive.

Est-ce que je suis obligé de participer à ce projet de recherche ?

Tu es complètement libre de participer ou pas. De prendre part à l'administration du questionnaire et refuser l'entrevue individuelle. À tout moment, tu peux arrêter de répondre, peu importe la raison. Tu n'auras qu'à m'informer.

Est-ce qu'il y a des conséquences négatives possibles ?

Tu ne cours aucun risque à participer à ce sondage. Toutefois, à cause de la nature sensible du sujet à l'étude, il est possible que certaines questions te rappellent des souvenirs émouvants ou désagréables. Si c'est le cas et que tu trouves cela difficile, n'hésite pas à me le faire savoir. Je pourrai te référer vers une ressource qui saura t'apporter de l'aide à cet égard.

Est-ce que je pourrai savoir ce que l'ensemble des jeunes pensent ?

Un résumé des résultats du projet de recherche pour l'ensemble des adolescents qui auront participé te sera remis à la fin de la recherche. Il suffit de mentionner l'adresse de réception sur la déclaration de consentement.

NB : le code de l'enfant guinéen en sa loi L/2008/011/AN DU 19 AOUT 2008, article 305e me soumet au devoir de signaler au délégué chargé de l'enfance tout ce qui est de nature à constituer une menace à la santé de l'enfant, ou à son intégrité physique ou morale au sens des paragraphes 4 et 5 de l'article 287 du présent Code. En vertu de cette loi, je suis tenu(e) d'interpeler un délégué de l'enfance si je m'aperçois que tu te trouves dans une de ces situations.

Des questions ?

Si tu as des questions au sujet de cette étude, contacte Fatoumata CAMARA à l'adresse suivante, fatoumata.camara.3@ulaval.ca, ou au numéro de téléphone suivant, +224 657 596 038.

Remerciements

Ta collaboration est précieuse pour la réalisation de cette étude. C'est pourquoi nous tenons à te remercier pour le temps et l'attention que tu acceptes de consacrer à cette étude et nous te remercions d'y participer.

Plaintes ou critiques

Nous t'informons que toutes plaintes ou critiques sur ce projet de recherche pourront être adressées à Aboubacar Soumah, qui les transmettra à l'Ombudsman de l'Université Laval pour qu'elles soient traitées. Cette personne recevra tes plaintes ou critiques en toute confidentialité et nous ne serons pas avisés. Leurs coordonnées sont :

- Aboubacar Soumah, instituteur au numéro +224 664 258 386 ;

-L'ombudsman de l'université Laval à l'adresse suivante : 3320-2325 Rue de l'université, Québec(Québec) G1V0A6. Canada ; Renseignements secrétariat : +1 (481) 656-3081. Courriel : info@ombudsman.ulava.ca

Liste des personnes ressource pour accompagnement psychologique :

- ✓ Mm Fatoumata Sacko (infirmière de l'école, joue aussi le rôle du psychologue dans les établissements scolaires ;
Téléphone : + 224 620 397 262
- ✓ Aboulaye SOW, ONG fraternité médicale Guinée,
Téléphone : +224 664 504 914. Courriel : drsowab@msn.com;
- ✓ Manty MANSARE, ONG fraternité médicale Guinée
Téléphone : +224 655 208 787. Courriel : tymamansa@yahoo.fr

Déclaration d'assentiment de l'adolescent

J'ai bien compris que ma participation à ce projet de recherche est entièrement volontaire et que je suis libre de refuser d'y participer, ou de retirer mon consentement à tout moment, sans avoir à m'expliquer.

- Souhaites-tu participer à l'étude 1 (questionnaire) ?
 - Oui
 - Non,
- Souhaites-tu participer à l'étude 2 (entrevue individuelle) ?
 - Oui
 - Non.

Je désire recevoir un court résumé des résultats de la recherche à la fin du projet à l'adresse courriel suivante _____

Date : -----/-----/-----Signature du participant à l'enquête _____

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

Signature de l'intervieweur : _____

Date : -----/-----/-----

Annexe E : Formulaire d'engagement à la confidentialité

Titre de l'étude : Comportements sexuels à risque chez les adolescents de niveau collégial en Guinée : Exploration des facteurs personnels et interpersonnels associés.

Cette recherche est sous la direction de Judith LAPIERRE professeure à la faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Il m'a été expliqué que le but de ce projet de recherche est de contribuer à l'amélioration de l'état de connaissances des éléments entourant les comportements sexuels à risque chez les adolescents.

Pour réaliser cette recherche, l'équipe de recherche mène un recueil de données de recherche avec les adolescents dans certains établissements scolaires en Guinée. Par la signature d'un formulaire de consentement écrit, un représentant de l'équipe de recherche s'engage auprès des participants à assurer la confidentialité des données recueillies.

Dans l'exercice de mes fonctions d'assistant de recherche, j'aurai accès à des données qui sont confidentielles. En signant ce formulaire, je reconnais avoir pris connaissance du formulaire de consentement écrit signé avec les participants et je m'engage à :

- Assurer la confidentialité des données recueillies, soit à ne pas divulguer l'identité des participants ou toute autre donnée permettant d'identifier un participant, un organisme ou des intervenants des organismes collaborateurs ;
- Assurer la sécurité physique et informatique des données recueillies ;
- Ne pas conserver de copie des documents contenant des données confidentielles.

Je soussigné _____, m'engage à assurer la confidentialité des données auxquelles j'aurai accès.

Assistant de recherche

Date : _____

Chercheure

Date : _____

Numéro d'approbation du Comité d'éthique à la recherche de l'Université Laval 2015-314/08-02-2016.

