

Université de Montréal

Déterminants des Comportements Sexuels à Risque pour le VIH/SIDA Chez les
Jeunes Femmes et Hommes de Bamako (Mali)

Par
Catherine Boileau

Département de Médecine Sociale et Préventive
Faculté de Médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
En vue de l'obtention du grade de Doctorat
En Santé Publique
Option Épidémiologie

Septembre, 2006

© Catherine Boileau, 2006



WA
5
U58
2006
v.016

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :
Déterminants des Comportements Sexuels à Risque pour le VIH/SIDA Chez les
Jeunes Femmes et Hommes de Bamako (Mali)

Présentée par :

Catherine Boileau

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Pierre Fournier
Maria-Victoria Zunzunegui
Sélim Rashed
Barthélémy Kuate Defo
Michel Alary
Doyen de la FES

I. Résumé

La sous-région ouest-africaine a toujours été moins touchée par l'épidémie de sida que l'Afrique australe ou l'Afrique de l'est. Le Mali constitue un des pays à prévalence faible mais où les risques de contamination par contacts hétérosexuels sont potentiellement élevés. La persistance des comportements sexuels à risque constitue une menace évidente et amène à une réévaluation du risque sexuel dans cette population. Ce travail de thèse a été entrepris dans le but de fournir des explications plus claires sur la prise de risque sexuel chez les jeunes maliens(ne)s vivant dans un contexte urbain.

L'objectif général de notre recherche était de dresser le profil de risque sexuel des jeunes bamakois(es) de 15 à 24 ans et de développer des modèles théoriques permettant d'illustrer les mécanismes de prise de risque sexuel avec une perspective de genre. L'approche d'épidémiologie sociale proposée comme assise conceptuelle pour cette recherche a permis de prendre en compte l'influence de facteurs contextuels, relationnels et psychosociaux sur les décisions des jeunes concernant leur santé sexuelle.

L'ensemble de l'ouvrage réunit deux articles scientifiques et un chapitre avec des résultats supplémentaires. Le premier article propose un cadrage constructiviste à l'explication des comportements sexuels de la jeunesse bamakoise. La sexualité, comme objet de socialisation, est explorée par une approche qualitative. Les interprétations suggèrent que la sexualité et ce qu'elle représente à l'heure actuelle pour les jeunes africains et africaines, est en crise d'identité. Nous suggérons que l'intersection de plusieurs discours

ambivalents dont celui de la culture ancestrale, de l'Islam, des campagnes de lutte antisida et de la culture occidentale soient à l'origine de ce que nous appelons un « flottement identitaire ».

La seconde contribution est le développement d'un instrument de surveillance comportementale adaptée à la culture malienne. Le développement du questionnaire a été alimenté par les concepts d'épidémiologie sociale et par la théorie sociocognitive d'Ajzen et culturellement adapté grâce aux acquis de l'étude qualitative. Une série d'analyses factorielles et d'associations entre construits a été utilisée pour valider l'ensemble du questionnaire.

Finalement, nous présentons des résultats empiriques qui appuient les modèles proposées et qui prennent en compte la multi-factorialité et multi-dimensionnalité des déterminants de comportements sexuels à risque. Des analyses de régression logistiques avec entrée hiérarchique ont été utilisées pour formuler des explications autour de l'utilisation du préservatif et le multi-partenariat sexuel chez les jeunes femmes et hommes célibataires. Parallèlement, des analyses bivariées ont permis d'explorer les facteurs associés à l'entrée précoce en sexualité. Sur cette base nous avons constaté que les déterminants des comportements sexuels de jeunes femmes et hommes se retrouvent au niveau contextuel, interpersonnel et individuel, mais qu'il existe des distinctions considérables entre genres. Chez les femmes, l'entrée précoce en sexualité, la dépendance financière envers le partenaire sexuel et une mauvaise communication avec les pairs sont prédicteurs de la non-utilisation du condom, alors que chez les hommes, aucun de ces facteurs n'ont été

associés à l'utilisation du condom. Parallèlement, la perception de contrôle sur ses comportements sexuels prédit le nombre de partenaires (dans les derniers 6 mois) chez les hommes, mais pas chez les femmes.

Les résultats mettent en évidence qu'il y a un besoin de promouvoir l'égalité entre les hommes et les femmes pour la prise de décision sur le début de la vie sexuelle à travers le dialogue et la scolarisation.

Mot clés : Afrique subsaharienne, genre, condom, multi-partenariat sexuel, surveillance comportementale, épidémiologie sociale, théorie sociocognitive, communication, source d'information, normes sociales

II. Summary

West Africa has always been relatively spared from the devastating HIV/AIDS epidemic that prevails in the Southern and Eastern parts of the continent. Mali is considered a low-prevalence country where risks of contamination through heterosexual contact are potentially high. Persistence of high-risk sexual behaviours constitutes an underlying menace for epidemic outburst and calls for a close surveillance of sexual behaviours in the population.

The general objective of this research was to describe sexual risk profile of young men and women (age 15-24) living in Bamako and to build theoretical models that outline mechanisms that lead to high-risk behaviour with a gender perspective.

This thesis draws on the concepts of social epidemiology for taking into account the influence of contextual, interpersonal and psychosocial factors on decisional outcomes with regards to sexual health.

The following work combines two articles and a series of supplementary results. The first article proposes a constructionist framework to conceptualise and define sexual behaviour among youth in this cultural setting. Sexuality, as a product of socialisation, is explored using a qualitative design. Interpretations that emerged from this study suggest that sexuality is going through a transformational crisis that may have evolved from the ambivalence in the various discourses (traditional and religious culture, aids prevention campaigns and Western influence) that surround the issue of sex in the HIV era.

The second contribution of this thesis is the development of a culturally adapted tool for behavioural surveillance. The questionnaire template was built from social epidemiology concepts and from Ajzen's socio-cognitive Theory of Planned Behaviour, and adaptation to local culture was informed by the qualitative study. Factor and regression analyses between key constructs included in the questionnaire were performed to assess construct validity.

Finally, we present the evidence supporting the proposed models which are based on a multi-factorial and multi-dimensional understanding of sexual risk behaviour. Logistic regression with staggered entry was used to formulate explanations for inconsistent condom use and multiple partnering among young men and women. Bivariate analysis also gave insight on factors associated with early sexual debut. Our analysis suggests that determinants of high-risk sexual behaviour are found at the contextual, interpersonal and individual levels, and that important gender distinctions existed. Age at first sex, financial dependency towards sexual partner and poor communication with peers were associated with lack of condom use at last sex in women, whereas none of these factors determined condom use in men. Multiple partnering was highly associated with perceived behavioural control in men but had no influence over young women's partnering behaviour.

Results underscore the importance of promoting gender equality for decisions about sexual debut through dialogue and education.

Key words: HIV/AIDS, sexual behaviour, Sub-Saharan Africa, young people, gender, condom, multiple sexual partnering, behavioural surveillance, socio-cognitive theory, social factors

TABLE DES MATIÈRES

I. RÉSUMÉ.....	III
II. SUMMARY.....	VI
III. LISTE DES TABLEAUX.....	XIII
IV. LISTE DES FIGURES.....	XVI
V. LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	XVII
VI. REMERCIEMENTS.....	XVIII
1. INTRODUCTION.....	19
1.1 PROBLÉMATIQUE.....	19
1.1.1. <i>Sida en Afrique Sub-saharienne; impact social et économique sur le développement.....</i>	19
1.1.2. <i>Le sida au Mali, prévalence faible mais risque élevé.....</i>	20
1.1.3. <i>La vulnérabilité des jeunes.....</i>	21
1.1.4. <i>La vulnérabilité des femmes.....</i>	23
1.2. OBJECTIF DE LA RECHERCHE.....	24
1.3. JUSTIFICATION THÉORIQUE.....	25
1.3.1. <i>Approche d'épidémiologie sociale.....</i>	25
1.3.2. <i>Perspective de genre.....</i>	27
1.4. JUSTIFICATION MÉTHODOLOGIQUE.....	28
1.5. PLAN ET CONTENU DE LA THÈSE.....	29
2. ÉTATS DES CONNAISSANCES.....	31
2.1. ÉPIDÉMIOLOGIE DE L'INFECTION AU VIH/SIDA EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE ET AU MALI.....	31
2.2. TRANSMISSION DU VIH/SIDA PAR CONTACT SEXUEL EN AFRIQUE SUB-SAHARIENNE.....	34
2.2.1. <i>Analyse des comportements sexuels associés à l'infection au VIH/SIDA.....</i>	37
2.2.2. <i>La culture sexuelle en Afrique Sub-saharienne et au Mali.....</i>	40
2.3. MODÈLE CONCEPTUEL.....	50
2.3.1. <i>Problème de recherche 1 : Le genre comme déterminant potentiel du risque.....</i>	52
2.3.2. <i>Problème de recherche 2 : Les conditions et relations sociales ont un impact sur la prise de risque.....</i>	58
2.3.3. <i>Problème de recherche 3 : Les facteurs sociocognitifs sont associés à la prise de risque.....</i>	66
3. STRATÉGIE DE RECHERCHE.....	73
3.1. DEVIS DE RECHERCHE RETENU.....	73
3.1.1. <i>Phase Qualitative.....</i>	73
3.1.2. <i>Phase Quantitative.....</i>	74
3.2. CONTEXTE DE LA RECHERCHE.....	74
3.2.1. <i>Situation démographique, géopolitique et économique du Mali.....</i>	75
3.2.2. <i>Le peuple et la culture malienne.....</i>	76

3.2.3. <i>Implication institutionnelle dans la lutte contre le sida</i>	77
3.3. POPULATION À L'ÉTUDE	79
3.3.1. <i>Phase Qualitative</i>	80
3.3.2. <i>Phase Quantitative</i>	80
3.4 MÉTHODE ET INSTRUMENT DE COLLECTE DE DONNÉES	83
3.4.1. <i>Collecte de données pour l'étude qualitative</i>	83
3.4.2 <i>Collecte de données pour l'étude transversale</i>	84
3.5. VARIABLES	84
3.5.1. <i>Phase Qualitative</i>	84
3.5.2. <i>Phase Quantitative</i>	85
3.6. ANALYSES	90
3.6.1. <i>Analyse des données qualitatives</i>	90
3.6.2. <i>Analyse pour le développement et la validation des échelles</i>	91
3.6.3. <i>Analyse des données d'enquête</i>	92
3.7. ÉTHIQUE.....	93
4. RÉSULTATS.....	94
4.1. ARTICLE QUALITATIF: TRANSFORMATION IN GENDER AND SEXUALITY AMONG YOUNG PEOPLE IN WEST AFRICA IN THE CONTEXT OF HIV PREVENTION	94
APPORT DE L'ÉTUDIANT (AUTEUR PRINCIPAL) ET DES COAUTEURS DE CET ARTICLE.....	94
4.1.1. <i>Abstract</i>	95
4.1.2. <i>Introduction</i>	96
4.1.3. <i>Background</i>	98
4.1.4. <i>Methods</i>	100
4.1.5. <i>Results</i>	104
4.1.6. <i>Discussion</i>	113
4.2. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON DE L'ÉTUDE QUANTITATIVE	126
4.2.1 <i>Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon</i>	126
4.2.2 <i>Relations non protégées et barrières à l'utilisation du condom</i>	127
4.2.3 <i>Achat du préservatif</i>	128
4.2.4 <i>La contraception chez les femmes</i>	129
4.2.5. <i>Connaissances de la reproduction</i>	130
4.2.6. <i>Communication sur la sexualité</i>	132
4.2.7. <i>Attitudes par rapport à l'utilisation du condom</i>	134
4.2.8. <i>Attitudes par rapport aux relations pré maritales et aux multi-partenariats</i>	136
4.2.9. <i>Attitudes par rapport aux relations transactionnelles</i>	137
4.2.10. <i>Perception de risque</i>	138

4.3. ARTICLE DE VALIDATION: MONITORING HIV-RISK AND EVALUATING INTERVENTIONS AMONG YOUNG PEOPLE IN URBAN WEST AFRICA: DEVELOPMENT AND VALIDATION OF A TOOL	140
APPORT DE L'ÉTUDIANT (AUTEUR PRINCIPAL) ET DES COAUTEURS DE CET ARTICLE	140
4.3.1. <i>Abstract</i>	141
4.3.2. <i>Introduction</i>	142
4.3.3. <i>Methods</i>	144
4.3.4. <i>Results</i>	150
4.3.5. <i>Discussion</i>	156
4.4. FACTEURS ASSOCIÉS AUX COMPORTEMENTS SEXUELS À RISQUE CHEZ LES JEUNES FEMMES ET HOMMES DE BAMAKO	173
4.4.1. <i>Objectifs</i>	174
4.4.2. <i>Points méthodologiques</i>	174
4.4.3. <i>Facteurs associés à la non utilisation du condom chez les jeunes de Bamako</i>	176
4.4.4. <i>Facteurs associés au multipartenariat sexuel chez les jeunes de Bamako</i>	178
4.4.5. <i>Analyses multivariées pour l'utilisation du condom</i>	180
4.4.6. <i>Analyses multivariées pour le multipartenariat sexuel</i>	182
4.4.7. <i>Facteurs associés à l'entrée précoce en sexualité</i>	184
4.4.8. <i>Conclusion</i>	187
5. DISCUSSION ET CONCLUSION	200
5.1. SYNTHÈSE DE LA PROBLÉMATIQUE ET DE LA MÉTHODOLOGIE	200
5.2. RAPPEL DES RÉSULTATS DESCRIPTIFS	204
5.2.1. <i>Premier résultat descriptif: La sexualité est en crise chez les jeunes de Bamako</i>	204
5.2.2. <i>Deuxième résultat descriptif: Les jeunes continuent d'avoir des comportements sexuels à risque</i>	206
5.3. RAPPEL DES RÉSULTATS ANALYTIQUES	211
5.3.1. <i>Problème de recherche 1: Le genre comme déterminant potentiel du risque</i>	211
5.3.2. <i>Problème de recherche 2: Les conditions et relations sociales ont un impact sur la prise de risque</i>	214
5.3.3. <i>Problème de recherche 3: Les facteurs sociocognitifs sont associés à la prise de risque</i>	217
5.3.4. <i>Schématisation des modèles explicatifs des comportements sexuels à risque</i>	218
5.4. FORCES MÉTHODOLOGIQUES	223
5.4.1. <i>Meilleure contextualisation des résultats grâce à l'approche qualitative</i>	224
5.4.2. <i>Développement et validation de plusieurs échelles</i>	227
5.4.3. <i>La force de la modélisation hiérarchique</i>	231
5.5. LIMITES DE NOTRE ÉTUDE	232
5.5.1. <i>Limites de l'étude qualitative</i>	232
5.5.2. <i>Limites de l'étude quantitative</i>	236

5.6 IMPLICATION DE NOTRE ÉTUDE POUR LA SANTÉ PUBLIQUE ET LES RECHERCHES À VENIR	245
5.7 RECOMMANDATIONS.....	248
5.7.1. <i>Prendre en compte le genre</i>	248
5.7.2. <i>Avoir une ouverture sur le pluralisme méthodologique</i>	250
5.7.3. <i>Avoir une vision holistique</i>	251
5.7.3. <i>Devenir des résultats de la recherche</i>	252
6. RÉFÉRENCES.....	255
7. ANNEXES	278
7.1. LEXIQUE.....	279
7.2. QUESTIONNAIRE.....	283

III. Liste des tableaux

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Tableau I: Compilation des études épidémiologiques des 10 dernières années sur les déterminants des comportements sexuels à risque (avoir plusieurs partenaires, non-utilisation du préservatif) pour le VIH/SIDA chez les jeunes en Afrique subsaharienne.....	71
--	----

STRATÉGIE DE RECHERCHE

Tableau II: Quartiers de recrutement.....	82
Tableau III: Liste des variables décrivant les caractéristiques socioéconomiques .	87

RÉSULTATS: ARTICLE QUALITATIF

Table I: Details of participants for phase I (focus groups)	119
Table II: Details of participants for phase II (Individual Interviews) (n-16).....	119

RÉSULTATS: DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

Tableau IV : Caractéristiques sociodémographiques des femmes et hommes de 15-24 ans	127
Tableau V: Sources d'approvisionnement et achat du préservatif: hommes et femmes s'étant déjà procuré des préservatifs (n=173).....	129
Tableau VI: Utilisation de méthodes contraceptives (incluant le condom) parmi les femmes de 15-24 ans qui ont eu des relations sexuelles (n=185).....	130
Tableau VII: Connaissances sur la reproduction : hommes et femmes (n=531)...	132
Tableau VIII : Communication sur la sexualité avec les gens de la famille : femmes et hommes (n=531)	134
Tableau IX : Attitudes par rapport à l'utilisation du préservatifs: femme et hommes de 15-24 ans	136
Tableau X : Attitudes par rapport aux relations pré maritales et aux multi-partenariats: femme et hommes de 15-24 ans	137

Tableau XI : Attitudes par rapport aux relations transactionnelles : femme et hommes de 15-24 ans.....	138
Tableau XII : Perception de risque pour le VIH/SIDA, les IST et la grossesse : hommes et femmes sexuellement actifs (n=399).....	139

RESULTATS: ARTICLE DE VALIDATION

Table I : Gender differentials in mean attitude, perceived behavioural control, knowledge, perceived norms and communication	162
Table IIa : Exploratory Factor Analysis of Condom Use, Sexual Experience and Transactional Sex Attitudes Scales	163
Table IIb : Confirmatory Factor Analysis of Condom Use, Sexual Experience and Transactional Sex Attitudes Scales	165
Table III : Determinants of attitudes, perceived behavioural control, perceived norms and communication	167
Table IV : Capacity of attitudes, perceived norms, perceived behavioural control and communication with parents and peers	168
to predict unsafe sexual behaviour among sexually active	168

RÉSULTATS: FACTEURS ASSOCIÉS AUX COMPORTEMENTS SEXUELS À RISQUE CHEZ LES JEUNES FEMMES ET LES JEUNES HOMMES DE BAMAKO

Tableau I : Pourcentage des jeunes célibataires qui n'ont pas utilisé le condom lors du dernier rapport sexuel.....	189
Tableau II : Pourcentage des jeunes célibataires qui ont eu plus d'un partenaire sexuel dans les derniers 6 mois	192
Tableau III : Modélisation de la non utilisation du condom au dernier rapport sexuel chez les jeunes femmes et hommes célibataires de 15-24 ans ayant eu une relation sexuelle dans les derniers 6 mois avec des modèles de régression logistique à entrée hiérarchique.....	195
Tableau IV Estimation des ratios de cotes (OR) pour la non utilisation du condom chez les jeunes femmes et hommes célibataires de 15-24 ans ayant eu une relation	

sexuelle dans les derniers 6 mois avec des modèles de régression logistique à entrée hiérarchique.....	196
Tableau V Modélisation du multipartenariat sexuel (≥ 1 partenaire dans les derniers 6 mois) chez les jeunes femmes et hommes célibataires de 15-24 ans ayant eu une relation sexuelle dans les derniers 6 mois avec des modèles de régression logistique à entrée hiérarchique	197
Tableau VI Estimation des ratios de cotes (OR) pour le multipartenariat sexuel (≥ 1 partenaire dans les derniers 6 mois) chez les jeunes femmes et hommes célibataires de 15-24 ans ayant eu une relation sexuelle dans les derniers 6 mois avec des modèles de régression logistique à entrée hiérarchique.....	198
Tableau VII: Différences dans les scores moyens pour les variables sociocognitives et de communication entre les femmes et les hommes ayant débuté leur vie sexuelle avant ou après 15 ans	199

DISCUSSION ET CONCLUSION

Tableau XIII : Résumé des études portant sur l'élaboration d'échelles attitudinales et motivationnelles relatives aux comportements à risque pour le VIH/SIDA.....	230
Tableau IX : Comparaison entre certaines caractéristiques démographiques des jeunes de 15-24 ans dans l'EDSM-III et dans cette recherche.....	239

IV. Liste des figures

INTRODUCTION

Figure 1: Model conceptuel initial 52

STRATÉGIE DE RECHERCHE

Figure 2 : Carte du Mali 82

Figure 3: Sites de recrutement dans le district de Bamako 82

DISCUSSION ET CONCLUSION

Figure 3. Modélisation des déterminants de l'utilisation du condom lors du dernier rapport pour les femmes (n=75) et hommes (n=154) célibataires de 15 à 24 ans qui ont eu des relations sexuelles dans le derniers 6 mois 220

Figure 4. Modélisation des déterminants du multi-partenariat sexuel pour les jeunes femmes (n=74) et hommes célibataires (n=154) de 15-24 ans qui ont eu des relations sexuelles dans les derniers 6 mois..... 222

V. Liste des sigles et abréviations

CAP :	Connaissances Attitudes Pratiques
CDC :	<i>Centre for Disease Control</i>
EDSM-III :	Enquête démographique de santé du Mali (III) en 2001
HCNLS :	Haut conseil national de lutte contre le sida
HSV :	Herpes simplex virus
IC :	Intervalle de confiance
IDH :	Indice synthétique de développement humain
IST :	Infection sexuellement transmissible
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisme non-gouvernemental
ONU :	Organisation des Nations Unies
OR :	Ratio de cotes (Odds ratio)
PNLS :	Programme national de lutte contre le sida
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
SIDA:	Syndrome d'immunodéficience acquise
VIH :	Virus d'immunodéficience humaine

VI. Remerciements

Je dois remercier beaucoup de gens qui ont contribué directement à la réalisation de cette thèse. Toutes ces personnes ont été généreuses car elles m'ont donné, sans retenue, leur temps et leurs connaissances, et en ce sens, elles ont fait de ces quelques années une aventure intéressante et enrichissante.

Je dois premièrement remercier ma directrice de thèse Maria Victoria Zunzunegui qui a investi beaucoup de temps et d'efforts pour assurer l'aboutissement de ce projet. Je la remercie aussi pour avoir cru en ma capacité de réussir.

Merci à mon co-directeur de thèse, Dr Sélim Rashed, grâce à qui j'ai été bien entouré à Bamako. Dr Rashed m'a fait rencontrer toute l'équipe du projet SIDA-3 que j'ai côtoyé et avec qui j'ai collaboré durant mes séjours à Bamako.

Je suis remplie de gratitude face à mon équipe de recherche dynamique qui m'a motivée et même un peu poussée à travailler plus fort. Premièrement merci à Mme Halimatou Traoré (représentante communautaire de SIDA-3) qui a orchestré les premiers contacts avec les pairs éducateurs de la Coordination des Clubs Scolaires et Universitaires Antisida et à Dr Mohamed Sylla qui a supervisé l'ensemble du projet. Deuxièmement, merci à mes enquêteurs qui ont parcouru Bamako de *Samé* à *Missabougou* pour interviewer les jeunes: Djibril Boua Camara (ex président), Amara Sidiki Dagnoko, Miriam Traoré, Maïmouna Kéïta, et les recruteurs Mahamadou Sissoko (École fondamentale N'Tomikorobougou), Kadidiatou Doumbia (Association ASDAP). Et finalement, gros merci à l'indispensable Sidi Yaya Traoré, qui a passé des heures à traduire les verbatim et le questionnaire.

Merci à mon grand frère Dr Souleymane AG Aboubacrine, à sa femme Ina et leur fils Papi, qui ont grandement contribué à mon intégration dans la culture malienne.

Je remercie Bilkis Vissandjee et Dr Vinh-Kim Nguyen pour leur direction dans la rédaction de l'article qualitatif.

Je remercie mes collègues au Département de Médecine Sociale et Préventive avec qui j'ai étudié et avec qui j'ai eu le plaisir de discuter. Merci au Centre de Recherche en Développement International (CRDI) pour avoir financé cette Recherche. Finalement, merci à ma famille qui m'appuie dans tout ce que j'entreprends.

1. Introduction

1.1 Problématique

1.1.1. Sida en Afrique Sub-saharienne; impact social et économique sur le développement

Pour l'Afrique, la pandémie du sida est une troisième catastrophe démographique, après la traite esclavagiste et la colonisation. Selon les chiffres des Nations Unies, l'Afrique subsaharienne, qui aujourd'hui abrite près de 26 millions de personnes séropositives (1) accusera un manque de 91 millions d'habitants et l'espérance de vie dans les pays à haute prévalence reculera en moyenne de 17 ans d'ici 2015. Au regard de ces projections nul ne niera que l'Afrique sub-saharienne est au cœur du problème. Le VIH/SIDA est une tragédie humaine qui a également des implications économiques, culturelles et sociales majeures. L'impact de l'épidémie du VIH/SIDA se fait sentir dans tous les secteurs des communautés et des sociétés africaines. Le système de parenté africain s'effondre sous la pression du sida et de l'augmentation spectaculaire du nombre d'orphelins. Les capacités et les ressources sont exploitées jusqu'au point de rupture, les infrastructures sont affaiblies et les budgets nationaux sont grevés par les demandes. Des métaphores utilisées dans la littérature faisant référence au sida comme une «maladie de la pauvreté» ou une «maladie du développement» indiquent que l'épidémie du VIH/SIDA ne se réduit pas aux comportements sexuels, mais interroge la situation entière de l'Afrique contemporaine.

1.1.2. Le sida au Mali, prévalence faible mais risque élevé

La situation épidémiologique en Afrique de l'ouest est plus hétérogène qu'en Afrique australe ou en Afrique de l'est. Dans, certains centres urbains, par exemple à Cotonou (Bénin) et à Bamako (Mali), la prévalence du VIH est restée relativement basse jusqu'à présent; dans d'autres, comme Abidjan (Côte d'Ivoire), le VIH s'est propagé rapidement et largement.

Malgré une prévalence faible dans la population générale (2), les risques de contamination du VIH sont, à double titre, potentiellement élevés dans la population malienne. Premièrement, les mouvements migratoires vers le Mali sont nombreux, notamment en provenance de la Côte d'Ivoire qui est nettement plus touchée par l'épidémie du VIH. À titre d'exemple, la crise qui a éclaté le 19 Septembre 2003 en Côte-d'Ivoire a engendré le retour au Mali de plus de 30 000 des 2 millions de Maliens vivant en Côte-d'Ivoire (3). Deuxièmement, les comportements sexuels à risque des jeunes maliens(ne)s qui perdurent malgré la panoplie d'interventions de lutte antisida demeurent le principal risque à gérer. La moitié des bamakoises ont eu des rapports sexuels à l'âge de 14 ans et encore très peu d'entre elles font usage du condom (21% chez les célibataire de 15 à 24 ans)¹, contribuant ainsi au taux élevé de grossesses chez les adolescentes (4). Les comportements masculins sont également à risque; si les bamakois adoptent plus facilement le port du condom (50% chez les célibataires de 15 à 24 ans), plus d'un célibataire sur quatre a déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuelle dans les 12 mois précédant l'enquête; augmentant ainsi les

¹ Analyses descriptives à partir des bases de données DHS-III Mali dataset - mlmr41.SAV (male recode) et mlir41.SAV (individual recode).

probabilités de propagation du virus (4). La perpétuité de la prise de risque est d'autant plus étonnante que la population connaît les risques mortels de la maladie et connaît également les principaux modes de contamination et les moyens de protections.

1.1.3. La vulnérabilité des jeunes

Les jeunes se retrouvent au cœur de l'épidémie. Plus de la moitié des nouvelles infections au VIH aujourd'hui se produisent chez des jeunes de 15 à 24 ans (5). Dix millions de jeunes entre 15 à 24 ans, vivent avec le VIH/SIDA en Afrique subsaharienne. La prévention de la transmission du VIH dans cette population vulnérable est actuellement la forme privilégiée de lutte contre la propagation de l'épidémie. Comme le suggèrent les données de séroprévalence de l'Afrique du Sud, l'Éthiopie, l'Ouganda et la Zambie (6-8), les actions qui engagent et traitent les jeunes en priorité peuvent porter fruits. La prévalence du VIH parmi les jeunes femmes à Addis-Abeba a baissé de plus d'un tiers entre 1995 et 2001 (7). Parmi les adolescentes enceintes en Afrique du Sud, les niveaux de prévalence du VIH se sont réduits d'un quart entre 1998 et 2001 (9). Ces données indiquent que le cours de l'épidémie mondiale du VIH dans l'avenir sera en fonction de la capacité à protéger cette population vulnérable. Les interventions spécifiquement adaptées pour les jeunes notamment : l'éducation par les pairs (10, 11), les activités visant la formation sociale des jeunes (*life-skills training program*) (12), et l'éducation-divertissement de type feuillets télévisés ou programmes radiophoniques – par exemple « *le sida dans la Cité* » (13) et « *Twende na kawati* » (14), pourraient avoir

davantage d'influence sur les comportements sexuels que la diffusion massive de messages de type « ABC² » (15) et le marketing pour l'utilisation du condom (16) si leur accès était étendu à l'échelle nationale.

Dans le contexte malien, les raisons sous-jacentes à l'adoption des comportements sexuels à risque spécifiquement chez les jeunes demeurent méconnues. Dans le cadre du Programme National de Lutte contre le Sida (17, 18) des efforts considérables ont été déployés afin d'améliorer la surveillance épidémiologique et de réduire la transmission du VIH/SIDA en ciblant particulièrement les groupes à risque élevé, notamment : les travailleuses du sexe, les routiers, les vendeuses ambulantes, les aides ménagères, et le personnel d'exploitation industriel (mines, complexes agro-forestiers). Par contre, les jeunes ont été souvent négligés.

Les conditions dans lesquelles les jeunes africain(e)s débute leur vie sexuelle sont menaçantes; l'initiation sexuelle est souvent précoce et les premiers rapports sont rarement planifiés et conséquemment, ils sont souvent non protégés (19). Jusqu'à présent, les gouvernements africains et l'aide internationale n'ont pas déployé assez d'efforts dans la prévention pour permettre même de ralentir le nombre d'infections au VIH, et très peu de ressources sont investies pour amener les jeunes à développer les capacités nécessaires pour faire des choix en faveur de leur santé. Certains efforts se sont avérés prometteurs en ce qui concerne le changement des comportements sexuels chez les jeunes. Les jeunes représentent l'espoir de changer le cours de

² *Abstinence Be faithfull Condom*

l'épidémie car ils sont généralement plus aptes que les plus vieux à adopter des nouvelles habitudes préventives.

1.1.4. La vulnérabilité des femmes

Les femmes sont infectées de façon disproportionnée par rapport aux hommes. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, on estime que 4.6% (4.2-5.5%) des femmes et 1.7% (1.3-2.2%) des hommes vivaient avec le VIH en 2005 (1). Au Kenya et en Zambie, l'incidence chez les jeunes filles adolescentes a été rapportée comme étant six fois plus élevée que celle des garçons du même âge (20). Il est entendu que des facteurs autant biologiques (taux d'hormones, le cycle menstruel, le pH des sécrétions vaginales, l'écosystème vaginal) que sociaux (rapports inégaux entre les genres, précarité économique, violence sexuelle) sont à l'origine de ce phénomène.

Les relations sexuelles en bas âge constituent un risque pour l'infection au VIH, d'une part, parce que les caractéristiques de l'environnement vaginal des adolescentes sont particulièrement favorables à l'infection au VIH à cause du niveau d'œstrogène plus faible et une lubrification moins abondante des parois vaginales (21), et d'autre part, parce que le risque de saignement est plus élevé lors des premiers rapports sexuels. De plus, la jonction entre le col et le vagin est très vulnérable aux infections virales due à la quantité significative de divisions cellulaires (22, 23). La prévalence de maladies ulcéraives chez les jeunes femmes, notamment l'infection au virus de l'herpès type-2 (HSV-2), semble grandement

contribuer à la vulnérabilité des femmes face à la propagation du VIH/SIDA (24, 25).

Néanmoins, les connaissances actuelles ne permettent ni de rendre compte de ce phénomène, ni d'expliquer les importantes variations géographiques qui existent dans les tendances de cette épidémie sur le continent africain. Les campagnes de prévention ont souvent abordé la question des femmes, de leur vulnérabilité et des rapports entre les genres, mais il semblerait que des facteurs primordiaux propres aux femmes aient été négligés lors des mises au point des stratégies de prévention du sida dans les deux dernières décennies.

1.2. Objectif de la recherche

L'objectif général de cette recherche était d'approfondir les connaissances relatives aux comportements sexuels à risque pour le VIH/SIDA chez les jeunes de 15-24 ans dans un contexte socioculturel malien. En suivant une approche d'épidémiologie sociale, axée sur les facteurs sociaux qui influencent le risque, cette recherche fut articulée dans le but de compléter les études classiques CAP (connaissances, attitudes³ et pratiques) en enrichissant particulièrement l'information sur la construction sociale⁴ de la sexualité⁵ et des rapports entre les genres chez les jeunes. L'étude visait spécifiquement à développer et valider un instrument complet pour la surveillance des comportements sexuels à risque et utiliser celui-ci afin de

³ Voir le lexique pour la définition

⁴ Voir le lexique pour la définition

⁵ Voir le lexique pour la définition

dresser le profil de risque des jeunes femmes et hommes et de décortiquer les relations qui existent entre facteurs individuels, relationnels et psychosociaux qui influencent les comportements sexuels. Au terme de cette recherche des modèles illustrant les bases théoriques des comportements sexuels à risque chez les jeunes ont été proposés.

1.3. Justification théorique

1.3.1. Approche d'épidémiologie sociale

Depuis l'avènement du sida, la sexualité a été l'objet de multiples investigations épidémiologiques et socio-anthropologiques. Alors que l'épidémiologie s'est historiquement intéressée aux prévalences des rapports non protégés et des multi-partenariats sexuels comme facteurs de diffusion de l'infection au VIH, l'anthropologie s'est attardée à mieux comprendre les rapports entre femmes et hommes et les sentiments amoureux. La force des choses a incité la rencontre des disciplines et engagé des réflexions interdisciplinaires permettant de rendre compte de la complexité du phénomène de risque sexuel (26).

L'épidémiologie sociale s'inscrit dans ce courant de recherche holistique sur les déterminants de la santé. Cette approche, maintenant bien ancrée dans le champ de l'épidémiologie, s'attarde sur le rôle fondamental des facteurs sociaux et sociétaux dans la transmission de la maladie (27). L'épidémiologie sociale conceptualise le risque sexuel comme étant multi-causal et multi-niveau. Ainsi, les réseaux de contacts sexuels qui augmentent la vulnérabilité à l'infection au VIH sont formés par

des individus appartenant à des contextes sociaux et structureaux particuliers. La sexualité n'est pas un phénomène isolable mais s'inscrit dans les normes et les valeurs culturelles de chaque groupe social et peut être influencée par des facteurs aussi globaux que les conditions économiques et le climat politique (droits et législations) qui règnent à un moment donné.

L'approche théorique empruntée lors de nos études se fonde sur deux constats : le premier étant que la sexualité doit être définie dans son contexte socioculturel comme objet de socialisation (28). La sexualité est définie comme étant non seulement l'ensemble des comportements sexuels, mais tout le bouillon de croyances et de valeurs liées au sexe. Ainsi, le regard que nous posons sur la sexualité ne se limite pas à la santé reproductive et aux relations hétéro-normatives entre les femmes et hommes, mais tente de construire une symbolique émergeant de la culture et des interactions entre groupes sociaux.

Le deuxième constat étant qu'il existe une hiérarchie dans les relations entre les déterminants des comportements sexuels à risque (29). Des facteurs prédisposants tels le statut socio-économique et les événements au début de la vie sexuelle établissent le fondement du risque sexuel. Ensuite, les facteurs relationnels, tels la communication avec l'entourage et l'utilisation de diverses sources d'information se situent dans le chemin entre les facteurs prédisposants et les facteurs psychosociaux qui sont à leur tour directement reliés à la prise de décision sur les comportements sexuels. Les comportements de l'individu tel qu'ils sont perçus dans ce modèle

conceptuel, sont les fruits d'un processus de socialisation, par lequel l'individu n'est pas maître à part entière de ses actions, contrairement à ce qui est proposé par les modèles sociocognitifs courants. Cette approche nous a permis de mieux caractériser les sous-groupes vulnérables et de comprendre les voies qui mènent à une prise de risque chez les jeunes femmes et hommes.

1.3.2. Perspective de genre⁶

À Bamako en 1995, lors de la *Journée Mondiale de Lutte contre le Sida*, l'accent fut porté sur les femmes. On a déclaré qu'il y avait plus de femmes contaminées que d'hommes (30). C'est ici une réalité largement répandue sur tout le continent africain. Ce constat invite d'ores et déjà à considérer le genre, au même titre que la pauvreté et les inégalités sociales comme une force structurante qui influence la diffusion du VIH à travers les groupes sociaux (31). L'inégalité entre les genres et les inégalités socioéconomiques sont deux paradigmes permettant de comprendre la condition des femmes dans les pays en développement (32). Pauvreté, abus, violence, manque d'accès à l'éducation et au travail proprement rémunéré sont le sort de nombreuses femmes dans les sociétés patriarcales. C'est dans ce contexte de vulnérabilité que se propage le virus du sida (33). La perspective de genre sur la santé se doit d'adresser le droit de contrôle des femmes sur tous les aspects touchant à leur bien-être, incluant l'égalité dans les relations sexuelles et dans la reproduction (*La Plate-forme d'action produite par la 4^e conférence sur la femme, Beijing 1995*) (34).

⁶ Voir le lexique pour la définition

Notre approche, a porté une attention particulière, non seulement à la division inhérente qui existe entre les genres mais à la notion cruciale du genre comme facteur structurant de l'épidémie. Pour ces raisons, seront illustrés dans cette thèse des scénarios féminins et masculins de prise de risque.

1.4. Justification méthodologique

L'étude proposée est constituée d'une phase qualitative (article 1, section 4.1.) et d'une phase quantitative (article 2, section 4.3. et section 4.4.) de devis transversal. Nous avons préconisé cette combinaison méthodologique pour plusieurs raisons. Premièrement, la phase qualitative a permis d'ancrer la recherche dans son contexte socioculturel. Deuxièmement, l'ensemble des verbatim obtenu au cours de cette phase a guidé le développement d'un questionnaire complet de surveillance comportementale adapté aux jeunes femmes et hommes dans un contexte ouest-africain. Troisièmement, les questions émergeant en partie des entretiens qualitatifs ont pu être validées lors de l'étude par enquête.

Dans le cadre de l'étude par enquête, nous nous sommes basés sur trois indicateurs de risque sexuel propres à la population d'adolescents et de jeunes adultes (15 à 24 ans) proposés par l'ONSUIDA (35): l'utilisation du condom au dernier rapport sexuel, le multi-partenariat sexuel et la précocité de la première relation sexuelle. L'ensemble de ces indicateurs reflète des conditions de risque distinctes qui peuvent toucher différents sous-groupes et qui peuvent impliquer des facteurs différents et par conséquent, ils peuvent découler de processus sociaux différents. Nos analyses

se sont concentrées sur les comportements d'utilisation du condom et de multi-partenariat sexuel, se prêtant mieux au devis transversal que l'étude de l'âge au premier rapport sexuel. Des modèles de régression logistique avec entrée hiérarchique ont été développés pour ces deux indicateurs permettant ainsi de formuler des explications autour de la prise de risque sexuel de ces jeunes personnes.

1.5. Plan et contenu de la thèse

Dans la section «état des connaissances», nous dressons dans un premier temps, un rapide tableau de la situation épidémiologique du VIH/SIDA afin de prendre connaissance des réalités sub-sahariennes et particulièrement maliennes. Dans un deuxième temps nous étayons cet état des lieux en présentant les acquis en matière de transmission par voie sexuelle du VIH/SIDA. Dans un troisième temps, nous présentons le modèle conceptuel permettant de prendre en compte la multifactorialité et multi-dimensionnalité des déterminants des comportements sexuels à risque. Dans la section « stratégie de recherche » nous exposons notre méthodologie et décrivons le contexte général du Mali et de sa population. Le corps de la thèse est constitué des résultats de travaux menés à Bamako auprès d'adolescent(e)s et jeunes adultes qui ont aboutis à la rédaction de deux articles scientifiques et deux chapitres constitués de résultats supplémentaires.

Le premier article traite de la construction sociale et culturelle de la sexualité chez les jeunes femmes et hommes de Bamako. Précédant le second article, est inclus un chapitre présentant les résultats d'analyses descriptives effectuées sur notre

échantillon. Le second article décrit le processus de validation d'un instrument de surveillance comportementale adapté pour cette même population. Dans le dernier chapitre des résultats, il est question de l'élaboration d'un modèle permettant de mieux saisir la prise de risque sexuel avec une perspective de genre. En conclusion nous mettons en relief les acquis de notre travail en discutant les résultats et en élaborant une série de recommandations pour la gestion du risque de transmission du VIH/SIDA chez les adolescents et jeunes adultes dans les populations ouest-africaines.

2. États des connaissances

La littérature sur l'épidémie du VIH est une des plus abondantes à l'heure actuelle. Une panoplie d'aspects relatifs à cette épidémie a été examinée, de la biologie moléculaire, à l'épidémiologie en passant par l'anthropologie. Sans vaccin efficace pour lutter contre le VIH, une attention s'est portée vers l'étude des déterminants biologiques et sociaux de l'infection en vue de limiter la propagation de l'épidémie. Certains chercheurs se sont concentrés sur l'identification et la caractérisation des populations à haut risque alors que d'autres se sont penchés sur les aspects biologiques de la transmission du VIH. L'épidémie du VIH, comme toute autre épidémie qu'a connue l'histoire de l'humanité, affecte particulièrement les plus pauvres et démunis de la planète même si de larges pans de tous les niveaux socio-économiques sont atteints. Les populations vulnérables sont par le fait même, les groupes sous-instruits, sans ressources financières et ayant peu de contrôle sur leur vie.

2.1. Épidémiologie de l'infection au VIH/SIDA en Afrique Subsaharienne et au Mali

L'Afrique montre une hétérogénéité notable des taux d'infection. L'Afrique australe reste l'épicentre de l'épidémie mondiale de sida. Avec une prévalence pouvant atteindre jusqu'à 40% dans les régions les plus touchées, comme le KwaZulu-Natal. Néanmoins, certaines données suggèrent que l'épidémie s'est

stabilisée dans certains pays d'Afrique australe (Botswana et Lesotho) et d'Afrique de l'est (Rwanda et Tanzanie) et que l'incidence pourrait être en cours de ralentissement au Zimbabwe et au Kenya. L'adoption des comportements préventifs semble contribuer à la baisse du taux d'infection. Les études menées dans les 44 communautés du Rakai en Ouganda sont fréquemment citées à titre d'exemple de réussite suggérant que les pratiques préventives peuvent changer le cours de l'épidémie (36-38). L'impact du changement des comportements sur la tendance de l'épidémie a été contesté comme étant trop optimiste, laissant entendre que d'autres facteurs, dont l'augmentation de la mortalité, étaient responsables d'une proportion significative de la baisse de prévalence (39, 40). Malgré la controverse sur le sujet, les chercheurs s'entendent pour affirmer que l'utilisation du préservatif avec les partenaires occasionnels - qui est maintenant beaucoup plus répandue dans cette région - a probablement contribué à la baisse de prévalence observée au Rakai (41).

La sous-région ouest-africaine a toujours été moins touchée que l'Afrique australe et l'Afrique de l'est. L'épidémie en Côte d'Ivoire est la plus sévère de l'Afrique de l'ouest avec une prévalence parmi les femmes enceintes des zones urbaines autour de 10% depuis 1997, mais le Nigéria avec ses 4% de prévalence, compte environ 3.6 millions de personnes vivant avec le VIH. Le Mali constitue, avec le Sénégal, les pays à prévalence faible dans la sous-région, avec des taux d'infection de la population générale qui restent inférieurs à 2% (1). Toutefois, au Mali, les résultats les plus récents de la surveillance sentinelle chez les femmes enceintes ont montré que la prévalence est de 3.4%; taux qui catégorise le Mali comme pays à épidémie

VIH/SIDA généralisée⁷ (42). On note aussi que les jeunes femmes de 15 à 24 ans (1.4%) sont plus touchées par l'épidémie que les hommes du même âge (0.3%) (43).

Très peu de données sont collectées et analysées afin d'assurer un suivi efficace de l'épidémie, par conséquent le nombre de cas déclaré ne reflète pas l'état actuel de l'épidémie. Il est difficile d'évaluer l'ampleur du potentiel que peut prendre l'épidémie au Mali. Peu d'études ont été menées sur les comportements sexuels à risque. On sait cependant que la prévalence déclarée des infections sexuellement transmissibles (IST) et la déclaration spontanée de leurs symptômes sont élevées au pays, et particulièrement à Bamako où 13% des femmes ont dit avoir eu une IST diagnostiquée et jusqu'à 37% d'entre elles ont déclaré avoir eu des symptômes d'IST (écoulement vaginal ou une plaie) dans les 12 derniers mois. Dans plus de la moitié des cas, ces femmes n'ont pas informé le partenaire (44). Une enquête menée par le Ministère de la Santé du Mali et le *Center for Disease Control (CDC)* auprès de travailleuses du sexe et de quatre groupes sentinelles (coxeurs⁸, camionneurs, vendeuses ambulatoires, aides-familiales) particulièrement à risque de contracter une infection au VIH, a confirmé que la séroprévalence du VIH est élevée parmi les vendeuses ambulantes (6.7%) et les coxeurs (5.7%) (17). Ces données témoignent d'un fort potentiel d'extension du VIH dans les années à venir.

⁷ L'épidémie du VIH/SIDA est dite « généralisée » lorsque la prévalence dans les groupes à risque (travailleuses du sexe) est > 5% et la prévalence dans la population générale est > 1%

⁸ Coxeurs : (généralement des jeunes hommes) travaillant dans les gares routières et s'occupant d'aller chercher et de diriger les clients

Le VIH progresse au Mali essentiellement par contacts hétérosexuels. Le multipartenariat y est répandu (43). C'est chez les hommes et les femmes qui ne sont pas en union et particulièrement chez ceux et celles vivant en zone urbaine et ayant un niveau secondaire d'instruction qu'on observe plus de multipartenariats sexuels. Par contre, ce sont les hommes et les femmes sans instruction vivant en zone rurale qui utilisent le moins le préservatif. Néanmoins, l'utilisation du condom demeure faible même dans la capitale; moins de la moitié des bamakois et une bamakois sur cinq a fait usage du condom lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire autre que le conjoint (43).

2.2. Transmission du VIH/SIDA par contact sexuel en Afrique subsaharienne

L'épidémie du VIH/SIDA en Afrique subsaharienne est dirigée essentiellement par les comportements sexuels des individus. Les caractéristiques des relations et du réseau auquel celles-ci appartiennent déterminent le risque encouru par l'individu. Cependant, le manque de variabilité dans les comportements sexuels entre certains pays à haute et à basse prévalence, suggère que les différences dans les comportements sexuels ne peuvent expliquer la propagation exponentielle du virus du sida dans certains pays. Les fortes variations géographiques en terme de séroprévalence suggèrent que des facteurs biologiques (45) et génétiques (46-48) agissent comme catalyseur de la transmission de VIH. Les variations importantes dans la diffusion de l'épidémie du VIH sont encore mal comprises et, dans l'état

actuel des connaissances, il est impossible de prendre en compte tous les facteurs permettant de comprendre la dynamique de l'épidémie et d'en prédire l'ampleur.

La modélisation mathématique de la dynamique de transmission des maladies infectieuses par voie sexuelle tente de caractériser la distribution des comportements à risque, les réseaux sociaux et types de relations qui existent entre les différents groupes d'individus afin de mesurer et prédire la dynamique de l'épidémie du VIH/SIDA. Les réseaux de contacts dans une population jouent un rôle central dans l'exposition et l'acquisition de maladies infectieuses. Les contacts ne sont pas aléatoires, ils se font aussi par choix social. Par conséquent, la propagation du sida dans une population reflète ces choix sociaux.

Il a été établi par cette modélisation que le nombre basique de reproduction (R_0)⁹ doit être plus élevé que 1 ($R_0 > 1$) pour que la maladie continue à se propager dans la population. Or, ce nombre est le produit de trois aspects importants des IST : la probabilité de transmission lors d'une relation sexuelle (p), la durée de la période de la phase infectieuse (d) et le nombre effectif de contacts sexuels par unité de temps (c)¹⁰. Le R_0 n'est pas spécifique à un agent infectieux, il est différent selon les environnements sociaux et les types de contacts (hétérosexuels, homosexuels, par voie intraveineuse); pour cette raison le R_0 parmi les utilisateurs de drogues injectables est plus élevé que le R_0 dans une population où le contact est purement

⁹ R_0 = Nombre moyen de personnes qui seront infectées par cas de maladie en supposant que la population entière est susceptible. Ceci n'inclut pas les nouveaux cas d'infection qui sont produits par les cas secondaires. Par définition, tous les individus sont susceptibles dans la population, mais en réalité, ceci n'est pas le cas, car la susceptibilité n'est pas égale d'un individu à l'autre.

¹⁰ $R_0 = pdc$

hétérosexuel. De plus, le taux d'incidence ($I(t)$) dans le cas d'IST comme le VIH/SIDA, dépend de la séroprévalence à un temps donné ($P(t)$), du taux constant de contacts dans la population (c) ainsi que la probabilité de transmission (p)¹¹. L'estimation de la valeur de certains paramètres, comme la probabilité de transmission, est conditionnelle à la connaissance d'information qui est souvent inaccessible (par exemple connaître si effectivement il y a eu contact entre un individu infecté et un hôte susceptible), ce qui rend la modélisation de la relation entre les paramètres excessivement complexe. (49).

L'exposition à l'agent infectieux est un facteur nécessaire pour l'occurrence de la maladie et il sera le centre d'intérêt de cette thèse. Les déterminants de l'exposition au virus sont de nature biologique ou psychosociale et les effets qu'ils exercent sont directs ou indirects. Parmi les variables indirectes, on distingue toutes les variables de contexte qui influencent le risque de transmission en modifiant par exemple les comportements. Le VIH trouve son élan de diffusion dans le contexte économique, politique et social qui règne. L'inégalité des classes sociales et entre les femmes et les hommes est de plus en plus perçue comme un aspect crucial qui favorise la transmission du VIH et entrave l'implantation d'interventions potentiellement bénéfiques.

¹¹ $I(t) = cp(P(t))$ C'est la probabilité qu'un individu susceptible soit infecté dans un unité de temps

2.2.1. Analyse des comportements sexuels associés à l'infection au VIH/SIDA

La probabilité d'exposition au VIH dépend principalement de l'intensité de la vie sexuelle et des caractéristiques du réseau de contact. L'âge d'entrée en sexualité marque le début de l'exposition au risque d'infection. L'entrée précoce dans la vie sexuelle et les circonstances qui l'entourent semblent augmenter le risque d'infection au VIH surtout chez les jeunes femmes (50, 51) chez qui la prévalence au début de la vie sexuelle peut-être jusqu'à 6-fois supérieure à celle des hommes (20). Ce sont les échanges avec des hommes plus âgés qui expliqueraient une grande partie de la prévalence disproportionnée chez les jeunes africaines (52, 53).

Le nombre de partenaires et la fréquence des relations définissent l'intensité de la vie sexuelle. Le virus du sida, comme les autres microbes sexuellement transmissibles, se transmet lors d'un contact d'un-à-un. Les risques sont d'autant plus grands qu'un individu a des relations avec plusieurs partenaires qui à leur tour ont d'autres partenaires et ainsi de suite. La relation qui existe entre le nombre de partenaires sexuels et l'infection au VIH a été confirmée par plusieurs études (54-57). Encore faut-il considérer que ces relations peuvent être ponctuelles, occasionnelles ou régulières, concomitantes ou sérielles. Selon les conventions de ONUSIDA, l'indicateur le plus recommandé pour décrire le risque chez les jeunes de 15 à 24 ans est le fait d'avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours de la dernière année (35).

Les relations sexuelles ne se font pas de façon aléatoire mais répondent à des règles sociales, culturelles, et économiques qui définissent le type de relations dans la société. L'épidémiologie et certaines disciplines connexes de la sociologie, telle la sociométrie, se sont donc intéressées à la dynamique des réseaux sexuels comme déterminants de la propagation d'épidémies d'IST (58). Les événements « macro », tels les guerres, les crises économiques, les catastrophes naturelles, l'immigration, favorisent la désorganisation des réseaux sociaux « naturels » et par conséquent la formation de nouveaux liens entre les réseaux. Cette désorganisation des réseaux sociaux peut être d'une importance cruciale dans le processus d'extension de l'épidémie (49). Certains rapports sont plus risqués que d'autres dépendamment du type de partenaire. Les relations sexuelles hors-mariages, les relations avec les professionnelles du sexe ou avec des utilisateurs de drogues injectables sont perçues plus à risque que les relations avec le/la partenaire stable. Les sous-groupes de la population qui ont été identifiés comme étant à haute prévalence (groupe noyau) constituent un potentiel de diffusion du virus s'il y a un flux d'échanges sexuels vers la population générale; on pense notamment aux clients des professionnelles du sexe (59, 60) et les hommes ayant des relations sexuelles avec des femmes et des hommes. La notion de «groupe pont» a couramment été employée dans la littérature pour décrire le lien qui existe entre les groupes à risque et la population générale; mais cette typologie est souvent imprécise même erronée, puisqu'elle tend à minimiser la complexité réelle qui existe en terme de type de relations entre les gens. À titre d'exemple, on prend le cas des relations sexuelles commerciales en Afrique-subsaharienne qui ont plusieurs visages.

Dans plusieurs pays sur le continent africain, la dépendance de la femme vis-à-vis l'homme crée une variété de relations transactionnelles¹², de la semi-prostitution estudiantine à la prostitution officielle qui n'est que la pointe de l'iceberg. Certaines études illustrent bien la diversité des relations transactionnelles et la clandestinité dans laquelle elles se produisent (61, 62) .

En plus des comportements sexuels qui déterminent le risque d'exposition au virus du sida, l'utilisation du préservatif (63), le type de pratiques sexuelles (vaginales, anales, orales) (64), la circoncision (65-67), les IST concomitantes (24, 68, 69), et la charge virale du partenaire (70, 71) peuvent influencer le risque de transmission lors d'un contact sexuel. L'efficacité prophylactique du préservatif contre le VIH et les autres IST est prouvée (80%) (63). Malgré cela, la relation entre l'usage du préservatif et l'infection au VIH demeure théorique dans la majorité des cas. Sur dix études s'étant attardées à la relation entre le port du condom et l'infection au VIH, seules deux études ont pu établir une association significative et, paradoxalement, d'autres études rapportent une association positive entre l'utilisation du condom et l'infection au VIH. Ce constat, qui a été fortement débattu au sein de la communauté scientifique. Les devis transversaux ne permettant pas d'établir la séquence temporelle des événements, rapportent cette association qui peut s'expliquer par le fait que, l'utilisation du condom est fortement corrélée à la prise de risque par

¹² Nous appelons *relation transactionnelle* toute relation au cours de laquelle il y a échange d'argent, de cadeaux, de faveurs ou toute autre forme de soutien matériel ou financier (paiement de la scolarité, matériel scolaire, nourriture). La relation transactionnelle inclus, mais ne se limite pas à la relation commerciale.

l'individu et par conséquent, elle est souvent confinée aux populations à plus haut risque et aussi à plus haute prévalence (72). Les indicateurs de risque comportemental proposés pour le groupe d'âge de 15 à 24 ans sont : l'utilisation du préservatif lors dernier rapport sexuel pour ceux qui ne sont pas en union, ou l'utilisation du condom lors de la dernière relation avec un partenaire non-cohabitant. Ces indicateurs limitent le biais lié la mémoire imprécise, mais n'offrent pas de mesure de la consistance d'utilisation.

En conclusion, la probabilité d'être exposé au VIH dépend d'un vaste ensemble de facteurs biologiques, sociaux et environnementaux. Les déterminants d'exposition liés aux comportements sont constitués par les indicateurs-clés suivants; l'âge d'entrée en sexualité, le nombre de partenaires sexuels sur une période de temps définie et l'utilisation du préservatif au dernier rapport.

2.2.2. La culture sexuelle en Afrique Sub-saharienne et au Mali

Si la tendance à considérer l'Afrique comme un village est exagérée et conduit à des abus théoriques dans les analyses des problèmes de ce continent – on peut certainement retrouver des similitudes dans les manières dont les sociétés africaines s'adaptent à l'évolution des mœurs mondiales. Sur la question du sexe-la société africaine est longtemps demeurée sous l'emprise d'un schéma de perception tenace par rapport à la sexualité; gouvernée d'une part, par la culture ancestrale spécifique aux diverses lignées ethniques, et d'autres part, hautement influencée par les courants religieux répandus par le biais du commerce (Islam) ou par la

colonisation (Christianisme). La sexualité, et ce qu'elle représente à l'heure actuelle pour les jeunes africains et africaines, se construit par l'agencement de plusieurs types de discours caractéristiques de notre époque et du contexte culturel (73).

Premièrement, celui de l'orthodoxie religieuse, islamique ou chrétienne par lequel le code de conduite et les relations femmes-hommes sont dictés. Deuxièmement, le régime d'interdits et de prescriptions traditionnellement soutenu par les coutumes ancestrales patriarcales toujours très présentes surtout en zones rurales. Troisièmement, les discours médicaux-moraux diffusés dans nombreuses campagnes de prévention contre le sida. Et finalement, le discours de la jeunesse libérale et moderne; celui du sensualisme qui a été développé par la culture cinématographique, la musique, le style vestimentaire des pop-stars occidentaux. Par l'amalgame de ces discours, on assiste en effet à la remise en cause du grand code de moralité traditionnel et religieux et à l'élaboration d'une attitude nouvelle à l'égard de la sexualité (74, 75).

Les études qualitatives de type ethnographique offrant une analyse plus approfondie de la sexualité nous renseignent sur la construction sociale et culturelle de la sexualité dans l'ère du sida et nous renvoient maintenant l'image d'une adolescence moderne en pleine mutation, à la fois enracinée dans la sexualité coutumière et attirée par les figures multiples de la culture contemporaine (76). Cette jeunesse apparaît à la fois dynamique et vulnérable, prometteuse et menaçante. Il importe de

bien la connaître et de comprendre sa représentation de la sexualité et tout ce qui l'englobe pour mieux l'informer et l'éduquer.

L'adolescence est une période de la vie qui se caractérise par le passage de l'enfance à la vie adulte. Elle correspond surtout à une période d'apprentissage et de restructuration des rôles sociaux. Elle est marquée par des changements physiques, notamment le développement de la sexualité et aussi par des changements psychologiques, souvent perçus comme une turbulence émotionnelle et affective. Une période d'adolescence existe dans chaque société humaine, mais peut prendre des formes très diverses. Chaque société se fait une idée de ce qu'est l'adolescence, ou de ce qu'elle devrait être; il y a donc des représentations sociales différentes de l'adolescence (77).

En Afrique, la notion d'adolescence est mal cernée, les jeunes passant directement du statut d'enfant à celui d'adulte (78). Traditionnellement, la puberté signifiait la rentrée dans l'âge adulte et les jeunes filles se mariaient jeunes. L'introduction de la scolarité a produit un allongement de l'adolescence et une période de jeunesse surtout pour les filles (79). La reconnaissance d'adolescence comme l'éveil sexuel est relativement difficile à reconnaître pour certaines cultures plus rigoristes, puisqu'elle implique une reconnaissance de l'expérimentation sexuelle comme une pratique relativement normale à cet âge (80). Souscrire à un tel constat, c'est admettre que le sujet adolescent se trouve dans un contexte psycho-sexuel particulier. Certaines sociétés africaines, dont les Xhoas en Afrique du Sud, les

Sénoufo de Côte d'Ivoire, les Masai du Kenya et les Mossi du Burkina Faso (81) reconnaissent, plus que d'autres, l'expérimentation sexuelle et particulièrement le fait d'essayer divers partenaires avant le mariage (82).

Dans la pensée religieuse, qu'elle soit chrétienne ou islamique, on retrouve un acharnement résolu à lutter contre le vice de la promiscuité ou des relations pré-nuptiales. Le Mali est un pays laïc à majorité musulmane qui est généralement reconnu parmi les pays africains comme modèle de démocratie, de sécularisme et de tolérance. Les codes de la loi s'inscrivent sur le modèle européen, mais il est fréquent de voir s'appliquer des principes légaux islamiques qui dérivent du *fiqh* (jurisprudence arabe) lorsqu'il est questions des affaires de la vie privée (83). Quoiqu'il n'y ait pas une façon unique d'être musulman au Mali, le code moral islamique gouverne la vie de tous. Ainsi, les maliens ont tendance à réagir fortement lorsqu'il est question de permissivité – sexuelle en particulier. Par exemple, dans les années 1990, nombreux on montré leur mécontentement face au fait que les boîtes de nuit et maquis¹³ pouvaient rester ouverts durant le mois sacré du Ramadan et des menaces de violence ont été faites en réaction à la diffusion publique de films au contenu pornographique dans les cinémas de Bamako (83).

Dans la culture islamique, le rôle des hommes et des femmes est bien défini. Les hommes ont la responsabilité de subvenir aux besoins de leurs femmes et enfants, ils leur doivent la sécurité et la protection. L'Islam porte une emphase particulière sur le

¹³ À Bamako, les maquis sont des lieux de rencontre pour les jeunes. Le maquis est généralement une terrasse, où il est possible de consommer de la bière et de la nourriture – la musique est nécessairement forte et l'ambiance est festive.

comportement adéquat des femmes. Le mariage et la procréation sont des devoirs religieux et forcément la seule alternative des femmes, qui sont avant tout des épouses et des mères. Dans les pays africains à domination islamique, les normes religieuses restent prégnantes et situent le destin féminin dans le mariage et la maternité (84). La maternité est une valeur particulièrement importante dans la société malienne et les femmes n'ont parfois pas le contrôle sur leur rythme de procréation. Ainsi il arrive que celles-ci utilisent des méthodes contraceptives clandestines afin de diminuer leur charge familiale (85). Comme il a été décrit dans une étude sur la polygamie au Sénégal, les attitudes des femmes concernant leur vie matrimoniale découlent de leur statut de dépendance dans la société (84). La socialisation des femmes les conduit à privilégier le mariage et à survaloriser l'importance de l'homme pour les entretenir et leur donner un statut social valorisé. La pression sociale est telle vis-à-vis du mariage que certaines femmes sénégalaises non mariées sont prêtes à entrer dans une union polygamique, et à conforter, malgré elles, cette institution (84).

La polygamie est un des traits majeurs du régime de nuptialité en Afrique subsaharienne. Au Mali, comme dans nombreux pays africains, l'Islam a en quelque sorte sacralisé l'institution de la polygamie (83). La polygamie est reconnue dans la législation moderne et le code malien de la famille (86). L'égalité des coépouses est soulignée dans le code qui stipule qu'en cas de polygamie, chaque épouse peut prétendre à l'égalité de traitement par rapport aux autres. La vision de la femme malienne est ainsi divisée entre une vision à travers la tradition et une vision à

travers l'Islam (86). La doctrine islamique accorde une place essentielle au principe de la fidélité sexuelle réciproque dans l'union conjugale. Mais en pratique il apparaît que la contrainte de fidélité des hommes à l'égard de leurs épouses ne parvient pas à s'imposer (73).

Dans nombreuses sociétés africaines, les familles, soucieuses de protéger leur progéniture et, de cette manière, leur lignée, ont traditionnellement exercé un discret mais rigoureux contrôle sur le choix du partenaire (81). Bien que souvent laissé au choix de l'individu, ce choix est fortement appuyé par les parents et les oncles et tantes. Au Burkina Faso par exemple, la grande majorité des mariages se réalisent encore selon les règles du droit coutumier plus ou moins modifiées en fonction des appartenances religieuses des familles et des époux (81). Les adultes sont détenteurs du savoir (78). Le rôle d'éducateur dans la vie sexuelle de leurs enfants est d'autant plus important quand il s'agit de les mettre à l'abri de la promiscuité jugée dangereuse et dépréciatrice. Selon la position de la famille dans les réseaux matrimoniaux, on insiste sur le danger des pratiques sexuelles anarchiques (87) et des alliances extra-ethniques. Le devoir de fidélité de la femme est ainsi étroitement lié au principe de patrilinéarité qui est au fondement de l'édifice social de nombreux groupements ethniques africains (81). Les attentes parentales provoquent parfois une forte ambivalence, en appliquant deux poids et deux mesures aux filles et aux garçons. En effet, il arrive que les normes sexuelles imposées aux filles encouragent la chasteté alors qu'elles encouragent l'expérimentation sexuelle pour les garçons. Tel est le cas des Kikuyu du Kenya (88). Les systèmes familiaux et sociaux en

vigueur, malgré les transformations de toutes sortes survenues depuis les indépendances, conservent toujours les marques des modèles traditionnels, plaçant la femme en relation de dépendance vis-à-vis l'homme en général (89).

Les normes sexuelles imposées par les parents sont modifiées en fonction des changements sociaux et des caractéristiques économiques. La tendance à l'endogamie disparaît par la force de mouvements sociaux dans les villes africaines. Les groupes les plus intégrés à la vie urbaine vivent sous le signe du changement permanent; tel est le cas de Bamako, la métropole malienne (90). Le déracinement ethnique et l'individualisation des gens en milieu urbain; parallèlement à la paupérisation des jeunes (femme particulièrement) sans emploi et à la recherche permanente de meilleures conditions de vie, engendre un mixage complexe entre les sous-groupes différents en termes de lignées ethniques, statuts sociaux et âges (90).

Les messages largement diffusés lors des campagnes de sensibilisation pour la prévention du sida ont participé à un changement qui est devenu, au fil du temps, déterminant dans la conception de la sexualité (74). En théorie, ces messages visaient initialement à informer de l'existence du sida et des dangers des relations sexuelles non protégées plutôt qu'à écraser les manifestations de la sexualité sous une avalanche d'interdits. Mais en pratique, les messages de prévention établissent davantage une correspondance entre les principes moraux et les responsabilités sociales auxquels les jeunes doivent être initiés. Avec la diffusion, la prise en compte des dangers du sida des autres IST et puis l'acceptation timide mais graduelle des moyens de protection contre ces maladies, les perceptions de la sexualité se sont

modifiées (74). Le rôle d'une éducation sexuelle suivie et intégrée est devenu à cet égard primordial. En dépit d'une timide volonté de considérer des éléments éducatifs novateurs, les grands codes de moralité défendus par les traditions ancestrales et surtout par l'orthodoxie religieuse (anti-condom, anti-avortement) se sont vus peu à peu vidés de leur substance et de leur pertinence sous l'effet des bouleversements causés par l'avènement du sida comme « maladie du sexe ». Graduellement, en même temps que s'affaïsse l'ancienne rigidité morale, s'élaborent les termes d'une problématique nouvelle de l'adolescence et de la jeunesse, par la même occasion, de l'éducation sexuelle et de la reconnaissance de l'adolescent comme être sexuellement sophistiqué.

La restitution des messages n'entraîne pas nécessairement l'adhésion à ceux-ci. L'utilisation du condom en est un bon exemple. Le préservatif n'a jamais été très populaire en Afrique sub-saharienne malgré l'engagement des informateurs de prévention. Une littérature multiculturelle nous renseigne sur les diverses représentations populaires de cet objet de prévention qui suscitent le plus de réticences à son égard. « *Fidélité ou capote* » était la formule communément utilisée en Afrique francophone pour sensibiliser les gens à mieux se protéger contre le VIH (81). La signification accordée à la valeur morale de ce message correspond au cadre social et culturel dans lequel il s'inscrit. Ainsi, quand le préservatif n'est pas perçu comme un moyen de contraception, il est unanimement associé à une relation instable, précaire et potentiellement déshonorante. Le condom est encore perçu comme symbole de promiscuité et de vagabondage sexuel (91). Le condom est

manifestement plus utilisé qu'avant, même s'il continue de ne concerner que certain type de rapports sexuels, notamment les relations commerciales et les relations avec les partenaires occasionnels (92, 93). L'utilisation du condom se fait dans le cadre de relations à risque – et n'est toujours pas bienvenu dans le contexte matrimonial. Les jeunes n'osent toujours pas acheter des condoms par peur de salir leur image (94). Le condom est aussi toujours un objet masculin, et dans une relation, son utilisation est contrôlée par l'homme. En achetant, en proposant ou en faisant usage du condom, les femmes sont particulièrement ostracisées et perçues comme des prostituées (95, 96).

L'occidentalisation, y compris l'urbanisation, la scolarisation et les médias a grandement influencé l'identité des jeunes africains et africaines. Les jeunes de l'Afrique d'aujourd'hui sont pris en étau entre les exigences de leur milieu traditionnel et les demandes prégnantes de l'occidentalisation. Les relations pré-nuptiales, autrefois condamnées, sont maintenant considérées réalistes. Pour les jeunes Ougandais, il est même prestigieux pour un homme d'avoir eu plusieurs copines (97). L'identité sexuelle contemporaine prend forme à mesure que les relations entre les genres se modifient. On a donc affaire à une reformulation des relations sociales des sexes et des générations (98). Les jeunes femmes et hommes revendiquent de plus en plus la liberté d'expression sexuelle et émotionnelle qui franchit les barrières ethniques et culturelles. Les tenues vestimentaires féminines témoignent de cette certaine liberté sexuelle. Beaucoup de jeunes femmes s'habillent de plus en plus selon leur désir de mettre en valeur leur corps et non plus

nécessairement en fonction des exigences religieuses (73). Le multipartenariat pré-nuptial est commun chez les jeunes femmes et les jeunes hommes et les infidélités sont mutuelles (73).

Dans le discours des jeunes, la relation sexuelle est dirigée par les besoins et en ce sens, c'est l'argent qui pervertit la sexualité (96, 99-102). Chacun tente de capitaliser les avantages de ces relations. Au Mali, il n'est pas inhabituel d'entendre dire que les jeunes filles considèrent les hommes comme des « bailleurs de fonds » (90).

Les jeunes lettrés sont particulièrement touchés par les messages d'information sur le sida. Des réseaux informels d'échanges d'information sur la sexualité se forment entre jeunes lettrés et non-lettrés, offrant une niche pour une transformation des relations sociales. Plusieurs enquêtes menées en Afrique témoignent de ce phénomène (98, 103-106). Le fossé des générations s'accroît et les parents perdent peu à peu leur rôle d'éducateur et d'informateur dans la vie sexuelle des enfants (107, 108). Si l'on considère la situation du Mali, une étude qualitative appuie ce constat. Les parents maliens, qui autrefois étaient considérés comme les grands pourvoyeurs du savoir, sentent qu'ils sont maintenant peu écoutés ou n'ont pas les connaissances nécessaires pour donner des conseils sur la prévention du sida (109).

En conclusion, la sexualité est construite par l'intersection de plusieurs discours : celui de la culture ancestrale, celui des courants religieux, celui des messages de

prévention sur la sexualité pathogène et celui de la sexualité de l'occident. Face aux ambivalences dans ces discours, l'identité sexuelle des jeunes à travers l'Afrique sub-saharienne est en crise. À cet égard, il apparaît nécessaire de reconstituer l'image que les jeunes maliens se font de la sexualité, c'est-à-dire de mettre à jour le système de signification par lequel la sexualité (en relation avec le sida) est comprise.

2.3. Modèle conceptuel

Notre approche s'alimente principalement à une théorie d'épidémiologie sociale renforcée au niveau de la composante sociocognitive. Les enquêtes et les stratégies de prévention du VIH/SIDA se sont avérées plus efficaces lorsqu'elles ont été guidées par des théories telles les modèles sociocognitifs existants (110, 111). De plus, les théories sociocognitives occidentales se sont avérées applicables dans des contextes multiculturels (112-115).

Plusieurs théories sur la psychologie de l'individu ont été développées afin d'expliquer et prédire les comportements. Ces théories, généralement fondées sur des construits "attitudino-cognitifs" et "affectif-motivationnels" ont servi de fondement à l'élaboration de stratégies de promotion de la santé et de prévention de la maladie. On pense notamment aux théories telles: la Théorie de l'Action Raisonnée et la Théorie du Comportement Planifié d'Ajzen¹⁴ (116, 117), la Théorie

¹⁴ Voir lexique pour plus de détails

d'Auto Efficacité¹⁵ de Bandura (118), la Théorie des Croyances Relatives à la Santé¹⁶ de Becker (119, 120), et la théorie des comportements interpersonnels de Triandis (121). La Théorie du Comportement Planifié (TCP) repose sur une assise théorique stipulant que le déterminant immédiat du comportement est l'intention¹⁷ de passer à l'acte ou pas. Le modèle prend en compte des facteurs tels: les attitudes de l'individu relativement au passage à l'acte, le contrôle comportemental perçu et les normes subjectives. Dans le développement du comportement, se mêlent facteurs cognitifs (évaluer les avantages et les inconvénients des comportements envisageables), affectifs (plaisir et déplaisir), sociaux, mais aussi moraux.

En suivant une approche d'épidémiologie sociale et en empruntant des éléments de la TCP, un modèle de référence a été élaboré dans lequel les dimensions interpersonnelles (communicationnelles), et contextuelles (caractéristiques sociodémographiques-économiques et évènements de la vie sexuelle) sont prises en compte. Dans notre modèle élargi, nous supposons que les facteurs individuels, interpersonnels et contextuels interagissent pour modifier les comportements sexuels (**figure 1**, p50). Dans les sections suivantes, nous allons examiner trois problèmes de recherche traités dans notre étude à l'aide des évidences émergeant des études épidémiologiques. Le premier problème de recherche est d'examiner comment le genre détermine le profil de risque. Le deuxième problème de recherche est d'examiner le rôle des facteurs sociaux comme médiateurs des comportements sexuels. Notre troisième problème de recherche est d'augmenter les connaissances

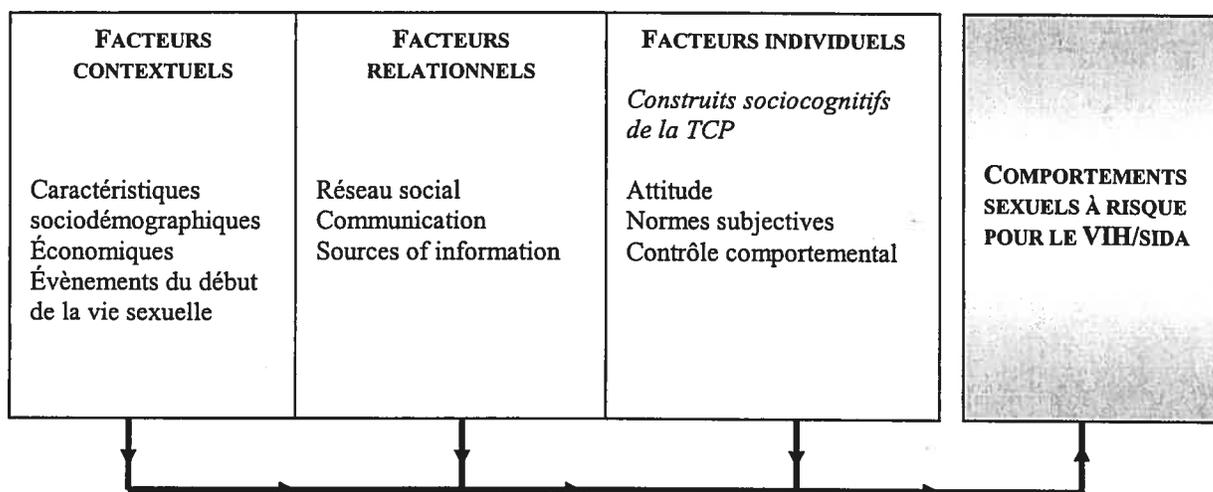
¹⁵ Voir lexique pour plus de détails

¹⁶ Voir lexique pour plus de détails

¹⁷ Voir le lexique pour la définition

sur l'utilité des modèles sociocognitifs occidentaux pour mieux comprendre les décisions des jeunes au Mali par rapport à leur sexualité. Les données qui appuient ces modèles relèvent majoritairement des études sur les populations occidentales

Figure 1: Model conceptuel initial



2.3.1. Problème de recherche 1 : Le genre comme déterminant potentiel du risque

La situation des femmes face aux risques de contamination par le virus du sida est très différente de celle des hommes. Il semblerait que des facteurs biologiques font en sorte que la transmission du virus est plus facile de l'homme vers la femme que dans la direction opposée. Les facteurs biologiques qui favorisent davantage la transmission du VIH chez les femmes sont nombreux : le taux d'estrogène/progestérone (21, 122), le cycle menstruel, le ph des sécrétions vaginales, l'épaisseur de la paroi épithéliale du vagin et l'écosystème vaginal (123).

Mise à part la susceptibilité biologique des femmes, des facteurs sociaux rendent les femmes plus vulnérables par rapport au VIH. Face au problème de la contamination des femmes sur le continent africain, nombreux se sont intéressés aux rapports sociaux entre genres et particulièrement à la condition féminine dans le contexte africain. La problématique du risque sexuel selon les genres peut être organisée en deux grandes dimensions intersectées; la dimension des normes sociales¹⁸ sexospécifiques et la dimension économique. D'abord, il faut reconnaître que le genre est un concept socioculturel dynamique. Les rôles attribués aux hommes et aux femmes en fonction du genre varient énormément d'une culture à l'autre et, au sein même d'une culture, d'un groupe social à l'autre (124). L'origine ethnique, la classe sociale, les conditions économiques, l'âge font partie des facteurs qui ont une influence sur ce qu'on considère comme convenable pour les hommes et les femmes. Les rôles sociaux attribués aux différentes entités définies par le sexe féminin et masculin sont mis en place par les conventions d'un groupe social défini (125). Les rôles sexuels définissent les attitudes et les valeurs que les communautés considèrent comme appropriées à un sexe ou à l'autre. Le genre se réfère aussi aux perceptions subjectives et normatives qu'une personne peut avoir de sa masculinité ou de sa féminité (125). La disparité entre les genres n'est pas liée aux caractéristiques biologiques inhérentes à l'un ou à l'autre sexe, mais plutôt aux rôles dévolus à l'un ou l'autre sexe par la société: à travers la tradition, les pratiques sociales, culturelles, politico-administratives et institutionnelles (125).

¹⁸ Voir le lexique pour la définition

On peut s'attendre à ce que les comportements préventifs (abstinence et utilisation du préservatif) dans une société hiérarchique et ségrégationniste dépendent de processus décisionnels différents que ceux que l'on retrouve dans une société égalitariste. La masculinité est un trait dominant en Afrique sub-saharienne qui peut créer des situations de vulnérabilité face au VIH chez la femme aussi bien que chez l'homme (126). Les normes patriarcales dans le contexte africain, plus qu'ailleurs, comportent un obstacle à l'internalisation et à l'adhésion des messages de prévention contre le VIH (90). Des études épidémiologiques mettent en évidence l'association qui existe entre les croyances patriarcales et les comportements sexuels des jeunes (127, 128) .

La subordination des femmes est un problème propre aux sociétés patriarcales. L'oppression, la coercition et la violence, sous leur forme physique ou verbale, limitent le contrôle qu'ont les femmes sur leur santé sexuelle (129). La prévalence des actes de violence faits aux femmes est difficile à estimer, mais la littérature sud-africaine témoigne d'une situation alarmante (130-133). Plusieurs études menées à travers le continent rapportent une association entre violence, abus sexuels et infection au VIH (132, 134, 135). Les femmes ayant vécu des expériences d'abus sexuels ont plus tendance à avoir multiples partenaires sexuels, à avoir des relations non-protégées et à avoir des relations commerciales (136-139). Par ailleurs, la violence lors des relations sexuelles peut être perçue comme un signe de passion. Guidés par la pression de répondre aux normes sociales sur la masculinité, les jeunes

hommes expriment ainsi le besoin d'être violent pour montrer leur amour et, de leur côté, les jeunes femmes ont le désir de cette violence pour se sentir aimées (94).

Au Mali, comme dans d'autres pays musulmans d'Afrique sub-saharienne, la ségrégation entre femmes et hommes et l'observance des normes religieuses et familiales dominant dans le code de la vie (86). La domination des hommes, sous ses différentes formes socioculturelles et idéologiques, freine le processus d'équité, de démocratisation et de lutte contre la pauvreté (86). Certains groupes de femmes sont fréquemment victimes de violence de la part de leurs partenaires sexuels. Vingt et un pourcent des vendeuses ambulantes et 4% des aide-ménagères affirment avoir été battues par leur partenaire au moins une fois dans la dernière année (17). Néanmoins, la relation entre la violence au sein des relations sexuelles et amoureuses et les comportements à risque pour le VIH est méconnue jusqu'à présent.

Ensuite, la dimension économique reste au premier plan comme facteur de vulnérabilité face au VIH. Le lien entre la pauvreté et la propagation mondiale du sida a été documenté (33, 140-143). Le développement économique faible, le manque d'opportunité de travail et l'indigence matérielle ont poussé l'exode rural, surtout de femmes, vers les capitales commerciales. La croissance des villes, due à cet exode rural et l'expansion démographique, est plus rapide que leur développement économique avec comme conséquence que le nombre de personnes sans emploi y est en progression constante. En milieu urbain, la grande majorité des

femmes sont contraintes d'exercer des activités essentiellement concentrées dans le secteur informel et le commerce, où elles occupent des emplois peu qualifiés et mal rémunérés (86). À Bamako, la *petite marchande ambulante* qui vend ses arachides, ses fruits, ses boissons fraîches, parcourt la ville entière. Mi-femme, mi-enfant mais aussi mi-vendeuse, mi-prostituée débutante, elle est ainsi désignée comme vecteur de contagion pour le VIH. Elle provient de l'exode rural, elle est pauvre et travaille d'arrache-pied pour un salaire dérisoire, et sa naïveté et son inexpérience l'empêchent de mesurer le danger des tentations de la ville (vêtements, sorties...) que l'argent facile lui permet de satisfaire (144).

La prévalence de la pauvreté féminine est grandissante en Afrique subsaharienne. Les femmes africaines sont unanimement plus pauvres que les hommes; elles n'atteignent pas le niveau de bien-être économique des hommes, leur accès aux besoins fondamentaux est limité, et elles sont souvent privées des aptitudes à l'exercice de leur liberté (86). Les discriminations qui tendent à accentuer la pauvreté féminine sont un trait des sociétés patriarcales africaines. Aux importantes charges familiales liées à la maternité, à l'éducation des enfants et au travail domestique, s'ajoutent les difficultés d'accès des femmes à des emplois qualifiés, à l'éducation, aux soins de santé, au crédit et à la propriété (86).

Plusieurs scénarios peuvent illustrer comment le manque de pouvoir et d'autonomie des jeunes filles africaines associé à leur faible statut socio-économique peut entraîner une vulnérabilité face au VIH (145, 146). Premièrement, le manque de

pouvoir et d'autonomie financière constitue une contrainte à la négociation de l'utilisation de méthodes préventives lors des relations sexuelles et à la communication entre les partenaires (23, 147). Par exemple, les menaces de la violence et du rejet empêchent les femmes d'insister envers leurs partenaires pour l'utilisation du condom (148, 149).

Deuxièmement, l'incapacité de subvenir aux besoins fondamentaux ou la nécessité d'acquérir des biens de prestige vont contribuer au maintien de la quête sexuelle comme moyen de subsistance. La paupérisation des femmes va dans ce sens, dans une société où un problème élémentaire de survie se pose pour les jeunes filles des familles pauvres. Dans ce contexte, les femmes de tous les âges pratiquent plusieurs formes de sexualité de subsistance dans lesquelles elles offrent des faveurs sexuelles en échange de soutien financier. Des hommes plus âgés offrent de l'argent et d'autres biens aux jeunes femmes en échange de relations sexuelles (100, 150). Nous pensons notamment au cas des jeunes étudiantes en quête de soutien pour la scolarité, et aux petites vendeuses ambulantes qui parcourent la ville. Ces hommes constituent un bassin de transmetteurs potentiels qui mettent les jeunes femmes particulièrement à risque pour l'infection au VIH et aux autres IST (151, 152). L'aisance financière est le nœud des relations entre jeunes filles et hommes plus âgés, et c'est pourquoi on évoque l'hypersexualité des hommes nantis et des femmes trop pauvres, qui sont du coup structurellement soupçonnés d'être vecteurs du sida.

Le cas de la prostitution au Mali est illustré dans une enquête menée dans plusieurs centres urbains, notamment : Bamako, Ségou et Sikasso. Cette étude révèle les principaux facteurs facilitant l'entrée en prostitution étant l'instabilité financière et l'incapacité de répondre aux besoins (153). La majorité des prostituées au Mali sont clandestines, gagnant à peine 500 FCFA l'acte (1, 25\$CAN) (154).

En conclusion, nous pouvons dire que les normes sociales et les conditions économiques sont deux aspects à prendre en compte lorsque l'on considère la vulnérabilité des femmes face au VIH. Certes ces deux facteurs contribuent aussi à la vulnérabilité des hommes mais le fossé qui existe entre les genres en termes d'équité et capacité d'exercer les droits et libertés, défavorise davantage les femmes. Il existe des lacunes dans la recherche axée sur l'approche genre dans le domaine du VIH en Afrique de l'ouest. Il nous paraît donc primordial de prendre compte l'ensemble de l'organisation sociale par une approche fondée sur les rapports hommes-femmes afin de cerner les déterminants majeurs des comportements sexuels à risque pour le VIH.

2.3.2. Problème de recherche 2 : Les conditions et relations sociales ont un impact sur la prise de risque

Parmi les facteurs explicatifs prépondérants, les contextes interpersonnels et sociaux contribuent incontestablement à structurer les attitudes des jeunes face à la sexualité. Plusieurs études ont permis de mettre en évidence les liens entre les contextes familiaux et extra-familiaux et la prise de risque sexuel. Ces études ont

tenté de confirmer l'hypothèse selon laquelle les relations qui existent entre les individus et ces différents milieux sociaux influencent les décisions concernant l'entrée en sexualité, le choix du partenaire et l'utilisation du préservatif.

L'appartenance à un réseau social est le propre de l'individu vivant en communauté. Les réseaux sociaux influencent les comportements individuels par différents processus directs ou indirects. Par exemple, l'engagement social et la participation dans la vie communautaire peuvent favoriser la création de nouveaux liens et offrir des opportunités de rencontre entre différents groupes sociaux. La communication au sein des réseaux peut faciliter l'accès à l'information et, de façon plus large, permettre d'établir les fondements moraux pour les comportements sexuels. L'influence sociale et normative des réseaux sociaux peut, par exemple, prédire l'acceptation et l'utilisation subséquente du préservatif – soulignant ainsi l'utilité des interventions ciblées sur le réseau social (155). Le capital social est une ressource inhérente aux relations entre les gens qui est constituée des liens familiaux et sociaux. C'est à travers les ressources des milieux interpersonnels et familiaux que les événements macro-sociaux peuvent avoir des effets plus ou moins prononcés sur les individus (156).

Le rôle de la famille dans la transmission des comportements individuels adéquats est primordial. L'encadrement éducationnel et moral, ainsi que le soutien matériel et affectif dans le milieu familial constituent des régulateurs de bonne-conduite, notamment en matière de sexualité. Plusieurs dimensions peuvent être prises en

compte lorsqu'il s'agit de définir les conditions de la vie familiale. On pense aux dimensions telles que: la constitution du foyer, la stabilité de l'union matrimoniale, la communication avec les membres de la famille et les relations confraternelles.

En Afrique au sud du Sahara, on assiste à une restructuration de l'entité familiale avec la multiplication des foyers monoparentaux et des structures acéphales. Avec l'effritement du réseau familial traditionnel, la «grande famille» (grands-parents, les tantes et les oncles) à qui revenait la tâche d'éduquer les jeunes en matière de sexualité, n'est plus en mesure de jouer son rôle (157). Au sein de l'entité familiale actuelle, ce sont aux parents que reviennent le soin de parler à leurs enfants du VIH/SIDA et de la sexualité; beaucoup d'entre eux sont mal préparés pour cette tâche (158, 159). Parmi les études menées sur le continent africain, certaines démontrent une association entre l'instabilité des unions, la non cohabitation des parents et/ou de ceux-ci avec les enfants et la perte de contrôle sur les comportements sexuels (160, 161). D'autres, soulignent que le soutien parental est significatif pour l'adoption de pratiques préventives (162-164).

La culture communicationnelle entre parents-enfants est sans doute plus ancrée en Occident. La littérature nord-américaine témoigne du rôle des parents dans l'éducation sexuelle de leurs enfants (165). Certaines études mettent en lumière les bienfaits du contrôle parental (166) et de la communication sexuelle sur l'adoption de comportements sexuels préventifs (167). Dans le contexte africain, la sexualité est un sujet tabou qui n'est généralement pas abordé de façon claire et directe par les

parents. Peu de chiffres nous renseignent sur la communication en matière de sexualité entre les parents et leurs enfants. Parmi les rares études, une d'entre elles révèle qu'au Kenya, moins de la moitié des parents d'adolescents leur avaient parlé du VIH/SIDA durant les douze derniers mois (168). De leur côté, les adolescentes se sentent mal à l'aise de parler de sexualité à leurs parents (95). Beaucoup de parents savent peu de choses à propos du VIH/SIDA. Dans les régions rurales, il arrive souvent que les parents soient moins éduqués que leurs enfants et craignent de ne pas être en mesure de répondre à leurs questions concernant la sexualité (109, 158, 169). Conséquemment, les relations femmes-hommes, la contraception, le VIH/SIDA, les IST et l'avortement sont des sujets qui sont plus souvent tus (108). La communication avec les parents au sujet de la sexualité reste souvent unilatérale; les parents se bornant essentiellement à avertir des dangers des rapports sexuels (158).

Les instructions des parents sont assez restrictives à l'égard des jeunes et de leur sexualité (157). Les parents vont habituellement utiliser des stratégies visant à retarder l'entrée en sexualité de leurs enfants, particulièrement de leurs filles car les grossesses précoces sont craintes pour leurs conséquences néfastes sur l'avenir. En effet, les filles-mères sont généralement contraintes à interrompre leur scolarité et trouvent difficilement leur niche dans le marché matrimonial (73). Il n'en demeure pas moins que les études s'étant attardées sur la relation parent-enfant dans le contexte du développement sexuel ont fait ressortir l'utilité de la communication en vue d'inciter les jeunes à adopter des pratiques préventives. Parmi les premiers, les

travaux exécutés par Mnyika en Tanzanie ont démontré une association positive entre la fréquence des discussions portant sur le VIH avec les parents et ami(e)s et l'utilisation du condom (170). D'autres études plus récentes ont été menées dans la sous-région ouest africaine. Celles-ci viennent soutenir les travaux de Mnyika en concluant que la communication parent-enfant favorise l'utilisation du préservatif et l'abstinence sexuelle (délais de l'entrée en sexualité et réduction du nombre de partenaires) (164, 171).