Si j'ai des questions à propos du projet de recherche, je peux contacter la chercheure principale, Fatoumata CAMARA au + 224 657 596 038

Annexe F : Questionnaire

Module 1 : Biographie

N° de la question	Question	Modalités de réponses	Code
101	Sexe	1=Féminin 2=Masculin	/__/_/
102	Quel âge as-tu ? <i>Écrire l'âge</i>	_____ans	/__/_/
103	Quelle classe fais-tu ? <i>Écrire la classe</i>	_____Année	/__/_/

Module 2 : Le premier rapport sexuel

N°	Question	Modalités de réponses	Code
200	As-tu déjà eu une expérience sexuelle, c'est-à-dire, as-tu déjà eu ton premier rapport sexuel ? <i>Si Q200=2 aller au Module 5, Q500.</i>	1=oui 2=non	/__/_/
201	Quel âge avais-tu lors de ton premier rapport sexuel ?	00=NSP 01= l'âge _____ 99=Refus	/__/_/
202	La personne avec qui tu as fait l'amour pour la première fois était qui pour toi ?	1= ami(e), copain, copine ; 2= membre de famille ; 3= fiancé(e) ; 4= sans lien ; 5= enseignant ; 6= encadreur spirituel ; 7= autre (à préciser) _____	/__/_/
203	La première fois que tu as fait le rapport sexuel, est-ce que tu le voulais ou on t'a forcé à le faire ?	1= volontaire 2= forcé	/__/_/
204	Suite à quelle occasion avais-tu eu ce premier rapport sexuel ?	1= sortie programmée 2= rencontre amicale 3= manifestation scolaire (académique) 4= manifestation familiale (fête) 5= Aure (à préciser) _____	/__/_/
205	Quel type de coït (de rapport sexuel) as-tu pratiqué ?	1= coït vaginal (pénis dans le vagin) ; 2=coït oral (pénis dans la bouche)	/__/_/

		<p>3= coït anal (pénis dans l'anus)</p> <p>4= coït vaginal et oral ;</p> <p>5= coït vaginal et anal ;</p> <p>6=coït anal et oral.</p>	
206	À l'initiative de qui ce rapport s'est-il conclu, c'est-à-dire qui a sollicité à avoir ce premier rapport sexuel ?	<p>1= de moi ;</p> <p>2= du (de la) partenaire ;</p> <p>3= nous deux</p> <p>4= des amis ;</p> <p>5= des parents ;</p> <p>6= autre (préciser)..... ;</p> <p>9= NSP</p>	/_/_/
207	Quel sentiment avais-tu éprouvé après cette première expérience (rapport) sexuelle, c'est-à-dire qu'avais-tu ressenti, après ce premier rapport sexuel ?	<p>1= de satisfaction ;</p> <p>2= de reproche ;</p> <p>3= de culpabilité</p> <p>4= autre (à préciser)..... ;</p> <p>9= NSP</p>	/_/_/
208	Pour quel motif avais-tu tenu à l'avoir, c'est-à-dire, pour quelle raison tu as eu ce premier rapport sexuel ?	<p>01= curiosité ;</p> <p>02= influence de me(s) mi(e)s</p> <p>03= besoin d'argent/autre objet</p> <p>04=prouver mon amour à mon (ma) fiancé(e)/copain (copine) ;</p> <p>05= prouver du plaisir ;</p> <p>06= envie d'accéder au rang des adultes ;</p> <p>07= révolte contre les accusations et les calomnies ;</p> <p>08= vengeance contre un(e) rival(e)</p> <p>09= ND ;</p> <p>10= autre (préciser).....</p>	/_/_/_/
209	Qu'avait demandé ton (ta) partenaire en échange de ce rapport sexuel ?	<p>0= rien</p> <p>1= argent</p> <p>2= cadeaux</p> <p>3= service à rendre</p>	/_/_/

		4= service déjà rendu 5= promesse de mariage 6= autre faveur (à préciser).....	
210	Qu'as-tu demandé à ton (ta) partenaire en échange de ce rapport sexuel ?	0= rien 1= argent 2= cadeaux 3= service à rendre 4= service déjà rendu 5= promesse de mariage 6= autre faveur (à préciser).....	/__/
211	Où as-tu rencontré pour la première fois ton (ta) partenaire avant ce premier rapport sexuel ?	1= à l'école ; 2= à l'église ; 3= dans un Nganda (débit de boissons) 4= à son travail ; 5= chez-nous à la maison 6= chez lui (eux) à la maison ; 7= chez mon/son ami(e) 8= autre endroit convenu de commun accord (préciser) 9= Jamais rencontrés auparavant	/__/
212	À quel endroit ce premier rapport sexuel a-t-il eu lieu ?	1= chez nous (moi) 2= chez eux (lui, elle) 3= chez mon ami(e) 4= à l'hôtel 5= salle de classe 6= bureau (service) de l'un de partenaire 7= en brousse (plein air) 8= autre (à préciser).....	/__/
213	Un préservatif a-t-il été utilisé lors de ce premier rapport sexuel ? (Si Q.213=2, aller à Q. 215)	1= oui 2= non	/__/