Le rôle indéniable des relations extra-familiales, particulièrement l'influence des pairs se trouve à l'avant plan des facteurs structurant de la sexualité. Les adolescents, vont généralement se fier aux dires de leurs pairs ou tout au moins à la perception qu'ils s'en font. L'influence des pairs peut-être plus importante que celle qu'exerce les parents (172). Celle-ci peut autant être favorable ou défavorable aux pratiques préventives.

Dans un contexte où le multi-partenariat sexuel signifie prestige et virilité, les pairs peuvent encourager l'entrée en sexualité et la création de relations casuelles ou concurrentes. Par exemple, en Ouganda, les relations sexuelles sont parfois négociées et organisées par les pairs (97, 173). Les jeunes filles peuvent parfois inciter leurs consœurs à chercher des relations avec des hommes plus âgés sous prétexte que ceux-ci sont plus en mesure de les soutenir financièrement (150).

Dans un autre contexte où les préservatifs sont perçus comme outils pour la prostitution, ou comme manque de respect dans les relations stables, le positionnement d'un jeune dans sa société de pairs sera fort probablement défavorable à l'utilisation du condom (95). En revanche, si le réseau de pairs se positionne en faveur de l'utilisation du condom et si les jeunes ont l'habitude de discuter de préservatifs, il est plus probable que ceux-ci aient l'intention d'en faire usage (128, 174, 175). À l'instar des approches centrées sur la communication, les approches visant particulièrement les réseaux de pairs pour éduquer les jeunes constituent une stratégie efficace pour inciter le changement de comportements des jeunes vis-à-vis leur santé sexuelle (10).

L'école est un milieu de contacts et d'échanges solidifiant les réseaux entre les jeunes. La scolarisation accorde une plus grande indépendance aux jeunes en les soustrayant du regard parental et communautaire par le transfert dans des agglomérations pourvues en infrastructures scolaires. La hantise de certains parents est qu'en absence de leur réprobation et sous l'influence des pairs, les jeunes se trouvent davantage exposés à une initiation sexuelle précoce (157). En revanche, d'autres ont mis en évidence l'initiation plus tardive des filles scolarisées (174). Ces résultats mettent en lumière l'existence d'une logique désignant le milieu scolaire comme un lieu d'apprentissage des responsabilités sociales qui favorise le gain de pouvoir sur la vie sexuelle.

La communication avec les partenaires sexuels est au premier plan des stratégies de prévention de la transmission de VIH. Celle-ci trouve sa justification dans nombreuses études dans les pays développés (176, 177) mettant en évidence la réduction de risque parmi ceux et celles ayant la capacité d'aborder le sujet de la santé reproductive et de proposer le préservatif à leurs partenaires. Hors, selon certaines données africaines, encore peu de femmes trouvent les moyens d'aborder le thème de la sexualité avec leur partenaire (19) par peur des reproches ou de violence (149, 178), ou encore par crainte de perdre leur soutien financier (179). Selon les résultats d'une enquête de Jewkes et al, un ensemble de facteurs individuels (perception du risque), relationnels (qualité de la relation avec le partenaire) et contextuels (cohabitation) favorisent ou empêchent les femmes d'aborder des discussions sur le VIH/SIDA ou de négocier l'utilisation du condom (148). Parmi les études ayant trouvé une association positive entre la communication avec le partenaire intime et les pratiques préventives, figurent celles de Magnani et Karim (128, 174).

Finalement, au-delà des relations interpersonnelles, le rôle médiateur de l'accès et de l'utilisation de différentes sources d'information a été évoqué dans certaines études. Comme il a été mentionné précédemment, depuis l'avènement du sida, les africain(e)s, citadins surtout, baignent dans un bassin d'information sur le VIH/SIDA. La radio, les pancartes, les pamphlets et la télévision font tous état de la situation alarmante causée par cette épidémie. À ceci se mélangent, les verbalisations que s'échangent les gens dans la vie de tous les jours. Le contexte de

la vie des individus et les relations qu'ils ont avec leur milieu social déterminent grandement quelles sont les sources d'information qui seront utilisées, et comment celles-ci seront interprétées. On a fait ressortir dans une étude que les jeunes n'ayant recouru qu'à la famille et aux amis comme source d'information ont moins tendance à utiliser le condom (180). Dans une autre étude, les jeunes privés d'exposition aux médias font aussi moins usage du condom (161). Finalement, les jeunes qui utilisent diverses sources d'information sur le condom utilisent davantage celui-ci (181).

En conclusion, de plus en plus de travaux scientifiques s'intéressent à l'influence de l'environnement social sur la prise de risque pour le VIH. Traditionnellement, les chercheurs ont mis l'accent sur les variables socioéconomiques comme le revenu, le niveau de scolarité ou encore le statut professionnel en tant que déterminants importants des comportements sexuels à risque. Dorénavant, la recherche s'intéresse aux facteurs directement liés à l'environnement social et à la sphère interpersonnelle des individus. Dans cette dernière section, une attention particulière a été portée sur les facteurs qui ont été significativement associés à une prise de contrôle sur les comportements sexuels en Afrique. On a cité notamment : les relations familiales et extra-familiales, le soutien parental, la communication, l'influence des pairs et l'accès à l'information. Cependant, de nombreuses questions concernant les mécanismes par lesquels agissent ces facteurs restent difficiles à élucider et ne font pour le moment l'objet d'aucun consensus. De plus, plusieurs questions demeurent en suspens quant à l'impact de l'environnement social sur les comportements sexuels des jeunes sub-sahariens. Par exemple, quelle proportion de variance dans l'adoption

de comportements favorables à la santé est-il possible d'expliquer par les facteurs de l'environnement social, une fois pris en compte les déterminants individuels de ces comportements? Les différents types de relations sociales (familiales, amicales) ont-ils tous une même influence sur l'adoption de pratiques sexuelles préventives? Nous estimons qu'il est pertinent d'approfondir un tel questionnement en intégrant dans notre modèle des construits permettant de décrire le contexte social des jeunes.

2.3.3. Problème de recherche 3 : Les facteurs sociocognitifs sont associés à la prise de risque

Les théories sociocognitives stipulent que les comportements humains sont régulés par des processus cognitifs, motivationnels, affectifs et décisionnels. Avec la reconnaissance que l'action humaine n'est pas toujours autonome et individuelle mais parfois collective ou exercée par l'entremise d'autrui (182). La motivation d'une personne est principalement influencée par les perceptions qu'elle a d'elle-même et de son environnement, ces perceptions s'élevant progressivement en un système de croyances en soi. Les différences dans les systèmes de croyances expliqueraient ainsi que, tout en ayant des degrés d'habileté objectivement comparables, les personnes peuvent varier dans leurs comportements stratégiques. L'identification des facteurs les plus déterminants dans les systèmes de croyances, de même que l'examen de leur impact sur le comportement sexuel, représentent des objectifs centraux de l'approche sociocognitive.

Une variété de construits figurent parmi les facteurs des modèles sociocognitifs - les attitudes, les normes subjectives¹⁹, la perception de la probabilité de l'occurrence, la perception de la gravité d'une action/maladie, le contrôle comportemental perçu, l'auto-efficacité et l'intention d'adopter un comportement. En dépit de l'universalité de ces construits dans la nature humaine, leurs processus d'action et la manière dont ils structurent l'action individuelle ou collective varient à travers les contextes socioculturels.

Nous savons aujourd'hui que les connaissances sont nécessaires mais pas suffisantes pour entamer un changement des comportements chez les jeunes. Plusieurs études témoignent du fossé qui existe entre connaissances et comportements (180, 183, 184). Celles-ci suggèrent que les systèmes de croyances et les influences sociales exercent une influence majeure sur les comportements préventifs. La vérification empirique du lien théorique entre les facteurs sociocognitifs et les comportements sexuels à risque pour le VIH en Afrique subsaharienne a fait l'objet de peu d'études. Quelques études ont premièrement tenté de valider ces théories originaires de l'Occident dans des contextes culturels africains. Nous pensons notamment aux travaux de validation (sur le théorie de la protection-motivation) menés par Stanton premièrement sur les jeunes des communautés afro-américaines et ensuite sur les jeunes en Namibie (113, 185, 186).

Certains chercheurs ont préconisé l'utilisation de modèles adaptés aux comportements relatifs à la santé, telle la théorie des croyances relatives à la santé

¹⁹ Voir le lexique pour la définition

(*Health Belief Model*). Parmi les construits intégrés à ce modèle, il semblerait que le construit mesurant les barrières à l'utilisation du condom a été le plus étroitement liées à la non-utilisation du préservatif (187-190). En revanche, à notre connaissance, seule une étude rapporte une association entre la perception des avantages préventifs du condom et son utilisation (191). La perception de la susceptibilité à l'infection au VIH s'est aussi démarquée comme facteur médiateur du comportement d'utilisation du condom (187, 192). Indépendamment des construits sociocognitifs, la notion de perception du risque a été relevée comme corrélat des comportements sexuels à risque dans différents contextes en Afrique (50, 162, 193, 194).

À l'instar des théories spécifiques aux comportements de santé, les théories sociocognitives plus générales comme la Théorie de l'Action Raisonnée et sa sœur la Théorie du Comportement Planifié ont aussi été explorées et se sont avérées plus adaptables au contexte socioculturel africain. Nous nous référons ainsi aux travaux des chercheurs tels que Klepp et Bandawe se basant sur la Théorie de l'Action Raisonnée²⁰, pour affirmer que l'utilisation du condom est modifiée par les attitudes, les normes subjectives et l'auto-efficacité (195, 196). Bandawe, dans son étude datant maintenant de 10 ans, révèle que les construits attitudinaux ont plus d'emprise sur les comportements que les construits normatifs. À l'opposé, les plus récents travaux de Bosompra suggèrent le contraire (175).

²⁰ Voir lexique pour plus de détails

L'auto-efficacité occupe une place centrale dans la compréhension des comportements humains. Cette notion englobe autant la sphère personnelle/individuelle que la sphère sociale/collective et contextuelle. Le poids qu'elle prend dans la structuration du comportement des jeunes africains a été souligné par les travaux, entre autres de Taffa, qui démontrent que, parmi les autres construits (influences sociales et attitudes), c'est le fait de croire en sa capacité d'utiliser correctement (et de façon consistante) le condom qui prédit le plus son usage (197). Plusieurs autres chercheurs font aussi ressortir cette notion importante lorsqu'ils expliquent les comportements sexuels à risque (50, 128, 187, 198-200).

Il est important de souligner que les construits sociocognitifs interagissent entre eux, créant ainsi un mécanisme complexe pouvant donner naissance à une multitude de scénarios. Par exemple, la conjonction entre le fait d'avoir des meilleures connaissances sur le VIH, une perception plus juste du risque d'être infecté ainsi qu'une attitude positive face aux méthodes préventives peut permettre d'engendrer certains changements dans le comportement sexuel, comme il a été noté avec l'intention et/ou l'utilisation du condom (37, 114), dans les groupes à risque comme les prostituées (201) et les femmes en général (202). Un deuxième scénario se dessine dans lequel les garçons qui se perçoivent à risque pour l'infection au VIH et qui perçoivent peu de barrières à l'utilisation du condom utilisent davantage celui-ci que les autres garçons (187).

En conclusion, nous savons que les facteurs de risque ont un caractère multidimensionnel et interactif. Une situation de risque est dynamique et tributaire du contexte – elle ne constitue pas une entité fixe; elle peut varier selon le moment, les circonstances et les contextes. Il existe tout un éventail de facteurs qui relèvent tant du domaine individuel que du domaine collectif. Les études relèvent la pertinence d’inclure des facteurs individuels (par exemple les connaissances et la capacité de contrôle sur les comportements), des facteurs liés à la famille (faible cohésion familiale, soutien parental, supervision parental, qualité de la communication), des facteurs liés aux pairs (normes sexuelles des pairs, communication avec les pairs), et des facteurs socioculturels (normes collectives, égalité des genres) (**tableau I**, p.71). Les études montrent de plus en plus combien il est important d’examiner simultanément de nombreux contextes lorsqu’il s’agit de déterminer la disposition au risque. Peu d’études nous renseignent sur le poids relatif de chacun des facteurs influençant le risque d’exposition et de transmission du virus dans le contexte socioculturel africain.

Tableau I: Compilation des études épidémiologiques des 10 dernières années sur les déterminants des comportements sexuels à risque (avoir plusieurs partenaires, non-utilisation du préservatif) pour le VIH/SIDA chez les jeunes en Afrique subsaharienne

Population	n	Pays	Facteurs associés	FA*	Références
Comportements sexuels à risque					
Femmes Hommes 15-24	1821	Côte D'Ivoire	Conditions socioéconomiques difficiles Activités extracurriculaires (loisirs) Vivre avec ses parents Exposition aux médias	++ ++ -- --	(161)
Femmes 10-24	1133	Botswana	Consommation d'alcool Âge au premier rapport sexuel	++ -	(193)
Femmes Hommes 12-25	671	Cameroun	Conditions socioéconomiques faible Vivre avec ses parents	+ --	(160)
Femmes Hommes 15-49		Kenya	Perception de risque	++	(194)
Femmes Hommes 12-24	5632	Ghana	<i>Multi-partenariat :</i> Caractéristiques (nb chambre) du foyer Lien avec la communauté H: perception d'égalité de genre F: Perception pairs sexuellement actifs Contrôle comportemental perçu Communication avec le partenaire <i>Utilisation du Condom :</i> perception d'égalité de genre Contrôle comportemental perçu Communication avec le partenaire	+ -- - ++ - -- + + ++	(128)
Femmes Hommes 11-26 ans	490	Ghana	<i>Comportements préventifs</i> Communication avec pairs et parents	++	(172)
Étudiantes 14-20	182	Mozambique	Statut socio-économique faible Croyances patriarcales	+ +	(127)
Femme Hommes 15-59	482	Sénégal	F: Besoins matériels Être plus optimiste par rapport au futur H: Perception de la gravité du sida Perception de risque Perception du contrôle comportemental	+ + - - -	(200)
Utilisation du condom					
Étudiants universitaires	224	Nigeria	H: Obtenir les condoms aux cliniques Perception positive des condoms F: Obtenir de l'information de la famille	+ + +	(203)
Femmes 15-24	4066	Afrique du Sud	Pouvoir sexuel faible Relations coercitives Auto efficacité faible (condom) Communication avec partenaire faible Perception de risque élevé	-- --- -- --- -	(178)
Femmes 15-19	575	Ouganda	Coercition au premier rapport sexuel	---	(139)
Étudiant(e)s secondaire	730	Zimbabwe	Hommes: Soutien parental Activités extracurriculaires Femmes : inquiétude par rapport au sida	+ + +	(163)
Femmes Hommes 15-49	5653	Côte d'Ivoire	Être marié Information ami(e)s, famille seulement Scolarisation	-- -- +	(180)
Femmes et	2328	Zambie	Scolarisation	+	(174)

hommes 10-24			Connaissance du VIH Communication avec ami(e)s Communication avec les partenaires	+++ ++ +++	
Femmes Hommes 15-24	561	Éthiopie	Auto-efficacité Barrières perçues Normes sociales libérales	+ - +	(197)
Femmes Hommes non-marié(e)s 15- 24	1284	Cameroun	Normes parentales favorables (condom) Perception de risque Auto-efficacité	++ + +++	(162)
Femmes Hommes 15-49		Zimbabwe	Access à l'information sur le condom Attitudes positives du condom	 +	(181)
Femmes Hommes 15-49	4624	Cameroun Bénin Zambie Kenya	Scolarisation	+++	(204)
Hommes 15-24	2000	Ghana	Connaître quelqu'un qui est décédé du sida	+	(205)
Étudiants secondaires 16-30	460	Afrique du Sud	Âge à la 1 ^{ère} relation sexuelle Intention d'utiliser le condom Perception de risque	+ + -	(206)
Étudiants universitaires	201	Ghana	Norme subjective favorable au condom	+	(175)
Hommes 15-24	601	Ghana	Age au 1er rapport Perception de la susceptibilité Auto-efficacité Soutien social Barrières perçues	+ + + + -	(187)
Étudiants secondaires	137	Sierra Leone	Connaissances du VIH Anxiété de dévoiler un statut séropositif Anxiété face à la négociation du condom	+ + -	(207)
Multi-partenariat sexuel					
Femmes Hommes	1913	Cameroun	Mobilité	+++	(208)
Femmes Hommes 10-24	2712	Kenya	Relation coercitive	++	(138)

* FA = force de l'association

Dans le cas de variables dichotomiques : + OR \geq 1.5; ++ OR \geq 2.0; +++ OR \geq 3.0 ;
-- -OR \leq 0.33; -- OR \leq 0.50; - OR \leq 0.75

Dans le cas de variables continues : utilisation de critères qualitatifs

3. Stratégie de recherche

Cette étude suit une approche systémique afin d'expliquer le phénomène complexe de la sexualité et de la prise de risque chez les jeunes filles et les jeunes hommes. Il s'agit d'une étude observationnelle. L'étude se divise en deux phases complémentaires avec chacune leurs objectifs, leur devis et leur méthodologie respective. La première phase de l'étude est une recherche qualitative tandis que la deuxième phase est une recherche quantitative de type transversal. Dans les sections qui suivent, les deux phases de cette étude sont distinctement décrites.

3.1. Devis de recherche retenu

3.1.1. Phase Qualitative

L'approche utilisée lors de phase qualitative a permis de décrire selon la perspective locale et de définir dans son contexte culturel *qu'est-ce que la sexualité* pour les jeunes bamakois et bamakoises de 15 à 24 ans tout en conservant l'expression des contradictions et des tensions qui font partie de l'expérience humaine. De novembre 2003 à janvier 2004, nous avons recueilli à l'aide de groupes de discussion et d'entrevues individuelles semi-structurées, de l'information abondante sur les perceptions, les états affectifs, les jugements et les opinions sur la sexualité des jeunes de Bamako. Les entretiens, menés auprès de jeunes provenant de divers milieux, ont permis d'explorer la variabilité qui existe dans le phénomène de la prise de risque sexuel dans cette population et surtout de rassembler un bassin

d'énoncés à utiliser pour le développement des échelles constituant l'instrument de mesure pour l'enquête populationnelle.

3.1.2. Phase Quantitative

L'étude transversale a été menée de mars à mai 2004 faisant suite à la phase qualitative. Basé sur le modèle théorique initial et adapté grâce au verbatim issus des entretiens qualitatifs, le questionnaire d'enquête fût administré à 531 jeunes femmes et hommes vivant à Bamako. La collecte de données fut divisée de manière à obtenir un échantillon exploratoire et un échantillon confirmatoire pour la validation des échelles développées au terme de l'étude qualitative.

3.2. Contexte de la recherche

Le continent africain est en mutation constante. Entre 1950 et 1990, l'Afrique subsaharienne a triplé sa population, passant de 200 à 600 millions d'habitants; c'est l'essor démographique le plus fulgurant que le monde ait jamais connu. Cette explosion démographique est le résultat conjugué de la persistance des habitudes d'un continent historiquement sous-peuplé et des progrès de la médecine moderne, notamment des premières campagnes de vaccination. Entre temps la pyramide des âges s'est élargie à la base; dans l'Afrique subsaharienne, 45% de la population a moins de 15 ans. À l'explosion démographique s'ajoute une urbanisation galopante. Au cours de la même époque s'est produite la croissance urbaine la plus importante – aboutissant à multiplier par six le nombre de citadins. Depuis les années quatre-vingt, les habitants des villes africaines payent le prix fort de cette pression

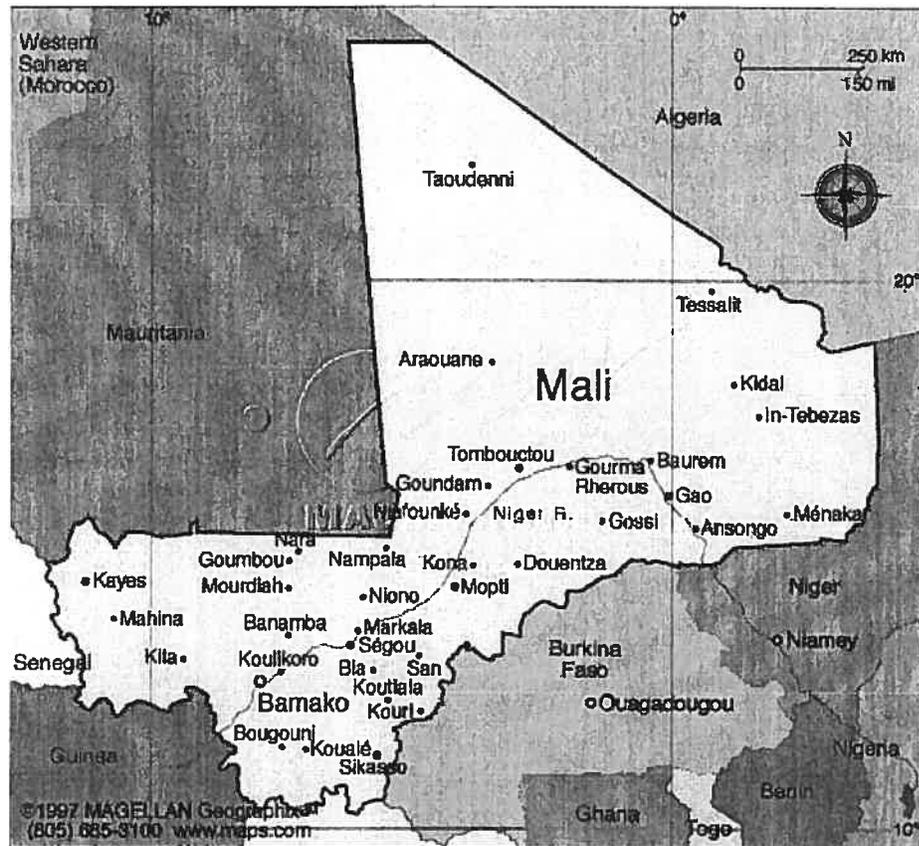
migratoire. Leurs revenus, auparavant bien supérieurs à celui des ruraux ont été laminés. À cette paupérisation s'ajoute une dégradation de la qualité de vie dans les grands centres urbains.

3.2.1. Situation démographique, géopolitique et économique du Mali

Le Mali est un pays enclavé situé dans l'aride zone sahélienne. Il a des frontières communes avec la Mauritanie et l'Algérie au Nord, avec le Niger à l'Est et Sud-est, avec le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire au Sud, avec la Guinée au Sud-ouest et avec le Sénégal à l'Ouest (**figure 2**, p76). Bamako est la plus grande agglomération du pays. Comme dans d'autres pays africains, l'urbanisation a progressé rapidement au Mali; la densité du peuplement à Bamako a presque quadruplé entre 1976 et 1987. Au niveau politique, le Mali est une république parlementaire sous régime présidentiel démocratique; le président de la république, Amadou Toumani Touré est au pouvoir depuis 2002.

Le Mali est souvent cité pour ses faibles performances socio-économiques: une mortalité élevée, un faible niveau d'instruction, une production agro-industrielle marginale sur le continent, sont des éléments qui concourent à forger une image de pauvreté sur le scène internationale (209). Le Mali est classé depuis plusieurs années parmi les 5 derniers pays selon l'Indice synthétique de Développement Humain (IDH) du PNUD (3).

Figure 2 : Carte du Mali



3.2.2. Le peuple et la culture malienne

Au Mali, l'islam et le Christianisme s'imbriquent sur un fond d'animisme toujours très présent. L'islam est majoritaire et imposant. À Bamako, dans la capitale malienne, il constitue un ordre structurant, une éthique et une esthétique de vie. La société est divisée en castes et sous-castes hiérarchisées, souvent associées à des métiers ou à une servilité ancienne ou récente. L'endogamie y est forte tout comme le sentiment hiérarchique entre les castes. Les langues de communication commerciales comme le Bambara et ses dérivés sont le plus couramment utilisées, mais on peut aussi entendre d'autres langues notamment : le peuhl (10.7%), le

songhay (6.9%) et le soninké (6.3%). Le taux d'analphabétisme chez les femmes est de 81% contre 71% chez les hommes (3).

3.2.3. Implication institutionnelle dans la lutte contre le sida

Pour lutter contre l'épidémie du VIH, le gouvernement malien a mis en place, avec l'aide de différents partenaires, un Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS)²¹. Les objectifs généraux du Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida était de réduire la propagation du VIH et d'alléger l'impact de l'épidémie sur les personnes infectées et, de manière générale, sur l'économie du pays (17).

Depuis 1988, l'accent de la réponse a été mis sur des actions de communication à l'échelle nationale plus spécifiquement auprès de certains groupes cibles (professionnelles du sexe, vendeuses ambulantes, routiers, coxeurs et aide-ménagères). La stratégie pair-éducation est bien structurée et très développée par les ministères et les ONG ; à lui seul le Ministère de la Jeunesse travaille avec plus de 830 pairs éducateurs. Le réseau national de pairs éducateurs appuyé par le Groupe Pivot Santé Population est très fonctionnel. Ce réseau recouvre actuellement les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti plus le district de Bamako.

²¹ Le Mali a décidé d'extrapoler à grande échelle les activités de lutte contre le VIH/SIDA d'une manière plus sectorielle et plus globale. Ainsi, une déclaration de politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA fut adoptée le 7 avril 2004. Le **Haut Conseil National de Lutte contre le VIH/SIDA**, désormais l'organe national d'orientation de la lutte contre le VIH/SIDA, a été réorganisé pour comporter une représentation égalitaire entre le secteur public, le secteur privé et le secteur de la société civile y compris les représentants des associations de personnes vivant avec le VIH. Les représentants de partenaires au développement sont associés au HCNLS. Il a été créé, au sein du HCNLS, un Secrétariat exécutif (SE) dont la mission essentielle est de coordonner l'élaboration de la politique nationale de la lutte contre le VIH/SIDA, sa mise en œuvre et son suivi évaluation. Au sein de chaque département ministériel il a été créé une cellule chargée de l'élaboration du plan d'action sectoriel, de son exécution et de son suivi en collaboration avec le SE

De plus, le programme intégré Santé des Jeunes (1998-2002) du Groupe Pivot Santé Population financé par USAID, qui fut mis en œuvre par 26 ONG à travers 17 projets, couvrait 1 million d'habitants dans les cinq premières régions et le district de Bamako était fort d'un réseau de 1255 pairs éducateurs et d'environ 2000 relais communautaires.

Des actions de plaidoyer, sur la base des résultats comportementaux analysés dans l'enquête démographique de santé du Mali III (EDSM-III) sont menées d'une façon intensive, en particulier auprès des religieux, parlementaires et élus locaux. Le marketing social, l'approvisionnement et la distribution des préservatifs sont étendus sur tout le territoire et plus spécifiquement sur les axes routiers et de nombreuses stations radiophoniques, notamment « Radio Bamanakan », « Guintan », « Djefako », et « Radio-Mali » diffusent des messages éducatifs sur la santé sexuelle (210).

En résumé le pays a été très actif du point de vue de la sensibilisation et a opté, du fait des résultats des études soulignant le faible taux d'utilisation des préservatifs par les jeunes, pour une stratégie de changement de comportement et le renforcement des actions de prévention primaire auprès des jeunes filles en particulier, des jeunes en général, et de certains groupes cibles.

3.3. Population à l'étude

La recherche proposée se déroula entièrement à Bamako auprès de jeunes hommes et femmes âgé(e)s entre 15 et 24 ans. Bamako se caractérise par l'intensité et la rapidité de son développement; on y retrouve des quartiers tentaculaires, des quartiers spontanés, des quartiers isolés jusqu'aux contreforts rocheux, des espaces vides intra-urbains souvent cultivés et des maraîchages le long du fleuve.

Bamako est divisée administrativement en six communes urbaines : communes I-IV sur la rive gauche et les communes V et VI sur la rive droite du Niger. Le recrutement des jeunes, à l'exception des groupes de discussions, a eu lieu dans chacune des communes afin d'obtenir une meilleure représentation de la population. Une liste des sites possibles de recrutement fut détaillée en collaboration avec les enquêteurs et les chercheurs de l'établissement d'affiliation.

Afin de favoriser l'accès à la population et encourager la participation des jeunes, le recrutement a été fait par l'intermédiaire de personnes clés étant en mesure de fournir de l'information sur le projet et de créer des liens de confiance avec les participants. Ces personnes clés étaient un professeur et une conseillère dans une ONG offrant des services pour la santé sexuelle des jeunes. Dans tous les cas, les individus qui ont accepté de participer ont dû donner leur consentement verbal ou par écrit.

3.3.1. Phase Qualitative

Les participants constituaient un échantillon de convenance recruté sur une base volontaire parmi lequel une variété de sous-groupes est représentée (211). Une attention particulière fut portée sur la représentation de groupes non-scolarisés, les aide-ménagères et les jeunes œuvrant dans le secteur informel. Nous avons eu recours à la collaboration des professeurs pour l'organisation des groupes de discussion et d'entretiens individuels chez les jeunes scolarisés. Les groupes de discussion et entretiens individuels auprès des jeunes non-scolarisés (aide-ménagères, vendeur(se)s ambulant(e)s, apprentis, aide-cuisinières, serveuses, petits commerçants, sans-emplois, couturiers) ont été organisés dans des lieux stratégiques de rencontre pour les jeunes (*Carrefour des jeunes*, maquis, terrains vagues, la rue).

3.3.2. Phase Quantitative

Cette phase de la recherche s'est intéressée à la même population hétérogène que la phase qualitative. Cinq cent trente-et-un jeunes femmes et hommes vivant à Bamako depuis au moins 3 mois ont été recrutés²² à partir de 21 quartiers choisis aléatoirement en tirant au sort des fiches sur lesquelles était inscrit leur nom. Le

²² Calcul de la taille de l'échantillon pour la comparaison de proportions pour deux groupes égaux:

$$\eta = 2 p q (z_{\alpha} + z_{\beta})^2 / (p_1 - p_0)^2$$

Où p_1 = pourcentage d'hommes qui ont utilisé le condom au dernier rapport = 0.60

p_0 = pourcentage de femmes qui ont utilisé le condom au dernier rapport = 0.40

$p = 1/2 (p_1 + p_0) = 0.50$ $q = 1 - p = 0.50$

$z_{\alpha} = 1.96$

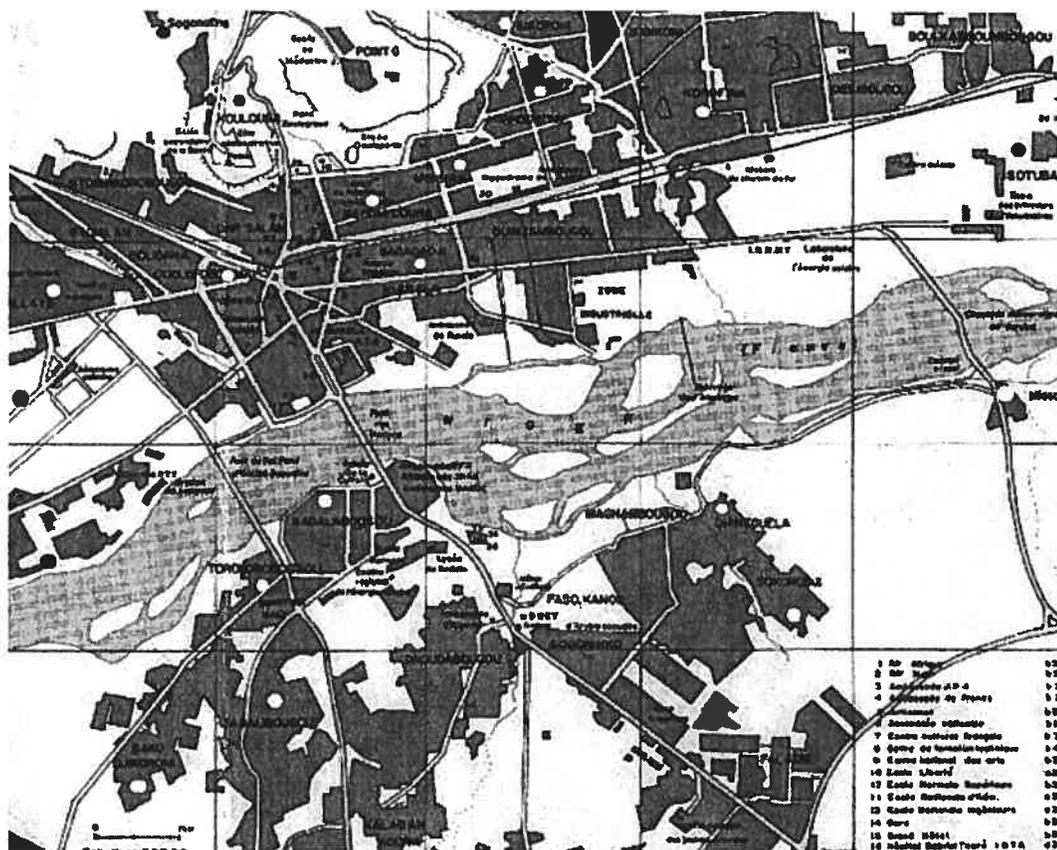
$z_{\beta} = 1.28$

Les valeurs z_{α} (1.96) et z_{β} (1.28) sont des valeurs de la distribution standard qui correspondent à $\alpha = 0.05$ (niveau de signification) et $\beta = 0.10$ ($1 - \beta$ = puissance)

$\eta = 2 (0.50 * 0.50) (1.96 + 1.28)^2 / (0.60 - 0.40)^2 = 131/\text{groupe}$ (131 femmes, 131 hommes). Nous avons estimé que nous allions devoir recuter le double afin d'obtenir un échantillon constitué d'un tel nombre de femmes et d'hommes sexuellement actifs. Donc $\eta = (131 \text{ femmes} \times 2) + (131 \text{ hommes} \times 2) = 524$

nombre de quartiers sélectionnés par commune fut choisi en fonction de la densité de la population dans chacune des communes (**figure 3**; p82). Approximativement 12 femmes et 12 hommes ont été recrutés par quartier (**tableau II**; p82) en s'assurant que la moitié des jeunes se trouvaient dans la tranche d'âge 15 à 19 ans et que l'autre moitié se trouvait dans la tranche d'âge 20 à 24 ans. Il est à noter que ces quotas ne visaient pas à reproduire la pondération des strates de la population générale, mais plutôt à avoir une présence non proportionnelle de chacune de celles-ci dans l'échantillon. De même que dans la phase qualitative, les recruteurs ont pris soins de diversifier les sites de recrutements. La répartition des participants selon les différents sites de recrutement est la suivante : 34% dans la rue, 24% dans le foyer familial, 17% dans les lieux de rencontres, 8% dans les garages et boutiques de réparation, 4% dans les stations de transport, 4% au marché, 3% dans les centres communautaires, 3% dans les écoles fondamentales, 1% dans les bases militaires et 1% dans les écoles secondaires.

Figure 3: Sites de recrutement dans le district de Bamako



* Les sites de recrutements sont indiqués par les cercles blancs ou noirs

Tableau II: Quartiers de recrutement

COMMUNE I		COMMUNE IV	
Korofina	Sotouba	Djikoroni	Lafiabougou
Sikoroni	Hippodrome	Hamdallaye	Sébéninkoro
COMMUNE II		COMMUNE V	
Bagadaji	Missira	Badalabougou	Sabalibougou
Médina Koura		Bako Djikoroni	Torokorobougou
COMMUNE III		COMMUNE VI	
Ouolofobougou	Samé	Dianéguéla	Niamakoro
Sogonafing		Missabougou	Sokorodji

3.4 Méthode et instrument de collecte de données

La collecte des données s'est divisée en deux parties: une phase qualitative et une phase quantitative. Nous avons eu recours à trois formats d'entrevue différents pour la collecte des données: des groupes de discussion et des entrevues individuelles semi-structurées au cours de la phase qualitative, et un sondage par questionnaire standardisé au cours de la phase quantitative.

3.4.1. Collecte de données pour l'étude qualitative

Cette phase revient à mettre en évidence la construction culturelle et sociale de la sexualité des jeunes de Bamako. Ces connaissances nous semblent incontournables dans la lutte contre la propagation de l'épidémie. Une revue exhaustive de la littérature a permis de construire une charpente conceptuelle et d'orienter cette phase de l'étude. Le modèle initial fut envisagé comme imparfait, à compléter, sinon à reconstruire tout au long de la collecte des données. En posant des questions issues de cette première représentation conceptuelle du problème, certains réajustements ont dû être faits dans la grille d'entrevue.

Chaque entretien a été enregistré. La transcription et la traduction du *verbatim* ont été effectuées après chaque discussion. Les entretiens menés en Bambara ont duré en moyenne 45 minutes. Les modérateurs et les observateurs qui ont animés les discussions étaient des jeunes pairs éducateurs formés pour les besoins de l'étude.

Au total, dix groupes de discussion (6-10 participants) ont été menés auprès de jeunes scolarisés et non scolarisés. Deux groupes étaient constitués de jeunes femmes uniquement, deux autres groupes étaient composés d'hommes uniquement et six groupes étaient mixtes. En second lieu, 16 entrevues individuelles semi-structurées (6 femmes; 10 hommes) ont été menées afin d'explorer certains thèmes ayant émergé des discussions de groupe et de recueillir plus de détails sur les aspects plus personnels de la vie sexuelle des jeunes. Ces entrevues ont duré en moyenne 35 minutes.

3.4.2 Collecte de données pour l'étude transversale

Les questionnaires ont été administrés par des enquêteurs expérimentés lors d'entrevues face-à-face. L'administration des questionnaires a été effectuée en trois étapes. Les trente premiers questionnaires ont servi de pilote afin d'évaluer la compréhension de la langue et d'observer les réactions des participants par rapport à certaines questions de natures plus intime. Une deuxième version du questionnaire fut administrée à un échantillon d'approximativement 200 afin de valider la structure et la consistance interne des échelles développées. Finalement, 300 jeunes femmes et hommes ont été recrutés pour recevoir la version finale du questionnaire.

3.5. Variables

3.5.1. Phase Qualitative

La question directrice des entretiens portait sur la représentation sociale de la sexualité. Nous avons cherché à savoir comment les jeunes définissent les relations

sexuelles, comment ils abordent la sexualité dans leur milieu et comment ils perçoivent certains comportements tels : 1) les relations pré maritales, 2) le multipartenariat sexuel, 3) les comportements sexuels préventifs (incluant le port du préservatif) et 4) les relations transactionnelles. Nous nous sommes inspirés du modèle théorique de base pour constituer une liste des thèmes à inclure dans la grille d'entrevue. L'information recueillie au cours des discussions de groupe se rapprochait des opinions courantes permettant ainsi d'évaluer le poids de la représentation sociale dans la dynamique d'un groupe. Par ailleurs, les participants des entrevues individuelles ont fourni des renseignements par rapport aux mêmes domaines ainsi que des renseignements concernant leurs expériences personnelles en matière de sexualité.

3.5.2. Phase Quantitative

Toutes les variables ont été auto-rapportées lors des entrevues. Le questionnaire d'enquête était structuré en huit sections dans l'ordre qui suit : 1) les connaissances 2) les comportements sexuels, 3) la communication avec les ami(e)s, les partenaires et les parents 5) l'accès et l'achat du condom, 6) les attitudes, 7) les normes parentales perçues 8) les caractéristiques socioéconomiques et démographiques.

Variables dépendantes

Dans la section comportements sexuels du questionnaire d'enquête nous avons mesurés l'utilisation du condom et l'intensité des rapports sexuels de plusieurs

façons. En ce qui a trait à l'intensité des rapports sexuels nous avons mesuré: le nombre de partenaires à vie, le nombre de partenaires dans les derniers six mois et actuellement, le type de partenaire actuel et la fréquence des relations sexuelles dans les derniers six mois. Pour l'utilisation du préservatif, nous avons mesuré l'utilisation du condom au dernier rapport avec le partenaire régulier et occasionnel et la fréquence de l'utilisation du condom avec le partenaire régulier et occasionnel. Nous avons aussi demandé une question générale sur l'utilisation des mesures de prévention contre le VIH. Parmi ces variables, nous en avons ensuite retenu trois comme indicateurs de risque d'exposition au virus du sida : 1) l'utilisation du condom au dernier rapport sexuel indépendamment du type de partenaire, 2) le nombre de partenaires dans les six derniers mois, 3) l'âge au premier rapport sexuel.

Variables prédisposantes

Les caractéristiques socioéconomiques et démographiques : nous avons recueilli de l'information sur: l'âge, l'appartenance religieuse, l'identité ethnique, l'occupation, le statut civil, le contexte familial (ou du ménage), l'éducation la source principale d'argent et la condition matérielle mesurée grâce à un index cumulatif composé de neuf items (**tableau III**, p87).

Tableau III: Liste des variables décrivant les caractéristiques socioéconomiques

Variable	Catégories
Appartenance religieuse	Musulman, Chrétien ou autre
Identité ethnique	Bambara, Peuhl, Malinké, Sarakolé, Dogon, Bozo, Minianka, Kassonké, Soniké, Bobo, Sonraï
Occupation	Étudiants et militaires, commerçants, ouvriers et travailleurs manuels, secteur informel, secteur agraire, sans emploi
Statut civil	célibataire, marié, séparé ou veuf, fiancé
Contexte familial	Vivre avec les parents, époux(se) ou fiancé(e), ou autres incluant les patrons et les ami(e)s
Éducation	Sans éducation formelle (école coranique, et alphabétisation en Bambara) élémentaire, secondaire ou supérieure
Source principale d'argent	Famille, travail, partenaire sexuel, ami(e)s
Condition matérielle	Électricité, eau courante, réfrigérateur, motocyclette, voiture, téléphone fixe, cellulaire, radio, télévision

Les événements de la vie sexuelle : Selon notre revue de la littérature nous avons retenu quatre variables comme prédicteurs potentiels des comportements sexuels à risque : 1) les relations forcées, 2) l'âge à l'initiation sexuelle 3) la dispersion des âges avec le premier partenaire et 4) le type de rapport avec le premier partenaire (époux(se), copain ou copine, partenaire occasionnel, étranger ou membre de la famille). Nous avons aussi exploré les IST déclarées et les grossesses non désirées.

Variables médiatrices

Communication avec les pairs et les parents: nous avons tenu compte de deux dimensions dans la mesure de la communication. La qualité de la communication (en général) et la fréquence des discussions sur la sexualité (souvent, parfois, jamais) avec les parents et les pairs (incluant les partenaires sexuels). Nous avons considéré

que la communication était bonne si les jeunes avaient répondu qu'ils avaient une bonne relation avec leurs parents ou leurs pairs et s'ils leur arrivaient « parfois ou souvent » de parler de sexualité avec eux.

Nous avons aussi exploré les caractéristiques de la communication avec l'entourage en demandant aux participants de nous dire qui était la personne avec laquelle ils préféraient parler de sexualité et aussi qui, parmi les membres de leur famille, leur avait déjà donné des conseils par rapport à leur vie sexuelle ou recommandé l'utilisation du préservatif.

Sources d'information utilisées: nous avons élaboré une liste de moyens potentiellement utilisés par les jeunes pour obtenir de l'information. Quatre types de moyens ont été retenus: les relations personnelles, les médias, les services de santé (incluant les pairs éducateurs), les tradipraticiens. Nous avons construit un score pour le nombre de sources utilisées en excluant les tradipraticiens et nous avons divisé ce score en trois catégories ($\leq 1, 2, 3$).

Connaissances: nous avons exploré les connaissances en ce qui concerne les modes de transmission et méthodes de prévention du VIH ainsi que des connaissances générales sur la santé reproductive incluant la contraception et les IST. Les connaissances du VIH ont été mesurées à l'aide d'un score cumulant les réponses correctes à une série de douze questions fermées (type oui-non) et deux questions ouvertes sur les voies de transmission et les méthodes de prévention avec la

possibilité d'accumuler jusqu'à 18 points. Pour les connaissances sur la reproduction nous avons demandé aux participants de répondre à trois questions (vrai-faux) sur la période de fécondité des femmes. Nous leur avons ensuite demandé de citer des méthodes de contraception. Finalement, nous leur avons demandé de citer des IST ainsi que leurs symptômes.

Attitudes: trois échelles d'attitude ont été développées à partir des thèmes émergents des entretiens qualitatifs: utilisation du condom, 2) expériences sexuelles et 3) relations transactionnelles. Pour chacun des items, une valeur de -1 à été attribuée pour les attitudes négatives, de 0 pour les attitudes neutres et de +1 pour les attitudes positives. Les scores des échelles ont été mesurés en faisant la somme des réponses à tous les items. Si le score global était supérieur à 0, nous avons considéré que l'attitude était positive.