214	Qui l'avait décidé ?	1= de moi ; 2= de mon partenaire ; 3= de nous deux	/__/
215	Tes relations amoureuses étaient-elles connues de ton tuteur ou autre membre de famille ?	1= tuteur ; 2= Conjoint du tuteur 3= autres membres de la famille ; 4= des amis 5= Personne	/__/
216	Tes parents ou tuteurs acceptaient-ils tes relations amoureuses, c'est-à-dire que tu as des partenaires sexuel(le)s ?	1= ils approuvent 2= ils désapprouvent 3= ils sont indifférents 4= ils désapprouvent, mais tolèrent 5= ils nous estiment suffisamment grands 6= autre (à préciser)	/__/
217	Tes parents contrôlaient-ils tes sorties avec ton (ta, tes) partenaire(s) sexuel(le)s ?	1=oui régulièrement 2=oui de temps en temps 3=jamais	/__/
218	Peux-tu te rappeler l'âge qu'avait ton(ta) premier(ière) partenaire sexuel(le) ? Écrire son âge	/__/
219	Quel pouvait être son niveau d'études, c'est-à-dire, ton partenaire avait atteint quelle classe en ce moment-là ?	Écrire sa dernière classe atteinte : ____ année.	/__/_/
220	Quelle était sa profession (son travail) à ce moment-là ?	01=sans emploi ; 02=élève/étudiant(e) ; 03- ménagère ; 04=scientifique ; 05=directeurs et cadres adm et tech supérieurs de la fonction publique ; 06= directeurs et cadres adm et tech supérieurs des entreprises ; 07=fonctionnaire (subalterne) et agent de l'État ; 08= employé des entreprises ; 09=indépendant (S. informel) ; 10=agriculteur, éleveurs, pêcheurs, chasseur ;	/__/_/

		08=grand parents ; 09=sans liens (biologiques) ; 10=parent adoptif ; 11=internat ; 12=couvent ; 13=chez lui ; 14=chez un(e) ami(e)	
224	Quelle était la durée entre votre premier contact avec ce(cette) partenaire et ce premier rapport sexuel ?	1=le même jour ; 2=moins de deux semaines ; 3=moins d'un mois ; 4=1-6 mois ; 5=7-11 mois ; 6=1-5 ans ; 7=plus de 5 ans	/__/
225	Continues-tu à avoir des rapports sexuels avec ton (ta) premier(ière) partenaire sexuel(le) ? <i>Si Q.225=2, aller à Q.300</i>	1=oui 2=non	/__/
226	Combien de temps a duré votre relation ?	1= le même jour ; 2 moins de deux semaines ; 3= moins d'un mois ; 4= 1-6 mois ; 5= 7-11 mois ; 6= 1-5 ans ; 7= plus de 5 ans	/__/

Module 3 : Les relations sexuelles passées et actuelles

N°	Question	Modalité de réponses (coche la modalité correspondant à ton choix)	Cod e
300	As-tu eu des rapports sexuels ces douze derniers mois ? <i>Si Q.300=2, aller à Q.304</i>	1=oui 2=non	/__/
301	Peux-tu indiquer le nombre de tes partenaires sexuels durant ces douze derniers mois ?	Écrire le nombre _____	/__/ __/
302	As-tu actuellement un(e) partenaire sexuel(le) (habituel ou régulier) ? <i>Si Q.302=2, aller à Q.304</i>	1=oui 2=non	/__/
303	Est-ce le même avec qui tu as eu ton	1=oui	/__/

		17= retraité ; 00= NSP	
309	Quelle est (était) sa religion ?	1= Traditionnelle (ex : Bundu dia Kongo) 2= Catholique 3= Protestante 4= Musulmane 5= Kimbanguiste 6= Groupe de prière; églises de réveil (Ex : Assemblées et ministères) ; renouveau charismatique (Cash. Rénovée) 7= chrétiens ind. (Branhamistes, témoins de Jéhovah, néo-Apost, The Way,...) 8= Autres religions non chrétiennes (ex : Moonistes)..... 0= Sans religion 9= NSP	/__/
310	Quel est (était) son état matrimonial ?	0=célibataire ; 1=Mar, Mono ; 2= Mar poly 3= Div/sép ; 4= Veuf/veuve 5=union mono de fait 6= union polygame de fait ; 9=NSP	/__/
311	Quelle est (était) son ethnie d'origine ?	Écrire l'ethnie _____	/__/
312	Quelle était la durée entre ton premier contact avec ce(cette) partenaire et ce premier rapport sexuel ?	1= le même jour; 2= 1-2 semaines ; 3= 2-4 semaines ; 4= 1-6 mois ; 5= 7-11 mois ; 6= 1-5 ans ;	/__/

		7=plus de 5 ans	
313	Suite à quelle occasion avais-tu eu ce rapport sexuel ?	1=sortie programmée 2=rencontre amicale 3=manifestation scolaire (académique) 4=manifestation familiale (fête) 5=Autre (préciser).....	/__/
314	Pour ce rapport, as-tu eu à demander, c'est-à-dire, pour ce rapport as-tu demandé quelque chose ?	1= rien 2= argent 3= cadeaux 4= autres faveurs (à préciser).....	/__/
315	Avant ce rapport, ton/ta partenaire qu'avait-il exigé :	1= rien 2= argent 3= cadeaux 4= autres faveurs (à préciser).....	/__/
316	À quel endroit ce dernier rapport sexuel a-t-il eut lieu ?	1= à l'école 2= à l'église 3= dans un Nganda (débit de boissons) 4= à son travail 5= chez-nous à la maison 6= chez lui (eux) à la maison 7= tout autre endroit convenu de commun accord 8= chez mon/son ami(e)	/__/
317	Quel sentiment as-tu éprouvé après ce rapport ?	1= de satisfaction 2= de reproche 3= de culpabilité 4= autre (à préciser)..... 5= NSP	/__/
318	Un préservatif a-t-il été utilisé lors de ce dernier rapport sexuel?	1=oui 2= non	/__/
319	As-tu utilisé un préservatif lors du premier rapport sexuel avec ce(cette)	1=oui 2= non	/__/

	dernier(ière) partenaire?		
320	Il t'est-il arrivé d'avoir des rapports sexuels avec ce(cette) même partenaire sans utiliser de préservatifs ?	1=oui 2= non	/__/ /
321	Chaque fois que tu as un premier rapport sexuel avec un(e) nouveau (lle) partenaire, utilises-tu toujours le préservatif ?	1=oui 2= non	/__/ /
322	Qui l'avait décidé (voulu) ?	1= moi ; 2= mon partenaire ; 3= nous deux	/__/ /
323	Peux-tu te rappeler le nombre de fois que tu as eu des rapports sexuels au cours de ce dernier mois ? <i>Si Q.323=00, aller à Q.325</i>	Indiquer le nombre de fois..... 00= aucune fois 99=NSP	/__/ /
324	Est-ce avec le même partenaire ou des partenaires différents ?	1= même partenaire 2=partenaires différents	/__/ /
325	Il t'est-il déjà arrivé d'avoir des rapports sexuels alors que toi ou ta partenaire avais(t) des règles ? <i>Si Q325=2, aller à Q.327</i>	1=oui 2=non	/__/ /
326	Avais-tu utilisé le préservatif ?	1=oui 2=non	/__/ /
327	Il t'est-il arrivé d'interroger ton (ta, tes) partenaire(s) sur son (ses) antécédent(s) sexuel(s) ?	0= sans objet 1=oui 2=non	/__/ /
328	Il t'est-il arrivé d'être interrogé (e) par ton (ta, tes) partenaire(s) sur son (ses) antécédent(s) sexuel(s) ?	0= sans objet 1=oui 2=non	/__/ /

Module 5 : Le multipartenariat sexuel, expérience sexuelle à caractère commercial et perception des risques des IST/VIH/sida

N°	Question	Modalités de réponses	Code
400	Il t'est-il arrivé d'avoir à la fois (simultanément) plus d'un partenaire sexuel ? <i>Si Q.400=2, aller à Q.404</i>	1= oui 2= non	/__/
401	Y-a-t-il (ou avait-il) parmi ces partenaires, des régulier(ière)s (permanents) et/ou occasionnel(le)s ?	1= un permanent et des occasionnels 2= des permanents et des occasionnels 3= des permanents uniquement 4= des occasionnels uniquement	/__/
402	Cette situation a commencé depuis combien de temps ?	1= /___/___/ jours 2= /___/___/ semaines 3= /___/___/ mois 4= /___/___/ années	/__/
403	Cette situation persiste encore aujourd'hui ?	1= oui 2= non	
404	Il t'est-il arrivé de fréquenter les professionnel(le)s du sexe c'est-à-dire les prostitué(e)s ?	1= oui 2= non	/__/
405	Il t'est-il arrivé d'être fréquenté(e) par les professionnel(le)s du sexe ?	1= oui 2= non	/__/
406	Il t'est-il arrivé d'avoir un rapport sexuel en échange d'argent, cadeau ou autre service (avantage) ? <i>Si Q.406=2, aller à Q. 416</i>	1= oui 2= non	/__/
407	La dernière fois que tu as donné de l'argent ou que tu en as demandé pour le rapport sexuel, où as-tu rencontré ce(cette) partenaire ?	1= dans un bar 2= sur une terrasse (nganda) 3= dans une boîte de nuit 4= dans un taxi (bus, taxi, bus) 5= dans la rue 6= à l'école (campus, université) 7= chez un(e) ami(e) 8= chez lui (elle) 9= Église (mosquée) 10= autre (à préciser).....	/__/
408	La dernière fois que tu as donné ou reçu de l'argent/cadeau avant le rapport	1= oui 2= non	/__/

	sexuel, avais-tu consommé une boisson alcoolique ?		
409	As-tu utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec échange d'argent, cadeau ou autre service (avantage) ? <i>Si Q.409=2, aller à Q. 412</i>	1= oui 2= non	/__/
410	La dernière fois que tu as utilisé le préservatif lors d'un rapport sexuel après échange d'argent, cadeau ou autre service (avantage), qui en avait pris la décision ?	1= Moi 2= mon partenaire 3= Nous deux	/__/
411	Quelle raison avait été évoquée pour l'utilisation du préservatif ? <i>Saute la question 412</i>	1= pour prévenir la grossesse 2= pour prévenir les IST 3= pour prévenir le sida 4= 1 et 2 5= 1 et 3 6= 2 et 3 7= 1; 2 et 3	
412	Est-ce parce que tu avais payé (ou avait été payé) c'est à cause de ça que tu n'avais pas utilisé le préservatif ?	1= oui 2= non	/__/
413	Ce dernier partenaire à qui tu avais payé ou qui avait demandé l'argent/cadeau était-il occasionnel ou habituel ?	1= Occasionnel 2= habituel	
414	Pendant combien de temps as-tu entretenu des rapports sexuels avec ce(cette) dernier(ère) partenaire ?	1= /__/_/ jours 2= /__/_/ semaines 3= /__/_/ mois 4= /__/_/ années	/__/
415	Pense au dernier partenaire à qui tu as payé pour des rapports sexuels (ou qui t'a exigé l'argent). Combien de temps s'est-il passé entre le jour où tu avais fait ta première connaissance et le jour où tu avais fait le rapport sexuel avec lui/elle?	1= J'ai fait sa connaissance le même jour 2= 2 à 7 jours avant 3= 8 jours à un mois avant 4= 1 à 3 mois avant 5= 4 à 6 mois avant 6= 7 mois à une année avant 7= plus d'une année avant	/__/