Normes sociales perçues: trois types de jugements ont été inclus dans la mesure des normes parentales perçues (non-restrictives ou restrictives): les normes par rapport à 1) l'utilisation du condom, 2) aux relations avant le mariage, et 3) au choix de l'époux(se). Les normes parentales étaient restrictives si les jeunes estimaient que leurs parents étaient contre les relations pré-nuptiales (pour les filles autant que pour les garçons), contre l'utilisation du condom (pour les filles autant que pour les garçons) et choisissaient l'époux(se) de leurs enfants. Les normes perçues des pairs (positives ou négatives) adressaient uniquement la question du condom. Les normes

des pairs étaient négatives si les jeunes percevaient que la majorité des leurs pairs n'utilisaient pas le condom et qu'ils ne les encourageaient pas à l'utiliser.

Le contrôle perçu sur les comportements sexuels: nous nous sommes inspirés des échelles développées dans d'autres études (212, 213) (214) pour élaborer une échelle de 12 items mesurant la perception de la capacité de parler de sexualité, de refuser des relations sexuelles, d'acheter, de négocier et d'utiliser le condom. Les répondants pouvaient obtenir un score de contrôle comportemental de 0 à 12 (mesure continue).

Perception de risque: nous avons exploré la perception des jeunes par rapport à leur risque de contracter le VIH, d'attraper une autre IST ou de tomber enceinte (ou engrosser une fille). Une unique question, pour chacune de ces variables, a permis de distinguer les jeunes qui se considèrent « à risque » de ceux qui se considèrent « non à risque ».

3.6. Analyses

3.6.1. Analyse des données qualitatives

Deux types d'analyses ont été effectués: une analyse conceptuelle, afin de clarifier le sens des mots et une analyse de contenu qui s'intéressait plutôt à l'information dans le message. Nous avons débuté par l'analyse de contenu permettant le repérage des thèmes et idées directrices. Nous avons ensuite catégorisé

les verbatim en deux catégories: ceux qui traitent de la perception des comportements sexuels et ceux qui traitent de la perception de la communication en matière de sexualité. Une fois les verbatim organisés selon ces catégories, ils furent codés en sous-thèmes. Le raffinement des codes a été fait de manière itérative afin d'éliminer toute redondance dans le codage. Le codage a été validé par double codage intra-codeur et contre codage. Finalement, l'analyse conceptuelle a permis de préciser comment les informateurs parlent d'un thème en particulier. Un ensemble d'énoncés « clés » a été sélectionné pour composer les échelles du questionnaire d'enquête. Un panel composé des membres de l'équipe (enquêteurs, traducteur et recruteurs) et de chercheurs de l'institution d'affiliation a participé à l'interprétation et à la sélection des énoncés selon les concepts retenus. C'est ainsi qu'une première version du questionnaire d'enquête fut élaborée.

3.6.2. Analyse pour le développement et la validation des échelles

La validité du questionnaire a été mise à l'épreuve en évaluant la consistance interne et la validité de construit des échelles. Une première administration du questionnaire à un petit groupe (30) de jeunes de différents milieux a permis d'évaluer la compréhension générale de la langue, le temps nécessaire pour répondre à toutes les questions ainsi que la réaction des jeunes face aux questions.

L'analyse des propriétés psychométriques fut divisée en deux phases: la phase exploratoire et la phase confirmative. Pour la phase exploratoire un échantillon de

200 jeunes fut interviewé pour permettre d'analyser la structure et la consistance interne des échelles. Dans la phase confirmative, 300 jeunes furent interviewés en utilisant la version finale du questionnaire. Celle-ci a été mise à l'épreuve en validant la stabilité de la structure et la consistance internes des échelles. Des analyses factorielles ont été utilisées afin d'identifier la structure générale des échelles et d'éliminer les items inutiles (215). La consistance interne fut évaluée avec l'alpha (α) de Cronbach pour l'ensemble des échelles et sous-échelles. Enfin, nous avons exploré les associations entre les construits mesurés et les comportements sexuels ainsi qu'avec d'autres variables pertinentes.

3.6.3. Analyse des données d'enquête

En premier lieu, une analyse descriptive des données a été faite afin de caractériser la population représentée dans l'étude. Cette analyse a permis de faire une comparaison entre les femmes et les hommes pour toutes les variables d'intérêt (section 4.2). Des analyses bivariées en fonction du genre et des trois comportements sexuels à risque retenus (entrée précoce en sexualité, utilisation du condom au dernier rapport, nombre de partenaires dans les 6 derniers mois) ont ensuite dévoilé les associations significatives entre comportements et éléments du modèle et ainsi permis de dresser un portrait préliminaire du risque chez les femmes et chez les hommes.

En deuxième lieu des régressions logistiques multivariées ont été utilisées afin d'apprécier les associations qui existent entre certains construits mesurés par le

questionnaire et les indicateurs de risque. Nous avons utilisé une approche hiérarchique suivant notre modèle conceptuel. Les variables organisées en trois blocs ont été entrées de façon séquentielle.

Le premier bloc était constitué des variables décrivant les conditions de vie ou le statut socioéconomique ainsi que les événements de la vie sexuelle. Le deuxième bloc faisait référence au niveau interpersonnel ou social. Les variables incluses dans ce bloc traitaient spécifiquement de la communication entre pairs et avec la famille et de l'utilisation de différentes sources d'information sur la santé reproductive. Le troisième bloc incluait les construits sociocognitifs de TCP.

L'entrée de variable par bloc a été faite par la méthode pas-à-pas (Stepwise) avec un seuil de $p=0.05$. Dans la construction de nos modèles par bloc, nous avons testé formellement les interactions avec le sexe afin de mieux comprendre le profil de risque pour les filles et les garçons.

4. Résultats

4.1. Article qualitatif: Transformation in Gender and Sexuality among Young People in West Africa in the Context of HIV Prevention

Running Header: Meanings and Values Attached to Sexuality in Mali

Auteurs : Catherine Boileau, Bilkis Vissandjee, Vinh-Kim Nguyen, Sélim Rashed, Mohamed Sylla, and Maria Victoria Zunzunegui

Apport de l'étudiant (auteur principal) et des coauteurs de cet article

CONTRIBUTION DE L'ÉTUDIANTE

L'étudiante rédigé le protocole pour le financement de ce projet par le CRDI (Centre de Recherche pour le Développement International). Elle a planifié (recruter et entraîner l'équipe de recherche) et supervisé la collecte de données. Elle a transcrit et analysé les verbatims. Finalement, l'étudiante a rédigé l'article pour publication

CONTRIBUTION DES COAUTEURS

Bilkis Vissandjee a contribué à la rédaction et révision de l'article. Elle a particulièrement contribué à orienter l'article vers une perspective de genre.

Vinh-Kim Nguyen a révisé l'article et il a apporté des contributions anthropologiques pour l'interprétation des données

Sélim Rashed (co-directeur) et Maria-Victoria Zunzunegui (directrice) ont révisé et apporté des réflexions pertinentes pour la rédaction de l'article

Mohamed Sylla a supervisé le travail à Bamako. Il a aussi participé à l'interprétation des verbatims.

4.1.1. Abstract

Socially constructed gender characteristics and values attached to sexuality are important at shaping the capacity of both men and women to protect themselves from HIV and other sexually transmitted infections. In this study, a combination of focus groups (n=10) and semi-structured individual interviews (n=16) was used to explore the social meanings of sexuality among young men and women aged 15-24. A purposeful sample of in and out-of-school youth was recruited from November 2003 to January 2004 in 11 different neighbourhoods of Bamako. Guiding themes for the discussions were: communication about sexual matters and sexual conduct. Further to a thematic analysis of all narratives, sexual conduct was divided into the four following categories: sexual debut, multiple partnering, HIV prevention and sexual health, and sexual exchange relationships. The findings suggest that young people's perception of sexuality is shaped by various forces including kin or authoritative elders as well as external influences coming from the AIDS-prevention industry and the Western culture. The data also provide evidence supporting the fact that sexuality generates ambivalence and inter-generational tension. We suggest that although young men and women's views of sexuality are evolving, gendered sexual norms refrain them from having self-empowering views about their sexual lives. Cultural and gender sensitivity to sexuality are needed in HIV research to reinforce interventions aimed specifically at empowering women and men to adopt preventive sexual behaviours.

Keywords: social construction of sexuality, gender power imbalance, intergenerational pressure, unsafe sex, HIV/AIDS, qualitative study, young people, West Africa.

4.1.2. Introduction

The HIV/AIDS crisis in sub-Saharan Africa has contributed to the introduction of the concepts of sexual health and sexual rights in the political discourse and has spurred sexual reform efforts which have expanded throughout the continent over the last decades. With the recognition that HIV is an epidemic of people who have sex, government, NGOs, multilateral aid agencies and activist networks have urgently implemented multiple strategies to change behaviours and promote safer sex. In Mali, health services specifically adapted for sex workers, peer education strategies fostered by NGOs (Group Pivot Santé Population) and the government (Ministry of Youth), and mass media information through radio or television broadcast (1) have been implemented as part of a broad range of HIV-prevention strategies. Throughout messages conveyed to the population, sexuality is at issue as a biological fact of life as well as a moral object and the mere presence of these HIV prevention programs has created a space for new construction of gender roles and sexuality (2).

Sexuality is part of social life including kinship, gender relations and human reproduction, and although it is acknowledged that sexuality is grounded in biological drives. Biology does not necessarily dictate where, when, how and with whom a person engages in sexual behaviour (3, 4). Through a process of social interaction and negotiation, precise sexual norms are imposed upon social groups (5, 6).

Increasing recognition of the interplay between gender norms and HIV outcomes has contributed to the formulation of policies aimed at challenging patriarchal gender norms in the most culturally appropriate manner (7, 8). Despite the increasing attention on gender in the HIV/AIDS arena, there is still limited research and program experience focused on gender-sensitive approaches (9). Historically, in the public health arena, sexual behaviour research in relation to AIDS relied on partner numbers, sexual networking and frequency of intercourse and rarely took into account the role of gender in HIV transmission. These approaches based on “classic” epidemiological tools such as demographic health and KAPB-surveys, focused on individualized and highly de-contextualized risk-factor analysis that may not adequately explain complex social behaviours. Nowadays, attention has increasingly focused on the social, cultural and political forces that structure sexual conduct, together with the subjective meanings associated with specific sexual experiences (10-12).

Pragmatic approaches drawn from ideas of social construction which concentrate on contextualizing human behaviour in its socio-cultural realm have been proven to be valuable in developing prevention strategies against sexually transmitted infections (13-17). We argue that, prevention strategies need a re-examination of sexuality in which the symbolic meanings and sense of morality which are attached to sexual experience are highlighted. Gender-sensitive approaches that recognize the implication of gender roles in the negotiation of sexual conduct require well-

grounded data about perceptions surrounding sexuality. The goal of this paper was to examine how sexuality is socially constructed in the context of HIV/AIDS prevention with a focus on gender and perception of inter-generational differences.

4.1.3. Background

As young people talk about their romantic interests and sexual experiences, they typically construct their own sexual roles, and make decisions about the level of risk they are willing to take (6). In the AIDS prevention industry, education is thought to confer power to negotiate and decide (18). Sexual education that was traditionally insured by kinship relations has been silenced by dominant biomedical explanations and religiously infused morals about sex. This phenomenon has created gaps within the familial structure which resulted in loss of elders' status (19). In Mali, there seems to be very little social interaction between young people and their parents and reproductive health issues are rarely discussed (20). Despite evidence underscoring the usefulness of parental monitoring and parent-child communication about sexual issues (21, 22); young people ultimately prefer turning to friends to discuss sex; creating their own contemporary sexual culture by watching Western cinema and observing peer behaviour at public social events.

Sexual morality is contingent. Moral evaluation of different types of sexual conducts such as premarital sex, condom use, and sexual exchange relationships, hangs together in a complex way; this implies that cultures construct pluralistic landscapes of sexual values. Furthermore, socio-sexual norms surrounding specific sexual

conducts have distinct gender association. Unequal gender relations, including: expectations of female passivity, sexual violence and coercion (23-26), and providing sex as contractual obligation towards men compound the freedom to negotiate during sexual interactions which in turn affects preventive strategies (27, 28).

Traditionally condemned in most African cultures, premarital sex has now become quite common (29-31). In certain cultures, high values are attached to sexual experience and men having scores of women are considered prestigious (32) (33). These views might be changing since declines in casual sex are increasingly reported in a number of countries (34-39). In Mali, sexual relationships play a central role in acquiring prestige among peers; young people abstaining from sex risk being ostracised by peers (20).

Sexuality and risk reduction are entangled, and introduction of condoms has been quite a struggle in cultures where human reproduction is highly valued. Young women and men still hold ambivalent feelings towards condoms. Condoms are perceived as unnatural, not pleasurable, symbolized as objects for prostitution and interpreted as mistrust in a relationship, (40-45)(43, 46).

Money and gifts are often expected in the course of a relationship as recompense for sexual services and to strengthen the relationship. Transactional sex and temporary sexual partnerships are seen in high HIV incidence regions such as Central and

Eastern Europe (Rhodes, 1999) (Borisenko, Tichonova & Renton, 1999) (Kalichman, 1998) and are also well rooted in a number of countries in Africa especially among unmarried young people (47-49). Economic pressures, may be such that no young woman considers engaging in a sexual relationship without a pecuniary consideration in mind (50). Therefore, patterns of sexual behaviour might be directly related to the material gains obtained in the course of sexual encounters (49, 51). Given the increasing number of HIV/AIDS interventions and the evolution of prevention strategies, we argue for a more sophisticated understanding of how societal meanings and values of sexuality shape gender interactions and sexual life.

4.1.4. Methods

Setting

According to the Human Development Index 2004, Mali is among one of the five poorest counties in the world (52). The risk of HIV transmission is potentially high in this country due to the persistence of unsafe sexual behaviour (53). Condom use remains low; among sexually active Malians aged 15-24, only 14% of women and 30% of men reported using a condom at last sexual intercourse with a non-marital, non-cohabiting partner (54). In addition, it is reported that 34% of female adolescents have already experienced pregnancy (54).

Sample

A purposeful sample of young men and women aged 15-24 residing in Bamako were recruited. Heterogeneity of the sample, based on socio-economic background, family

situations and experiences was researched to reflect the diversity seen among young people in Bamako. Efforts were made to have equal numbers of women and men as well as some young people attending and not attending school. Among school non-attendeers, we recruited: housemaids, apprentices, ambulant street vendors, petty traders, waitresses, hairdressers, tailors, as well as unemployed youths. The full range of ages (15-24) was also considered. Participants were selected; from a variety of sites (schools, market, garages and repair shops, community centers, football fields, at home and in the street) in 11 different neighbourhoods. Young women and men were included in the study if they had resided in Bamako for at least 3 months and if they had given their oral consent. **Tables I and II** (p.119) show the number of focus groups and individual interviews carried out in Bamako as well as the demographic characteristics of the participants recruited.

Data collection

The data collection process involved two stages. In the first phase we conducted a series of two all-girls, two all-boys and 6 mixed focus groups of 6 to 10 participants each. During focus groups, participants described what they perceived to be the socially acceptable norms with regards to sexuality. The question which initiated the discussion was "*What does having sex represent for young people in Bamako nowadays?*" Various questions emerged from the preliminary analysis of the first two focus groups and interview guides were modified to allow further exploration of emerging themes. In the second phase, we conducted 16 individual interviews during which participants shared how they actually experienced relationships. Our

interest was to gather more in-depth information concerning specific events in the lives of participants. Issues we explored in these interviews included, how participants considered their actual sexual partner(s); negative event that occurred in the course of a sexual relationship. All interviews were carried out from November 2003 to January 2004. Our approach allowed analysis and interpretation of the data to be developed during the course of the study, and to be guided iteratively.

The fieldwork team consisted of four trained interviewers (two females and two males), and two supervisors or gatekeepers (one male schoolteacher, and one female counsellor in a reproductive health community organization for adolescents). All members of this team were involved at all stages of the research, for instance: they chose recruitment sites, provided advice on the development of interview guides, validated translation of narratives, and participated in the analysis and interpretation of results. Focus group discussions were facilitated by same-sex moderators and same-sex observers trained to help with the organization and analysis of the discussions. Observers were also in charge of taking notes on verbal and non-verbal acts throughout focus groups. All focus groups and individual interviews were conducted in local language of Bambara and lasted between 30 to 45 minutes. Informed consent was obtained verbally once the supervisors had given a thorough explanation of the goals and ethical issues of the study to participants. At the end of each focus group and individual interview, a stipend of \$1.25CDN (500FCFA) and a beverage were provided. Each interview was recorded to be translated into French and transcribed in full. Accuracy and validity of translations were measured by

comparing original transcriptions from independent translations on a randomly selected sample of two taped focus groups and two interviews.

Analysis

Narratives were analyzed in three-steps. First, content analysis of each theme was done to detect underlying views and beliefs, and to prune the corpus of text (55). Coding aimed at roughly categorizing the text according to their proximity to the two sub-themes; communication about sexual matters and sexual conduct. Narratives which were overlooked by this process were read and coded separately. Second, codes were expanded within each of the 2 sub-themes. Emergent codes were refined by an iterative process to eliminate redundant coding and add details where needed. Third, narratives were sorted by gender and a comparative technique was used to identify gender differentials in values and beliefs for all codes emerging from the initial two sub-themes.

Validity

Given the sensitive nature of the topic to be discussed, certain measures were undertaken to encourage young people to be as honest and spontaneous as possible. For this reason, young same-sex interviewers were chosen and the interviews were conducted in comfortable settings that were protected from interruptions by curious bystanders. To ensure validity of coding and reflexivity of interpretation, a peer editing exercise was conducted whereby interviewers and invited peers counter-coded a selected sample of narratives and assessed the “fit” between these narratives

and their subsequent interpretation. This feedback exercise also gave further insight into the findings (56, 57). Problems of language and cultural translation have impacts in research outcomes (58, 59). In this research, the researcher, the respondents and the translators/interpreters were all producers of accounts. The translator as well as the interviewers were thus pivotal to the final research product (60).

4.1.5. Results

From this analysis it became apparent that ideas about sexuality and sexual practices reflect changing gender roles and sexual moralities that are framed in terms of modernity and traditionalism. Young people's perception and interpretation of sexual conduct is shaped by various forces including kin or authoritative elders and external influences or coming from the AIDS-prevention industry and Western culture. To illustrate these points, the first set of narratives presented herein gives insight on how sexuality was discussed; and the second set of narratives presented is divided in order to emphasize the differences that existed between young people's own standards of sexuality and their perception of parental or elder's norms for each specific sexual conduct. Based on our analysis we inductively codified sexual conduct into four categories: sexual debut, multiple partnering, HIV prevention and sexual health, and sexual exchange relationships. Results of our analysis are presented according to these categories.

How do young women and men discuss sexual matters

AIDS prevention campaigns have been sending out medico-moral messages about sexual conduct such that anyone who sets foot in the city of Bamako will soon hear about HIV/AIDS and about means to prevent it; and sex eventually becomes part of everyone's discourse. Information about reproductive and sexual health is accessed through multiple sources such as media, school, NGOs and health centers, but informal information networks were the most valued source of information, especially for young men. In Mali, relationships are knitted by unofficial and spontaneous gatherings around tea-brewing, called "grain". Throughout these gatherings, young men and women discuss various issues. Types of information on sexual matters learned from peers in these networks have to do more with practice than norms and values which are attributed by elders. Talking about or showing any interest in sexuality has a distinct gender association – men tended to be more explicit about discussions they held at the "grain" compared to female peers.

My friends (and I) know a lot about condoms, since no one in my "grain" has sex without using a rubber. Proof is that we talk about everyone's private affaires during tea-time "grain"; we all know what each of us are up to (male, electrician, 20 years old).

No matter how medicalized the language of sexuality has become in the AIDS prevention industry, some young people find it is inappropriate and embarrassing to have a discussion about sexual matters, particularly with elders.

I think that if we have not received education... we are not comfortable to talk about sex here. Sex is still taboo here...so even if you talk about sex, we feel stress...to talk, well we need to get education (male, student).

In my family we do not talk about condoms and sex, my family prefers I even stay away from men...sexual matters are taboo in my family (female, 17 years old housemaid)

Communicating desire was more a matter of “body language” than of verbal communication; however some men, but also women, adopted a more modern approach to sexual relations and felt quite at ease about verbalizing their desire to their partner.

Personally, sex is no taboo. We have to talk to fix certain sexual problems...without communication nothing goes (male, student).

We can talk about sex but people will think we are vulgar...Personally I am open to talk about sex with the person I love...I am not ashamed, if I feel like it, I simply propose. If he doesn't feel like it, he can refuse (female, student).

Ideas about sexual conduct

Sex is acknowledged as a natural and pleasurable act that can strengthen the bond between men and women. However, conflicts between contemporary sexual identities and traditional models of gender and family were expressed. There was a general sense of pessimism related to the fact that sex has become pervasive in the community. The perceived emergence of sex was not welcomed as it appeared to be tainted with unhealthy habits and perversion; and sexuality was seen as a loss of moral standards. Explanations given about why young people are becoming over-sexed were constructed around the idea that modernity such as seen in European films leads to moral decay.

With civilisation we left behind our ancestors' traditions. We are now faced with a European culture that is not ours. Before, finding a girl virgin on her wedding day was the pride of the family and gifts would come from all over...But now, maybe because of development we tend to abandon our ancestors culture. This is because of the media, television, and the cinema. In European movies we see the actors making love, there is no taboo. (Male, out of school)

Modern identity for women seemed as if it was more difficult to accept. Young men often held young women responsible for the increase in sexual behaviour because of

their provocative nature. There was a simultaneous attraction and repulsion towards “modern” women who are sexually affirmative:

The spread of sexuality is due to the fact that girls are not serious, they are provocative. It's a disaster, just by looking at them you get excited. (Male, welder, 20 years old)

When should young women and men become sexually active

For young men, engagement in a sexual relationship was determined by a natural drive, which emerges at puberty. For young women, the notion of marriage and reproductive maturity seemed to be more important determinants of sexual initiation. Reproductive maturity was thought to occur at around 18 years-old; at this age, reproductive organs were thought to be well developed reducing the risks of having complicated pregnancies. Both women and men recognized that having precocious and promiscuous sex led to unwanted situations, such as contracting a disease or becoming pregnant. There is also a belief that having relationship too young weakens the body and precipitates aging.

When we have passed puberty, we start having feelings, it is natural because God gave us these feelings, otherwise we would be robots. So I say that once we have passed puberty we can start having sex. (male, student)

The true age to start having relationships is 18 years because this is when we can have children without any problems. (female, out of school)

Abstinence until marriage was considered unrealistic partly because marriage is done at an older age for many men and women. For certain men, sexual expression was considered not only normal, but a mere essential in a fulfilled relationship. A statement from one boy clearly illustrates how a man's sexual experience might be beneficial for his future wife.

Woman can marry a man who has experience in love-making; it will help the relationship (male, in-school)

How young men and women perceive multiple partnering

Young people held an uncompromising critique of multiple partnering practices. Participants strongly categorized women who have more than one partner as prostitutes. Similarly men adopting a promiscuous sexual behaviour were also considered ruthless and unfaithful, but some young men recognized that this behaviour was “in”. Having many sexual partners was by and large considered dangerous; hence one who adopts this behaviour was categorized as disease-stricken, regardless of gender. Both female and male adolescents believed that adolescents from the opposite sex cannot be trusted and that fidelity is almost impossible to expect. Although both men and women were criticized for having more than one partner, the reasons given to explain this behaviour were highly gender-specific. Men sought different partners when they were betrayed by women and also to satisfy their sexual needs, whereas women did so in order to fulfill material and monetary needs.

A man who has been disappointed, he can no longer love one girl only, if that man doesn't become a drinker or a drug addict, he will chase women... Why should he limit himself to one if that one will betray him? (male, in school)

Having multiple sexual partners for women is multiplying sources of income in order to fulfill their needs. (male, out-of-school)

How young women and men consider HIV/AIDS preventive behaviour

Everyone knew about the existence of HIV/AIDS and STIs and all mentioned a means of protecting yourself from diseases – condoms, abstinence, faithfulness,

avoiding sharp objects were among the examples given. The notion of protection intersected with that of trust; HIV screening tests being, for some, the only way to really trust your partner. HIV screening was also viewed as the ultimate solution in order to have safe sexual relationships; suggesting participants had unrealistic and idealized perceptions about the way relationships develop and about the recognition of HIV testing as a means of protection. Condoms were generally recognized as a means to prevent HIV infection but there were concerns with regard to health hazards related to condoms, for instance: shortening of the penis, impotence or reduced sexual power, skin problems due to the lubricant, and even transmission of HIV. Advantages of using condoms clearly outweighed disadvantages; condoms were thought of as easy to find, and relatively cheap, but mostly, they were seen as the most secure way to avoid HIV, STIs and unwanted pregnancies. Despite positive attitudes, there was a persistent feeling of discomfort among both women and men when it came to buying or carrying condoms. Particularly, there seemed to be a misconception of the norms attributed to the purchase of condoms. While young women generally thought they would be criticized for buying or carrying condoms; most young men thought of girls who buy condom as responsible and intelligent.

Girls who buy condoms are clear-minded and they are intelligent (Male, student, 23 years old)

How is transactional sex perceived

Some women and men spoke of using sex as means by which one acquires material goods. Young men had a general tendency to believe money and gifts are expected in a relationship; however young women often perceived these elements as “buying

the relationship". Money or gifts in the context of sexual relationships were also viewed as tokens of love for women, and signs of appreciation for men.

After sex, what is recommended is the cost of soap for cleansing (male, boy focus group, out-of-school)

Some think they (girls who receive money in sexual relations) are prostitutes, but that isn't the case...If he offers you a little gift, it's an act of love that proves he loves you. (Female, mixed-sex focus group, students)

By the fact that you satisfied me, I have the right to give you something. It's an encouragement; it's to show that I was pleased. (Male, focus group, in school)

In certain cases one has sex just because of the money (female, focus group, out-of-school)

How do young people perceive parental and elder's norms

Parents and elders were generally not accounted for as a source of information about sexual matters. Although it was affirmed that parents can give occasional advice about safe sex issues, conversing freely about sexual matters with their parents was no easy matter – their authority over sexual conduct seemed to be expressed in silence. Participants generally thought that parents no longer have control over their sexual lives and assumed that they would disagree about their behaviour; hence they kept their sexual lives secret.

How young women and men perceive parental norms towards sexual initiation

Generally, respondents perceived that their parents and elders would disagree with them having early and premarital sexual relationships, but women seemed more concerned that these behaviours represented dishonour for the family and would lead to a loss of trust or social rank. Participants generally expressed that, parents no

longer had the authority to insist on abstinence until marriage; young men stated that their parents close their eyes on their behaviour and young women said that if a boy could be trusted, parents would usually approve and even encourage such behaviour.

We cannot come to an agreement with parents when it comes to sex before marriage, but they have to accept you the way you are (Male, out-of-school, 19 years-old)

If parents trust a boy, they can give their daughter to him even if there is no marriage...this boy would be called upon to take over if the girl has problems (female, housemaid, 17 years old).

Parents were often blamed for their children's improper behaviour because they neglected to educate them. The views that parents no longer have control over their children's behaviour, they give inadequate advice or simply misunderstand young people in general were shared mostly by men.

We see it (premarital sex) when the head of the family cannot assume his responsibility of educating his children. (Male, welder, 20 year-old)

Our elders value virginity, but this is a notion that has lost all its importance. In the nuptial room, newly-weds simply agree to hide what they know to rest of their family. (Male, mechanic, 21 year-old)

How young women and men perceive parental norms towards premarital sex

Premarital sex was perceived to be condemned by parental norms. Both young women and men argued that their parents' disapproval was predominantly based on the fear of disease transmission.

My elders do not approve of this behaviour because they think you might be the source of disease for your future husband (Women, housemaid, 20 years old)

It is embarrassing for parents....They might also be afraid that you may catch a disease or have children outside marriage (Male, 20 years-old, electrician)

How young women and men perceive parental norms towards condom use

Young women often thought their parents had negative views of condom use, whereas young men thought that their parents and elders had erroneous beliefs about condoms.

My family thinks condom are for prostitutes, they rather I avoid men (female, house maid, 19 years old)

In my family, the old ladies do not understand the problem of AIDS, or condoms. They believe that condoms are infecting young people and also incite them to have sex. They keep telling us that in their time such a disease did not exist because there were no condoms, that's why they believe condoms bring AIDS here (male, electrician, 20 years old)

Young people feared the judgment of elders in the community. Their judgmental look when purchasing condoms was clearly a matter of concern. The following quote illustrates how some young people felt criticized for having sex.

If I go to the shop to pay condoms, the salesperson will criticize me because he thinks I have too much of "it" (sex), often, that's what discourages me (to go)... (Male, in-school)

Despite the fact that none of the interviewees spontaneously mentioned that their parents supported condom use for them, some said that family members encouraged safe sex.

In my family they keep trying to raise our awareness to use condoms in order to avoid pregnancies and to protect ourselves against diseases (female, house maid, 17 years old)

My family have a good understanding of the utility of condoms. My uncle keeps a box in reserve - we can pick from it at any moment. (male, mechanic apprentice, 21 years old)

How young women and men perceive parental norms towards transactional sex

Participants voiced their concerns about how parents may encourage their daughters to seek sexual partnerships for monetary relief.

In the olden days, each time a girl would have sexual relationships before marriage; it was humiliating for the family. Nowadays, it's the mother who pushes her own daughter to go get money for the breakfast bread, way before she is wed. (Male, welder, 20 years-old)

4.1.6. Discussion

The aim of this paper was to analyze the narratives of young Malians to get insight on what exactly constitutes their views about sexuality with a gender perspective. These narratives show that sexuality generates ambivalence. Sexuality was associated with intimacy, pleasure and expression of modern identity, but was also perceived as a source of disease and a manifestation of moral decay. Moreover, sex no longer carried the same value: faithfulness could no longer be taken for granted and sex was viewed as shameful. A general view was that increasing urbanisation and access to western movies, music and fashion have blended to produce a change in young people's sexual culture. It is thought that "modernization" or "Western influence" triggered an unhealthy sexual opening-out in youths. This view is not uncommon in countries of Africa where the AIDS prevention industry has been flooding the population with medico-moral messages about sexual risk (63). In the era of AIDS, young people are aware that sex comes with a risk – and prevention messages are recited like verses from popular songs; these are clues that preventive strategies do have an impact. However, understanding how messages are interpreted is crucial.

Four crucial points have emerged from this study. First, informal information networks, such as small-group gatherings around tea-time were the most popular form of sexual education. On the other hand, having explicit discussions about sexual matters with parents is still unthinkable. Parent-child communication is often impeded by the fact that parents believe they are not listened to, or they have insufficient knowledge about AIDS prevention to give advice (20). Given these results, supporting parents' effort through education and communication skill-building interventions seem appropriate in this context. Peer education programs partly funded by the National AIDS Prevention Program (*Programme National de Lutte Contre le SIDA*) have been developed to reach youths using informal gatherings as vectors to spread preventive messages, these strategies are promising in terms of raising awareness among harder to reach, and more marginalized populations.

Second, the relationships between sexuality and modernity are central to these discussions. The rhetoric of sexual morality transmitted by external sources, such as international activism or internal sources such as kinship, affect young people in a gender-specific way. Sexual modernity is generally more stigmatizing for women. Women are held responsible for seducing men and are perceived as promiscuous for buying condoms, but expected to behave responsibly; hence they are faced with an impossible array of expectations when negotiating sex. The dilemma they face when buying or carrying condoms is particularly disturbing; being convinced on one side of the importance of risk reduction, and on the other, being ostracized for acting like a prostitute. This points out how gender plays a role in structuring inequality and sexual

division at the detriment of women. Unequal gender relations compound the freedom to negotiate during sexual interactions which in turn effects preventive strategies in general (27, 28). Transformational and empowering approaches that are built on concepts of gender relations are increasingly applied in the development of experiential learning activities around issues of gender and sexuality and may enhance young women's ability to negotiate sexual relations.

Third, sexuality was as a source of dispute between generations. Parental norms were considered obsolete and unrealistic and parents generally held no direct role in sexual education, as it is reported in other African settings (64). On the other hand, young people's sexual behaviour and social consequences of these are directly related to their parents' upbringing; hence families were blamed for failing to fulfill authoritative supervision when children led loose lifestyles. Inter-generational tension existed; however, these tensions were also present between traditionalists who expressed regret for the loss of older generations' values and more progressive young people who considered elders to be out-of sync with their life-styles and needs. Debates surrounding these traditionalist-progressive ideas about sexual moralities were frequent and visibly demonstrated the co-existence of opposing views within the sub-group.

Finally, HIV transmission occurs in a context of intergenerational tension, gender inequality and most of all - economic struggle. The links between poverty and the global spread of HIV have been well documented (65, 66) Gender equity and economic structure are closely related; in Mali, as it is the case for other countries in Sub-Saharan

Africa, women are poorer than men (67). The materialistic aspect of sex came out as a powerful aspect of sexual relationships for young people in this group, but notable distinctions existed between genders. From men's point of view, women seek boyfriends out of materialistic need, and if men cannot provide gifts or money, they will seek more rewarding relationships. Consequently, men claim they have no chance of finding girlfriends if they do not have money. In the same way, the consensus among young people in Abidjan is that if a girl takes money from a boy he has the right to have sex with her (68). However, for most women in this group, relationships were not viewed as a source of income; receiving money and gifts was not merely a transaction but was seen as a symbol of shared affection, as noted in a Tanzanian study on adolescent girls of which many maintain relationships with older men (69).

Although the phenomenon of transactional sex may reflect economic gender inequalities, women are not helpless subject in sexual negotiation. Lack of opportunity and desire to attain a certain level prestige push women to adopt profit-making seduction strategies towards men, maximizing their gains by having relationships with older and more privileged men. Lack of financial stability is the foremost factor for entry into prostitution among young women in Mali (70) Among this group there was infrequent but noteworthy concern about the influence of mothers on the daughters' unsafe sexual practices. Like others have previously reported (32, 52), in some instances, mothers incite their daughters to seek boyfriends in order to provide financial security to the household.

Preventive messages are condemned to fail if they are fraught with misunderstandings of young people's perceptions of sexuality, their lifestyle and the social pressures that dictate how they act and feel about sex. In this sense, recognizing the socially constructed assumptions about sexuality may help inform the development of more socially responsive interventions. Qualitative approaches such as the one used in this paper contextualize explanations of young people's sexual behaviour hence provide insightful exploration of society's effect on sexual choices. In addition, instrumental use of the qualitative data gathered herein is possible if, for instance, findings are translated into material forms such as measurement tools to be used in the evaluation of population interventions.

References

1. JSI/PDY. Étude sur l'écoute radiophonique chez les jeunes et leurs connaissances, attitudes et pratiques en santé de la reproduction: rapport d'analyse. 2001.
2. Leigh Pigg S, Adams V. Introduction: the moral object of sex. *Sex in Development: Science, sexuality and morality in global perspective* 2005:pp1-38.
3. Parker R, Easton D. Sexuality, culture, and political economy: recent developments in anthropological and cross-cultural sex research. *Annu Rev Sex Res* 1998;9:1-19.
4. Tuzin D. Sex, culture and the anthropologist. *Soc Sci Med* 1991;33(8):867-74.
5. Christopher FS. To dance the dance: A symbolic interactional exploration of premarital sexuality. 2001.
6. Harper GW, Gannon C, Watson SG, Catania JA, Dolcini MM. The role of close friends in African American adolescents' dating and sexual behavior. *J Sex Res* 2004;41(4):351-62.
7. UNAIDS. Gender and HIV: taking stock of research and programmes. 1999(Best Practice Collection):40 p.
8. Varga CA. How gender roles influence sexual and reproductive health among South African adolescents. *Stud Fam Plann* 2003;34(3):160-72.
9. Chege J. Interventions linking gender relations and violence with reproductive health and HIV: rationale, effectiveness and gaps. *Gender Culture and Rights* 2005(Agenda Special Focus).
10. Romer D, Black M, Ricardo I, Feigelman S, Kaljee L, Galbraith J, et al. Social influences on the sexual behavior of youth at risk for HIV exposure. *Am J Public Health* 1994;84(6):977-85.
11. Scholly K, Katz AR, Gascoigne J, Holck PS. Using social norms theory to explain perceptions and sexual health behaviors of undergraduate college students: an exploratory study. *J Am Coll Health* 2005;53(4):159-66.
12. Hynie M, Lydon JE, Cote S, Wiener S. Relational Sexual Scripts and Women's Condom Use: The Importance of Internalized Norms. *Journal of Sex Research* 1998;35:370-380.

13. Blanchard JF, O'Neil J, Ramesh BM, Bhattacharjee P, Orchard T, Moses S. Understanding the social and cultural contexts of female sex workers in Karnataka, India: implications for prevention of HIV infection. *J Infect Dis* 2005;191 Suppl 1:S139-46.
14. O'Neil J, Orchard T, Swarankar RC, Blanchard JF, Gurav K, Moses S. Dhandha, dharma and disease: traditional sex work and HIV/AIDS in rural India. *Soc Sci Med* 2004;59(4):851-60.
15. Goodwin R, Kozlova A, Kwiatkowska A, Anh Nguyen Luu L, Nizharadze G, Realo A, et al. Social representations of HIV/AIDS in Central and Eastern Europe. *Soc Sci Med* 2003;56(7):1373-84.
16. Goodwin R, Kozlova A, Nizharadze G, Polyakova G. HIV/AIDS among adolescents in Eastern Europe: knowledge of HIV/AIDS, social representations of risk and sexual activity among school children and homeless adolescents in Russia, Georgia and the Ukraine. *J Health Psychol* 2004;9(3):381-96.
17. Goodwin R, Kwiatkowska A, Realo A, Kozlova A, Nguyen Luu LA, Nizharadze G. Social representations of HIV/AIDS in five Central European and Eastern European countries: a multidimensional analysis. *AIDS Care* 2004;16(6):669-80.
18. Leigh Pigg S, Adams V. Globalizing the facts of life. *Sex in development: science sexuality and morality in global perspective* 2005:pp139-65.
19. Renne EP. Introduction to special issue: Sexuality and generational identities in sub-Saharan Africa. *Africa Today*. 2000;47(3/4):viii-xii.
20. Castle S. Knowledge, attitudes and behavior relating to HIV/AIDS in Selected villages of Kolondieba Cercle: A qualitative study to inform the development of HIV/AIDS prevention messages within the community schools. A Report submitted to School Health programme 2002.
21. Babalola S, Tambashe BO, Vondrasek C. Parental factors and sexual risk-taking among young people in Cote d'Ivoire. *Afr J Reprod Health* 2005;9(1):49-65.
22. Meekers D, Klein M. Determinants of condom use among young people in urban Cameroon. *Stud Fam Plann* 2002;33(4):335-46.
23. Wood K, Jewkes R. Violence, rape, and sexual coercion: everyday love in a South African township. *Gend Dev* 1997;5(2):41-6.

24. Dunkle KL, Jewkes RK, Brown HC, Gray GE, McIntyre JA, Harlow SD. Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *Lancet* 2004;363(9419):1415-21.
25. Jewkes RK, Levin JB, Penn-Kekana LA. Gender inequalities, intimate partner violence and HIV preventive practices: findings of a South African cross-sectional study. *Soc Sci Med* 2003;56(1):125-34.
26. Koenig MA, Lutalo T, Zhao F, Nalugoda F, Kiwanuka N, Wabwire-Mangen F, et al. Coercive sex in rural Uganda: prevalence and associated risk factors. *Soc Sci Med* 2004;58(4):787-98.
27. Ezumah NN. Gender issues in the prevention and control of STIs and HIV/AIDS: lessons from Awka and Agulu, Anambra State, Nigeria. *Afr J Reprod Health* 2003;7(2):89-99.
28. Machel JZ. Unsafe sexual behaviour among schoolgirls in Mozambique: a matter of gender and class. *Reprod Health Matters* 2001;9(17):82-90.
29. Boerma JT, Urassa M, Nnko S, Ng'weshemi J, Isingo R, Zaba B, et al. Sociodemographic context of the AIDS epidemic in a rural area in Tanzania with a focus on people's mobility and marriage. *Sex Transm Infect* 2002;78 Suppl 1:i97-105.
30. Gage AJ, Meekers D. Sexual activity before marriage in sub-Saharan Africa. *Soc Biol* 1994;41(1-2):44-60.
31. Nnko S, Boerma JT, Urassa M, Mwaluko G, Zaba B. Secretive females or swaggering males? An assessment of the quality of sexual partnership reporting in rural Tanzania. *Soc Sci Med* 2004;59(2):299-310.
32. Nyanzi S, Pool R, Kinsman J. The negotiation of sexual relationships among school pupils in south-western Uganda. *AIDS Care* 2001;13(1):83-98.
33. Meekers D, Calves AE. 'Main' girlfriends, girlfriends, marriage, and money: the social context of HIV risk behaviour in sub-Saharan Africa. *Health Transit Rev* 1997;7 Suppl:361-75.
34. Agha S. Declines in casual sex in Lusaka, Zambia: 1996-1999. *Aids* 2002;16(2):291-3.

35. Asiimwe-Okiror G, Opio AA, Musinguzi J, Madraa E, Tembo G, Carael M. Change in sexual behaviour and decline in HIV infection among young pregnant women in urban Uganda. *Aids* 1997;11(14):1757-63.
36. Zaba B, Pisani E, Slaymaker E, Boerma JT. Age at first sex: understanding recent trends in African demographic surveys. *Sex Transm Infect* 2004;80 Suppl 2:ii28-35.
37. Stoneburner RL, Low-Beer D. Sexual partner reductions explain human immunodeficiency virus declines in Uganda: comparative analyses of HIV and behavioural data in Uganda, Kenya, Malawi, and Zambia. *Int J Epidemiol* 2004;10:1-10.
38. Slaymaker E, Buckner B. Monitoring trends in sexual behaviour in Zambia, 1996-2003. *Sex Transm Infect* 2004;80 Suppl 2:ii85-90.
39. Mekonnen Y, Sanders E, Aklilu M, Tsegaye A, Rinke de Wit TF, Schaap A, et al. Evidence of changes in sexual behaviours among male factory workers in Ethiopia. *Aids* 2003;17(2):223-31.
40. Abdool Karim SS, Abdool Karim Q, Preston-Whyte E, Sankar N. Reasons for lack of condom use among high school students. *S Afr Med J* 1992;82(2):107-10.
41. Preston-whyte E, Zondi M, Mavundla G, Gumede H. Teenage pregnancy, whose problem? Realities and prospects for action in KwaZulu/Natal. *South Afr J Demogr* 1990;3:11-20.
42. Simbayi LC, Kalichman SC, Jooste S, Cherry C, Mfecane S, Cain D. Risk factors for HIV-AIDS among youth in Cape Town, South Africa. *AIDS Behav* 2005;9(1):53-61.
43. Hillier L, Harrison L, Warr D. "When you carry condoms all the boys think you want it": negotiating competing discourses about safe sex. *J Adolesc* 1998;21(1):15-29.
44. Sunmola AM. Sexual practices, barriers to condom use and its consistent use among long distance truck drivers in Nigeria. *AIDS Care* 2005;17(2):208-21.
45. Thomsen S, Stalker M, Toroitich-Ruto C. Fifty ways to leave your rubber: how men in Mombasa rationalise unsafe sex. *Sex Transm Infect* 2004;80(6):430-4.
46. MacPhail C, Campbell C. 'I think condoms are good but, aai, I hate those things': condom use among adolescents and young people in a Southern African township. *Soc Sci Med* 2001;52(11):1613-27.

47. Rhodes T, Ball A, Stimson GV, Kobysheva Y, Fitch C, Pokrovsky V, et al. HIV infection associated with drug injecting in the newly independent states, eastern Europe: the social and economic context of epidemics. *Addiction* 1999;94(9):1323-36.
48. Borisenko KK, Tichonova LI, Renton AM. Syphilis and other sexually transmitted infections in the Russian Federation. *Int J STD AIDS* 1999;10(10):665-8.
49. McGrath JW, Rwabukwali CB, Schumann DA, Pearson-Marks J, Nakayiwa S, Namande B, et al. Anthropology and AIDS: the cultural context of sexual risk behavior among urban Baganda women in Kampala, Uganda. *Soc Sci Med* 1993;36(4):429-39.
50. Omorodion FI. Sexual networking of market women in Benin City, Edo State, Nigeria. *Health Care Women Int* 1993;14(6):561-71.
51. Dunkle KL, Jewkes RK, Brown HC, Gray GE, McIntyre JA, Harlow SD. Transactional sex among women in Soweto, South Africa: prevalence, risk factors and association with HIV infection. *Soc Sci Med* 2004;59(8):1581-92.
52. Ankomah A. Condom use in sexual exchange relationships among young single adults in Ghana. *AIDS Educ Prev* 1998;10(4):303-16.
53. Luke N. Age and economic asymmetries in the sexual relationships of adolescent girls in sub-Saharan Africa. *Stud Fam Plann* 2003;34(2):67-86.
54. Cordellier S, Didiot B, Netter S. *État du Monde: Annuaire Économique et Géopolitique Mondial*. 2004:672 pages.
55. UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic; 4th Global report. UNAIDS 2004.
56. ENDSM-III. Mali Enquete Démographique et de Santé; ENDSM-III. 2001.
57. Miles M, Huberman M. *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Français. *Méthodes en sciences humaines* 2003(2nd edition):626.
58. Jentsch B. The "interpreter effect": rendering interpreters visible in cross-cultural research and methodology. *J Eur Soc Policy* 1998;8:275-289.
59. Cutcliffe JR. Reconsidering reflexivity: introducing the case for intellectual entrepreneurship. *Qual Health Res* 2003;13(1):136-48.
60. Pitchforth E, van Teijlingen E. International public health research involving interpreters: a case study from Bangladesh. *BMC Public Health* 2005;5(1):71-77.