		8= autre (à préciser).....			
416	As-tu déjà eu le rapport sexuel avec un/une partenaire ayant refusé d'utiliser le condom ?	1= oui 2= non			
417	Veille évaluer ta capacité dans les circonstances ci-après :	1=Très capable	2=capable	3=incapable	//////////
417-1	Avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire pour une durée de plus de six mois ?	1	2	3	/__/
417-2	Utiliser le préservatif chaque fois que tu as des rapports sexuels ?	1	2	3	/__/
417-3	T'abstenir des rapports sexuels quand tu le décides ?	1	2	3	/__/

Module 5 : L'interaction et support sociaux

N° de la question	Question	Modalités de réponses	Code
500.	Qui se charge (s'est chargé) de payer tes frais de scolarité (tenue, cahier...)? Ne pas lire la liste, réponses multiples possibles	1= Oui 2=Non 01= parent ; 02= soi-même ; 03= petit(e) ami(e) 04= autre.....	/__/ /__/ /__/ /__/
501.	Qui paye tes habits et autres nécessités de la vie (nourriture...)? Ne pas lire la liste, réponses multiples possibles	1= Oui 2=Non 1= parent ; 2= soi-même ; 3= petit(e) ami(e) 4= 1 et 2 5= 1 et 3 6= 2 et 3 7= 1, 2 et 3 8= autre.....	/__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/ /__/
502.	Comment sont tes rapports avec ton tuteur actuel (père, mère, oncle,...)? <i>Si Q.502=2, aller à Q.510</i>	1= bons 2= assez bons 3= mauvais	/__/
503.	il t'arrive-t-il de causer (parler,	1= oui	/__/

	dialoguer) avec lui (elle) ? <i>Si Q.503=2, aller à Q.510</i>	2= non	
504.	Quels types de sujets abordez-vous ? Ne pas lire la liste, réponses multiples possibles	1= Oui 2= Non 01= relatifs à la politique 02= à la science 03= au sport 04= social et économique 05= problèmes familiaux 06= problèmes scolaires 07= comment éviter le sida 08= comment éviter les IST 09= comment éviter les grossesses 10= autre (à préciser).....	/_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/
505.	Il t'arrive-t-il de causer avec lui (elle) sur des sujets qui vous sont intimes? (tes relations amoureuses par exemple) <i>Si Q.505=2, aller à Q.508</i>	1=oui 2=non	/_/_/
506.	À l'initiative de qui (la décision venait de qui) ?	1= mois ; 2= tuteur ; 3= autre (à préciser) 9= NSP	/_/_/
507.	En parles-tu de façon voilée ou clairement ? <i>Si Q.507=2, aller à Q.511</i>	1= voilée 2= clairement	/_/_/
508.	Aimerais-tu en parler avec lui clairement ? <i>Si Q.508=1, aller à 511</i>	1= oui 2= non	/_/_/
509.	Si non, pourquoi ?	<i>Écrire les motifs ou raisons</i> 1..... 2..... 3.....	/_/_/ /_/_/ /_/_/
510.	En cas de besoin qui t'aide à lui transmettre tes messages ?	<i>Écrire la qualité de cette personne</i> _____ =	/_/_/
511.	Avec tes amis, de quels problèmes parlez-vous habituellement ?	1= relatifs à la politique 2= relatifs à la science	01=/_/ 02=/_/ 03=/_/

	<i>(réponse à soit multiple)</i>	3= relatifs au sport 4= social et économique 5= problèmes familiaux 6= problèmes scolaires 7= comment éviter le sida 8= comment éviter les IST 9= comment éviter les grossesses 10= autre (à préciser).....	04=/_/ 05=/_/ 06=/_/ 07=/_/ 08=/_/ 09=/_/ 10=/_/
512.	Dans vos conversations habituelles, quelle est l'image qui est donnée avant tout du Sida ?	1= Un sujet dont on parle 2= Une maladie terrible 3= un sujet amusant	/_/_/
513.	Entre tes amis garçons et filles, avec lesquels parles-tu le plus souvent des IST et VIH/SIDA ?	1= Un sujet dont on parle 2= Une maladie terrible 3= un sujet amusant	/_/_/
514.	De tes amis garçons et filles, lesquels redoutent le plus les IST et VIH/SIDA ?	1= Garçons, 2= Filles, 3= les uns et les autres	/_/_/
515.	Penses-tu que la présence de tes amis t'aide à te protéger davantage contre des IST et VIH/SIDA ?	1= Oui 2= non	/_/_/
516.	Au cours des douze derniers mois, as-tu parlé d'éviter ou de retarder les rapports sexuels avec ton copain/copine, tutrice, tuteur, tante oncle, frère/sœur, meilleur(e) ami(e), chef religieux, professeur/enseignant(e) ? (Lire la liste)	1= oui 2= non 1. copain/copine 2. tutrice 3. tuteur 4. tante 5. oncle 6. frère/sœur 7. meilleur(e) ami(e) 8. chef religieux 9. professeur (enseignant)	1=/_/ 2=/_/ 3=/_/ 4=/_/ 5=/_/ 6=/_/ 7=/_/ 8=/_/ 9=/_/
517.	Au cours des douze derniers mois, as-tu abordé(ou parler) un sujet sur les IST/VIH/SIDA avec ton	1= oui 2= non	1=/_/ 2=/_/