61. Nunkoosing K. The problems with interviews. *Qual Health Res* 2005;15(5):698-706.
62. Temple B. Crossed wires: interpreters, translators, and bilingual workers in cross-language research. *Qual Health Res* 2002;12(6):844-54.
63. Smith DJ. "These girls today Na War-O": Premarital Sexuality and Modern Identity in Southeastern Nigeria. *Africa Today*. 2000;47(3(4)):pp 99-119.
64. Mturi AJ. Parents' attitudes to adolescent sexual behaviour in Lesotho. *Afr J Reprod Health* 2003;7(2):25-33.
65. Shelton JD, Cassell MM, Adetunji J. Is poverty or wealth at the root of HIV? *Lancet* 2005;366(9491):1057-8.
66. Fenton L. Preventing HIV/AIDS through poverty reduction: the only sustainable solution? *Lancet* 2004;364(9440):1186-7.
67. Rosander EE. Profil genre du Mali: Vers une égalité des genres au Mali. 2004:1-64.
68. Zellner SL. Condom use and the accuracy of AIDS knowledge in Cote d'Ivoire. *Int Fam Plan Perspect* 2003;29(1):41-7.
69. Silberschmidt M, Rasch V. Adolescent girls, illegal abortions and "sugar-daddies" in Dar es Salaam: vulnerable victims and active social agents. *Soc Sci Med* 2001;52(12):1815-26.
70. Konaté MK, Djènèpo F, Mouhamadou. G. Étude de l'entrée des jeunes filles dans l'offre de services sexuels à Bamako, Ségou et Sikasso au Mali. Rapport de recherche 2005.

4.2. Description de l'échantillon de l'étude quantitative

4.2.1 Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Nous avons recruté 531 jeunes femmes et hommes résidant dans nombreux secteurs de la ville Bamako. Notre stratégie de recrutement nous a permis d'obtenir un échantillon stratifié selon le genre et l'âge; par conséquent notre échantillon comporte pratiquement le même nombre de femmes et d'hommes et le ratio des strates d'âge (15-29 et 20-24 ans) est approximativement 1:1.

Le **tableau IV** (p.127) fait une comparaison des caractéristiques sociodémographiques entre les femmes et les hommes. Les femmes sont comparables aux hommes en ce qui a trait à leur niveau d'éducation atteint, à l'occupation qu'ils exerçaient et à leur condition matérielle. Par contre, plus de femmes que d'hommes étaient mariées (27% versus 11%), vivaient avec leur époux (9% versus 4%) et obtenaient de l'argent de leur époux ou copain (30% versus 5%), tandis que plus d'hommes recevaient de l'argent de la famille que de femmes (60% versus 34%).

Tableau IV : Caractéristiques sociodémographiques des femmes et hommes de 15-24 ans

	Femmes	Hommes	p
	n=267	n=264	
	Pourcentage (%)		
Éducation			
Pas d'éducation formelle	43.8	41.3	0.220
Élémentaire	28.8	35.6	
Secondaire	27.3	23.1	
Statut civil			
Célibataire	73.0	88.6	<0.001
Marié	27.0	11.4	
Situation familiale			
Vit avec les parents	62.5	67.8	0.046
Vit avec l'époux/fiancé	9.0	3.8	
Vit avec patron ou ami	28.5	28.4	
Occupation			
Étudiant	34.5	32.6	0.071
Commerçant, ouvrier	23.2	30.7	
Secteur informel	32.6	24.2	
Sans emploi	9.7	12.5	
Source de revenu			
La famille	34.1	59.5	<0.001
Le métier	59.6	56.1	0.416
L'époux, copain, ami	30.3	5.3	<0.001
Condition matérielle			
Bonne	59.6	62.9	0.673
Moyenne	30.3	26.9	
Mauvaise	10.1	10.2	

* Éducation : Ne pas avoir d'éducation formelle inclut la Médersa (école coranique) et l'alphabétisation en langue locale

* Statut civil : être marié inclut être fiancé(e), divorcé(e) ou veuf(ve)

* Occupation : Commerçant les propriétaires de boutique et cantine et les ouvriers inclut tous types de travailleurs manuels, tels les mécaniciens, massons, forgeron, les teinturiers, couturiers, coiffeurs et artisans. Le secteur informel inclut : les vendeurs ambulants, les *coaxers*, les tresseurs, les aides ménagères, et les charretiers.

4.2.2 Relations non protégées et barrières à l'utilisation du condom

La prévalence de l'utilisation du condom dans cet échantillon et parmi les célibataires ayant des relations dans les derniers 6 mois est décrite dans l'article 2 et dans la section 4.4 respectivement. Dans cette section, nous nous limitons essentiellement à décrire la proportion de jeunes ayant reporté avoir eu des relations non-protégées alors qu'ils ne voulaient pas. Dans notre échantillon, 33% des femmes et 27% des hommes

sexuellement actifs ont déclaré ne pas avoir utilisé de condom alors qu'ils en avaient l'intention. Les raisons les plus citées diffèrent selon les genres. Alors que les femmes ont déclaré que la raison principale était le refus du partenaire (19%), les hommes croyaient que c'était plutôt à cause de l'empressement qu'ils n'ont pas utilisé de préservatif (20%). La disponibilité du préservatif au moment de rapport (par exemple, tard dans la nuit) a été citée comme deuxième barrière à l'utilisation autant par les jeunes femmes (15%) que par les jeunes hommes (12%). La gêne ou la peur de proposer était une barrière plus importante parmi les femmes (10%) que les hommes (2%).

4.2.3 Achat du préservatif

On constate que l'achat du préservatif est essentiellement masculin. Alors que 71% des hommes ont déjà acheté des préservatifs, seulement 12% des femmes ont déclaré avoir fait de même. La source la plus utilisée d'approvisionnement autant pour les hommes que pour les femmes était les commerces non spécialisés comme les vendeurs ambulants et les boutiques (**tableau V**, p129). Par contre, les femmes avaient plus tendances à utiliser les endroits plus spécialisés comme les pharmacies, les centres de santé et les ONG comme sources d'approvisionnement. Nous avons demandé aux gens s'étant approvisionné des condoms, *qui paye l'achat des condoms?* On constate que dans la majorité des cas, les utilisateurs étaient eux-mêmes responsables de payer pour l'approvisionnement des condoms, mais cette tendance était plus importante chez les hommes que chez les femmes. Pour les femmes, le copain (partenaire sexuel) était aussi cité (18%), alors que seulement 2% des hommes ont déclaré que leur copine payait les préservatifs.

Tableau V: Sources d'approvisionnement et achat du préservatif: hommes et femmes s'étant déjà procuré des préservatifs (n=173)

	Femmes	Hommes	p
	n=22	n=151	
	%		
Sources d'approvisionnement			
Commerces non spécialisés (boutique, vendeur ambulant)	86.4	91.4	0.447
Pharmacies et centres de santé	68.2	47.7	0.072
ONG (gratuitement)	36.4	0.7	<0.001
Qui paye les préservatifs			
Moi-même	77.3	93.4	0.012
Copain/copine	18.2	2.0	<0.001
Ami(e)s	18.2	15.9	0.785

4.2.4 La contraception chez les femmes

On constate tout d'abord au **tableau VI** (p.130) que la majorité des femmes sexuellement actives a déclaré utiliser une méthode de contraception (73%). La méthode la plus couramment utilisée était le condom (82%) et ensuite la pilule (18%). Il faut aussi souligner que 12% des femmes utilisaient ces deux méthodes conjointement. Pour les femmes qui n'utilisaient pas de contraception, les raisons les plus fréquemment citées étaient: le refus du partenaire (23%), l'absence de besoin (23%), la peur de la réaction des parents (23%), la peur des effets secondaires (20%) et ne pas croire en leur efficacité (17%).

Tableau VI: Utilisation de méthodes contraceptives (incluant le condom) parmi les femmes de 15-24 ans qui ont eu des relations sexuelles (n=185)

	%	n
Utilisation de contraception	72.9	135
Le condom	70.4	95
La pilule	5.9	8
Le condom et la pilule	11.9	16
Autres (stérilet, injection, bâtonnet)	11.9	16

4.2.5. Connaissances de la reproduction

Les questions sur les connaissances de la reproduction portent sur la compréhension de la période de fertilité et sur la contraception mais également sur les infections sexuellement transmissibles (Tableau VII, p.132). On a donc demandé aux femmes et aux hommes de citer des méthodes de contraceptions, des IST et leurs symptômes. Il faut tout d'abord souligner que les femmes avaient généralement plus de connaissances en matière de reproduction que les hommes. La majorité des femmes et des hommes savaient que les femmes peuvent tomber enceintes après un seul rapport sexuel et aussi qu'elles doivent avoir eu leurs règles pour être fécondes. Par contre, seulement un homme sur cinq savait qu'une femme peut tomber enceinte approximativement deux semaines avant ses règles (ovulation) (les réponses considérées correctes incluaient : au milieu du cycle, deux semaines après les règles et deux semaines avant les règles). Concernant la contraception, le condom était la méthode la plus couramment mentionnées par les femmes et les hommes, les contraceptifs oraux, les implants (bâtonnets ou brins d'allumette) et les injections de Depo-Provera® venaient respectivement en seconde, troisième et quatrième place. Environ le deux tiers des femmes connaissaient la pilule, cette proportion est moins élevée chez les hommes car

seulement un tiers de ceux-ci ont cité cette méthode de contraception. Alors qu'une femme sur quatre a mentionné les *brins d'allumette*, cette méthode était fort méconnue par les hommes (5%). Les contraceptifs injectables étaient aussi plus connus des femmes (18.7% versus 7.6%) que des hommes. Si les femmes connaissent plus les méthodes modernes de contraception, il n'en demeure pas plus qu'elles considéraient aussi les méthodes traditionnelles telles : les amulettes, les gris-gris et les baumes naturels (33.0% pour les femmes versus 10.2% pour les hommes).

Nous pouvons dire que les jeunes femmes et hommes enquêtés connaissaient l'existence d'au moins une maladie transmissible par voie sexuelle. Les maladies les plus citées étaient le VIH/SIDA (71%) et la gonococcie (63%). Les femmes avaient plus tendance à citer le VIH/SIDA (82% versus 59%) et la syphilis (15% versus 10%) que les hommes. L'hépatite B était la maladie la moins connue par les femmes autant que par les hommes. La majorité (75%) des jeunes enquêtés ignorait quels sont les symptômes associés aux IST. On constate que les femmes étaient plus instruites à ce niveau que les hommes; tous les symptômes à l'exception de l'écoulement vaginal ou urétral ont été plus cités par les femmes que par les hommes. Les symptômes les plus connus des femmes étaient différents de ceux que connaissaient les hommes. Alors que les femmes ont mentionné les plaies (38%) et la démangeaison (36%) génitales en premier lieu, les hommes ont cité le brûlement à la miction (22%) et l'écoulement vaginal ou urétral (19%).

Tableau VII: Connaissances sur la reproduction : hommes et femmes (n=531)

	Femmes	Hommes	p
	n=267	n=264	
	%		
Concernant la grossesse			
Une fille peut tomber enceinte lors de son premier rapport	95.9	87.5	<0.001
Une fille qui n'a jamais eu ses règles peut tomber enceinte	87.3	79.9	0.022
À quel moment une femme peut tomber enceinte	50.6	22.0	<0.001
Concernant la contraception			
Connaissez-vous des méthodes de planification familiale	82.8	83.3	0.863
<i>Quelle méthode connaissez-vous?</i>			
Condom	76.8	62.5	<0.001
Contraceptifs oraux (la pilule)	61.0	33.7	<0.001
Méthodes naturelles (abstinence, coït interrompu)	7.1	11.0	0.120
Méthode traditionnelle	33.0	10.2	<0.001
Injections (Depo-Provera)	18.7	7.6	<0.001
Bâtonnet (brin d'allumette)	25.5	4.9	<0.001
Concernant les IST			
Quelles sont les maladies qui se transmettent par voie sexuelle?			
La gonococcie	62.9	63.6	0.834
Le VIH/SIDA	82.8	58.7	<0.001
La syphilis	15.4	9.5	0.040
Hépatite B	0.7	1.9	0.247
Quels sont les symptômes des IST?			
Écoulement vaginal ou urétral	17.6	18.9	0.690
Brûlement à la miction	30.3	22.3	0.037
Plaie génitale	38.2	16.7	<0.001
Démangeaison génitale	36.3	14.0	<0.001
Douleur abdominale	17.6	8.3	0.001

4.2.6. Communication sur la sexualité

Une importante section du questionnaire était réservée à la communication sur le sujet de la sexualité entre les jeunes enquêtés, leur famille, leurs pairs et leurs partenaires

sexuels. En vue d'élaborer un modèle parcimonieux décrivant le phénomène de la prise de risque sexuel chez ces jeunes, nous avons composé des index de communication pour les analyses. Dans ce paragraphe, nous allons dresser un portrait sommaire de l'état de la communication chez ces jeunes en utilisant une sélection de variables portant sur la communication (**tableau VIII**, p.134). On constate d'abord que la communication avec les pairs (ami et partenaires sexuels) est beaucoup plus fréquente que la communication avec les parents. Ensuite, il faut noter qu'une plus forte proportion de femmes communiquait avec leur entourage sur le sujet de la sexualité. Une femme sur deux environ a déclaré avoir souvent des discussions sur la sexualité avec leurs ami(e)s et leurs partenaires sexuels alors que c'était le cas pour environ un homme sur trois. En plus, il y a plus de femmes qui ont déclaré communiquer souvent avec leur mère que d'hommes. Cependant, aucune femme interviewée n'a déclaré parler souvent à son père, tandis que 1% des hommes le faisaient.

Quarante quatre pourcent des jeunes ont dit recevoir des recommandations en matière de sexualité de la part des membres de leur famille. Les hommes étaient légèrement plus conseillés que les femmes. Par contre, autant de femmes que d'hommes ont dit que quelqu'un de leur famille leur avait déjà recommandé le préservatif.

Nous avons demandé aux jeunes de nous dire à qui ils se confient lorsqu'ils veulent parler de sexualité. Les pairs et les frères et sœurs et les aînés occupaient la première, deuxième et troisième place respectivement. Par contre, plus de femmes que d'homme parlaient à leurs aînés, à leur frères et sœurs, tandis que les hommes favorisaient davantage leurs

amis. Finalement, plus de femmes (11%) que d'hommes (5%) ont déclaré n'avoir personne à qui se confier. Nous avons aussi demandé aux jeunes de nous dire s'ils avaient déjà proposé le condom à leur partenaire sexuel. À cette réponse 47% des hommes et 40% des femmes ont donné une réponse affirmative.

Tableau VIII : Communication sur la sexualité avec les gens de la famille : femmes et hommes (n=531)

<i>Variables de communication</i>	Femmes	Homme	p
	N=267	N=264	
	%		
Parle souvent de sexualité avec			
Les ami(e)s	48.7	35.7	<0.001
Les partenaires sexuels	50.6	29.2	<0.001
La mère	7.9	1.5	0.001
Le père	0	1.1	-
Reçoit des conseils sur la sexualité de la famille	39.3	47.7	0.051
Quelqu'un de la famille recommande le condom	33.3	29.5	0.347
Qui est votre confident			
Aînés	6.4	3.1	<0.001
Frères et sœurs	35.0	14.5	
Pairs	47.7	77.1	
Personne	10.9	5.3	
A déjà proposé l'utilisation du condom au partenaire	40.1	47.4	0.098

4.2.7. Attitudes par rapport à l'utilisation du condom

Dans le **tableau IX** (p.136) sont inscrits les pourcentages des réponses positives (en accord) qu'ont données les jeunes femmes et hommes aux énoncés sur le condom. On peut d'abord constater que les jeunes reconnaissent l'utilité prophylactique des préservatifs car plus de 70% des filles et 80% des garçons étaient d'accord que les préservatifs sont efficaces contre les grossesses non-désirées et le sida. Ensuite, les proportions des perceptions des désavantages associés au préservatif sont relativement

faibles. Dans le cas le plus extrême, une femme sur cinq a déclaré que le condom peut causer des irritations et 16% des hommes ont déclaré que le lubrifiant ajouté aux préservatifs peut être nocif pour la santé. Les questions 5, 6 et 7 concernant les circonstances entourant l'utilisation du préservatif ont causé plus d'ambivalence. Par exemple, pour un peu plus de la moitié des femmes le condom était inutile si on fait confiance au partenaire, et pour 40% des hommes le condom était inutile si un test de dépistage avait été fait. On note aussi une différence entre genres; les femmes étaient significativement plus portées à croire qu'il n'est pas utile de faire usage du préservatif si on fait confiance à son partenaire ou si les deux partenaires ont fait un test de dépistage du VIH. Pour les énoncés concernant la négociation, on constate que le stéréotype masculin entre en rivalité avec la perception des femmes. Alors que 40% des femmes étaient d'avis que c'est l'homme qui doit décider si le préservatifs est utilisé, plus de la moitié (55%) des hommes partageaient cet avis. C'est ainsi que pour plus de femmes que d'hommes (36% versus 22%), proposer le préservatif était difficile. Finalement, alors que plus de moitié des femmes et des hommes ont déclaré que c'est une bonne chose qu'un homme aille toujours des condoms sur lui, une faible proportion de femmes (8%) et 28% des hommes étaient du même avis concernant la femme. En interprétant les résultats de ce dernier énoncé, on peut conclure que les femmes, plutôt que les hommes, avaient tendance à percevoir que les normes sexuelles sont plus restrictives envers les femmes qu'envers les hommes.

Tableau IX : Attitudes par rapport à l'utilisation du préservatifs: femme et hommes de 15-24 ans

<i>Utilisation du condom</i>		Femmes	Hommes	p
		n=267	n=264	
		% d'accord		
1	Le condom est la façon la plus efficace de prévenir les grossesses non désirées	71.2	80.3	0.014
2	Le condom est la façon la plus efficace de prévenir le sida et les IST	77.9	85.6	0.022
3	L'huile du condom peut être nocive pour la santé	18.7	15.9	0.391
4	Un usage excessif du condom peut rapetisser le pénis	18.0	12.9	0.104
5	Le condom peut provoquer des irritations	20.2	14.4	0.076
6	Il est inutile d'utiliser le condom avec son partenaire régulier	35.2	28.0	0.075
7	Il n'est pas nécessaire d'utiliser le condom avec un partenaire en qui on a confiance	55.4	28.8	<0.001
8	Il n'est plus nécessaire d'utiliser le condom une fois que les partenaires on tous les deux faits un test du VIH	67.0	40.2	<0.001
9	C'est l'homme qui doit décider s'il veut utiliser le condom	39.3	54.5	<0.001
10	Demander à son partenaire d'utiliser le condom est un manque de confiance	26.6	29.9	0.394
11	C'est difficile de demander à son partenaire d'utiliser le condom	36.3	22.0	<0.001
12	C'est une bonne chose pour un homme de toujours avoir des condoms sur lui	55.4	58.0	0.557
13	C'est une bonne chose pour une femme de toujours avoir des condoms sur elle	7.9	28.4	<0.001

4.2.8. Attitudes par rapport aux relations pré maritales et aux multi-partenariats

La distinction entre les normes sexuelles imposées aux femmes et aux hommes est marquée davantage par les attitudes concernant les expériences des sexuelles (tableau X, p.137). Globalement on constate que pour les jeunes femmes et hommes, il était plus déshonorant pour les femmes d'avoir des relations avant le mariage que pour les

hommes. Il était aussi plus accepté que les hommes aillent besoin d'expérimenter en matière de sexualité avant le mariage que les femmes. La perception de ces normes était différente selon les genres. Premièrement les femmes avaient plus tendance à croire que les relations avant le mariage sont déshonorantes pour les femmes et pour les hommes. Deuxièmement les hommes étaient plus enclins à croire que c'est *branché* d'avoir plusieurs partenaires.

Tableau X : Attitudes par rapport aux relations pré maritales et aux multi-partenariats: femme et hommes de 15-24 ans

<i>Relations pré-martiales et multi-partenariats</i>	Femmes	Hommes	p
	n=267	n=264	
	% d'accord		
1 Pour un homme, avoir des relations sexuelles avant le mariage est un déshonneur pour la famille	35.2	24.6	0.008
2 Pour une femme avoir des relations sexuelles avant le mariage c'est un déshonneur pour la famille	64.8	45.5	<0.001
3 Pour un homme, il est important d'avoir eu des expériences sexuelles avec des partenaires différentes avant le mariage	33.0	30.7	0.573
4 Pour une femme, il est important d'avoir eu des expériences sexuelles avec des partenaires différents avant le mariage	17.2	19.7	0.463
5 Un homme qui a plusieurs partenaires sexuelles est un homme <i>branché</i>	7.5	18.9	<0.001
6 Une femme qui a plusieurs partenaires sexuels est une femme <i>branchée</i>	4.1	14.0	<0.001

4.2.9. Attitudes par rapport aux relations transactionnelles

Globalement, nous pouvons dire que les attitudes face à la relation entre les relations sexuelles et l'argent sont négatives mais que pour tous les énoncés, sans exception, les hommes avaient plus tendance à accepter, ou à percevoir l'aspect positif des échanges d'argent dans le cadre de relations sexuelles (**tableau XI**, p.138). Un homme sur trois croyait que donner de l'argent après une relation sexuelle est respectable

et ce geste est signe d'appréciation. A l'opposé, approximativement les mêmes proportions d'hommes ont déclaré que recevoir de l'argent est signe de prostitution et donner de l'argent est acheter la relation. Finalement, 17% des hommes ont aussi déclaré qu'il est respectable qu'une femme donne de l'argent à son partenaire après une relation sexuelle.

Tableau XI : Attitudes par rapport aux relations transactionnelles : femme et hommes de 15-24 ans

<i>Relations transactionnelles</i>		Femmes	Hommes	p
		n=267	n=264	
		% d'accord		
1	Il est respectable qu'un homme donne un peu d'argent à sa partenaire sexuelle après une relation	15.7	31.1	<0.001
2	Il est respectable qu'une femme donne un peu d'argent à son partenaire sexuel après une relation	0.4	17.4	<0.001
3	Donner de l'argent à son partenaire après une relation sexuelle est un signe d'appréciation	16.9	30.3	<0.001
4	Recevoir de l'argent après une relation sexuelle est signe de prostitution	73.3	31.1	<0.001
5	Donner de l'argent après une relation sexuelle c'est acheter la relation	80.5	30.7	<0.001

4.2.10. Perception de risque

Le **tableau XII** (p.139) décrit la perception qu'avaient les jeunes du risque d'être infectés par le VIH ou autres maladies sexuellement transmissibles ainsi que de tomber enceinte (pour les femmes) ou engrosser une femme (pour les hommes). On constate ici que les jeunes se percevaient plus à risque de contracter le VIH/SIDA (38%) qu'une autre maladie transmise par le sexe (28%). Alors que les femmes avaient plus tendance à se percevoir à risque pour le VIH/SIDA et les autres IST, les hommes se percevaient plus à risque d'engrosser une femme. Les raisons citées le plus fréquemment par les femmes

étaient : 1) parce qu'elles n'utilisaient pas toujours le condom (43%), 2) parce qu'elles croyaient que leur copain avait d'autres partenaires (30%), 3) parce qu'elles avaient plusieurs partenaires (15%) et 4) parce qu'elles avaient eu des transfusions ou injections (10%). Les hommes se percevaient à risque d'abord parce qu'ils n'utilisaient pas toujours le condom (35%) ou parce qu'ils avaient plusieurs partenaires (33%) et ensuite parce qu'ils croyaient que leur copine avait des relations avec d'autres hommes (21%). Finalement le fait d'avoir eu des injections ou transfusions a été relevé dans 10% des cas.

Tableau XII : Perception de risque pour le VIH/SIDA, les IST et la grossesse : hommes et femmes sexuellement actifs (n=399)

	Femmes	Hommes	p
	n=185	n=214	
	%		
VIH/SIDA	47.0	30.3	0.001
Infections sexuellement transmissibles	33.1	23.5	0.058
Grossesse	38.0	69.8	<0.001

En conclusion, on peut dire que malgré les similitudes en terme sociodémographiques entre les femmes et les hommes, on retrouve plusieurs distinctions au niveau des connaissances, attitudes et perceptions entre les genres. Le lien entre ces différences de genres et les comportements sexuels à risque pour le VIH/SIDA seront explorés dans le troisième article (section 4.4) sur les déterminants de l'utilisation du condom et du multi-partenariat sexuel chez les jeunes.

4.3. Article de Validation: Monitoring HIV-Risk and evaluating interventions among Young People in Urban West Africa: Development and Validation of a Tool

Running Header: Measuring sexual risk among West African youth

Catherine Boileau, Sélim Rashed, Mohamed Sylla, Maria Victoria Zunzunegui

Apport de l'étudiant (auteur principal) et des coauteurs de cet article

CONTRIBUTION DE L'ÉTUDIANTE

L'étudiante rédigé le protocole pour le financement de ce projet par le CRDI (Centre de Recherche pour le Développement International). Elle a planifié (recruter et entraîner l'équipe de recherche) et supervisé la collecte de données. Elle développé et mené le pilotage du questionnaire. Elle a fait les analyses. Finalement, l'étudiante a rédigé l'article pour publication

CONTRIBUTION DES COAUTEURS

Sélim Rashed (co-directeur) a révisé et apporté des réflexions pertinentes pour la rédaction de l'article

Mohamed Sylla a supervisé le travail à Bamako.

Maria-Victoria Zunzunegui (directrice) a contribué au développement du questionnaire (direction pour la revue de la littérature) et elle a supervisé les analyses et révisé l'article.

4.3.1. Abstract

We developed an instrument for HIV/AIDS behavioural surveillance applicable to youth living in urban West Africa. The instrument includes a comprehensive set of constructs borrowed from the socio-cognitive *Theory of Planned Behaviour* as well as measures of parental and peer communication. An exploratory (n=200) and confirmatory sample (n=350) of young men and women living in Bamako were interviewed. Scale construct validity was assessed via factor analysis and multiple linear regressions and internal consistency was assessed using Cronbach's coefficient. All constructs had high internal consistency, scales' structure was relatively stable and associations between different components of the questionnaire were in the predicted directions. Gender, sexual experience and education significantly influenced attitudes, and perception of control. Furthermore, attitudes, perceived behavioural control, perceived norms and peer communication significantly predicted condom use. This questionnaire offers a valid and reliable tool for assessing young people's sexual behaviour in an urban West African setting.

Keywords: sexual behaviour, questionnaire development, validity, HIV/AIDS, sexually transmitted infection, adolescents, young people, West Africa.

4.3.2. Introduction

Monitoring trends in HIV-risk behaviours helps explain trends in HIV incidence, and may be used to evaluate prevention programs and direct future HIV prevention strategies (1). Several UNAIDS indicators have been specifically developed and used for measuring behavioural risk among young people (2), yet tools that help provide a clearer understanding of sexual risk-taking are scarce and may not be adapted to the West-African context.

Western models formulated to predict risky behaviours in young people in Africa, such as the *Social Influence and Self-efficacy (ASE) Model of Behavioural Determinants* (3), the *Health Belief Model (HBM)* (4), *Social Learning Theory (SLT)* (5) and *Protection Motivation Theory* (6) have been used as guidelines and specifically adapted to various cultural contexts. Most theories of health-related behaviour involve cognitive determinants of behaviour and behavioural intentions. These have achieved moderate success in assessing key elements of sexual behaviour and planning or evaluating prevention strategies among young people in African countries (7-9). General models of behaviour (Theory of Reasoned Action and the Theory of Planned Behaviour) (10-12) have been more successful at predicting behaviour than more specific models such as the Health Belief Model (4, 13, 14) and Protection Motivation Theory (15). Attitudinal and normative components constituting these general models of behaviour have been associated with intentions, in terms of preventive sexual behaviour in a variety of studies conducted among African youth (13, 16-18). These models are limited, in that there

is a tendency to see behaviour as caused by a stable personal disposition or individual subjective factors rather than a natural response to situational pressure or contextual forces. To be maximally effective, interventions aimed at changing behaviour must not only address controllable and deliberate aspects of behaviour but should seek to identify social, cultural and contextual impediments to behavioural change (19, 20).

In this work, Ajzen's *Theory of Planned Behaviour* (TPB) (21) was used as an initial framework for the development of an instrument for behavioural surveillance in West African settings. This theory assumes that the proximate determinants of the intent to adopt a given behaviour are the individual's attitude about performing the behaviour (attitudinal component), the influence of social factors (normative component) upon performance of the behaviour, and perceived behavioural control. According to this theory, behaviour is not always under the individual's total control. Few studies have tested the components or pathways of socio-cognitive constructs among young urban West Africans, and none have evaluated the utility of these mechanisms for understanding HIV/AIDS risk in this specific sub-group. Furthermore, relational factors such as interpersonal communication skills have yet to be investigated. The initial model developed by Ajzen was modified to further address social dimensions, such as communication with parents and peers.

This study assesses content and construct validity of the normative, attitudinal and perceived behavioural control components of the TPB construct, as well as the

additional communication component. Questionnaire content was adapted with input from a qualitative study that focused on the social and contextual dimensions of sexual behaviour.

4.3.3. Methods

Setting

This study took place in Bamako – the capital of Mali, a land-locked country in the arid Sahel zone. The potential spread of the HIV epidemic is difficult to measure in Mali, since very few surveillance data are collected and analyzed; therefore, the number of HIV cases declared poorly reflects the level of the epidemic (1.7% within the general population). Studies on sexual risk among the Malian population are scarce; however, high rates of self-reported sexually transmitted diseases suggest that the potential for HIV transmission may be high (22). This study is part of the gender research component of the AIDS 3 / West Africa Project to Combat AIDS and STIs (WAPCAS); a major Canadian cooperation project to support the fight against AIDS in Africa.

Participants

The study includes young men and women between the ages of 15-24. We stratified the sample on the basis of age (15-19 years old and 20-24 years old) and sex in order to obtain more or less equal strata, with a target of 500 young people. In each of the 6 administrative communes of Bamako, a specific number of neighbourhoods (*quartiers*) were selected, with the probability of selection proportional to population

size in the whole commune. A total of 21 neighbourhoods were selected. Within each selected neighbourhood, a total of 24 young people (12 women and 12 men) who had resided in Bamako for at least 3 months were recruited and interviewed. Participants were recruited in the street (34.5%), in their homes (23.9%), at social meeting points (17.3%), at garages and repair shops (7.7%), at train and bus stations (4.3%), in the marketplace (3.6%), in community health centers (2.8%), in fundamental schools (2.6%), on military bases (1.1%) and in high schools (0.8%).

Questionnaire content

The questionnaire was designed to elicit data on 1) sexual behaviours; 2) socio-demographic characteristics; 3) knowledge of HIV/AIDS prevention and transmission; 4) communication with peers and parents about sex-related matters; 5) attitudes towards condom use, sexual experiences and transactional sex; 6) perceived parental and peer norms; 7) perceived behavioural control; and, 8) history of sexually transmitted infections (STI) and unwanted pregnancy.

Measures

Sexual risk behaviour: We inquired about: 1) condom use at last intercourse with regular or casual partner; 2) the number of sexual partners in last 6 months; 3) age at first sexual encounter; and 4) the use of any HIV/AIDS preventive strategies (including condom use, abstinence, restricting activity to a few partners).

Socioeconomic and demographic variables

Socioeconomic and demographic variables consisted of age, religion (Muslim or other), ethnic background (Bambara, Peuhl, Malinké, Sarakolé, Dogo, Bozo, Minianka, Kassonké, Soniké, Bobo, Sonraï), occupational status (students, including military; manual labourers, including craftsmen; informal or agricultural sector workers; unemployed, including housewives and apprentices), marital status (single, married or engaged), living arrangements (living with parents, spouse or fiancé, or other, including employer or friends), education level (no formal education, elementary or high school), and socioeconomic status. Respondents were grouped into 3 socioeconomic categories according to homals analysis of 9 household assets (electricity, running/tap water, refrigerator, motorcycle, car, regular telephone, cellular phone, radio, television).

Mediating variables

Communication with peers and parents: Quality of communication in general, frequency of communication about sexual matters and preferred confidant were three aspects of communication included in a cumulative index, measuring peer and parental communication. For peer communication, we computed a variable that was composed of these three aspects. For parental communication, only quality and frequency of communication were included in the index, due to the small number of respondents who considered their parents as confidants.

Knowledge: General knowledge about HIV/AIDS transmission and prevention was measured using a continuous score of 18 items composed of 12 true-false-type

questions and 6 possible answers to open-ended questions. For modes of transmission, possible answers were: sexual contact, blood-contaminated equipment, and mother-to-child transmission. For methods of prevention, condom use, abstinence, and faithfulness were the three possible answers.

Attitudes: The following three scales were developed according to dimensions of sexual risk-taking that emerged from the initial qualitative data: attitudes towards 1) condom use; 2) sexual experiences (including premarital sex and multiple partnering); 3) transactional sex. These were measured using three-point, Likert-type scales ranging from disagree to agree. Higher scores indicated positive attitudes towards these behaviours.

Perceived social norms: Perceived parental norms were addressed by inquiring about parents' level of permissiveness with regards to: 1) premarital sex; 2) condom use; and 3) selection of spouse. These constructs were measured via yes-no-type questions, and an index was developed using these three items. Parents were dichotomously categorized into sexually "non-restrictive" or "restrictive". Perceived peer norms specifically addressed support for condom use. Respondents who perceived that most of their peers used condoms and encouraged them to do so were considered to have positive perceived peer norms with regards to condom use.

Perceived behavioural control: This preventive sexual behaviour scale was inspired from previously developed and validated condom use (23, 24) and protective sexual

behaviour self-efficacy scales (25). Our 11-item scale contained questions about participants' perceived ability to discuss sexual matters, refuse sexual relationships, purchase condoms, negotiate condom use with a partner, and use condoms consistently and correctly.

Instrument building

We began questionnaire development by collecting qualitative data using focus groups (n=10) and individual in-depth interviews (n=16) to explore young people's perception with regards to sexuality. The initial theoretical model together with the narratives collected through focus group discussions and in-depth interviews guided the design of the instrument and ensured proper translation of concepts into the local language (Bambara). We first identified four main dimensions of unsafe sexual behaviour: not using condoms, having precocious or premarital sex, having sex with multiple partners, and exchanging sex for money. We then generated a pool of items concerning attitudes, beliefs, perception of control and subjective norms. Once items were reviewed by a panel of research team members, selected participants and members of the WAPCAS, they were included in the initial version of the survey questionnaire.

Construct validity data analysis

Overview of data analysis: The items in the questionnaire were submitted to exploratory factor analysis (Varimax rotation). This analysis was conducted on the three attitude scales developed, i.e., attitudes towards condoms (AC-scale), towards

sexual experience (ASE-scale), and towards transactional sex (ATS-scale), in a sample of 200 participants (exploratory sample), and internal consistency of the scales using Cronbach's alpha coefficient was assessed. A confirmatory factor analysis in another sample (n=350) (confirmatory sample) was used to refine the scales. Construct validity was assessed in two series of analyses. Sexual behaviour indicators were predicted first via regression of the scales on well-known socio-demographic and behavioural factors, and second via the developed scales.

Exploratory data analysis: Once the piloting phase of the questionnaire was completed, the exploratory sample of 200 respondents was used to examine the preliminary structures of the scales. The three attitude scales were subjected to factor analysis. Data reduction was performed on the basis of parsimony, approximate independence, and conceptual meaningfulness. A factor was retained if its *Eigen value* exceeded 1. Prime candidates for elimination were items that: 1) were considered redundant; as shown by high inter-item correlation coefficients (≥ 0.90); 2) loaded on more than one factor; 3) had corresponding communalities lower than 0.30; 4) had a low saturation coefficient (≤ 0.32) (26); or 5) compromised the internal consistency of the scale. Factor analysis was inappropriate for the remaining components of the instrument, such as perceived behavioural control, perceived norms and communication, due to the dichotomous response categories.

Confirmatory factor analysis: We used a new sample of 350 subjects to carry out the cross-validation. In the confirmatory phase, the short versions of the scales were

administered to assess whether the instrument had a stable structure: the model was considered satisfactory if there was replication of the results from the exploratory to the confirmatory sample.

Construct validity was evaluated by 1) assessing the association between theoretically relevant variables and attitudinal, normative and perceived behavioural control components of the TPB construct, as well as the additional measures of communication; 2) testing the predictive value of these measures with respect to sexual behaviours (condom use at last intercourse, number of partners in the last 6 months, preventive strategies for HIV/AIDS, age at first sex). The measured components were considered valid if their associations were in the predicted directions.

4.3.4. Results

Characteristics of the working sample

A total of 530 participants correctly completed the questionnaire. The mean age of the participants was 19.58 years. By design, approximately half of the respondents were aged 15-19 (n=270) years and half were aged 20-24 years (n=260); women and men were divided similarly (266 and 264 respectively). Men generally initiated sexual relationships earlier than women (15 versus 16 years-old). Among sexually active individuals, men generally reported having more partners than women; they were approximately four times likelier than women to have had more than 5 sexual partners over the course of their lives (59% for men versus 15% for women, $p < 0.001$), and three times as likely to have concurrent relationships at the time of the

interview (38% for men versus 11% for women, $p < 0.001$). Condom use and preventive behaviour did not vary on the basis of age or gender; however, sexual-health-related factors did. One out of three women (35%) reported having been forced into a sexual relationship; this is approximately twice as often as men (18%). Older participants were generally more sexually active and were also likelier to have been forced to have sex (32% for 20-24 year-olds versus 16% for 15-19 year-olds) or to have had experienced an unwanted pregnancy (25% for 20-24 year-olds versus 14% for 15-19 year-olds) or STI (20% for 20-24 year-olds versus 11% for 15-19 year-olds).

We compared mean attitude, perceived behavioural control and knowledge scale scores for women and men (**Table I**, p 162). Women harboured more negative attitudes towards condom use, premarital sex, multiple partnering, and transactional sex than men. The mean score for perceived behavioural control was lower for women than men despite their higher knowledge of HIV/AIDS score. The differences between the mean scale scores for women and men were all statistically significant. Gender differentials were also explored for perceived peer and parental norms as well as for communication. Women generally tended to perceive their parents as more restrictive, although the association was only marginally significant. Perception of peer norms with regards to condoms was generally negative for both women and men, suggesting that this might constitute a barrier for their use among this group. Only communication with peers differed significantly between men and women; fewer women communicated well with peers compared to males.

Attitude scale factor validity

Exploratory factor analysis (EFA): AC-scale factor analysis revealed that the 18-item scale comprised 4 main factors that we subsequently defined as: preventive properties, disadvantages, relational/circumstantial and stereotypes (Table IIa, p.163). Together, these accounted for 64% of the variance. Factor 1 accounted for 39% of the variance and consisted of 5 items. These items defined relational and circumstantial dimensions of condom use, such as when and with whom to use condoms. Factor 2 was defined as “preventive properties of condoms” and accounted for 10% of the variance. Factor 3 accounted for 9% of the variance and consisted of 5 items related to the “inconveniences of condom use”. The fourth and last factor accounted for 7% of the variance and consisted of 5 items related to the “stereotypes” associated with condom use”. In the end, 5 items were dropped, resulting in a 13-item AC-scale. Alpha’s varied between 0.74 and 0.83. EFA extracted two factors from the ASE-scale. The total 7-item scale accounted for 60% of the variance. The first extracted factor consisted of two items and described attitudes towards multiple partnering. This factor accounted for 36% of the variance and had high internal consistency ($\alpha=0.83$). The second factor, addressing attitudes towards premarital sex, consisted of 5 items that together accounted for 23% of the variance. The first item was removed from this sub-scale, since it significantly compromised the scale’s internal consistency. For attitude towards transactional sex, two factors were extracted from the 6-item scale using EFA. The first factor addressed the stereotypes associated with transactional sex. The second factor had to

do with the emotional aspect of exchanging sex for money. Together the two subscales accounted for 78% of the variance and had high internal consistency (0.71). The reduced version of the ATS-scale was comprised of 5 items.

Confirmatory factor analysis. The reduced versions of the attitude scales derived from the EFA and reliability assessment were submitted to confirmatory factor analysis (CFA) using a confirmatory sample of 342 participants (Table IIb, p165). AC-scale structure was not preserved after item reduction, such that three factors were extracted in this modified version. The resulting three-factor scale, containing 13 items, accounted for 67% of the variance and had high internal consistency (0.89). The first extracted factors we called “inconvenience” comprised 8 items addressing circumstantial, stereotypical, as well as inconvenience of condom use. The second factor addressed the perceived need for condom use. Lastly, the third factor included two items referring to prevention. The modified version of the ASE-scale preserved the two definitional domains: premarital sex and multiple partnering. The two extracted factors accounted for 76% of the variance and had high internal consistency (0.78). Lastly, with the elimination of one item, the ATS-scale converged into a single dimension. The 5-item scale accounted for 70% of the variance and had a high internal consistency coefficient of $\alpha = 0.89$.

Overall the results from the CFA support the exploratory findings regarding attitudes towards sexual experiences and transactional sex, and despite structure modification

following scale reduction; the attitude towards condom scale maintained a reasonable percentage of explained variance and a high internal consistency.

Internal consistency of knowledge and perceived behavioural control measures

Cronbach's alpha figures for both the knowledge test and perceived behavioural index were computed. Internal consistency for the 18-item knowledge test was high ($\alpha = 0.83$); this was also the case for the perceived behavioural control index ($\alpha = 0.89$).

Construct validity

Table III (p. 167) outlines the nature of the associations between theoretically relevant variables and attitudinal, normative and perceived behavioural control components of the TPB construct, as well as the additional measures of communication. Gender influenced attitudes and perception of control but did not influence perceived norms or communication. As mentioned earlier, men were generally more liberal and in control of their sexual behaviour than women. Age was not associated with any of the components. Higher education was associated with having a positive attitude towards condom use. This was expected since this scale included items related to knowledge, such as those addressing the disadvantages of using condoms; the other 2 scales (ASE-scale and ATS-scale) were more normative in nature. As expected, higher education was also associated with greater control over sexual behaviour. Higher education was associated with perception of parents as more permissive and peers approving condom use, as well as better

communication with both parents and peers. Scoring high on the knowledge scale was associated with more positive attitudes towards condom use and greater control over sexual behaviour. Lastly, sexually experienced youth had more positive attitudes, greater behavioural control, and better communication with peers; they also perceived their peers to encourage condom use and their parents to be less restrictive concerning their sexual lives.

We ultimately tested whether attitudes, perceived norms and control, and communication with parents and peers were good predictors of 5 selected sexual behaviours among sexually active youth: 1) condom use at last intercourse, 2) HIV/AIDS preventive behaviour; 3) having unsafe sex; 4) number of sexual partner in last 6 months; and 5) having had sex before the age of 15. Results of logistic regression models, in which we controlled for gender, age, education and knowledge, are outlined in **Table IV** (p.168). As expected, attitudinal components were very good predictors of all behaviours except for age at sexual debut. Sexual debut below the age of 15 was associated, with AC and ATS, but to a lesser extent. The normative component was a less powerful predictor of sexual behaviour. Perception of restrictive parental norms was negatively associated with condom use and HIV/AIDS preventive behaviour but positively associated with having had sex before the age of 15. Similarly, negative peer norms with regards to condom use were highly associated with not using condoms and not using any HIV/AIDS preventive strategies, but also associated with having fewer sexual partners. Perceived behavioural control was found to be associated with all 5 selected sexual

behaviours in the expected directions. Lastly, communication was the least powerful predictor of sexual behaviour. Parental communication was not significantly associated with any of the 5 sexual behaviours, whereas communication with peers predicted condom use and HIV/AIDS preventive behaviours.

4.3.5. Discussion

In this study we have developed a comprehensive instrument for behavioural surveillance of HIV/AIDS and STI in urban West African settings and tested the psychometric qualities of its components. Health behaviour model developmental trends currently focus on contextual, cultural and social conditions that reach beyond the level of the individual. The *Theory of Planned Behaviour* (TPB) served as a guideline in the development of the instrument, but in seeking to grasp the influence of social stimuli on sexual behaviour, this model was modified to include relational components and, in particular, the quality of communication with parents and peers.

Descriptive investigation of our sample pointed out gender and age differentials in the socio-cognitive and interpersonal constructs as well as in reported sexual behaviours. As opposed to women, men in this group may be portrayed as freethinking, in control of their sexual behaviour and communicative. Men were more sexually active in that they generally initiated sex at a younger age, had concurrent relationships and had had more sexual partners in the previous 6 months than their female peers. Despite this overt sexuality, they did not report doing anything to avoid HIV/AIDS, nor did they report using condoms more than their

female peers. Such findings underscore the urgent need for HIV prevention efforts targeting young men in this age group. Age differentials also existed with respect to sexual behaviours. Older respondents (19-24 years), were usually more sexually active, and had increased rates of STIs and unwanted pregnancies but did not differ significantly from their younger peers with regards to HIV/AIDS preventive behaviours, including condom use.

Psychometric properties of each construct, including internal consistency and construct validity for the three attitudinal scales, were satisfactory. Four factors were initially extracted from the AC-scale; after eliminating 5 items, we found three underlying dimensions in the reduced version of the scale. Factors in the AC-scale were defined as: inconvenience, perceived need and preventive properties of condoms. Similar dimensions have been described in previous research conducted in African (27, 28) and North America settings (29, 30). The ASE-scale preserved its bi-dimensional structure in the confirmatory phase, addressing two types of sexual conduct - premarital sex and multiple partnering. Lastly, after elimination of one item, the ATS-scale converged into a single dimension. All scales accounted for a reasonable proportion of the variance (67-76%) and had high internal consistency ($\alpha=0.78-0.90$).

The key constructs of our instrument were associated with hypothesized socio-demographic, cognitive and behavioural factors, supporting construct validity of the scales. Most of the associations travelled in the predicted directions. Gender

differences existed in attitudes and perception of control, as would be expected in a gender stratified society. However, both women and men live under the same system of social norms and experienced the same difficulty in communicating with their parents and ease in communicating with their peers. Sexual experience was the strongest correlate of TPB constructs supporting the hypothesis that attitudes, norms and perception of control are shaped by experience. However, age was not associated with these constructs. This lack of association may be due to the weak or moderate correlation between age and sexual experience. Higher knowledge and education were associated with more positive attitudes towards condom use and greater perception of control over sexual behaviour. Knowledge, however, was not associated with the model's normative communicational components. As expected, higher education was also associated with better parental and peer communication, having non-restrictive parents and peers who encourage condom use. This also suggests that less educated young people are more likely to conform to their parents more traditional norms.

The convergent validity of our model's key constructs respecting 5 types of sexual behaviour was satisfactory. Preventive behaviours (condom use and other methods of avoiding HIV/AIDS) were more easily predicted by all constructs than multiple partnering or sexual debut. As expected, attitudes and perceived behavioural control were consistent predictors of all five selected sexual behaviours. Convergence of these constructs with intended or actual sexual behaviour has also been observed in similar age groups in other African contexts (3, 31) Conversely, communication,

particularly parental communication, was the least effective in predicting sexual behaviour, supporting quantitative (31) and qualitative findings that parent-child communication is generally poor in Sub-Saharan Africa (32, 33) and that the educational role played by parents in promoting safer sex among young people is limited (32, 34). Despite the lack of parent-child communication observed within this group, the perception of sexual norms imposed by “sexually restrictive” parents was shown to be strongly associated with decreased use of HIV-preventive strategies—including condom use—and increased likelihood of early sexual debut. This suggests that, regardless of the actual communication taking place between parents and their offspring, authoritative parenting may influence young people’s moral and informational decisions, as previously observed among youth in North American (35) and African contexts (36). Associations between perception of parental norms, perception of peer norms and attitudes further support the hypothesis that more contextual factors, such as parenting style, may influence young people’s moral assessment of sexuality, and, in turn, sexual behaviour. In this sample, young people who perceived their parents as “sexually restrictive” also tended to report disapproval of condom use among their peers, and have a negative personal attitude towards condom use (data not shown).

Few studies have tried to elucidate the complex processes underlying sexual risk-taking among urban West African youth. This study supports the research conducted among Namibian youth, indicating that instruments developed around socio-cognitive models of behaviour may be modified for use in distinct cultural settings

(Stanton, 1999). The usefulness of the instrument developed herein lies in the fact that it enables risk to be monitored within a heterogeneous population of adolescents and young adults by taking into account a vast array of influential factors that may be targeted with respect to HIV prevention. Instrument content was carefully selected, drawing on a literature review and an exploratory qualitative study that provided insight into the socio-cultural dynamics of youth sexuality. This strategy of combining qualitative and quantitative methods for theory or hypothesis building (37) and developing measurement tools (38) has been recognized and used by researchers in diverse fields. Furthermore, the questionnaire is suitable for both young women and men aged 15-24, and also for largely uneducated sub-groups. This is particularly important in investigating differences in sexual behaviours in sub-groups defined by gender, age or education level. As part of the strategy to extend the use of our instrument to sexually inexperienced youth, attitude statements were aimed at measuring normative attitudes as compared to more individual attitudes based on experience.

The following issue may have limited study findings. Several studies have suggested that women tend to under-report the number of pre- or non-marital sexual relationships and single men may exaggerate this number. Women also under-report short-term partnerships (39-42). An ISBS-survey with biomarkers in several regions of Mali provided direct evidence that women fail to disclose sexual activities; among a sample of 500 young maids and 500 travelling saleswomen who reported being virgins, 2.5% and 3.4% respectively had a diagnosed STI (including HIV infection)

(43). In our study, extensive efforts were focused on building an appropriate environment for this research. Interviews were conducted in stress-free settings and interviewers were young, of the same sex as the interviewees, and well trained for the purpose of this study. According to our data, the percentage of unwanted pregnancies (50.8% vs. 14.7%; $p < 0.001$) and history of STI (34.9% vs. 13.3%; $p < 0.001$) was higher among respondents reporting unsafe sexual behaviour as compared to those reporting safe sex behaviour, providing additional evidence of validity of the data on sexual behaviour

In conclusion, the questionnaire we developed is a valid instrument for behavioural surveillance that may be used to investigate the role of socio-cognitive and relational factors in sexual behaviour. The instrument may be helpful in identifying sub-groups at greater risk of contracting sexually transmitted infections, and determining the effectiveness of programmatic efforts to decrease unhealthy sexual behaviour, or understanding epidemiological trends in data collected by sentinel sero-surveillance systems.

Table I: Gender differentials in mean attitude, perceived behavioural control, knowledge, perceived norms and communication

	Women (n=267)	Men (n=264)	p-value
	Mean(SD)		
Attitudes			
Condoms	2.02(7.19)	4.09(6.43)	0.001
Sexual experience	-2.82(3.09)	-1.78(3.15)	<0.001
Transactional sex	-3.37(2.58)	-0.50(3.01)	<0.001
Perceived behavioural control	6.67(3.84)	8.40(2.59)	<0.001
Knowledge	13.4(4.03)	11.88(3.38)	<0.001
Perceived norms (%)			
Restrictive parental norms	20.6(2.48)	14.4(2.15)	0.060
Negative peer norms (condoms)	63.7(2.94)	60.6(3.00)	0.467
Communication (%)			
Good parental communication	7.9(1.65)	10.2(1.85)	0.343
Good peer communication	31.8(2.85)	51.1(3.06)	<0.001

Table IIa: Exploratory Factor Analysis of Condom Use, Sexual Experience and Transactional Sex Attitudes Scales

ATTITUDE TOWARD CONDOMS		Factor loadings			
		Factor	Factor	Factor	Factor
		1	2	3	4
Cronbach alpha = 0.90					
Variance explained = 64%					
<i>Factor 2: Preventive properties</i>					
Cronbach's alpha= 0.74					
Variance explained= 10%					
Condoms are the most efficient way to prevent unwanted pregnancies.			0.72		
Condoms are the most efficient way to prevent HIV			0.70		
A good reason to use condoms with regular partner is to prevent unwanted pregnancies			0.83		
<i>Factor 3: Inconveniences</i>					
Cronbach's alpha= 0.81					
Variance explained= 9%					
Condoms do not have negative effects on health				0.64	
The oil on condoms can be bad for health				0.67	
An excessive use of condoms can shorten the penis				0.86	
Condoms can irritate the skin				0.76	
Condoms reduce sexual pleasure				0.34	
<i>Factor 1: Relational – circumstantial</i>					
Cronbach's alpha= 0.83					
Variance explained= 39%					
It is useless to use condoms with your regular partner	0.65				
It is not necessary to use condoms if you trust your partner	0.77				
It is not necessary to use condoms once HIV testing has been done	0.60				
It is up to the man to decided whether or not a condom should be used	0.88				
Asking your partner to use condoms is not trusting (him/her)	0.55				
<i>Factor 4: Stereotypes</i>					
Cronbach's alpha= 0.80					
Variance explained= 7%					
It is difficult to ask your partner to use condoms				0.33	
It is a good thing for men to always carry condom with them				0.53	
It is a good for women to always carry condom				0.90	

with them	
A man who carries condoms is thought of as a "swinger"	0.44
A women who carries condom is thought of as a "prostitute"	0.80

ATTITUDES TOWARD SEXUAL EXPERIENCES

	Factor 1	Factor 2
Cronbach's alpha = 0.48		
Variance explained = 60%		
<i>Factor 2: Sex before marriage</i>		
Cronbach's alpha = 0.34		
Variance explained = 23%		
Nowadays it is difficult to wait until marriage before having sex		0.57
For men, having sex before marriage is a dishonour for his family		0.83
For women, having sex before marriage is a dishonour for her family		0.75
For men, it is important to experience sex with different partners before marriage		0.50
For women, it is important to experience sex with different partners before marriage		0.38
<i>Factor 1: Multiple partnering</i>		
Cronbach's alpha = 0.83		
Variance explained = 36%		
A men who has multiple partners is considered « in »	0.9	
A women who has multiple partners is considered « in »	0.87	

ATTITUDES TOWARD TRANSACTIONAL SEX

	Factor 1	Factor 2
Cronbach's alpha = 0.71		
Variance explained = 78%		
<i>Factor 2: Emotional</i>		
Cronbach's alpha = 0.64		
Variance explained = 23%		
It is respectable for men to give money or gifts to his partner after sex		0.75
It is respectable for a women to give money or gifts to her partner after sex		0.61
When you love your partner it is important to give him(her) money or gifts to preserve a good relationship		0.78
Giving money or a gift after sex is a sign of appreciation		0.47
<i>Factor 1: Stereotype</i>		
Cronbach's alpha = 0.86		
Variance explained = 45%		
Receiving money or gifts after sex is prostitution	0.87	
Giving money or gifts after sex is buying the relationship	0.91	

Table IIb: Confirmatory Factor Analysis of Condom Use, Sexual Experience and Transactional Sex Attitudes Scales

ATTITUDES TOWARD CONDOMS		Factor loadings		
		Factor	Factor	Factor
		1	2	3
Cronbach's alpha = 0.90				
Variance explained = 67%				
<i>Factor 3: Preventive properties</i>				
Cronbach's alpha= 0.78				
Variance explained= 8%				
Condoms are the most efficient way to prevent unwanted pregnancies.				0.73
Condoms are the most efficient way to prevent HIV				0.76
<i>Factor 1: Condom inconvenience</i>				
Cronbach's alpha = 0.91				
Variance explained= 47%				
The oil on condoms can be bad for health		0.70		
An excessive use of condoms can shorten the penis		0.74		
Condoms can irritate the skin		0.68		
It is useless to use condoms with your regular partner		0.68		
It is up to the man to decided whether or not a condom should be used		0.79		
Asking your partner to use condoms is not trusting (him/her)		0.82		
It is difficult to ask your partner to use condoms		0.67		
It is a good thing for men to always carry condom with them		0.59		
<i>Factor 2: Perceived need</i>				
Cronbach's alpha= 0.73				
Variance explained= 12%				
It is not necessary to use condoms if you trust your partner			0.82	
It is not necessary to use condoms once HIV testing has been done			0.85	
It is a good for women to always carry condom with them			0.67	
ATTITUDES TOWARD SEXUAL EXPERIENCES				
Cronbach's alpha = 0.78		Factor	Factor	
Variance explained = 76%		1	2	
<i>Factor 1: Sex before marriage</i>				
Cronbach's alpha=0.80				
Variance explained=49%				
For men, having sex before marriage is a dishonour for his family		0.87		

For women, having sex before marriage is a dishonour for her family	0.82
For men, it is important to experience sex with different partners before marriage	0.65
For women, it is important to experience sex with different partners before marriage	0.61
<i>Factor 2: Multiple partnering</i>	
Cronbach's alpha=0.93	
Variance explained=27%	
A men who has multiple partners is considered « in »	0.95
A women who has multiple partners is considered « in »	0.94

ATTITUDES TOWARD TRANSACTIONAL SEX

Cronbach's alpha = 0.89	Factor
Variance explained = 70%	1
It is respectable for men to give money or gifts to his partner after sex	0.91
It is respectable for a women to give money or gifts to her partner after sex	0.71
Giving money or a gift after sex is a sign of appreciation	0.88
Receiving money or gifts after sex is prostitution	0.85
Giving money or gifts after sex is buying the relationship	0.81

Table III: Determinants of attitudes, perceived behavioural control, perceived norms and communication

	B coefficient (SD)									
	Positive attitudes					Better behavioural control				
	Condom	Sexual experience	Transactional sex	Inhibitory norms	Better communication	Condom	Sexual experience	Transactional sex	Inhibitory norms	Better communication
Gender	2.598(0.490) ***	0.856(0.263) ***	2.796(0.251) ***	1.750(0.233) ***	-0.269(0.274)	-0.409(0.242)	0.320(0.326)	0.881(0.209)		
Age	0.046(0.101)	0.092(0.054)	-0.042(0.052)	-0.007(0.048)	0.043(0.062)	0.069(0.045)	-0.046(0.66)	0.000(0.040)		
Education	2.286(0.328) ***	0.228(0.176)	0.117(0.168)	0.721(0.156) ***	-2.146(0.554) ***	-1.734(0.293) ***	1.599(0.492) ***	0.544(0.263) *		
Knowledge	0.574(0.074) ***	0.059(0.040)	0.034(0.038)	0.234(0.035) ***	-0.050(0.035)	-0.180(0.048)	-0.003(0.054)	0.067(0.036)		
Sex experience	3.361(0.681) ***	2.021(0.366) ***	1.243(0.349) ***	2.872(0.324) ***	-1.719(0.352) ***	-2.803(0.473) ***	-0.419(0.433)	1.474(0.314) ***		
R (square)	0.397	0.164	0.243	0.434						

*** Significance level ≤ 0.001 ** Significance level ≤ 0.005 * Significance level ≤ 0.05

Table IV: Capacity of attitudes, perceived norms, perceived behavioural control and communication with parents and peers to predict unsafe sexual behaviour among sexually active

	B Coefficients (SD)				
	Condom at last sex †	Preventive behaviour §	Unsafe sex ‡	# partners in last 6 months	Had sex by 15 years-old
Positive attitudes					
Condoms	0.257(0.030)***	0.161(0.026)***	-	-0.78(0.027)**	-0.059(0.021)**
Sexual experience	-0.179(0.038)***	-0.158(0.046)***	0.163(0.030)***	0.240(0.053)***	0.008(0.037)
Transactional sex	-0.259(0.042)***	-0.215(0.051)***	0.232(0.050)***	0.259(0.049)***	0.198(0.040)**
Inhibitory norms					
Parental norms	-1.425(0.431)***	-1.066(0.394)*	-0.498(0.571)	0.345(0.554)	1.248(0.411)**
Peer norms	-1.604(0.247)***	-1.456(0.358)***	0.588(0.321)	-0.765(0.301)*	-0.414(249)
Better behavioural control	0.632(0.079)***	0.482(0.064)***	-0.175(0.056)**	-0.134(0.063)*	-0.191(0.046)***
Better communication					
Parent communication	0.297(0.399)	1.201(0.780)	-1.292(0.757)	-0.157(0.443)	-0.196(0.409)
Peer communication	1.027(0.225)***	1.488(0.328)***	-0.356(0.292)	0.284(0.267)	0.368(0.229)

Adjusted for age, gender, education, and knowledge score

† Condom use at last intercourse –with regular or casual partner

§ Preventive behaviour is defined as “having done something to prevent HIV infection”

‡ Unsafe sex is define as not using a condom at last sex and having more than 1 sexual partner at the time of the interview

*** Significance level ≤0.001 ** Significance level ≤0.005 * Significance level ≤0.05

References

1. Zaba B, Slaymaker E, Urassa M, Boerma JT. The role of behavioral data in HIV surveillance. *Aids* 2005;19 Suppl 2:S39-52.
2. Slaymaker E. A critique of international indicators of sexual risk behaviour. *Sex Transm Infect* 2004;80 Suppl 2:ii13-21.
3. Taffa N, Klepp KI, Sundby J, Bjune G. Psychosocial determinants of sexual activity and condom use intention among youth in Addis Ababa, Ethiopia. *Int J STD AIDS* 2002;13(10):714-9.
4. Volk JE, Koopman C. Factors associated with condom use in Kenya: a test of the health belief model. *AIDS Educ Prev* 2001;13(6):495-508.
5. Adih WK, Alexander CS. Determinants of condom use to prevent HIV infection among youth in Ghana. *J Adolesc Health* 1999;24(1):63-72.
6. Stanton BF, Fitzgerald AM, Li X, Shipena H, Ricardo IB, Galbraith JS, et al. HIV risk behaviors, intentions, and perceptions among Namibian youth as assessed by a theory-based questionnaire. *AIDS Educ Prev* 1999;11(2):132-49.
7. James S, Reddy PS, Ruitter RA, Taylor M, Jinabhai CC, Van Empelen P, et al. The effects of a systematically developed photo-novella on knowledge, attitudes, communication and behavioural intentions with respect to sexually transmitted infections among secondary school learners in South Africa. *Health Promot Int* 2005;20(2):157-65.
8. Simbayi LC, Kalichman SC, Skinner D, Jooste S, Cain D, Cherry C, et al. Theory-based HIV risk reduction counseling for sexually transmitted infection clinic patients in Cape Town, South Africa. *Sex Transm Dis* 2004;31(12):727-33.
9. Meekers D, Agha S, Klein M. The impact on condom use of the "100% Jeune" social marketing program in Cameroon. *J Adolesc Health* 2005;36(6):530.
10. Gebhardt WA, Kuyper L, Greunsven G. Need for intimacy in relationships and motives for sex as determinants of adolescent condom use. *J Adolesc Health* 2003;33(3):154-64.
11. Godin G, Kok G. The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related behaviors. *Am J Health Promot* 1996;11(2):87-98.

12. Klepp KI, Ndeki SS, Thuen F, Leshabari M, Seha AM. Predictors of intention to be sexually active among Tanzanian school children. *East Afr Med J* 1996;73(4):218-24.
13. Mashegoane S, Moalusi KP, Peltzer K, Ngoepe MA. The prediction of condom use intention among South African university students. *Psychol Rep* 2004;95(2):407-17.
14. Hounton SH, Carabin H, Henderson NJ. Towards an understanding of barriers to condom use in rural Benin using the Health Belief Model: a cross sectional survey. *BMC Public Health* 2005;5(1):8.
15. Stroebe W. Determinants of health behaviour: a social psychological analysis. *Social Psychology and health* 1995(2nd edition):12-40.
16. Bandawe CR, Foster D. AIDS-related beliefs, attitudes and intentions among Malawian students in three secondary schools. *AIDS Care* 1996;8(2):223-32.
17. Bosompra K. Determinants of condom use intentions of university students in Ghana: an application of the theory of reasoned action. *Soc Sci Med* 2001;52(7):1057-69.
18. Simbayi LC, Kalichman SC, Jooste S, Cherry C, Mfecane S, Cain D. Risk factors for HIV-AIDS among youth in Cape Town, South Africa. *AIDS Behav* 2005;9(1):53-61.
19. Eaton L, Flisher AJ, Aaro LE. Unsafe sexual behaviour in South African youth. *Soc Sci Med* 2003;56(1):149-65.
20. Hulton LA, Cullen R, Khalokho SW. Perceptions of the risks of sexual activity and their consequences among Ugandan adolescents. *Stud Fam Plann* 2000;31(1):35-46.
21. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes* 1991;50:1779-211.
22. ENDSM-III. Mali Enquete Démographique et de Santé; ENDSM-III. 2001.
23. Brafford LJ, Beck KH. Development and validation of a condom self-efficacy scale for college students. *J Am Coll Health* 1991;39(5):219-25.
24. Hanna KM. An adolescent and young adult condom self-efficacy scale. *J Pediatr Nurs* 1999;14(1):59-66.
25. Cecil H, Pinkerton SD. Reliability and validity of a self-efficacy instrument for protective sexual behaviors. *J Am Coll Health* 1998;47(3):113-21.
26. Tabachnick BG FL. Using multivariate statistics. Boston, MA 2001.
27. Sunmola AM. Developing a scale for measuring the barriers to condom use in Nigeria. *Bull World Health Organ* 2001;79(10):926-32.

28. Sherman SG, Celentano DA, McGrath JW, Chard SE, Gangakhedkar RR, Joglekar N, et al. The reliability and validity of the Modified Condom Outcome Expectancy Scale (MCOES) among an international sample of HIV-negative partners of people living with HIV/AIDS. *AIDS Care* 2003;15(3):359-66.
29. St Lawrence JS, Chapdelaine AP, Devieux JG, O'Bannon RE, 3rd, Brasfield TL, Eldridge GD. Measuring perceived barriers to condom use: psychometric evaluation of the Condom Barriers Scale. *Assessment* 1999;6(4):391-404.
30. Neilands TB, Choi KH. A validation and reduced form of the Female Condom Attitudes Scale. *AIDS Educ Prev* 2002;14(2):158-71.
31. Karim AM, Magnani RJ, Morgan GT, Bond KC. Reproductive health risk and protective factors among unmarried youth in Ghana. *Int Fam Plan Perspect* 2003;29(1):14-24.
32. Castle S. Knowledge, attitudes and behavior relating to HIV/AIDS in Selected villages of Kolondieba Cercle: A qualitative study to inform the development of HIV/AIDS prevention messages within the community schools. A Report submitted to School Health programme 2002.
33. Ahlberg BM, Jylkas E, Krantz I. Gendered construction of sexual risks: implications for safer sex among young people in Kenya and Sweden. *Reprod Health Matters* 2001;9(17):26-36.
34. Mturi AJ. Parents' attitudes to adolescent sexual behaviour in Lesotho. *Afr J Reprod Health* 2003;7(2):25-33.
35. Bednar DE, Fisher TD. Peer referencing in adolescent decision making as a function of perceived parenting style. *Adolescence* 2003;38(152):607-21.
36. Babalola S, Tambashe BO, Vondrasek C. Parental factors and sexual risk-taking among young people in Cote d'Ivoire. *Afr J Reprod Health* 2005;9(1):49-65.
37. Nelson ML, Quintana SM. Qualitative clinical research with children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2005;34(2):344-56.
38. Stanton B, Black M, Feigelman S, Ricardo I, Galbraith J, Li X, et al. Development of a culturally, theoretically and developmentally based survey instrument for assessing risk behaviors among African-American early adolescents living in urban low-income neighborhoods. *AIDS Educ Prev* 1995;7(2):160-77.

39. Nnko S, Boerma JT, Urassa M, Mwaluko G, Zaba B. Secretive females or swaggering males? An assessment of the quality of sexual partnership reporting in rural Tanzania. *Soc Sci Med* 2004;59(2):299-310.
40. Plummer ML, Ross DA, Wight D, Chagalucha J, Mshana G, Wamoyi J, et al. "A bit more truthful": the validity of adolescent sexual behaviour data collected in rural northern Tanzania using five methods. *Sex Transm Infect* 2004;80 Suppl 2:ii49-56.
41. Plummer ML, Wight D, Ross DA, Balira R, Anemona A, Todd J, et al. Asking semi-literate adolescents about sexual behaviour: the validity of assisted self-completion questionnaire (ASCQ) data in rural Tanzania. *Trop Med Int Health* 2004;9(6):737-54.
42. Curtis SL, Sutherland EG. Measuring sexual behaviour in the era of HIV/AIDS: the experience of Demographic and Health Surveys and similar enquiries. *Sex Transm Infect* 2004;80 Suppl 2:ii22-7.
43. PNLS C, INRSP. *Integrated STI and Behavioral Surveillance (ISBS)*. 2000.

4.4. Facteurs associés aux comportements sexuels à risque chez les jeunes femmes et hommes de Bamako

4.4.1. Objectifs

L'objectif de ces analyses supplémentaires est d'examiner si les comportements sexuels à risque pour le VIH des hommes et des femmes sont associés à des facteurs contextuels, interpersonnels et cognitifs différents (**Figure 1**, p 52). Nous avons testé formellement les interactions multiplicatives de chacun des éléments du modèle avec le genre en utilisant des termes produits « *facteur * genre* » dans la régression logistique.

4.4.2. Points méthodologiques

Échantillon pour l'analyse

Les résultats présentés dans ce chapitre s'appuient sur les jeunes célibataires qui ont eu des relations sexuelles dans les derniers 6 mois (n=228). Soixante-quinze pourcent (399) des participants recrutés dans le cadre de cette étude étaient sexuellement actifs et 327 d'entre eux n'étaient pas mariés ou en union libre. Parmi ces 327 jeunes célibataires, 228 (74 femmes et 154 hommes) ont déclaré avoir eu au moins un partenaire sexuel dans les derniers 6 mois.

Collecte des données

Les données ont été collectées lors d'entrevues en face-à-face en utilisant le questionnaire développé dans l'article 2 (p140-172).

Analyses

Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS 11.5 pour Windows. Nous avons d'abord effectué une série d'analyses bivariées afin d'identifier les variables associées

(test de chi-carré) à la non utilisation du condom et au multipartenariat sexuel (avoir plus d'un partenaire dans les derniers 6 mois) chez les femmes et chez les hommes séparément. En suite, nous avons ajusté un modèle de régression logistique en incluant des termes d'interactions *genre * facteur* de risque pour évaluer les différences dans les associations chez les femmes et les hommes.

L'entrée des variables dans les modèles a été effectuée en trois blocs (stratégie d'entrée hiérarchique) afin de respecter l'organisation de notre modèle théorique de base (250). Le premier bloc était constitué des variables prédisposantes qui jouent un rôle potentiellement structurant dans le développement des comportements sexuels à risque. Ce bloc compte notamment : les caractéristiques sociodémographiques et économiques, ainsi que les évènements de la vie sexuelle. Le deuxième bloc compte les variables ayant trait aux relations sociales, c'est-à-dire : la communication avec les parents et les pairs et les sources d'information. Finalement, le troisième bloc est constitué des construits sociocognitifs inspirés de la théorie d'Ajzen (connaissances, attitudes, normes perçues et contrôle comportemental).

Pour la construction des modèles avec interactions avec le genre, tous les facteurs correspondant à une étape d'analyse ont été inclus comme termes principaux. Le terme produit de chacun des facteurs avec le genre a été testé. Si l'interaction était prouvée significative, le terme produit a été inclus dans le modèle final de cette étape. La sélection des variables a été effectuée en utilisant la stratégie pas-à-pas inverse (*Stepwise*

backward) en retenant uniquement les variables dont le seuil de signification était inférieur ou égal à 0.05 ($p \leq 0.05$).

4.4.3. Facteurs associés à la non utilisation du condom chez les jeunes de Bamako

Le **tableau I** (p.189) présente les résultats des analyses bivariées pour la non-utilisation du condom chez les jeunes femmes et hommes célibataires ayant eu des relations sexuelles dans les derniers 6 mois. Presqu'autant d'hommes que de femmes ont déclaré ne pas avoir fait usage du condom lors de leur rapport le plus récent (46% pour les femmes et 40% pour les hommes; $p = 0.416$).

Concernant les variables prédisposantes (caractéristiques sociodémographiques, évènements de la vie sexuelle), les résultats de nos analyses bivariées démontrent un profil de risque différent pour les femmes et les hommes. Alors que le non-usage du condom est associé au statut social (âge, éducation, occupation, condition matérielle) chez les hommes, les femmes semblent davantage influencées pas les évènements de leur vie sexuelle. En effet, ce sont les hommes plus jeunes (15 à 19 ans), les moins éduqués, ceux œuvrant dans le secteur informel ou n'ayant pas d'emploi et aussi ceux qui vivent dans les conditions matérielles les plus précaires qui prennent davantage de risque. Aucune des variables associées au statut social n'a été associée à l'utilisation du condom chez les femmes. Chez les jeunes femmes, le fait d'avoir débuté sa vie sexuelle avant 15 ans est fortement associé à la non-utilisation du condom. La moitié des femmes a déclaré avoir vécu des relations sexuelles forcées et parmi celles-ci, l'utilisation du condom au

dernier rapport est plus faible (45%) que chez celles n'ayant pas vécu une telle expérience (64%). Concernant le statut social, il est à noter que la moitié des jeunes femmes célibataires a déclaré recevoir de l'argent de leur partenaire sexuel et que parmi celles-ci, près de 60% n'ont pas utilisé le condom lors de la dernière relation. La majorité des hommes ont rapporté le travail comme principale source d'argent et très peu d'entre eux ont déclaré recevoir de l'argent de leur partenaire, parmi ces derniers, presque 86% ont fait usage du condom lors du dernier rapport sexuel.

En ce qui a trait aux facteurs relationnels, nos analyses suggèrent que la communication avec les pairs, mais pas avec les parents, est un facteur favorisant l'utilisation du condom chez les femmes et les hommes. Toutefois, l'utilisation de plusieurs sources d'information ne semble pas favoriser l'utilisation du condom.

Finalement, les facteurs sociocognitifs sont fortement associés à l'utilisation du condom, mais les associations sont plus souvent significatives chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes, tous les construits attitudinaux sont significativement associés à ce comportement sexuel, alors que chez les femmes, seul l'attitude par rapport au condom est associée à l'utilisation. Les normes subjectives des pairs sont aussi prédictives de l'usage du condom. En effet, les femmes et les hommes qui jugent que leurs pairs encouragent l'usage du condom utilisent davantage celui-ci. Selon nos résultats, le contrôle comportemental perçu est associé à l'utilisation du condom uniquement dans le cas des hommes. Les normes parentales de ces jeunes sont jugées non-restrictives dans la vaste majorité des cas (96%). Seulement une femme et 9 hommes

ont rapporté avoir des parents restrictives envers le sexe. Chez le sous-groupe de jeunes n'ayant pas eu de relation sexuelle dans les derniers 6 mois – représentant 30% des jeunes célibataires - la proportion ayant rapporté des normes parentales non-restrictives est moins importante, mais demeure encore majoritaire en comparaison avec ceux qui ont rapporté des normes restrictives ($p = 0.095$).

La perception de risque pour le VIH est ici perçue comme une conséquence de la non-utilisation du condom puisque les jeunes n'ayant pas fait usage du condom lors du dernier rapport sexuel, se perçoivent plus à risque que ceux ayant déclaré le contraire.

4.4.4. Facteurs associés au multipartenariat sexuel chez les jeunes de Bamako

Le **tableau II** (p.192) présente les résultats des analyses bivariées pour le multipartenariat sexuel chez les jeunes femmes et hommes célibataires ayant eu des relations sexuelles dans les derniers 6 mois. Ces analyses démontrent que les hommes (63.3%) ont deux fois plus tendance que les femmes (32.4%) à avoir eu plus d'un partenaire sexuel dans les derniers 6 mois. Contrairement à ce qui a été présenté dans le cas de l'utilisation du condom chez les hommes, le statut social ne semble pas influencer le fait d'avoir eu plusieurs partenaires dans les derniers 6 mois. Toutefois on note que les femmes plus jeunes (15 à 19 ans vs. 20 à 24 ans) et celles qui ont un niveau élémentaire de scolarisation ont tendance à rapporter plus de partenaires.

C'est plutôt les débuts sexuels qui influencent ce comportement sexuel dans le futur. En effet, les hommes et les femmes ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans et ceux qui ont déclaré avoir eu leur première relation avec un partenaire « occasionnel », un étranger ou un membre de leur famille, ont généralement rapporté plus de partenaires dans les derniers 6 mois. Pour la moitié des femmes ayant déclaré une relation sexuelle forcée, la probabilité d'avoir eu plusieurs partenaires est plus élevée que pour la moitié des femmes qui n'ont pas rapporté une telle expérience. Il y a peu d'hommes qui ont avoué avoir vécu des relations sexuelles forcées et pour ceux qui ont affirmé une telle expérience, la probabilité d'avoir eu plus d'un partenaire dans les derniers 6 mois n'est pas plus grande.

Concernant les variables relationnelles, deux associations ont été notées dans le cas des hommes, à savoir - l'utilisation de plusieurs sources d'information et avoir reçu des conseils sur la sexualité d'un membre de la famille. Nos données suggèrent que les hommes qui utilisent plusieurs sources d'information sur la santé sexuelle, mais qui n'ont pas reçu de conseils sur leur sexualité de la famille sont ceux qui ont aussi plus de partenaires.

Finalement, le multipartenariat sexuel est plus significativement associé aux éléments sociocognitifs chez les hommes que chez les femmes. Alors que les hommes ayant une attitude négative par rapport au condom et une attitude positive par rapport aux relations transactionnelles ont généralement déclaré avoir eu plus d'une partenaire dans les derniers 6 mois, aucun des ces construits attitudeux n'a été associé à ce comportement

chez les femmes. Par contre, les jeunes femmes et les jeunes hommes qui ont dit que les normes de leurs pairs favorisent l'utilisation du condom sont généralement ceux qui avaient plus de partenaires.

La relation entre perception du risque et multipartenariat sexuel est significative uniquement dans le cas des hommes.

4.4.5. Analyses multivariées pour l'utilisation du condom

Dans le **tableau III** (p195) sont présentés des modèles de régression logistique concernant l'utilisation du condom chez les jeunes femmes et les jeunes hommes célibataires. Dans la construction du modèle par bloc, on s'aperçoit que l'âge est associé à la non-utilisation du condom et la force de l'association ne dépend pas des autres variables incluses dans le modèle. Dans le second modèle, la bonne communication avec les pairs est associée à l'utilisation du condom, mais plus fortement chez les femmes (terme d'interaction) que chez les hommes. Le troisième modèle qui prend compte de l'influence des facteurs sociocognitifs nous montre que pour les hommes, la bonne communication avec les pairs se traduit dans leurs attitudes, les normes subjectives de leurs pairs et la perception de leur contrôle comportemental, puisque les coefficients de la communication avec les pairs change de -0.77 à 0.03 après ajustement avec ces construits sociocognitifs. Pour les femmes, l'association entre la bonne communication avec les pairs et l'utilisation du condom est indépendante des facteurs sociocognitifs et se renforce davantage (les coefficients changent de -1.22 à -1.44). Selon ce modèle final, l'âge ($p=0.060$), les attitudes envers les relations transactionnelles ($p=0.019$), les normes des

pairs ($p < 0.001$) et le contrôle comportemental perçu ($p < 0.001$) prédisent l'utilisation du condom chez les jeunes hommes et femmes célibataires.

Il y a trois termes d'interaction significatifs dans le modèle explicatif de l'utilisation du condom: l'âge à la première relation, la source de revenu et la communication avec les pairs. L'interprétation de ces termes d'interaction est facilitée avec l'estimation des ratios de côte (OR). Dans le **tableau IV** (p.196), nous présentons les estimations des OR pour toutes les variables associées à la non-utilisation du condom chez les hommes et chez les femmes. L'âge entre 15 et 19 ans (OR = 2.07 IC 95% = 0.97-4.41), les attitudes positives envers les relations transactionnelles (OR = 2.80; IC 95% = 1.16-5.29), les normes négatives des pairs (OR = 4.55; IC 95% = 2.18-9.51) et le contrôle comportemental perçu (OR = 0.62; IC 95% = 0.51-0.77) prédisent la non-utilisation du condom et ce, indépendamment du genre.

Les femmes qui ont déclaré avoir commencé leurs relations sexuelles plus tard utilisent plus le condom que celles qui commencent plus tôt (OR=0.34; IC 95% = 0.12-0.93), tandis que chez les hommes, l'âge de leur première relation n'est pas associé à l'utilisation du condom (OR= 0.92; IC 95% = 0.63-1.32) (**Tableau IV**, p. 196) Chez les femmes, l'utilisation du condom est moins fréquente quand leur revenu provient de leur partenaire sexuel (OR=7.63; IC 95% = 0.78-75.16) tandis que pour les hommes, ceux qui utilisent moins le condom sont ceux dont la source principale d'argent est leur travail. Finalement, une bonne communication avec les pairs est plus associée à l'utilisation du

condom chez les femmes (OR= 0.24; IC 95% = 0.06-1.02) que chez les hommes (OR= 1.03; IC 95% = 0.44-2.39).

Ces résultats montrent que l'utilisation du condom chez les femmes dépend de facteurs qui leur sont externes - leur relation avec leur partenaire sexuel et leurs pairs, ce qui n'est pas le cas chez les hommes.

4.4.6. Analyses multivariées pour le multipartenariat sexuel

Dans le **tableau V** (p.197) sont présentés des modèles de régression logistique permettant de mieux comprendre le multipartenariat sexuel qui nous avons défini comme étant le fait d'avoir eu plus d'un partenaire sexuel dans les derniers 6 mois.

Dans la construction de notre modèle par bloc, nous remarquons que tous les coefficients des variables du premier bloc restent stables malgré l'inclusion des facteurs relationnels et sociocognitifs. Les variables prédisposantes associées au multipartenariat sexuel dans le modèle final sont : l'âge en 20 et 24 ans ($p < 0.001$), le sexe masculin ($p = 0.001$), avoir commencé les relations sexuelles plus jeune ($p < 0.001$) et avoir eu des relations sexuelles forcées ($p = 0.078$).

Parmi les variables relationnelles, le fait de ne pas recevoir des conseils sur la sexualité de la famille est associé au multipartenariat sexuel dans les derniers 6 mois ($p = 0.036$). Parmi les variables sociocognitives, les normes positives des pairs ($p = 0.004$) et la

perception de contrôle sur les comportements sexuels ($p= 0.002$) sont aussi associés au multipartenariat.

La seule interaction significative est la perception du contrôle ($p= 0.012$). Chez les hommes, la perception de contrôle sur les comportements sexuels est associée à avoir moins de deux partenaires dans les derniers 6 mois, tandis que chez les femmes, le multipartenariat n'est pas associé à la perception de contrôle.

Dans le **tableau VI** (p.198), nous présentons les estimations des OR avec les IC de 95%. La magnitude des associations varie entre 2 et 3 pour tous les facteurs considérés. Selon nos résultats, l'âge et le contexte des relations sexuelles semblent influencer l'intensité sexuelle des jeunes femmes et des jeunes hommes. Les plus jeunes (15 à 19 ans) ($OR = 0.28$; $IC\ 95\% = 0.13-0.62$) et ceux ayant débuté leur vie sexuelle plus tard ($OR = 0.57$, $IC\ 95\% = 0.46-0.70$), ont généralement rapporté moins de partenaires au cours des derniers 6 mois. Par contre, la probabilité de multipartenariat est considérablement plus élevée chez ceux qui ont rapporté avoir vécu des relations forcées ($OR = 2.08$; $IC\ 95\% = 0.92-4.67$). Des facteurs relationnels, seul le fait de ne jamais avoir reçu des conseils sur la sexualité d'un membre de la famille prédit le multipartenariat chez les jeunes ($OR = 2.19$; $IC\ 95\% = 1.05-4.55$). Finalement, la variable mesurant la perception des normes des pairs est la seule mesure sociocognitive à être associée au multipartenariat sexuel indépendamment du genre. Cette association suggère que les jeunes qui estiment que leurs pairs sont contre l'utilisation du condom ont moins tendance à avoir nombreux partenaires ($OR = 0.36$; $IC\ 95\% = 0.17-0.72$).

La différence entre le profil de risque pour le multipartenariat chez les hommes et les femmes se manifeste au niveau de la perception du contrôle sur les comportements sexuels. Chez les hommes, ceux qui rapportent avoir un bon contrôle sur leur sexualité ont tendance à avoir moins de partenaires (OR = 0.47; IC 95% = 0.30-0.73), tandis que chez les femmes (OR = 1.17; IC 95% = 0.73-1.87), il n'existe pas d'association entre la perception qu'elles ont de leur contrôle sur leurs comportements sexuels et le nombre de partenaires qu'elles rapportent.

4.4.7. Facteurs associés à l'entrée précoce en sexualité

Étant donné que l'âge d'entrée en sexualité constitue un important déterminant des comportements sexuels à risque nous avons choisi de faire une série d'analyses descriptives et bivariées permettant d'identifier quelques variables associées à l'entrée précoce en sexualité. Étant donné qu'il s'agit ici d'une étude transversale, les variables identifiées à partir de ce type d'analyse sont plutôt des conséquences (directe ou indirectes) que des déterminants de l'entrée précoce en sexualité. Tous les jeunes ayant déjà eu une relation sexuelle ont été inclus dans ces analyses (n = 399).

Nous avons premièrement exploré la différence d'âge entre les participants et leur premier partenaire. Cette différence est beaucoup plus grande dans le cas des jeunes filles ayant débuté leurs relations avant l'âge de 15 ans (différence moyenne = 9.3 ans plus vieux) que chez les filles ayant débuté plus tard (différence moyenne = 3.1 ans plus vieux). Dans le cas des garçons la différence d'âge avec la partenaire n'est pas aussi

marquée et n'est pas tellement différente selon le fait que les jeunes aient débuté avant (différence moyenne = 0.4 ans plus jeune) ou après 15 ans (différence moyenne = 1 an plus jeune).

Deuxièmement, nous avons regardé l'association entre le fait d'avoir eu des relations sexuelles avant l'âge de 15 ans et celui d'avoir vécu des relations forcées. Nos données suggèrent que les femmes ayant débuté leur vie sexuelle avant l'âge de 15 ans ont plus souvent vécu une expérience de relation forcée (74%) que celles ayant débuté plus tard (26%, $p < 0.001$). Cette relation est opposée dans le cas des hommes car l'occurrence de relation forcée est plus élevée chez les hommes ayant eu leur première relation après 15 ans (25%) en comparaison à ceux ayant commencé avant (6%, $p < 0.001$).

Finalement nous avons analysé les différences entre les femmes et les hommes au niveau des associations entre les facteurs relationnels et sociocognitifs de notre modèle théorique et la précocité de l'âge d'entrée en sexualité (**tableau VII**, p.199). Dans cette analyse il s'agissait de comparer les scores pour les différents construits entre les jeunes ayant commencé les relations sexuelles avant ou après 15 ans et voir si les différences sont propres aux genres. Tel qu'anticipé, plusieurs scores sont différents en fonction de l'âge d'entrée en sexualité.

Le cas des jeunes hommes

Les jeunes hommes qui ont dit avoir débuté vie sexuelle avant 15 ans avaient généralement une attitude plus positive face à l'utilisation du condom et les relations

transactionnelles. Ils avaient aussi une meilleure communication avec leurs pairs et leurs parents et croyaient que leurs pairs étaient en faveur de l'utilisation du condom.

Le cas des jeunes femmes

Un tout autre portrait se dresse pour les jeunes filles. Celles qui ont dit avoir débuté leur vie sexuelle avant l'âge de 15 ans avaient généralement une attitude moins favorable à l'utilisation du condom mais étaient généralement plus positives face au fait de donner ou de recevoir de l'argent ou des cadeaux dans le cadre d'une relation. De plus, les femmes ayant débuté leur vie sexuelle avant 15 ans avaient un score plus faible pour le contrôle de leurs comportements sexuels par rapport à celles ayant débuté plus tard. Finalement, les jeunes filles ayant eu des relations en bas âge percevaient leurs parents comme étant plus strictes en matière de sexualité et communiquaient moins avec ceux-ci que celles ayant débuté plus tard.

À l'exception du construit mesurant l'attitude envers les relations transactionnelles, les différences entre les construits relationnels et sociocognitifs vont dans les directions opposées selon les genres. En conclusion nous pouvons dire que commencer les relations avant 15 ans augmente le risque futur pour les femmes tandis qu'il semble protéger les hommes.

4.4.8. Conclusion

L'utilisation du condom

Les facteurs contextuels qui influencent l'utilisation du condom sont différents chez les femmes et les hommes :

- Si le revenu provient du partenaire sexuel les femmes ont moins de probabilité d'utiliser le condom. Par contre, si la source de revenu est le métier, les hommes utilisent moins le condom.
- L'âge d'entrée en sexualité détermine l'utilisation du condom chez les femmes mais pas chez les hommes.

Les facteurs relationnels sont associés à l'utilisation du condom chez les femmes mais pas chez les hommes

- Les femmes qui ont une bonne communication avec leurs pairs font plus usage du condom.
- Aucune variable relationnelle n'a été incluse dans le modèle explicatif dans le cas des hommes

Les facteurs sociocognitifs qui influencent l'utilisation du condom sont semblables chez les femmes et les hommes

- Les normes négatives des pairs, les attitudes positives envers les relations transactionnelles et un faible contrôle comportemental perçu sont fortement associés à la non-utilisation du condom indépendamment du genre.

Le multipartenariat sexuel

- L'âge et le contexte des relations sexuelles (âge d'entrée et relations forcées) déterminent le multipartenariat sexuel chez les femmes et chez les hommes.
- Le fait de recevoir des conseils sur la sexualité d'un membre de la famille réduit le multipartenariat sexuel chez les femmes et chez les hommes
- La perception des normes négatives des pairs réduit le multipartenariat chez les femmes et chez les hommes
- La perception du contrôle sur les comportements sexuels est associée au multipartenariat sexuel seulement dans le cas des hommes.