	copain/copine, tutrice, tuteur, tante oncle, frère/sœur, meilleur(e) ami(e), chef religieux, professeur/enseignant(e) ? (Lire la liste)	1. copain/copine 2. tutrice 3. tuteur 4. tante 5. oncle 6. frère/sœur 7. meilleur(e) ami(e) 8. chef religieux 9. professeur (enseignant)	3=/__/ 4=/__/ 5=/__/ 6=/__/ 7=/__/ 8=/__/ 9=/__/
518.	Au cours des douze derniers mois, as-tu abordé (ou parler) un sujet sur comment évité les grossesses avec ton copain/copine, tutrice, tuteur, tante oncle, frère/sœur, meilleur(e) ami(e), chef religieux, professeur/enseignant(e) ? (Lire la liste)	1= oui 2= non 1. copain/copine 2. tutrice 3. tuteur 4. tante 5. oncle 6. frère/sœur 7. meilleur(e) ami(e) 8. chef religieux 9. professeur (enseignant)	1=/__/ 2=/__/ 3=/__/ 4=/__/ 5=/__/ 6=/__/ 7=/__/ 8=/__/ 9=/__/

Module 6 : La connaissance des conséquences et antécédents de la sexualité

N°	Question	Modalité des réponses (cocher la modalité correspondant au bon choix)	Code
600	As-tu déjà entendu parler des maladies ou infections qui se transmettent à partir des rapports sexuels ?	1=oui 2=non	/__/_/
601	Durant les six derniers mois, as-tu eu des symptômes (signes) des infections transmissibles sexuellement ? <i>Si Q601=2, aller à Q.608</i>	1=oui 2=non	/__/_/
602	Quels symptômes (signes) as-tu au moment où tu avais eu cette infection transmissible sexuellement ?	1=oui 2=non 01= douleur abdominale 02= écoulement au pénis (masculin)	1=/__/ 2=/__/ 3=/__/ 4=/__/

		7= autre (à préciser) 8= Non déterminé 9= ne sait pas 0= sans objet	
605	As-tu eu des rapports sexuels pendant que tu avais ces symptômes des IST ? <i>Si Q.605=2, aller à Q.607</i>	1= oui 2= non	/ __/
606	Lorsque tu avais ces symptômes (signes) et que tu as eu des rapports sexuels, avais-tu utilisé le préservatif ?	1= oui 2= non	/ __/
607	À qui avais-tu fait part de cette maladie ? Ne pas suggérer de réponses Plusieurs réponses possibles	1= Oui 2= Non 1= mes parents (tuteur) 2= frères/sœurs/cousin(e)s 3= Ami(e)s 4= partenaire habituel(le) 5= partenaire occasionnel(le) 6= autre (préciser) 7= non déterminé 0= sans objet	1=/ __/ 2=/ __/ 3=/ __/ 4=/ __/ 5=/ __/ 6=/ __/ 7=/ __/ 0=/ __/
608	Selon toi, comment le virus du sida se transmet-il ? Ne pas suggérer de réponses Plusieurs réponses possibles	1=OUI 2=NON 01= lors des rapports sexuels sans préservatif avec une personne infectée 02= blessure avec un objet tranchant infecté 03= de la mère à l'enfant à l'accouchement 04= de la mère à l'enfant à l'allaitement 05= toucher les personnes infectées 06= vivre avec des personnes infectées 07= sorcellerie 08= piqûres des moustiques 09= transfusion sanguine 10= Ne sait pas	1=/ __/ 2=/ __/ 3=/ __/ 4=/ __/ 5=/ __/ 6=/ __/ 7=/ __/ 8=/ __/ 9=/ __/ 10=/ __/ 11=/ __/

		11= autre (à préciser) :.....	
609	Y-a-t-il quelque chose qu'on peut faire pour éviter d'attraper le sida ? <i>Si Q.609=2 ou 3, aller à Q.611)</i>	1=Oui 2=Non 3=NSP	/__/
610	Quels sont les moyens par lesquels on peut se protéger contre le virus du SIDA ? Ne pas proposer une réponse, car plusieurs réponses possibles	1=OUI 2=NON 01. utiliser un préservatif 02. avoir moins de partenaires sexuels 03. deux partenaires doivent être fidèles 04. éviter des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels 05. abstinence sexuelle 06. éviter des infections avec des seringues déjà utilisées 07. éviter des transfusions avec du sang non testé 08. prière 09. Ne sait pas. 10. on ne peut rien faire 11. autre (à préciser) :.....	1=/__/ 2=/__/ 3=/__/ 4=/__/ 5=/__/ 6=/__/ 7=/__/ 8=/__/ 9=/__/ 10=/__/ 11=/__/
611	Pense-tu que tu peux facilement reconnaître une personne infectée par le virus du SIDA juste en regardant ? <i>Si Q.611=2 ou 3, aller à Q.613</i>	1=Oui 2=Non 3=NSP	/__/
612	Par quels signes peux-tu reconnaître cette personne porteuse du sida ?	1=OUI 2=NON 01= amaigrissement très prononcé 02= cheveux défrisés 03= beaucoup de taches sur la peau 04= toux persistante 05= disparition des fesses 06= ongles des doigts décolorés 07= l'air maladif	1=/__/ 2=/__/ 3=/__/ 4=/__/ 5=/__/ 6=/__/ 7=/__/ 8=/__/ 9=/__/ 10=/__/ 11=/__/