Comparaison entre les femmes et les hommes selon les résultats de ces analyses

Les femmes sont plus influencées par leur passé sexuel que les hommes

- L'âge d'entrée en sexualité est associé aux deux comportements étudiés.
- Les femmes ayant débuté leur vie sexuelle plus tôt ont une attitude négative face à l'usage du condom, ont moins de contrôle sur leurs comportements sexuels et une mauvaise communication avec leur parents. Aucune de ces associations n'est observée dans le cas des hommes ayant débuté leur vie sexuelle en bas âge.

Les hommes sont plus influencés par des facteurs sociocognitifs particulièrement plus par leur contrôle sur les comportements sexuels

Tableau I: Pourcentage des jeunes célibataires qui n'ont pas utilisé le condom lors du dernier rapport sexuel

Caractéristiques	Tous			Femmes			Hommes		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Genre									
Femme	74	45.9	0.416						
Homme	154	40.3							
Age									
15-19	87	50.6	0.042	31	45.2	0.908	56	53.6	0.011
20-24	141	36.9		43	46.5		98	32.7	
Cohabitation									
Vit avec parents	183	41.5	0.723	66	48.5	0.208	117	37.6	0.233
Vit avec autre	45	44.4		8	25.0		37	48.6	
Éducation									
Non scolarisé	61	50.8	0.019	11	27.3	0.154	50	56.0	0.003
École fondamentale	89	47.2		31	58.1		58	41.4	
École secondaire	78	29.5		32	40.6		46	21.7	
Occupation									
Étudiant	99	32.3	0.048	37	43.2	0.824	62	25.8	0.007
Ouvrier, artisan, commerçant	56	44.6		12	58.3		44	40.9	
Secteur informel	37	54.1		14	42.9		23	60.9	
Sans emploi	36	52.8		11	45.5		25	56.0	
Attributs du foyer									
Plus riche	152	36.8	0.065	45	44.4	0.825	107	33.6	0.037
Intermédiaire	57	50.9		18	44.4		39	53.8	
Plus pauvre	19	57.9		11	54.5		8	62.5	
Source de revenu									
Travail	81	44.4	0.148	11	27.3	0.56	70	47.1	0.147
Famille	101	35.6		24	33.3		77	36.4	
Autre (partenaire sexuel, amis)	46	52.2		39	59.0		7	14.3	
Évènement de la vie sexuelle									
Relation avant 15 ans									
Oui	116	47.4	0.098	28	71.4	0.001	88	39.8	0.887
Non	112	36.6		46	30.4		66	40.9	
Qui était le partenaire									
Copain, copine	156	39.1	0.176	60	41.7	0.126	96	37.5	0.369

Partenaire occasionnel	72	48.6	14	64.3	58	44.8	
<i>Relation sexuelle forcée</i>							
Oui	66	48.5	38	55.3	28	39.3	0.908
Non	162	39.5	36	36.1	126	40.5	
Communication avec les pairs							
Bonne	122	31.1	32	28.1	90	32.2	0.016
Mauvaise	106	54.7	42	59.5	64	51.6	
Communication avec les parents							
Bonne	27	29.6	8	37.5	19	26.3	0.186
Mauvaise	201	43.8	66	47.0	135	42.2	
Conseils sur la sexualité de la famille							
Oui	132	37.9	53	41.5	79	35.4	0.211
Non	96	47.9	21	57.1	75	45.3	
Nombre de sources d'information							
≤ une	40	37.5	2	100	38	34.2	0.161
Deux	89	37.1	24	41.7	65	35.4	
Trois	99	48.5	48	45.8	51	51.0	
Attitudes							
<i>Envers le condom</i>							
Positives	184	31.0	59	32.2	125	30.4	<0.001
Négatives	44	88.6	15	100	29	82.8	
<i>Envers les relations pré-maritales</i>							
Positives	66	62.1	35	51.4	31	74.2	<0.001
Négatives	162	34.0	39	41.0	123	31.7	
<i>Envers les relations transactionnelles</i>							
Positives	73	58.9	24	54.2	49	61.2	<0.001
Négatives	155	34.2	50	42.0	105	30.5	
Normes Sociales perçues							
<i>Normes des pairs envers le condom</i>							
Positives	116	25.0	40	25.0	76	25.0	<0.001
Négatives	112	59.8	34	70.6	78	55.1	
<i>Normes parentales envers le sexe</i>							
Non-restrictive	218	42.2	73	46.6	145	40.0	0.792
Restrictives	10	40.0	1	0	9	44.4	
Contrôle comportemental perçu							
Élevé	152	36.8	45	44.4	107	33.6	0.012
Faible	76	52.6	29	48.3	47	55.3	

Perception du risque										
Oui	92	63.0	<0.001	45	71.1	<0.001	47	55.3	0.012	
Non	136	27.9		29	6.9		107	33.6		

Tableau II: Pourcentage des jeunes célibataires qui ont eu plus d'un partenaire sexuel dans les derniers 6 mois

Caractéristiques	Tous			Femmes			Hommes		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Genre									
Femme	74	32.4	<0.001						
Homme	154	63.6							
Age									
15-19	87	48.3	0.213	43	44.2	0.011	56	66.1	0.635
20-24	141	80		31	16.1		98	62.2	
Cohabitation									
Vit avec parents	183	50.8	0.101	66	34.8	0.202	117	59.8	0.081
Vit avec autre	45	64.4		8	12.5		37	75.7	
Éducation									
Non scolarisé	61	47.5	0.499	11	9.1	0.071	50	56.0	0.277
École fondamentale	89	57.3		31	45.2		58	63.8	
École secondaire	78	53.8		32	28.1		46	71.7	
Occupation									
Étudiant	99	56.6	0.639	37	29.7	0.529	62	72.6	0.127
Ouvrier, artisan, commerçant	56	48.2		12	41.7		44	50.0	
Secteur informel	37	48.6		14	21.4		23	65.2	
Sans emploi	36	58.3		11	45.5		25	64.0	
Attributs du foyer									
Plus riche	152	54.6	0.719	45	33.3	0.105	107	63.6	0.996
Intermédiaire	57	49.1		18	16.7		39	64.1	
Plus pauvre	19	57.9		11	54.5		8	62.5	
Source de revenu									
Travail	81	55.6	0.310	11	27.3	0.232	70	60.0	0.597
Famille	101	56.4		24	20.8		77	67.5	
Autre (partenaire sexuel, amis)	46	43.5		39	41.0		7	57.1	
Évènement de la vie sexuelle									
<i>Relation avant 15 ans</i>									
Oui	116	71.6	<0.001	28	57.1	<0.001	88	76.1	<0.001
Non	112	34.8		46	17.4		66	47.0	
<i>Qui était 1er partenaire</i>									
Copain, copine	156	45.5	<0.001	60	26.7	0.028	96	57.3	0.035
Partenaire occasionnel	72	70.8		14	57.1		58	74.1	

Relation sexuelle forcée									
Oui	66	53.0	0.926	38	50.0	0.001	28	57.1	0.430
Non	162	53.7		36	13.9		126	65.1	
Communication avec les pairs									
Bonne	122	61.5	0.010	32	40.6	0.189	90	68.9	0.108
Mauvaise	106	44.3		42	26.2		64	56.3	
Communication avec les parents									
Bonne	27	51.9	0.854	8	25.0	0.634	19	63.2	0.963
Mauvaise	201	53.7		66	33.3		135	63.7	
Conseils sur la sexualité de la famille									
Oui	132	42.4	<0.001	53	30.2	0.512	79	50.6	<0.001
Non	96	68.8		21	38.1		75	77.3	
Nombre de sources d'information									
≤ une	40	72.5	<0.001	2	0	0.345	38	76.3	<0.001
Deux	89	38.2		24	25.0		65	43.1	
Trois	99	59.6		48	37.5		51	80.4	
Attitudes									
<i>Envers le condom</i>									
Positives	184	51.6	0.245	59	33.9	0.593	125	60.0	0.051
Négatives	44	61.4		15	26.7		29	79.3	
<i>Envers les relations pré-maritales</i>									
Positives	66	57.6	0.432	35	40.0	0.188	31	77.4	0.074
Négatives	162	51.9		39	25.6		123	60.2	
<i>Envers les relations transactionnelles</i>									
Positives	73	69.9	0.001	24	45.8	0.088	49	81.6	0.002
Négatives	155	45.8		51	26.0		105	55.2	
Normes Sociales perçues									
<i>Normes des pairs envers le condom</i>									
Positives	116	62.9	0.004	40	42.5	0.045	76	73.7	0.011
Négatives	112	43.8		34	20.6		78	53.8	
<i>Normes parentales envers le sexe</i>									
Non-restrictives	218	52.8	0.285	73	31.5	0.146	145	63.4	0.846
Restrictives	10	70.0		1	100		9	66.7	
Contrôle comportemental perçu									
Élevé	152	54.6	0.639	45	33.3	0.837	107	63.6	0.974
Faible	76	51.3		29	31.0		47	63.8	
Perception du risque									

Oui	92	60.9	0.067	45	35.6	0.475	47	85.1	<0.001
Non	136	48.5		29	27.6		107	54.2	

Tableau III: Modélisation de la non utilisation du condom au dernier rapport sexuel chez les jeunes femmes et hommes célibataires de 15-24 ans ayant eu une relation sexuelle dans les derniers 6 mois avec des modèles de régression logistique à entrée hiérarchique

	Modèle 1			Modèle 2			Modèle 3		
	B	E.S.	Sig	B	E.S.	Sig	B	E.S.	Sig
Sexe (femmes vs. Hommes)	5,24	3,67	0,153	7,50	4,03	0,063	7,26	4,68	0,121
Âge (15 à 19 vs. 20 à 24 ans)	0,69	0,31	0,024	0,71	0,32	0,026	0,73	0,39	0,060
Âge au 1er rapport	0,03	0,08	0,675	0,00	0,08	0,979	-0,04	0,09	0,640
Source de revenu									
Métier			0,168			0,258			0,352
Famille	-0,46	0,35		-0,37	0,35		0,03	0,42	
Partenaire, ami	-1,73	1,12		-1,60	1,12		-1,74	1,24	
Bonne communication avec les pairs				-0,77	0,35	0,029	0,03	0,43	0,948
Attitudes positives envers relations transactionnelles							0,91	0,39	0,019
Normes négatives des pairs							1,51	0,38	<0,001
Contrôle comportemental perçu							-0,47	0,11	<0,001
Interactions avec sexe									
Âge au 1er rapport	-0,42	0,22	0,061	-0,52	0,24	0,030	-0,50	0,28	0,073
Source de revenu									
Métier			0,047			0,054			0,056
Famille	1,30	0,99		0,68	1,07		0,55	1,30	
Partenaire, ami	3,55	1,44		3,43	1,48		3,77	1,70	
Bonne communication avec les pairs				-1,22	0,74	0,099	-1,44	0,85	0,090

Tableau IV Estimation des ratios de cotes (OR) pour la non utilisation du condom chez les jeunes femmes et hommes célibataires de 15-24 ans ayant eu une relation sexuelle dans les derniers 6 mois avec des modèles de régression logistique à entrée hiérarchique

	OR		IC 95%	
	Inf.	Sup.	Inf.	Sup.
Age (15 à 19 vs. 20 à 24 ans)	2.07	4.41	0.97	4.41
Attitudes positives envers les relations transactionnelles	2.80	5.29	1.16	5.29
Normes négatives des pairs	4.55	9.51	2.18	9.51
Contrôle comportemental perçu	0.62	0.77	0.51	0.77
Interaction avec le sexe				
Hommes				
Âge au 1er rapport	0.92	1.32	0.63	1.32
Source de revenu				
Métier	1.03	2.36	0.45	2.36
Famille	0.18	1.99	0.02	1.99
Partenaire, ami	1.03	2.39	0.44	2.39
Bonne communication avec les pairs				
Femmes				
Âge au 1er rapport	0.34	0.93	0.12	0.93
Source de revenu				
Métier	1.79	20.26	0.16	20.26
Famille	7.63	75.16	0.78	75.16
Partenaire, ami	0.24	1.02	0.06	1.02
Bonne communication avec les pairs				

Tableau V Modélisation du multipartenariat sexuel (≥ 1 partenaire dans les derniers 6 mois) chez les jeunes femmes et hommes célibataires de 15-24 ans ayant eu une relation sexuelle dans les derniers 6 mois avec des modèles de régression logistique à entrée hiérarchique

	Modèle 1			Modèle 2			Modèle 3		
	B	E.S.	Sig.	B	E.S.	Sig.	B	E.S.	Sig.
Sexe (femmes vs. hommes)	-1,38	0,37	0,000	-1,32	0,38	0,000	-5,33	1,61	0,001
Âge (15 à 19 vs. 20 à 24 ans)	-0,85	0,35	0,014	-1,00	0,36	0,006	-1,26	0,39	0,001
Âge au 1er rapport	-0,57	0,10	0,000	-0,53	0,10	0,000	-0,57	0,11	0,000
Avoir eu une relation forcée	0,81	0,38	0,034	0,97	0,39	0,013	0,73	0,41	0,078
N'a jamais reçu des conseils sur la sexualité de la famille				0,85	0,35	0,015	0,78	0,37	0,036
Normes négatives des pairs							-1,03	0,36	0,004
Contrôle comportemental perçu							-0,34	0,11	0,002
Interaction avec le sexe									
Contrôle comportemental perçu							0,44	0,17	0,012

Tableau VI Estimation des ratios de cotes (OR) pour le multipartenariat sexuel (≥ 1 partenaire dans les derniers 6 mois) chez les jeunes femmes et hommes célibataires de 15-24 ans ayant eu une relation sexuelle dans les derniers 6 mois avec des modèles de régression logistique à entrée hiérarchique

	OR	IC 95%	
		Inf.	Sup.
Age (15 à 19 vs. 20-24 ans)	0.28	0.13	0.62
Âge au 1 ^{er} rapport	0.57	0.46	0.70
A eu une relation forcée	2.08	0.92	4.67
N'a jamais reçu des conseils sur la sexualité de la famille	2.19	1.05	4.55
Normes négatives des pairs	0.36	0.17	0.72
Interaction avec le sexe			
Hommes			
Contrôle comportemental	0.47	0.30	0.73
Femmes			
Contrôle comportemental	1.17	0.73	1.87

Tableau VII: Différences dans les scores moyens pour les variables sociocognitives et de communication entre les femmes et les hommes ayant débuté leur vie sexuelle avant ou après 15 ans

	Femmes (n=267)		p	Homme (n=264)		p
	Moyenne(DS)			Moyenne(DS)		
	<15 ans	≥15 ans		<15 ans	≥15 ans	
Attitudes						
Condoms	1.98(7.29)	5.51(5.00)	<0.001	5.77(6.08)	3.98(6.59)	0.040
Expérience sexuelle	-1.30(3.59)	-2.18(2.80)	0.082	-1.62(2.85)	-1.04(3.17)	0.160
Relation transactionnelle	-1.64(3.04)	-3.41(2.58)	<0.001	0.44(2.57)	-1.09(3.19)	<0.001
Contrôle comportemental perçu	6.44(3.80)	8.73(2.51)	<0.001	9.14(1.94)	8.79(2.27)	0.229
Normes subjectives						
Normes parentales restrictives	1.00(1.28)	0.68(0.89)	0.056	1.58(0.77)	1.47(0.90)	0.335
Normes des pairs positives	1.18(1.12)	1.40(1.00)	0.200	1.53(0.99)	1.07(0.95)	0.001
Communication						
Bonne communication avec les parents	0.40(0.61)	0.96(0.60)	<0.001	0.65(0.66)	0.82(0.65)	0.056
Bonne communication avec les pairs	1.92(1.09)	2.19(0.85)	0.083	2.66(0.51)	2.37(0.71)	0.001

5. Discussion et conclusion

Notre discussion s'articule autour de la synthèse des principaux résultats et l'esquisse de leurs implications pour la recherche et pour la formulation des politiques. Pour une meilleure compréhension de la démarche méthodologique, nous tenterons de dégager non seulement les forces justifiant le choix de notre approche, mais les défis auxquels nous avons dû faire face lors de la collecte de données.

5. 1. Synthèse de la problématique et de la méthodologie

Dans cette thèse, il était question d'établir un modèle explicatif complet des comportements sexuels à risque chez les jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans vivant à Bamako (Mali). En passant en rappel la revue des écrits nous avons pu extraire quatre notions centrales qui ont permis de guider le choix des variables et la formulation de nos problèmes de recherche.

En premier lieu, nous avons vu que lorsqu'il est question de l'épidémiologie des maladies infectieuses, l'occurrence d'infection pour un individu est dépendante de l'occurrence d'infection parmi les autres membres de la population (49). L'exposition à l'agent infectieux est un facteur nécessaire pour l'occurrence de la maladie, et c'est pour cette raison que nous avons centré cette recherche sur les comportements sexuels qui augmentent cette probabilité d'exposition. Néanmoins, dans le domaine de l'épidémiologie des IST, des paramètres tels que: les réseaux de contact et le degré d'assortiment entre les hôtes potentiels (58), en plus du degré de

contagion et la durée de la phase infectieuse sont généralement pris en compte (216). À défaut de mesurer le risque exact d'infection au VIH, les chercheurs s'entendent pour utiliser des indicateurs de risque comportementaux spécifiques à certains groupes de la population. En ce qui concerne les jeunes de 15 à 24 ans, l'ONUSIDA recommande les indicateurs suivants (217) : l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel (pour les jeunes qui ne sont pas en union), le multi-partenariat sexuel dans la dernière année et l'âge d'entrée en sexualité; choix que nous avons jugé judicieux pour notre étude.

En second lieu, la reconnaissance du genre comme force sociale structurant le risque d'infection au VIH fait figure de leitmotiv dans cette thèse. Au-delà du fait que le sexe biologique contribue à la vulnérabilité des femmes face au virus du sida (22, 218) , les conditions sociales des femmes qui ont fait l'objet de plusieurs études, ont été révélatrices de risque (129, 219). Le manque de pouvoir dans les relations (132, 178, 220), l'instabilité financière (100, 146, 221), le manque d'opportunité et les normes patriarcales (222) ont été explorés comme déterminants potentiels de la prise de risque sexuel dans le contexte africain. C'est précisément parce que les relations de genres et les normes sexuelles sont telles qu'elles sont à l'heure actuelle en Afrique subsaharienne, que le processus d'équité est entravé et que la stigmatisation perdure. Les relations femmes-hommes dans ces contextes d'inégalité peuvent carrément basculer dans une dynamique destructive et empêcher un dialogue coopératif préalable à la résolution d'adopter des comportements plus sécuritaires (220). S'il n'est pas invraisemblable de penser que l'expansion épidémique du sida

se nourrit de la pauvreté et du manque de pouvoir des gens, il n'y a donc pas de rupture dans la logique quant à l'étude du genre comme « facteur structurant » de la pauvreté, du manque de pouvoir et de la vulnérabilité face au VIH.

La troisième notion fondamentale a pris corps dans plusieurs écrits sur le risque mettant en lumière les processus sociaux qui engendrent la prise de risque. Par l'assimilation de ce constat, nous avons étendu notre modèle conceptuel à une dimension plus écologique - intégrant ainsi des facteurs interpersonnels, communicationnels et sociaux. Les analyses de nombreux chercheurs ont souligné l'indispensabilité d'une vision écologique du risque pour la conceptualisation de stratégies novatrices de lutte antisida (223). Les contextes sociaux jouent un rôle majeur dans la prise de risque et par conséquent dans l'acquisition de l'infection au VIH (142, 224). Notre recherche invite en occurrence à mieux saisir le lien entre le risque et la culture à travers un engagement ferme des divers niveaux organisationnels influençant la situation de risque.

Finalement, les démonstrations pragmatiques de certains chercheurs ont permis de croire que les adaptations des théories sociocognitives sont pertinentes pour l'analyse des comportements sexuels à risque pour le VIH/SIDA dans des contextes socioculturels différents (113, 115, 175, 196). Les théories sociocognitives n'évacuent en rien le rôle hautement médiateur des contextes sociaux sur les comportements sexuels. Dès qu'une disposition, telle l'intention de faire une action, traverse le tissu social, il est difficile de discerner ce qui relève du social, de

l'interpersonnel ou d'individuel. L'évaluation cognitive, affective et motivationnel qu'une personne fait des conséquences de ses actes est donc fonction du contexte socioculturel. Il n'en demeure pas moins que les construits sociocognitifs sont actuellement universellement reconnus comme déterminants des comportements sexuels ou autres, d'où l'importance d'avoir porté une attention particulière aux attitudes, normes subjectives et au contrôle comportemental perçu dans notre analyse du risque.

En dépit des études explorant les facteurs impliqués dans la prise de risque sexuel dans le contexte subsaharien, il demeure toujours une part d'inconnu et d'ignorance relative à l'ensemble du processus qui gouverne les comportements sexuels dans la jeunesse citadine en Afrique. Afin de répondre aux questions de notre recherche, notre premier défi était d'intégrer les acquis théoriques dans un modèle et ensuite d'adapter celui-ci au contexte socioculturel malien. Le développement du questionnaire d'enquête se résume à trois étapes. La première étape consistait à explorer les croyances et les valeurs relatives à la sexualité des jeunes par une étude qualitative. La deuxième étape consistait à l'intégrer les données qualitatives aux échelles. Finalement, la troisième étape consistait à valider les échelles et l'ensemble du questionnaire par une série d'analyses factorielles et d'associations.

L'ouvrage se termine par l'investigation quantitative des associations entre facteurs contextuels, interpersonnels et psychosociaux à l'aide d'une enquête (avec le questionnaire standardisé) sur 531 jeunes femmes et hommes de Bamako. Des

modèles ont été développés afin de capturer les différents scénarios de risque sexuel chez les femmes et chez les hommes - et organisés hiérarchiquement, pour respecter l'organisation des déterminants selon notre modèle théorique. Des analyses testant formellement les interactions entre les variables retenues dans les modèles explicatifs et le genre ont permis d'appuyer la notion qu'il y a des différences dans les facteurs qui influencent les comportements sexuels des jeunes hommes et femmes. Quatre conclusions ont pu être tirées de nos analyses. Dans les prochaines sections, nous allons présenter la synthèse des résultats de ces efforts.

5.2 Rappel des résultats descriptifs

5.2.1. Premier résultat descriptif: La sexualité est en crise chez les jeunes de Bamako

Nos premières observations de terrain nous ont incités à penser que la jeunesse malienne est en flottement identitaire, prise en étau entre les normes traditionnelles, religieuses et les influences de l'occident. Cette jeunesse nous a aussi paru sensibilisée au risque du sida. Les stratégies de prévention ont assurément rendu crédible, aux yeux de la population, la menace causée par l'épidémie du sida. Par contre, il n'est pas vraisemblable de postuler que tous les messages de prévention formulés pour conscientiser les populations sur les dangers du sida augmenteront le pouvoir autant qu'il est faux de croire que les connaissances seront attachées aux actions individuelles ou collectives. Certes, l'assimilation des éventuelles conséquences désastreuses d'une épidémie de VIH engendre une mise en garde collective. Mais, au-delà des messages de prévention, existent des messages

moraux mettant à cause l'intégrité sexuelle de la collectivité, et en dépit de leur apparente innocuité, ces messages engagent un questionnement profond des valeurs de la sexualité. À tort ou à raison, la menace du sida est souvent imputée aux mauvais comportements sexuels de la jeunesse « dépravée » (109).

Si le problème du VIH est sexuel, il n'en demeure pas moins que le questionnement sur la sexualité comme comportement humain est source d'angoisse pour nombreux africain(e)s. Plusieurs chercheurs, sociologues, anthropologues se sont prononcés sur le sujet de la transformation de la perception de la sexualité depuis l'avènement du VIH (104, 106). Ceux-ci ont pu noter, comme nous l'avons fait, la perte des traditions ancestrales et la dévalorisation du rôle des parents et anciens dans l'éducation sexuelle de leurs enfants (103, 157). Certains se sont prononcés sur la médicalisation de la sexualité par les campagnes de lutte antisida (225). Nous entendons ici, la médicalisation au sens large, comme étant l'interprétation de l'acte sexuel, comme un acte purement biologique – celui de la reproduction. Ce point de vue semble certes éclipser la nature plus affective de la sexualité et la notion de pouvoir dans les relations de genres.

De notre analyse, il est clair que le positionnement des jeunes face à leur sexualité flotte entre traditionalisme et libéralisme. La sexualité « libertine », au dire des jeunes participant(e)s de notre étude, s'affiche en tout lieu et semble imposer ses représentations comme une norme comportementale à suivre. Cette sexualité « libertine » ne peut durablement installer ses images (cinéma, musique, tenues

vestimentaires provocatrices) aux vues de tous sans heurter considérablement les aspirations morales d'une part notable de la population. Peut-on dès lors s'étonner de voir la sexualité libertine condamnée publiquement pour les atteintes qu'elle porte aux valeurs sacrées du mariage, par exemple? Si on s'accorde sur le fait qu'il existe cette ambivalence dans la manière de percevoir la sexualité, on ne saurait éviter de buter contre ces apories dans les messages préventifs. À cet égard, les interventions doivent nécessairement prendre en compte des positionnements les jeunes face à la sexualité et s'ériger à toute fin pratique comme protectrices d'une morale où le sexe détient des valeurs sacrées. Aussi fort et clair que le message de prévention contre le sida soit, il faut se souvenir qu'une société n'est jamais uniforme et qu'elle se construit sans cesse dans le conflit et dans les contradictions.

5.2.2. Deuxième résultat descriptif: Les jeunes continuent d'avoir des comportements sexuels à risque

D'après les chiffres que nous avons relevés, nous pouvons retenir que la jeunesse malienne est belle et bien sexuellement active à l'adolescence. Quelques pourcentages tirés de nos analyses descriptives suffisent pour témoigner de ceci. Premièrement, la majorité, soit 69% des femmes et 81% des hommes de 15 à 24 ans recrutés, étaient sexuellement actifs. Deuxièmement, l'âge médian d'entrée en sexualité était de 16 ans pour les femmes et 15 ans pour les hommes.

Contrairement à ce que nous avons observé, les données tirées de la plus récente enquête démographique de santé du Mali (EDSM-III) indiquent que, parmi les

jeunes Bamakois(es) de 15 à 24 ans, ce sont les femmes qui débutent leur vie sexuelle le plus tôt. Selon cette enquête sur les ménages²³, l'âge médian des premiers rapports sexuels est de 14 ans pour les filles et de 15 ans pour les garçons (4)²⁴. Tandis que l'âge médian d'entrée en sexualité chez les hommes de notre échantillon est le même que ce qui est rapporté dans l'ENDSM-III, l'âge médian d'entrée en sexualité est 2 ans plus tardif chez les jeunes filles de notre échantillon.

Parmi les jeunes femmes et les jeunes hommes célibataires de notre étude, plus de 42% ont rapporté ne pas avoir fait usage du préservatif à leur dernier rapport sexuel en dépit des connaissances adéquates et des attitudes favorables à l'utilisation du condom. À première vue, ce taux semble insuffisant pour permettre une protection raisonnable contre les infections sexuellement transmissibles, mais en faisant une distinction entre l'utilisation selon le type de partenaire sexuel, nous notons que l'utilisation du préservatif est considérablement accrue dans le cas des relations avec des partenaires occasionnels. Comme le rapporte certaines études, la fréquence d'utilisation du condom est négativement reliée au degré d'intimité dans une relation (11). En effet, 85.7% des femmes célibataires et 79,1% des hommes célibataires qui ont eu des rapports dans les derniers 6 mois ont rapporté avoir fait usage du préservatif lors du dernier rapport avec le partenaire occasionnel. Les données de

²³ Les enquêtes démographiques de santé sont menées dans les ménages à partir des listes et cartes représentant des unités de recensement. Les unités de recensement (clusters) doivent être identifiées et cartographiées. La représentativité des enquêtes dépend de la capacité d'interviewer tous les ménages échantillonnés.

Voir site DHS pour plus de détails. <http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/dhs/manuals.cfm>

²⁴ Analyses descriptives à partir des bases de données DHS-III Mali dataset - mlmr41.SAV (male recode) et mlir41.SAV (individual recode). Les jeunes femmes (n=1062) et hommes (n=238) de 15-24 ans vivant à Bamako ont été sélectionnés pour ces analyses

l'EDSM-III (4)²⁵ dénotent que, parmi les jeunes célibataires de 15-24 ans vivant à Bamako, 50.5% des hommes et 79.2% des femmes n'avaient pas utilisé le condom lors du dernier rapport sexuel. Les taux relevés dans notre étude permettent de deviner une tendance vers l'accroissement de l'utilisation du condom (surtout chez les femmes) depuis 2001 – moment où le gouvernement a mis en place une nouvelle stratégie institutionnelle pour la lutte contre le sida²⁶.

Comparativement à ce qui a été rapporté dans des études similaires, les jeunes maliens semblent davantage enclins à adopter des pratiques sexuelles préventives que d'autres jeunes subsahariens. Nous prenons exemple sur une étude sud africaine (226) et une étude kenyane (227) qui ont rapporté que près de la moitié des jeunes hommes (moins de 25 ans) n'avait jamais fait usage du condom. Dans deux études menées au Ghana, plus ou moins un quart des jeunes hommes ont rapporté l'utilisation du condom au dernier rapport (128, 187). Semblablement, aux données rapportées dans notre étude, les taux d'utilisation du préservatif révélés par Meekers (2001), chez les jeunes camerounais étaient de 45% et 60% pour l'utilisation au dernier rapport avec les partenaires réguliers et occasionnels, respectivement. Dans cette même étude 34% des femmes ont rapporté utiliser le condom lors du dernier rapport avec le partenaire régulier et 47% ont fait de même avec le partenaire occasionnel.

²⁵ Analyses descriptives à partir des bases de données DHS-III Mali dataset - mlmr41.SAV (male recode) et mlir41.SAV (individual recode). Les jeunes femmes (n=624) et hommes (n=221) de 15-24 ans célibataires (jamais mariés) vivant à Bamako ont été sélectionnés pour ces analyses

²⁶ Réponse institutionnelle : Un Plan Stratégique National 2001-2005 de Lutte contre le SIDA a été approuvé par le gouvernement le 1er décembre 2000 ainsi que des nouvelles structures du Programme National de Lutte contre le SIDA

Pareillement à ce qui a été rapporté dans la quasi-totalité des études sur les comportements sexuels, les femmes ont déclaré moins de partenaires sexuels que les hommes. Alors que le tiers (32.4%) des femmes célibataires qui ont été sexuellement actives au cours des derniers 6 mois ont dit avoir eu plus d'un partenaire durant cette période, 63.6% des hommes ont déclaré autant. De plus, chez tous les jeunes ayant eu des relations sexuelles (185 femmes et 214 hommes), la différence entre femmes et hommes est encore plus évidente puisque 15% des femmes et 48% des hommes ont déclaré avoir plus d'un partenaire au cours des derniers six mois. Il s'agit là d'une intensité sexuelle étonnement grande pour les jeunes hommes. Il se dégage également que les hommes avaient plus tendance à avoir des relations concurrentes que les femmes, car 38% des hommes sexuellement actifs ont dit avoir une partenaire occasionnelle en plus de sa partenaire régulière, alors qu'une femme sur dix a déclaré avoir deux partenaires au moment de l'entrevue.

Selon, les chiffres enregistrés dans l'EDSM-III (4)²⁷, 10% des bamakoises et 27% des bamakois célibataires de 15 à 24 ans ayant eu des relations sexuelles au cours de la dernière année ont rapporté avoir plus d'un partenaire. Au regard de ces chiffres, nous devons nous questionner sur l'augmentation de l'activité sexuelle des jeunes de Bamako. Certes, nous ne pouvons pas nous référer entièrement aux données de l'EDSM-III pour faire nos comparaisons, d'une part parce que les stratégies

²⁷ Analyses descriptives à partir des bases de données DHS-III Mali dataset - mlmr41.SAV (male recode) et mlir41.SAV (individual recode). Les jeunes femmes (n=231) et hommes (n=109) de 15-24 ans célibataires (jamais mariés) vivant à Bamako et qui ont eu au moins un partenaire au cours des derniers 12 mois ont été sélectionnés pour ces analyses

d'échantillonnage ne sont pas les mêmes (ménages dans l'EDSM-III et sites aléatoires dans notre enquête), et d'autre part parce que l'intervalle de temps n'est pas le même (12 mois dans l'EDSM-III vs. 6 mois dans notre enquête). Néanmoins, l'écart que nous observons nous permet, du moins, de soupçonner qu'il y ait une augmentation du multipartenariat sexuel chez les jeunes, ou encore que les participants dans le cadre de notre étude dévoilaient davantage le nombre réel de partenaires comparativement aux jeunes enquêtés dans le cadre de l'EDSM-III.

Les études subsahariennes sur la question du nombre de partenaires ont fait ressortir des données considérablement variables. Ces études, n'étant pas standard en termes de l'intervalle temps choisi pour mesurer le nombre de partenaires, il n'est pas possible de faire une comparaison directe. Néanmoins, nous pouvons citer quelques taux afin de situer ce que nous avons mesuré dans cette étude. Dans une étude sud-africaine, il a été signalé que 63% des hommes de 15 à 24 ans ont eu plus d'un partenaire dans les derniers 3 mois (228). Au Ghana, une proportion notablement plus basse (28%) a été relevée chez les hommes du même âge (128). Quant aux travaux que Meekers menés au Cameroun (229), ils indiquent que la moitié des hommes de 15 à 24 ans ont eu plus d'un partenaire dans la dernière année.

Il apparaît en définitive que les campagnes de sensibilisation sur le VIH ont contribué à améliorer les connaissances et à favoriser l'acceptation du condom comme outil de prévention. En plus de cela, il faut souligner que les femmes – qui ont un profil d'éducation semblable à celui des hommes – connaissent mieux les

méthodes de prévention et mode de transmission du VIH que les hommes. Mais en dépit de tout cela, il semblerait que les jeunes bamakois(es) vivent une sexualité particulièrement intense et n'utilisent pas assez le préservatif.

5.3. Rappel des résultats analytiques

5.3.1. Problème de recherche 1: Le genre comme déterminant potentiel du risque

Les premiers résultats sur lesquels nous voulons nous attarder sont sans doute les plus importants au niveau pragmatique; car, bien que l'approche genre ait fait des pas considérables dans la dernière décennie et que nous retrouvons de plus en plus d'écrits sur la question du genre dans le domaine du VIH, les interventions s'étant inspirées et ayant été structurées en fonction des différences de genres sont toujours peu nombreuses (230). Avec la reconnaissance de l'égalité des sexes comme facteur essentiel au développement d'une nation, la notion du genre s'est frayée un chemin dans les discours politiques. Cette notion du genre est maintenant de plus en plus intégrée aux politiques publiques ainsi qu'aux analyses macroéconomiques. Le concept « *empowerment* », appliqué depuis plus d'une vingtaine d'années dans un nombre croissant d'ONG dans la région subsaharienne, a été largement récupéré par la banque mondiale et les organismes onusiens. Le « *empowerment* » des femmes est aujourd'hui présenté comme une stratégie-clé du développement (231). Dans cette thèse le genre est compris comme facteur structurant qui est imposé par la force des normes sociales. Par la vertu de ces normes, les femmes et les hommes sont conditionnées à agir selon leur code genre.

De nos analyses qualitatives, nous avons pu détecter certains écarts entre les jeunes femmes et hommes dans leur manière de concevoir la sexualité et les relations hommes-femmes. Nos observations laissent entendre que les jeunes font toujours face à cette inaptitude de communiquer intimement et à l'heure actuelle, la complicité entre femmes et hommes est encore frêle. Certes, il existe des différences inhérentes aux genres dans leur perception de la sexualité, mais il n'est pas évident que celles-ci affaiblissent obligatoirement les femmes. Selon nos impressions, les jeunes femmes – et davantage les plus éduquées, se sont souvent affichées comme individus libres, en pleine possession de leurs moyens et capable de séduire; rejetant catégoriquement les partenaires infidèles et choisissant quand et dans quelles circonstances les relations sexuelles devraient avoir lieu. Certaines participantes sont allées jusqu'à parler de leurs désirs ou besoins sexuels. Ces réflexions doivent être interprétées avec précaution, car elles peuvent prématurément être prises comme indice, trop optimiste, de prise de pouvoir des femmes sur leur vie sexuelle. L'assujettissement est cependant bien réel jusqu'à présent à Bamako et *l'empowerment* des femmes ne doit pas être confondu avec le pouvoir qu'elles ont de séduire les hommes (73). En revanche, les hommes, contraints par les normes de masculinité, se sentent à la fois séduits et menacés par la libération sexuelle des femmes. Comme nous l'avons brièvement décrit dans la section adressant la culture sexuelle en Afrique sub-saharienne (section 2.2.1) et à nouveau dans l'article qualitatif (section 4.1), il existe une ségrégation intergénérationnelle et inter-genre dans les normes sexuelles. À ceci s'ajoutent les inégalités des genres et le manque de

ressources qui caractérisent les pays en développement et contribuent à la vulnérabilité des femmes (mais aussi des hommes) face au VIH/SIDA (86). Ce contexte, dans son ensemble contribue d'autant plus à créer différents profils de risque sexuels chez les femmes et les hommes.

Nos analyses quantitatives (section 4.4) nous ont permis de développer des modèles explicatifs des comportements sexuels à risque (non-utilisation du condom et multipartenariat sexuel) pour les femmes et pour les hommes. L'ensemble des associations observées par l'analyse empirique sont celles prédites par le modèle théorique initial. Dans les prochaines sections (5.3.2 et 5.3.3) nous expliquerons davantage les résultats de ces modèles, mais pour l'instant nous allons nous concentrer sur les points de dissimilitudes qui apparaissent importants pour l'approche genre.

Concernant l'utilisation du condom, la précocité du premier rapport, le manque de communication avec les pairs et la dépendance financière envers le partenaire sexuel sont associés à la non-utilisation du condom chez les femmes mais pas chez les hommes (**Tableau III**, p. 195). Chez les hommes, le fait que la principale source d'argent provienne du métier augmente la probabilité de ne pas faire usage du condom.

Concernant le multipartenariat sexuel, le contrôle comportemental perçu s'avère prédictif, agissant dans le sens de la prévention (tableau V, p 197).

Pour les femmes, la perception de contrôle sur leurs comportements sexuels n'est pas associé au nombre de partenaires dans les derniers 6 mois. Ce résultat indique que la perception de contrôle, tel que rapportée, n'est pas efficace pour la diminution de la prise de risque - et que pour les jeunes femmes, la prise de décision concernant leur vie sexuelle n'est pas à la portée de l'individu.

Concernant les résultats sur les relations forcées, qui émergent comme prédicteur dans le modèle de multipartenariat sexuel (**Tableau V**, p.197), il faut tenir compte que la moitié des femmes célibataires ont rapporté avoir vécu des relations sexuelles forcées, tandis que peu d'hommes (18%) ont vécu une expérience semblable. Les relations forcées sont fortement reliées à la prise de risque chez les femmes alors que dans notre étude nous ne pouvons pas réellement examiner l'influence des relations forcées dans la prise de risque des hommes étant donné la faible fréquence du phénomène.

5.3.2 Problème de recherche 2: Les conditions et relations sociales ont un impact sur la prise de risque

Au-delà des caractéristiques individuelles telles que celles qui figurent dans les modèles sociocognitifs, existent les éléments propres au contexte qui structurent la relation entre cognition, attitudes, auto-efficacité et comportements. À cet égard, cette thèse n'a pas conçu les actes comme étant les fruits de la volonté individuelle mais plutôt comme faits du contexte. Sans pourtant faire négation de ceci, les théories sociocognitives comme celle proposée par Ajzen n'ont pas assez de latitude

pour permettre une contextualisation adéquate du risque sexuel. Ne pas tenir compte de la situation sociale conduit à oblitérer un large éventail d'événements pertinents de forces influentes. C'est avec cette perception que nous avons entrepris d'élargir le modèle vers une conception plus écologique du risque. Le modèle d'Ajzen s'insère et trouve sa place dans ce cadre paradigmatique plus large, dont il n'est pas indépendant.

Empiriquement, l'inclusion de variables descriptives du statut de l'individu et de son milieu social et interpersonnel a contribué à la consolidation d'une explication plus juste des comportements sexuels à risque. Dans l'article de la section 4.3, nous avons d'abord souligné que la communication avec les pairs est associée aux pratiques sexuelles préventives. Dans la dernière section des résultats (section 4.4), les analyses bivariées ont souligné que les femmes et les hommes qui parlent régulièrement de sexualité avec leurs pairs et qui décrivent la communication avec ceux-ci comme étant convenable, ont tendance à utiliser davantage le préservatif (**tableau I**, p.189). La relation entre communication et comportements sexuels préventifs a été constatée par d'autres chercheurs (128, 172, 178). Dans la section 4.4, nos analyses suggèrent que l'effet médiateur de la communication est dépendant du genre. En effet, une bonne communication avec les pairs semble avoir un effet direct sur l'utilisation du condom chez les femmes indépendamment de tout autre facteur (**tableau III**, p.195). Néanmoins, les hommes qui avaient une bonne communication avec leurs pairs avaient plus tendance à avoir des attitudes, des normes subjectives, et un contrôle comportemental favorisant l'utilisation du

condom. De plus, le fait de recevoir des conseils sur la sexualité des membres de la famille semble diminuer la probabilité d'avoir plusieurs partenaires (**tableau V**, p.197).

Le rôle du contexte d'information sur les pratiques sexuelles a été exploré par d'autres. Généralement, l'accès à l'information, préférablement de plusieurs sources, favorise une prise de contrôle sur les comportements sexuels (181), mais les conclusions émises concernent plutôt l'utilisation du condom que le multipartenariat sexuel. Selon Sunmola et al. au Nigéria, le fait d'obtenir de l'information de la famille est significativement associé à l'utilisation du condom chez les jeunes femmes (203). De leur côté, Zellner et al. ont fait remarquer que les gens qui n'ont recours qu'aux ami(e)s et à la famille pour obtenir de l'information sur la santé reproductive, sont ceux qui font moins usage du condom (180). Nos analyses semblent suggérer que les conseils familiaux peuvent promouvoir des comportements sexuels plus préventifs, surtout chez les hommes (**tableau V**, p.197).

Nous avons exploré le rôle prédisposant du contexte social et des évènements de vie dans leur relation avec les comportements sexuels. Des questionnements par rapport à l'influence - par exemple, de la situation matérielle ou des circonstances entourant les premières relations sexuelles sur les comportements futurs, ont été soulevées par plusieurs chercheurs auparavant. Les conclusions de ceux-ci ont permis d'accumuler à la fois suffisamment d'évidence, mais aussi d'incertitude pour permettre le même questionnement dans le contexte malien. La section 4.4 souligne l'influence non

négligeable de facteurs tels que l'âge d'entrée en sexualité et l'occurrence de relations forcées dans les comportements sexuels des jeunes femmes en particulier (discuté en 5.3.1).

5.3.3 Problème de recherche 3: Les facteurs sociocognitifs sont associés à la prise de risque

Tout d'abord notre modèle a été bâti à partir de la théorie sociocognitive d'Ajzen. Cette thèse rejoint les études qui, pareillement, se sont inspirées des théories sociocognitives pour parfaire la compréhension des phénomènes comportementaux comme la prise de risque sexuel dans le contexte du sida.

Dans le deuxième article (section 4.3) nous avons démontré que, tout en contrôlant pour l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et les connaissances, les construits de la théorie d'Ajzen pouvaient prédire cinq comportements sexuels, notamment : 1) avoir fait usage du préservatif au dernier rapport, 2) avoir fait quelque chose pour éviter le sida, 3) avoir eu plus d'un partenaire dans les derniers 6 mois, 4) ne pas avoir utilisé le préservatif au dernier rapport et avoir eu plus d'un partenaire dans les derniers six mois, 5) avoir débuté les relations sexuelles avant 15 ans.

Dans la section 4.4, nous avons fait remarquer l'influence notable qu'ont les attitudes, les normes subjectives et le contrôle comportemental perçu sur les comportements sexuels. Les analyses bivariées explorant la relation entre attitudes et comportements à risque ont révélé que les attitudes prédisent davantage l'utilisation

du condom que le multipartenariat sexuel et que la relation entre attitudes et comportements est plus marquée chez les hommes que chez les femmes, suggérant que les comportements sexuels de celles-ci sont influencés par des facteurs de nature moins cognitives. En plus, les attitudes ont été associées à deux comportements de risque (la non-utilisation du condom au dernier rapport et avoir débuté les relations sexuelles avant 15 ans) même après ajustement.

Les normes subjectives et le contrôle comportemental perçu ont aussi été associés aux comportements de risque en contrôlant pour l'âge, le genre, le niveau d'éducation et les connaissances sur le VIH (article 2, section 4.3). Les normes parentales restrictives étaient associées à l'entrée précoce en sexualité alors que les normes des pairs favorables au condom étaient associées au multipartenariat sexuel. Dans les modèles explicatifs complets (section 4.4), le contrôle comportemental et les normes des pairs prédisent l'adoption de comportements à risque d'une façon plus marquée pour les hommes que pour les femmes. Finalement, pour ce qui est de l'âge d'entrée en sexualité, les normes subjectives des pairs semblaient plus importantes pour les hommes, tandis que le contrôle comportemental perçu semblait plus important pour les femmes.