		08= diarrhée interminable 09= zona 10= persistance de la malaria et fièvre typhoïde 11= port des habits à manches longues pour cacher les tâches sur les bras 12= autre (à préciser).....	12=/_/_/
613	Peut-on guérir du sida ?	1=Oui 2=Non 3=NSP	/__/_/
614	Connais-tu quelqu'un qui est atteint du sida ou qui en est mort ?	1=oui 2=non	/__/_/
614	Penses-tu que tes risques d'attraper le sida sont faibles, moyens, faibles par rapport aux autres personnes ? -Si Q.614=2, aller à Q. 617 - Si Q.614=3, aller à Q.618 -Si Q.614=4, aller à Q.619	1=élevé 2=moyen 3=faible 4=pas de risque du tout	/__/_/
616	Pourquoi penses-tu que tu as un risque élevé de contracter le virus du sida ? Ne pas suggérer de réponses Plusieurs réponses possibles <i>aller à Q. 620</i>	1=OUI 2=NON 1= j'ai plusieurs partenaires sexuels 2= je n'utilise pas toujours le préservatif 3= j'ai utilisé les drogues par voie intraveineuse 4= mon (ma) partenaire a d'autres partenaires 5= j'ai été transfusé avec du sang non testé 6= j'ai reçu des injections non sécurisées 7= j'ai des rapports sexuels avec des prostituées 8= j'ai des contacts avec des malades du sida 9= autre (à	1=/_/_/ 2=/_/_/ 3=/_/_/ 4=/_/_/ 5=/_/_/ 6=/_/_/ 7=/_/_/ 8=/_/_/ 9=/_/_/

	sida ?	1= je ne fais pas de rapports sexuels 2= j'ai un(e) partenaire sexuel 3= j'utilisé toujours le préservatif 4= confiance en mon (ma) partenaire sexuel(le) 5= mon, ma, mes partenaire(s) est (sont) fidèles 6= pas de transfusion sanguine 7= pas d'injections non sécurisées 8= pas de contacts avec des malades du sida 9= je trie bien mes partenaires sexuel(le)s 10= autre (à préciser).....	2=/__/ 3=/__/ 4=/__/ 5=/__/ 6=/__/ 7=/__/ 8=/__/ 9=/__/ 10=/__/
	Ne pas suggérer de réponses Plusieurs réponses possibles		
620	Il t'est-il déjà arrivé d'avoir de rapports sexuels avec une personne soupçonnée d'avoir été infectée de VIH ? <i>Si Q.620=2 ou 3, aller à Q.628</i>	0=sans objet 1=oui 2=non 3=Nsp	/__/
621	Quelles sont les raisons qui ont motivé ces relations ?	1=partage du sort du partenaire 2= assurance d'être invulnérable 3= ignorance d'avoir été exposé 4= intérêt matériel (avantage social) 5= autres (à préciser)	/__/
622	Quels liens as-tu avec ce partenaire ?	1= fiancé(e) 2= copain (copine) 3= ami(e) 4= chef hiérarchique (professeur) 5=autre (à préciser).....	/__/
623	Il t'est-il déjà arrivé d'engrosser (ou de tomber enceinte) ?	1=oui 2=non	/__/
624	Que ferais-tu si tu engrosses une fille	1= officialiser le mariage	

	(ou si tu tombes enceinte) ?	2= avorter (faire avorter) 3= Ne sais pas 4= autre (à préciser).....	/__/
625	Connais-tu dans ta famille ou dans ton quartier une fille qui a été rendue grosse ou un garçon célibataire qui a rendu grosse une fille ? <i>Si Q.625=2, aller à Q.627</i>	1=ooui 2=non	/__/
626	Quelles ont été les réactions des parents lorsqu'ils ont appris cette information?	1= ils ont trouvé cela normal 2= ils étaient indifférents 3= étaient hostiles et ont désapprouvé 4= ils ont désapprouvé, mais ont accepté 5= autre (à préciser) 6= sans objet	/__/
627	Connais-tu dans ta famille ou dans ton quartier une fille célibataire ayant subi un avortement ?	1=ooui 2=non	/__/
628	Connais-tu une méthode qu'on peut utiliser pour éviter de tomber enceinte ? <i>Si Q.628=2, aller à Q.631</i>	1=ooui 2=non	/__/
629	Peux-tu citer celles que tu connais	<input type="checkbox"/> 1= _____ <input type="checkbox"/> 2= _____ <input type="checkbox"/> 3= _____ <input type="checkbox"/> 4= _____ <input type="checkbox"/> 5= _____	1=/__/ 2=/__/ 3=/__/ 4=/__/ 5=/__/
630	Laquelle ou lesquelles as-tu utilisées lors de ton dernier rapport sexuel pour éviter la grossesse ?	<input type="checkbox"/> 1= _____ <input type="checkbox"/> 2= _____ <input type="checkbox"/> 3= _____ <input type="checkbox"/> 4= _____ <input type="checkbox"/> 5= _____	1=/__/ 2=/__/ 3=/__/ 4=/__/ 5=/__/
631	Serais-tu d'accord qu'un cours sur la sexualité soit dispensé aux jeunes de 10-15 ans ?	1= d'accord 2= Pas d'accord	/__/

Remercie l'enquêté(e)

FIN DE L'INTERVIEW

Annexe G : Guide d'entrevue qualitative

Cette entrevue porte sur les facteurs motivant le comportement sexuel à risque des adolescents. Nous sommes conscients que ces informations sont délicates et personnelles et nous tenons à vous rappeler que vos réponses vont demeurer strictement confidentielles. Certains adolescents ne se sentiront pas concernés par certaines questions. Et nous posons toutes ces questions dans l'espoir de rejoindre tous les adolescents. Il est important que vous répondiez honnêtement pour que nous puissions avoir une image juste de la sexualité des adolescents en Guinée. En effet,

- 1) Le comportement sexuel des adolescents est de plus en plus orienté vers une activité sexuelle préconjugale (activité sexuelle préconjugale c'est avoir les rapports sexuels avant le mariage). Quels sont les éléments qui motivent ce type de comportement ?

-Tu as autre chose à ajouter ?

- 2) Certains adolescents ont des rapports sexuels précoces (je veux dire les adolescents qui ont des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans). Quels sont les facteurs qui les poussent à adopter ce type de comportement ?

-As-tu autre chose à ajouter ?

- 3) Selon vous qu'est-ce qui amène les adolescents à avoir plus d'un partenaire sexuel ?

-Aimerais-tu ajouté autre chose ?

- 4) Certains adolescents n'utilisent pas régulièrement le condom lors des rapports sexuels. Comment pouvez-vous justifier cela ?

-As-tu autre chose à ajouter ?

- 5) Quels sont les risques de santé qu'encourent les adolescents qui entretiennent des rapports sexuels sans utiliser le condom ?

-Peux-tu ajouter autre chose ?

- 6) Quelles solutions pourrait-on envisager pour que les adolescents aient un comportement sexuel sécuritaire ?

-As-tu d'autres éléments que tu aimerais faire valoir ?

Annexe H : Recherche documentaire

Dans le cadre de la recherche documentaire, nous avons utilisé les moteurs de recherche suivant : Medline, Google Scholar, Persée, Bioline international, JSTOR Search. Nous avons aussi consulté les sites du ministère de la Santé publique et de l'hygiène de la Guinée, de l'OMS, et de l'UNICEF. Les différents mots clés utilisés dans le cadre de cette recherche documentaire sont entre autres : l'adolescence, comportement sexuel des adolescents, sexualité à risque, facteurs de motivation. En anglais ces différents termes sont : adolescence ; Sexual Behavior of Adolescents ; Sexuality at risk ; Motivational factors. Les publications retenues sont celles qui traitent sur l'aspect anthropologique et les normes en matière de sexualité des adolescents, ainsi que celles relatives à la connaissance, aux aptitudes, aux croyances et aux pratiques (CACP) sexuelles. Les études sur les comportements sexuels à risque des adolescents et les facteurs de motivation, ainsi que celles sur la fécondité ont été également sélectionnées. Les documents consultés sont les rapports, les mémoires et thèses, les ouvrages et chapitres d'ouvrages, ainsi que les communications ou articles.

Principales sources de données

Trois principales techniques de recherche ont été utilisées dans cette étude. La première technique a consisté à faire une recherche documentaire sur le comportement sexuel des adolescents ; la deuxième, à mener une enquête auprès d'un échantillon d'adolescents scolarisés et la dernière, à réaliser des entrevues qualitatives auprès d'un groupe d'adolescents scolarisés.

Les principales sources de données des documents que nous avons consultés reposent sur les données de l'enquête démographiques et de santé (EDS) et les enquêtes sur la connaissance, les attitudes, les croyances et les pratiques (CACP). Ces différentes sources ont permis d'identifier et d'avoir une estimation de la prévalence des comportements sexuels à risque dans certains sous-groupes de la population générale (les professionnels de sexe, les adolescents...) (ICF, 2013). Mais ces études dans la majorité des cas, ne fournissent pas suffisamment de renseignements sur la sexualité des adolescents et jeunes. La même observation a été faite par Barthélemy (2007).

1-Les enquêtes démographiques et de santé (EDS) et les enquêtes à indicateurs multiples constituent une source importante pour l'étude de la sexualité des adolescents en Afrique subsaharienne. Elles ciblent les hommes et les femmes en âge de procréer (15ans et plus). Les questions posées sont entre autres le statut sexuel ; le nombre de partenaires sexuels ; l'usage de contraception ; le dernier rapport sexuel ; la fécondité ; le comportement sexuel à risque face aux VIH-SIDA. En plus de la Guinée, ces enquêtes sont réalisées aussi dans d'autres pays d'Afrique, et les questionnaires sont les mêmes (standardisés). Ils ne prennent pas en compte la préoccupation spécifique des pays de façon isolée. Or, le comportement sexuel d'un individu est fonction du cadre théorique, culturel et économique, autrement dit, il est conditionné par les valeurs et normes de la société (Kalambayi, 2007). En plus, les résultats de ces enquêtes procurent peu de renseignements sur la signification et le caractère traditionnel de la sexualité ou au contraire du degré de nouveauté des expériences préconjugales dans chaque contexte (Bozon et Hertrich, 2001; Kalambayi, 2007). Elles ne fournissent que des informations partielles sur la sexualité des adolescents (Tabutin et Schroumaker, 2000; Kalambayi, 2007). Cependant, elles ont tout de même pu identifier les groupes à risque et montrer l'évolution de la prévalence du VIH/SIDA et les changements intervenus dans la santé sexuelle et reproductive des adolescents.

2. Les enquêtes de type connaissances, attitudes, croyances et pratiques (CACP) et/ou relation entre partenaires (RP)¹ sont davantage axées sur le comportement à risque et le SIDA et visent certains groupes à risque âgés de 15 ans et plus. Les variables d'intérêt visées dans ce type d'enquête sont : le contexte socioculturel, les variables relatives aux attitudes et le niveau de connaissances sur les infections transmissibles sexuellement (ITS), VIH/SIDA et les méthodes de contraception. La limite des enquêtes de ces types, c'est qu'elles ne fournissent pas d'élément sur les motivations des enquêtes de leurs comportements sexuels à risque (Kalambayi B., 2007).

3. Les sources diverses :

Ce sont les données de nature qualitative ou quantitative collectées de façon ponctuelle à partir des projets de recherche pour les thèses de mémoire ou de projet de recherche en santé. Dans ces études, la taille de l'échantillon est généralement restreinte pour extrapoler les résultats sur l'ensemble de la population.