5.3.4. Schématisation des modèles explicatifs des comportements sexuels à risque

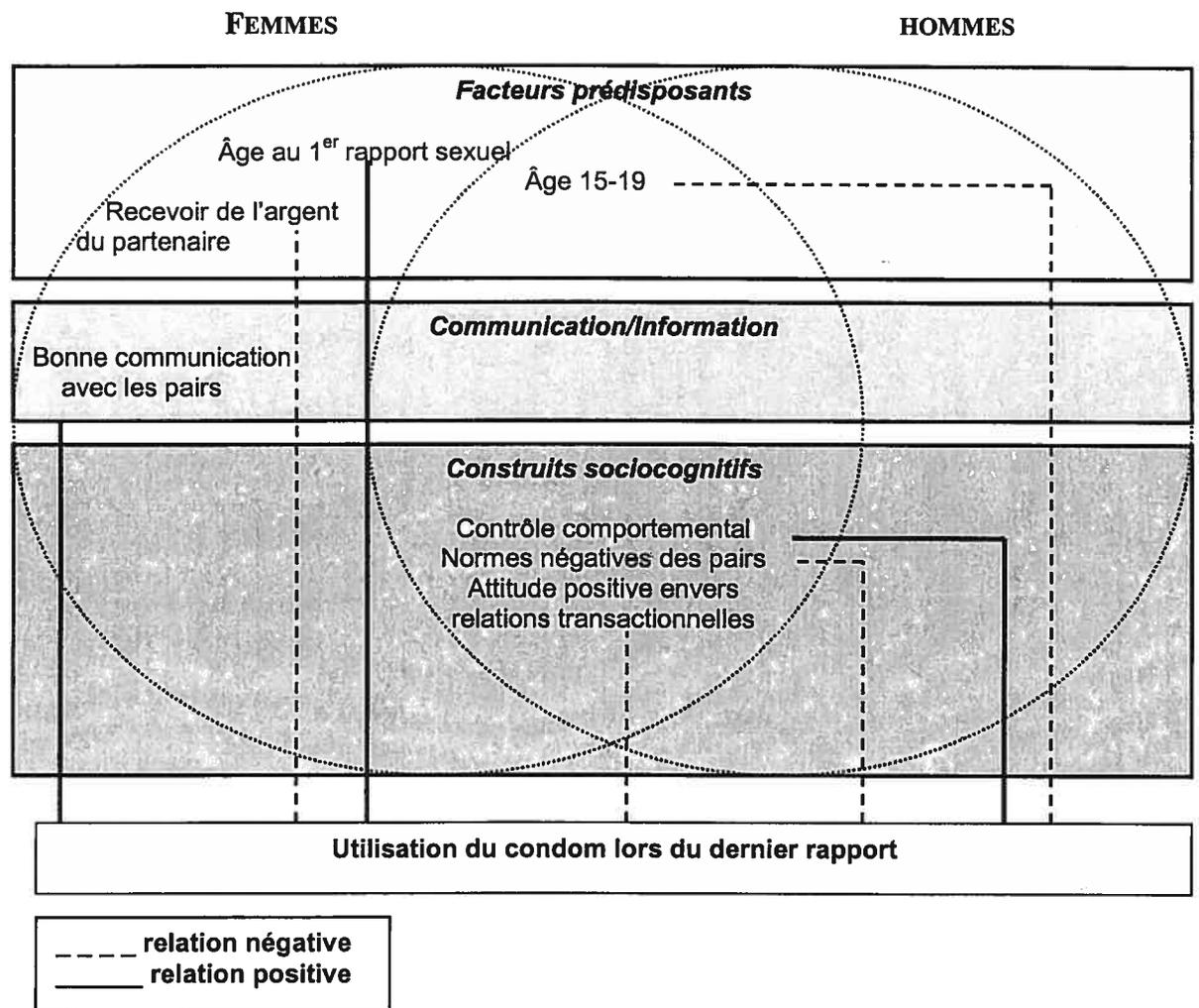
Finalement, dans l'aboutissement de cette thèse nous avons intégré l'ensemble des facteurs potentiellement impliqués dans la prise de risque sexuel

pour bâtir, à partir de notre modèle théorique, des modèles explicatifs spécifiques selon les genres. Afin de mieux illustrer les scénarios féminins et masculins, nous avons schématisé ces modèles explicatifs dans ce qui suit.

La non-utilisation du condom (figure 3, p.220)

- Les facteurs associés à la non-utilisation du condom **chez les femmes et les hommes** sont : être dans la tranche d'âge plus jeune (15 à 19 ans), avoir une attitude positive envers les relations transactionnelles et avoir des pairs qui ne sont pas en faveur de l'utilisation du condom.
- Un seul facteur favorise l'utilisation du condom **chez les femmes et les hommes** : avoir un contrôle comportemental perçu élevé
- Deux facteurs contextuels/prédisposants sont associés à la non-utilisation du condom **chez les femmes** : avoir débuté les relations sexuelles précocement et recevoir de l'argent de son partenaire sexuel.
- Un facteur relationnel favorise l'utilisation du condom **chez les femmes** : avoir une bonne communication avec ses pairs.

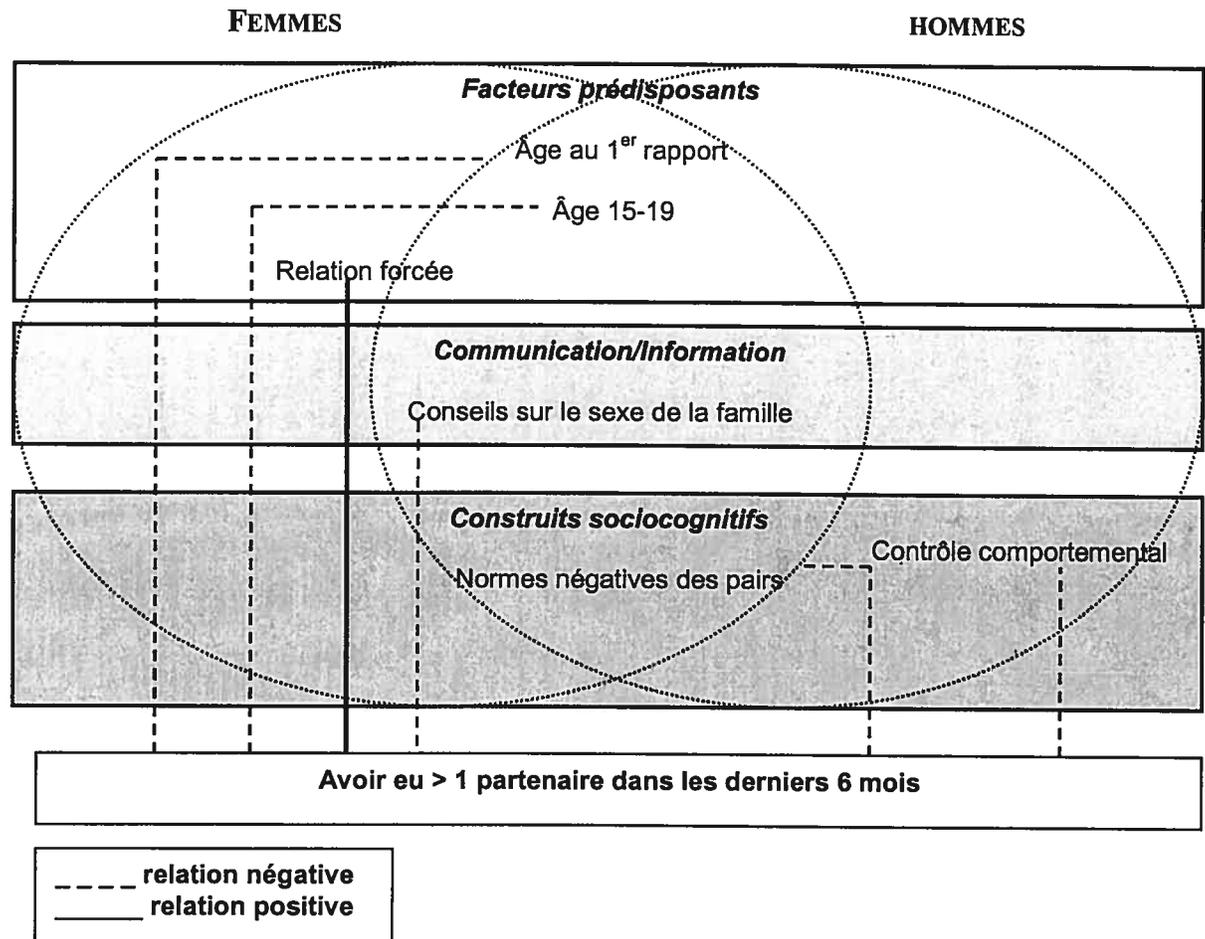
Figure 3. Modélisation des déterminants de l'utilisation du condom lors du dernier rapport pour les femmes (n=75) et hommes (n=154) célibataires de 15 à 24 ans qui ont eu des relations sexuelles dans le derniers 6 mois



Le multipartenariat sexuel (figure 4, p.222)

- Les facteurs prédicteurs du comportement préventif (n'avoir eu qu'un seul partenaire dans les derniers 6 mois) **chez les femmes et chez les hommes** sont : être dans la tranche d'âge plus jeunes (15 à 19 ans), avoir débuté sa vie sexuelle plus tard, recevoir des conseils sur sa sexualité d'un membre de la famille et avoir des pairs qui sont contre l'utilisation du condom.
- Un seul facteur favorise le multipartenariat sexuel **chez les femmes et les hommes** : avoir eu une relation forcée, mais cette association représente **davantage le cas des femmes.**
- Un facteur sociocognitif est prédicteur du comportement préventif (n'avoir eu qu'un seul partenaire dans les derniers 6 mois) **chez les hommes** : avoir un contrôle comportemental perçu élevé.

Figure 4. Modélisation des déterminants du multi-partenariat sexuel pour les jeunes femmes (n=74) et hommes célibataires (n=154) de 15-24 ans qui ont eu des relations sexuelles dans les derniers 6 mois



Nos données laissent entendre que les comportements sexuels des jeunes se définissent tôt dans leur vie sexuelle. Ce n'est pas la seule fois qu'une étude démontre que l'âge d'entrée en sexualité (193, 206) ainsi que le contexte des premières relations (50, 52, 138, 139) ont une influence sur les comportements sexuels ultérieurs. Les évidences soutenant ces résultats sont de plus en plus robustes. D'après les travaux de Gueye et Castle (232) près de la moitié des jeunes

citadins du Mali ont avoué qu'ils auraient préféré différer leur premier rapport sexuel, soulignant ainsi l'importance de mettre à disposition des jeunes des ressources visant leurs aptitudes à retarder l'entrée en sexualité.

Vu l'importance de l'âge d'entrée en sexualité dans les modèles explicatifs, nous avons comparés les facteurs sociocognitifs et communicationnels entre les jeunes qui ont et qui n'ont pas débuté leur vie sexuelle avant l'âge de 15 ans. Ce que nous devons retenir de cette analyse finale est que la précocité de l'âge au premier rapport sexuel semble créer une condition favorisant le risque futur pour les femmes alors qu'elle favorise une prise de contrôle sexuel chez l'homme. Ce constat met en lumière la différence fondamentale entre les femmes et les hommes dans la manière de vivre leurs premières relations.

En conclusion, nous devons réitérer l'importance de garder en tête les différences qui existent entre les femmes et les hommes. Même si nous ne disposons à ce jour de bien peu d'exemples concrets d'interventions axées sur l'approche genre qui font figure de réussite (31, 230, 233-237), nous disposons suffisamment d'évidences pour nous permettre de croire qu'une meilleure prise en compte des facteurs liés au genre permettra de mieux cibler les efforts de prévention du sida.

5.4. Forces méthodologiques

5.4.1. Meilleure contextualisation des résultats grâce à l'approche qualitative

Traditionnellement, les enquêtes menées par les épidémiologistes du sida dans les pays en développement n'ont pas tenu compte des préalables à l'adaptation culturelle de leurs recherches. Les anthropologues ont dénoncé à outrance, et avec raison, de telles recherches qui ne tiennent pas compte des contextes culturels, sociaux, économiques et politique (238). Il va sans dire que pour l'investigation d'un phénomène aussi complexe et humain que la prise de risque sexuel, il est primordial de s'imbiber du contexte culturel avant toute tentative de le mesurer. Notre recherche est bien disposée à répondre à la préoccupation des anthropologues dans la mesure où elle fait usage de deux approches complémentaires (qualitative et quantitative) afin d'atteindre ses objectifs.

Nous avons exposé dans la présente thèse, la pertinence d'une approche qualitative dans l'interprétation des risques de transmission du VIH/SIDA. Nous insistons plus précisément sur la connaissance des logiques culturelles afin de planifier des campagnes de prévention du sida raisonnées et éclairées. Nous concevons une éthique de la prise en considération d'autres façons de comprendre non seulement la construction du risque mais aussi la construction de la culture sexuelle.

Méthodologiquement, la démarche consistait à élaborer un questionnaire d'enquête adapté à la population locale et qui permettrait de saisir l'ensemble des facteurs incitatifs ou inhibiteurs des comportements sexuels à risque dans toute sa

complexité. Notre préoccupation pour l'action socialement construite et dirigée était au cœur de notre approche méthodologique. À cet égard nous avons tenté de capturer la dimension morale et normative de la culture sexuelle et des relations de genres en s'attaquant tout d'abord à la perception qu'ont les jeunes de leur sexualité à l'aide d'une série de groupes de discussion et d'entrevues individuelles semi-dirigées. L'utilité de la recherche qualitative est particulièrement évidente pour le chercheur menant une recherche dans un contexte culturel qui lui est peu connu (239).

Pour cette phase de l'étude, nous nous permettons de dire que nous avons adopté une approche constructiviste. Le paradigme constructiviste conçoit les connaissances, les croyances et les valeurs comme fabrication sociale. Dans cette optique, la sexualité n'est pas le reflet direct d'une réalité naturelle, mais un phénomène multi-variable et polymorphe propre à toute société façonnée par sa culture, son histoire et ses cadres normatifs. Le paradigme constructiviste favorise ainsi la mise au jour des perspectives multiples sur le risque sexuel qui autrement resteraient ignorées.

La véracité des investigations qualitatives est conçue différemment qu'elle l'est dans la recherche quantitative. Parce que la vérité dans la recherche qualitative réside dans la perception qu'ont les sujets de leurs expériences, la crédibilité ou la véridicité pèse davantage dans la balance que la validité interne. La crédibilité ou la véridicité de notre recherche qualitative est renforcée par la participation continue des enquêteurs, traducteurs et recruteurs dans toutes les phases – particulièrement

dans le codage et l'interprétation des données – de la recherche. Des techniques de contrôle de la vraisemblance et de la pertinence ont été utilisées tout au long de la collecte de données et lors de la sélection du matériel et du codage des données, notamment : le double codage intra-codeur, le contre codage par reproduction indépendante des codeurs et des confirmations par les locaux de l'information obtenue et de l'interprétation des résultats. À un certain égard, ces acteurs ont contribué à construire les résultats de la recherche (240, 241). Au moment des analyses et des interprétations des données qualitatives, une bonne connaissance de la communauté et un consensus entre les acteurs nous a permis de croire à la véracité de nos résultats. La compétence culturelle a été considérée primordiale dans cette étude – nous nous sommes donc efforcés à assurer la qualité des rapports entre la population sous investigation et les chercheurs.

La validité externe n'était pas un critère essentiel lors de cette phase qualitative exploratoire. En plus de l'échantillonnage par quota selon le genre, l'âge et le niveau de scolarité, nous avons pris le soin de sélectionner de participants s'identifiant différemment, en prenant note de leur occupation et leur identité ethnique. Cette stratégie nous a permis de recruter un nombre suffisant de cas différents pour observer une certaine variabilité dans le phénomène et pour épuiser l'information relative à ce sujet. Le recrutement des participants a été fait dans multiples sites stratégiques et différents quartiers de Bamako ainsi qu'à différents moments de la journée afin de réduire les effets que les biais de sélection peuvent occasionner par l'omission de sujets représentatifs de certains sous-groupes de la population.

L'information qui a été recueillie a donc permis de couvrir un éventail de thèmes reliés aux comportements à risque.

En synthèse, nous argumentons que cette recherche est particulièrement intéressante dans la mesure où elle permet de contextualiser davantage le risque sexuel dans sa sphère sociale et culturelle. Ceci signifie aussi que la construction des échelles intégrées au questionnaire d'enquête a nécessairement été inspirée des verbatim – du langage et de la culture locale.

5.4.2. Développement et validation de plusieurs échelles

Nous avons développé trois échelles fiables et valides permettant de mesurer les attitudes par rapport à l'utilisation du préservatif, les relations pré-nuptiales et le multi-partenariat sexuel, ainsi que les relations transactionnelles. Nous avons aussi développé et validé une échelle mesurant le contrôle personnel perçu sur les relations sexuelles et sur l'utilisation du condom. À notre connaissance, aucune étude n'a développé des échelles permettant de mesurer ces quatre construits et testé leur utilité dans des modèles complets.

Le **tableau XIII** (p.230) est un bref recueil des études ayant développées des échelles permettant de mesurer des construits psychosociaux reliés aux comportements sexuels à risque. La notion d'auto-efficacité a été centrale dans l'ensemble des cas; et souvent les construits à caractère attitudinal étaient intersectés par les construits d'auto-efficacité. Par exemple, les échelles des barrières à

l'utilisation du condom développées par St Lawrence dans un contexte américain (242) et par Sunmola dans un contexte africain (243) se prêtent davantage à la Théorie sur les Croyances Relatives à la Santé (*Health Belief Model*) (120) qu'à la Théorie de l'Action Raisonnée ou à la Théorie du Comportement Planifié d'Ajzen. On y retrouve cependant, des dimensions conceptuellement similaires à celles que nous avons relevées dans notre échelle d'attitude sur le condom, par exemple : la perception des effets négatifs sur la santé ou la contrainte liée au partenaire. Certes, les construits attitudinaux et de perception de contrôle sont intersectées et s'influencent mutuellement, mais nous avons choisi de faire une distinction claire entre ces deux concepts afin de mieux cerner le mécanisme dictant la prise de risque sexuel.

Nous avons pris note de huit études dans lesquelles ont été développées ou adaptées des échelles permettant de mesurer l'auto-efficacité de se protéger contre le sida ou les IST. Quatre d'entre elles se sont concentrées essentiellement sur l'utilisation du condom et ont été constituées d'items faisant référence aux dimensions telles que : l'achat, l'utilisation constante et correcte et la négociation du condom (212, 213, 244, 245), tandis que les quatre autres - comme nous l'avons fait - ont posé un regard plus général sur les comportements sexuels et, par conséquent, ont inclus des thèmes tels que le pouvoir de refuser une relation sexuelle et de questionner le partenaire (214, 246-248).

Pour conclure cette section, nous revenons sur le fait que nous avons développé et validé un instrument complet et adapté permettant de mieux comprendre et de faire la surveillance du risque sexuel dans la population malienne. Les travaux exécutés dans le cadre de cette thèse, justifient la pertinence d'utiliser des modèles théoriques prenant en compte différents niveaux organisationnels afin de perfectionner la conceptualisation de la prise de risque sexuel chez les jeunes, d'autant plus qu'elle justifie l'importance de garder un point de vue écologique lorsqu'il s'agit d'actualiser les stratégies de prévention contre le VIH/SIDA.

Tableau XIII : Résumé des études portant sur l'élaboration d'échelles attitudinales et motivationnelles relatives aux comportements à risque pour le VIH/SIDA

Échelles	Dimensions	Références
UTILISATION DU CONDOM		
Auto-efficacité: CUSES	1) Achat 2) Utilisation correcte 3) Négociation	(212)
Auto-efficacité	1) Utilisation (partenaire régulier) 2) Contrôle de l'impulsivité 3) Résistance du partenaire 4) Considération des IST 5) Discussion sur le condom	(244)
Auto-efficacité	1) Discussion sur le condom 2) Utilisation consistante 3) Utilisation correcte	(213)
Barrières à l'utilisation	1) Accès et disponibilité 2) Résistance du partenaire 3) Barrière à la satisfaction sexuelle 4) Barrière motivationnelle	(242)
CUSES dans un contexte multiculturel	1) Approbation 2) IST 3) Résistance du partenaire	(245)
Barrières à l'utilisation du condom	1) Barrière à la satisfaction sexuelle 2) Effets négatifs sur la santé 3) Barrière liée à l'intérêt sexuel	(243)
Conséquences perçues de l'utilisation du condom	1) Capacité d'influencer le partenaire 2) Réaction du partenaire	(249)
RELATIONS SEXUELLES		
Auto-efficacité pour les comportements à risque (VIH)	1) Utilisation du condom 2) Consommation de drogues 3) Négociation avec le partenaire	(246)
Auto-efficacité pour les comportements sexuels préventifs	1) Refuser des rapports sexuels 2) Questionner le partenaire 3) Utiliser le condom	(214)
Croyances et auto-efficacité reliées aux comportements sexuels des adolescents	<i>Modèle d'implication dans les relations sexuelles</i> 1) Normes sexuelles 2) Attitudes par rapport à la sexualité 3) Capacité de refuser des rapports sexuels <i>Modèle de l'utilisation du condom</i> 1) Normes sur le condom 2) Attitudes par rapport au condom 3) Auto-efficacité pour acheter, utiliser, communiquer sur le condom 4) Barrières perçues	(247)
Échelles sur le pouvoir dans les relations sexuelles (SRPS)	1) Contrôle sur la relation 2) Dominance dans la prise de décision	(248)
Version adaptée de SRPS	Adaptation sud-africaine de SRPS	(132)

5.4.3. La force de la modélisation hiérarchique

Le cadre de recherche théorique que nous empruntons avait la vertu pragmatique de faciliter la compréhension du risque sexuel de nature multi-variable et interactive. Dans ce cadre les jeunes femmes et hommes sont des êtres qui se situent au sein d'un réseau complexe de systèmes interdépendants, allant de l'apport proximal le plus simple provenant d'un microsystème précis (l'école, la famille, etc.) à l'apport de systèmes plus complexes tels que les croyances culturelles et sociales. Tout long de cette thèse nous avons tenté de souligner que les circonstances dans lesquelles les jeunes vivent, s'inscrivent dans des contextes multiples, notamment : la famille, la société des pairs, l'école, le quartier, la collectivité et la culture. Les jeunes, tout comme leurs familles, leurs collectivités et la société environnante, évoluent - toutes ces entités font face, avec le temps, à des changements systématiques et successifs. Ces changements devraient être considérés comme interdépendants et ne pas être pris isolément – en d'autres termes, les changements qui surviennent à un échelon sont reliés à des changements survenus à d'autres échelons. Nous avons donc pris soin d'examiner les influences conjointes de variables appartenant à différents niveaux hiérarchiques pour nos analyses.

Nous avons utilisé comme méthode, la régression logistique avec entrée hiérarchique (selon notre modèle théorique) afin d'analyser les relations entre nos variables dépendantes et plusieurs variables indépendantes. En régression logistique, ce qui nous intéresse, c'est de savoir si les variables indépendantes peuvent prédire l'appartenance à l'une ou l'autre des catégories (à risque ou non à risque). Dans les

modèles de régression logistique, nous avons inclus méthodiquement les différents groupes de variables selon la structure de notre modèle théorique. Cette stratégie a permis de mesurer la contribution des mécanismes intermédiaires dans les associations entre les variables du niveau contextuel plus distal et les variables dépendantes. Cette perspective structurale est déductivement supérieure parce que les modèles qu'elle contribue à créer une représentation plus rigoureuse des systèmes de stratification des variables à partir de laquelle des explications peuvent être correctement formulées. Sa capacité descriptive est aussi de premier ordre parce qu'elle prend en compte le contexte social à l'intérieur duquel les acteurs agissent.

5.5. Limites de notre étude

5.5.1. Limites de l'étude qualitative

Au niveau de l'étude qualitative, nous devons reconnaître que nos conclusions n'ont qu'une simple valeur d'illustration; c'est-à-dire qu'elles permettent l'élaboration d'images concrètes du réel en vue de faciliter l'interprétation des résultats de l'étude par enquête. La validité interne de cette étude qualitative dépendait essentiellement des conditions d'entrevues et de la stratégie de recrutement.

Un échantillon de convenance a été recruté en prenant soins d'obtenir une représentation adéquate de la jeunesse malienne. Le recrutement a eu lieu dans différents quartiers et endroits stratégiques à Bamako. Les écoles offraient un endroit adéquat pour le recrutement des jeunes scolarisés, mais il a été plus difficile de trouver un lieu stratégique pour les jeunes non scolarisés et particulièrement pour les

jeunes filles. Pour ces dernières, c'est principalement dans les grandes familles que nous avons retrouvé suffisamment de jeunes aide-ménagères et un espace adéquat pour mener nos entretiens de groupes (ou individuels). Néanmoins, nous avons aussi pris soins de constituer des groupes de discussion de jeunes filles en recrutant des vendeuses ambulantes ou des aides cuisinières dans la rue. Les jeunes garçons non scolarisés ont été recrutés dans la rue souvent à partir de leur «grain», des lieux de travail (garages, gare routière) ou d'autres lieux stratégiques (terrain de football, maquis). Les groupes de discussion étaient généralement constitués des gens qui se connaissaient bien – ceci a l'avantage de créer une atmosphère plus détendue, mais peut aussi empêcher les participants de dévoiler réellement le fond de leur pensée par peur d'être jugé par leurs pairs.

Les études par entrevues face-à-face qui traitent de sujets personnels et parfois tabous, comme les comportements sexuels, sont sujettes à d'importants biais (250). La source majoritaire de biais est reliée à l'environnement d'enquête. Le biais occasionné par le besoin de plaire ou de cacher la vérité à propos d'un comportement socialement mal perçu est sans équivoque le plus problématique. De plus, la subjectivité des enquêteurs est aussi une source de biais considérable et elle entraîne une forte réactivité de la part des participants.

Toutes les mesures nécessaires ont été prises afin de favoriser une relation de confiance entre les participants et les enquêteurs – la confiance étant une clé importante pour réduire le biais de désirabilité sociale: 1) les enquêteurs ont été

sélectionnés avec soins et former adéquatement, 2) les participants ont été informés sur le déroulement, les objectifs et l'importance du projet, 3) les sites choisis pour les entretiens étaient confortables 4) le choix des mots et le contenu des questions ont été examinés pour évaluer la compréhension et la réaction des participants.

Néanmoins, nous devons souligner l'importance de former correctement les enquêteurs aux techniques de modération lors des discussions de groupes. Si les groupes de discussion sont de plus en plus reconnus comme outil de départ pour mieux s'imprégner de la culture locale et pour permettre une meilleure planification des études épidémiologiques, surtout dans les pays en développement (239) les challenges qui y sont propres sont dignes d'un intérêt particulier. Certains auteurs en recherche qualitative nous ont fermement averti que malgré la popularité de cette technique de collecte de données, les difficultés des entrevues ne doivent pas être prises pour acquis (251). Il est crucial de reconnaître que la communication humaine n'est pas simplement un transfert d'information d'un individu à un autre. En dépit de la formation et de l'expérience d'un enquêteur, la rencontre entre celui-ci et un sujet est toujours unique – et c'est le dialogue entre ces deux (ou plusieurs) acteurs qui va créer des histoires. À cet égard, la personnalité de l'enquêteur peut favoriser ou inhiber la parole et l'expression de l'authenticité.

Dans le contexte sahélien, la hiérarchie entre classes sociales est visible et la sexualité est tabouisée; constituant ainsi un contexte singulièrement difficile pour l'enquête par entrevue de groupe. D'une part, les enquêteurs devaient, pour des

raisons éthiques, pouvoir répondre aux préoccupations des jeunes en matière de santé sexuelle, mais ils ne devaient pas se distinguer autrement du groupe de participants - autrement dit, ils ne devaient pas s'afficher comment faisant partie d'une classe supérieure. Pour cette raison, nous avons choisi des enquêteurs jeunes et nous leur avons demandé d'être le plus discret possible. Malgré cela, il a souvent été difficile- surtout dans les premières minutes des groupes de discussion - d'obtenir des réflexions personnelles ou émotionnelles de la part des participants, car la plupart se préoccupait de laisser savoir aux enquêteurs et aux autres participants quelles étaient leurs connaissances par rapport à la sexualité, l'utilisation de préservatifs et les maladies associées au sexe. Nous avons aussi constaté qu'il a été difficile de stimuler l'interaction entre les jeunes. D'ailleurs les participants ont rarement contesté ce qui avait été dit par leurs pairs car les discussions se focalisaient sur la relation participant-modérateur.

Pour rendre plus juste et efficace la recherche qualitative dans ce contexte spécifique, nous proposons d'insister sur la formation et l'expérience des enquêteurs et de ne pas négliger la dimension relationnelle entre enquêteurs et participants pour mieux interpréter les résultats. Nous recommandons que les enquêteurs fassent davantage part de leur expérience et que ceci soit pris en compte au moment des analyses.

5.5.2. Limites de l'étude quantitative

Dans cette section nous allons discuter les possibles biais de sélection et d'information, les limites associées au choix du devis transversal pour inférer des relations causales, ainsi que les limites de puissance statistique de notre étude.

Limites reliées à la sélection de l'échantillon

Une des sources de biais de cette étude provient sans doute des effets de sélection. Concernant l'échantillonnage de l'enquête transversale, nous avons tenté de limiter les effets du biais de sélection en assurant un taux adéquat de participation et en établissant une stratégie de recrutement permettant une représentation convenable (mais non proportionnelle) de la population des jeunes bamakois de 15 à 24 ans. Premièrement, le taux de participation lors de l'enquête était très élevé (près de 98%), limitant ainsi la probabilité de biais causée par le refus de participer d'un sous-groupe de la population. Deuxièmement, la sélection aléatoire des quartiers et la multiplicité des sites de recrutement ont aussi favorisé une sélection plus représentative de la population. Ne pouvant faire un recensement des ménages, nous avons sélectionné des sites permettant d'obtenir un échantillon aussi diversifié que possible afin de nous approcher de la représentativité. Au cours de la formation des enquêteurs une emphase particulière a été portée sur l'importance de recruter des jeunes de toutes les classes sociales. C'est ainsi qu'à peine 5% de l'échantillon a été recruté dans les écoles, que le quart provenait des foyers visités aléatoirement par les enquêteurs et que près de deux jeunes sur trois ont été recrutés dans la rue (marché, lieux de rencontre publiques, gares routières, garage...). De plus, une stratégie

d'échantillonnage par strates d'âge et de sexe a aussi été employée afin d'assurer une taille d'échantillon suffisante pour faire des analyses statistiques sur des sous-groupes définis selon le genre. Nous avons constaté que les caractéristiques de notre échantillon diffèrent à deux points de vue des caractéristiques des jeunes bamakois et bamakoises de 15-24 ans décrites par l'EDSM-III qui est une enquête basée sur les personnes recrutés à l'intérieur des foyers (4)²⁸.

Notre premier constat est que nous avons eu tendance à recruter les hommes moins éduqués puisque 41.3% d'entre eux n'avaient pas reçu d'éducation formelle, tandis que cette proportion était de 19% selon l'enquête démographique (**tableau IX**, p.239). En revanche, dans notre échantillon les proportions de femmes en fonction de leur niveau de scolarité étaient comparables aux données de l'EDSM-III. En comparant les sites de recrutement selon les genres, nous nous apercevons que plus d'hommes (70%) ont été recrutés dans la rue (gare routière, grain, marché) que de femmes (51%). Parallèlement, 41% des femmes ont été recrutés dans les foyers familiaux alors que seulement 7% des hommes ont été recrutés dans cet endroit. Il semblerait à cet égard, qu'il soit plus difficile d'avoir accès aux femmes dans la rue qu'aux hommes. Pour cette raison, les enquêtrices ont choisi une stratégie de recrutement différente des enquêteurs. Face à ce constat, nous avons estimé que le biais occasionné par la mauvaise représentation des hommes atténuerait les différences qui existent entre les genres. Mais en dépit de ceci – hormis les meilleures connaissances des femmes – les hommes ont des attitudes plus ouvertes

²⁸ Analyses descriptives à partir des bases de données DHS-III Mali dataset - mlmr41.SAV (male recode) et mlir41.SAV (individual recode). Les jeunes femmes (n=1062) et hommes (n=238) de 15-24 ans vivant à Bamako ont été sélectionnés pour ces analyses

face à leur sexualité, ont plus de contrôle sur leurs comportements et une meilleure communication avec leurs pairs; suggérant ainsi que l'éducation n'est qu'une des facettes contribuant au pouvoir de la femme.

Notre second constat est que la répartition du statut matrimonial dans notre échantillon est différente de ce qui a été révélé par l'EDSM-III. En considérant les jeunes de Bamako âgés de 15 à 24 ans, il semblerait que nous ayons recruté préférentiellement les hommes mariés, car 11% des hommes de notre échantillon étaient mariés alors que seulement 2% des bamakois de la même tranche d'âges ont déclaré être mariés dans l'EDSM-III (**tableau IX**, p.239). La proportion de femmes de 15 à 24 ans qui est mariée est comparable dans les deux enquêtes, mais chez les 20 à 24 ans, il y avait proportionnellement moins de femmes mariées dans notre échantillon (28%) comparativement à ce qui a été révélé dans l'EDSM-III (47%). Dans le cas de l'EDSM-III, il est possible que les femmes entre 20 et 24 ans ont plus tendance à rester dans leur ménage à cause de leurs obligations familiales et ont donc plus de probabilité d'être recrutées lors des enquêtes démographiques nationales. Ces différences ne compromettent pas les résultats de notre étude sur les déterminants des comportements sexuels à risque puisque nous avons sélectionné uniquement les jeunes célibataires pour faire les analyses.

Tableau IX : Comparaison entre certaines caractéristiques démographiques des jeunes de 15-24 ans dans l'EDSM-III et dans cette recherche

Caractéristiques	% EDSM-III		% Cette étude	
	Femmes n=1062	Hommes n=238	Femmes n=267	Hommes n=264
Statut civil				
Marié	29.6	2.1	27.0	11.4
Célibataire ou autre	70.4	97.9	73.0	88.6
Éducation				
Sans éducation	46.3	18.9	42.3	41.3
Primaire	15.6	11.3	28.8	35.6
Secondaire et plus	35.2	69.8	27.3	23.1
Ethnicité				
Bambara	35.0	32.0	34.6	18.3
Malinké	15.0	13.5	12.0	21.0
Peulh	15.0	16.2	12.8	15.6
Sarakolé/Soninké	11.1	10.5	11.7	14.9
Sonrai	3.6	5.7	2.3	5.3
Dogon	6.3	7.0	8.3	9.2
Autre	14.0	15.1	22.3	20.6
Religion				
Musulman	96.2	96.6	91.7	87.7
Chrétien	3.2	2.5	6.3	8.3
Autre	1.5	0.8	2.0	4.0

Limites reliées à la mesure

Le biais de désirabilité sociale est grandement redouté des épidémiologistes et sociologues se basant sur des mesures auto-rapportées pour tirer leurs conclusions. Tel que discuté dans l'article 2, ce biais dû au désir de plaire ou de camoufler des vérités potentiellement stigmatisantes a été observé dans plusieurs études sur les comportements sexuels. Dans ces études, les femmes avaient tendance à réduire le nombre de partenaires sexuels, surtout s'il s'agissait de relations pré-nuptiales ou extraconjugales, et à l'opposé, les hommes célibataires exagéraient leur nombre de partenaires (252-255). Outre, la préservation de l'anonymat lors des entrevues, un environnement d'enquête confortable, une relation de confiance avec l'interviewer et un choix des mots adéquats peuvent diminuer les effets de ce biais.

Bien que nous ayons tenu compte de tous ces facteurs lors de la planification de la collecte par entrevues, il est possible que les comportements rapportés soient différents des comportements réels. Nous possédons néanmoins certaines pistes nous permettant de croire que les données sur les comportements sexuels sont fiables. Premièrement, nous avons constaté, tel que mentionné dans le deuxième article (section 4.3), qu'il y avait une association entre les grossesses non-désirées, les IST et les comportements sexuels. Deuxièmement, peu d'incohérences ont été remarquées dans les comportements rapportés selon les différentes formulations des questions (fréquence d'utilisation du préservatif versus utilisation au dernier rapport, nombre de partenaires actuels \leq nombre de partenaire dans les deniers 6 mois et \leq nombre de partenaires à vie).

L'utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel, avoir eu plus d'un partenaire dans les six derniers mois et avoir débuté les relations sexuelles avant l'âge de 15 ans sont les indicateurs que nous avons choisi pour faire l'analyse du risque sexuel dans cette thèse. Bien que le choix de ces indicateurs soit justifiable dans la mesure où ils sont recommandés par l'ONUSIDA, qu'ils aient la commodité d'être standard et qu'ils limitent le biais de mémoire, nous ne pouvons pas prétendre qu'ils offrent la meilleure description du risque sexuel. Il nous semble important de revenir sur la complexité des modèles de simulation qui ont été développés au cours de la dernière décennie. Ces modèles déterministes et stochastiques sont devenus plus sophistiqués au fur et à mesure que la science des réseaux sociaux ait évolué.

Les indicateurs que nous avons choisis font abstraction de la complexité des réseaux sociaux puisqu'ils ne permettent pas de situer les individus au sein de leur réseau. C'est avec une analyse de réseau, qui se concentre sur l'entité qu'un acteur constitue de par ses liens avec les autres, qu'il est possible de définir les groupes sociaux. Dans ces analyses, la priorité est donnée aux relations entre acteurs. Le risque qu'a un individu d'être en contact avec le virus du sida dépend du réseau auquel il appartient. Or, notre étude ne fait qu'effleurer les liens qui existent entre les sujets et leurs partenaires – notamment en questionnant la stabilité de la relation pour ensuite la catégoriser en termes de «partenaire régulier» ou «partenaire occasionnel». Autrement dit, nous savons très peu sur la nature des relations entre les sujets et leurs partenaires et sur les partenaires eux-mêmes. Par exemple, nous n'avons pas fait de distinction entre l'utilisation du préservatif avec le partenaire régulier et le partenaire occasionnel alors que les déterminants de ces deux comportements peuvent être différents (205, 256).

Il n'était pas de notre ambition de mesurer le risque réel chez les individus, car nous aurions fait face à une multiplicité de composantes. Il était plutôt question de cerner les facteurs qui influencent les prises de décisions « individuelles » en matière de sexualité. Mais, compte tenu de cette limite, il serait profitable dans le futur d'essayer de modéliser les relations pour saisir la structure d'un groupe ou d'un système, et permettre de mieux comprendre le risque de l'individu au sein de ce groupe. L'analyse de la structure sociale constitue un véritable paradigme qui s'inscrit dans une perspective d'interactionniste (257).

Tout compte fait, nous évaluons que les biais liés à la mesure des comportements sexuels à risque ont été minimisés dans la mesure du possible et nous estimons qu'en dépit de leur limite, le choix des indicateurs se justifie par les objectifs de cette thèse.

Limites du choix de devis transversal

Les analyses transversales permettent de caractériser la population des jeunes à risque, d'examiner les associations qui existent entre certaines variables et les comportements sexuels à risque, mais sont limitées dans leur capacité de faire des liens de causalité, entre autre parce qu'elles ne considèrent pas toujours la dimension temporelle. En prenant exemple sur les résultats présentés dans la section 4.4, il est impossible de savoir si les femmes débutent plus précocement les relations sexuelles parce qu'elles ont un contrôle limité sur leur comportements, ou à l'inverse, le fait d'avoir débuté précocement les relations sexuelles mène à une perception de perte de contrôle sur les comportements sexuels. Cette limite pour établir la temporalité dans les associations ne se présente pas pour toutes les associations que nous avons étudiées, par exemple l'âge du début des relations sexuelles et le fait d'avoir vécu des relations forcées précèdent nécessairement l'utilisation du condom au dernier rapport sexuel.

Dans nos analyses, nous avons choisi d'inclure uniquement les jeunes ayant eu des relations sexuelles dans les derniers 6 mois afin de respecter, le plus possible, la séquence temporelle. Les caractéristiques des individus peuvent changer à mesure

que ceux-ci vivent de nouvelles expériences et entreprennent de nouvelles relations. Il était donc important que l'information collectée au temps de l'entrevue corresponde bien au profil du répondant au moment de sa dernière relation. L'interprétation des modèles explicatifs proposés doit être faite avec vigilance particulièrement lorsqu'il est question de faire des inférences causales.

Le rôle de la dimension temporelle dans l'épidémiologie des IST et dans les sciences de la prévention est devenu très évident dans les dernières années (258). Outre, l'âge d'entrée en sexualité qui a été exploré dans notre questionnaire, la concurrence des relations, la durée des relations, les trajectoires sexuelles et les intervalles de temps entre les partenaires sont des variables importantes dans l'acquisition d'IST. Étant donné l'important biais de mémoire attachée à la mesure de ces variables, il serait plus avantageux d'en prendre compte en utilisant des devis prospectifs.

Limite de puissance statistique pour les analyses d'interaction entre les expositions et le genre

Le calcul de la taille de l'échantillon de cette étude a été fait pour estimer les différences des comportements à risque entre les femmes et les hommes avec la supposition que 50% des jeunes de cette tranche d'âge seraient sexuellement actifs. Ces calculs ont abouti à un échantillon de 250 hommes et 250 femmes parmi lesquels nous supposons qu'il y aurait 125 hommes et 125 femmes sexuellement actifs. Étant donné que pour l'estimation d'OR de 3 avec une puissance de 80%, et une prévalence de 25% dans le groupe non-exposé pour la variable dépendante

(comportement de risque), un échantillon de 50 individus est nécessaire (259), la taille d'échantillon pour cette étude est suffisante pour estimer la magnitude des associations entre les facteurs de risque potentiels et les comportements de risque (utilisation du condom au dernier rapport sexuel et multipartenariat sexuel) pour les hommes et séparément pour les femmes.

Pour les analyses des interactions entre les expositions et le genre, nous avons restreint notre échantillon aux célibataires qui ont eu des relations sexuelles dans les derniers 6 mois ce qui a résulté à un échantillon de 74 femmes et 154 hommes. La distribution de l'exposition des facteurs de risque est très différente pour les hommes et pour les femmes en particulier pour les variables comme : les sources de revenu, les relations forcées, les sources d'information et les conseils sur la sexualité. Par exemple il n'y a que 7 hommes qui ont rapporté recevoir de l'argent des partenaires sexuels, tandis que ceci est la catégorie la plus fréquente chez les femmes. Comme deuxième exemple, il n'y a que 2 femmes qui ont rapporté avoir une (ou aucune) source d'information tandis que 20% des hommes se retrouvent dans cette catégorie. Cette inégalité dans la distribution des facteurs d'exposition entre les femmes et les hommes limite la précision des estimations des coefficients pour les termes d'interaction. Malgré ces limites, certaines différences importantes entre les profils de risque des hommes et des femmes émergent de ces analyses.

5.6 Implication de notre étude pour la santé publique et les recherches à venir

Jusqu'à ce qu'un vaccin préventif contre le VIH soit disponible pour la population africaine, l'unique façon de contrôler la propagation de cette épidémie réside dans la force des stratégies visant le changement des comportements sexuels. Au Mali, les données sur la surveillance comportementale sont incomplètes et ne sont pas valides; il est alors difficile de définir et de comprendre le contexte qui favorise le développement des comportements à risque chez les jeunes. Par conséquent, il est essentiel de concentrer des efforts de recherche afin de rendre ce système de surveillance comportementale le plus informatif possible. L'instrument de mesure développé dans le cours de ce projet a fait preuve de validité et nous jugeons qu'il pourra s'avérer utile dans le cadre de la surveillance comportementale.

Les stratégies de prévention doivent être finement adaptées aux besoins des jeunes, et par conséquent doivent être basées sur une compréhension complète des phénomènes qui gouvernent les comportements des gens dans leur milieu. Pourvu qu'elles soient basées sur des données probantes, les stratégies de prévention pourraient avoir un impact significatif sur le cours de l'épidémie du VIH dans le cas du Mali. En effet, certains auteurs ont noté que l'efficacité des stratégies de prévention est maximale dans les pays où le taux de prévalence est encore relativement faible (260).

Les recherches dans le domaine, notamment de la prévention ont parfois souffert de précipitation et manqué en effet de mise en perspective. Les études décontextualisées ont eu tendance à faire de la culture africaine la pierre d'achoppement des efforts de prévention. De l'avis de plusieurs, les études se centrant sur les déterminants individuels des comportements sont nettement insuffisantes et il est devenu nécessaire d'investiguer davantage la problématique du risque sexuel en prenant compte de la complexité de ce phénomène qui est structuré par l'agencement et l'interaction des différents milieux. Cette recherche contribue à offrir une perspective théorique et une problématisation soutenue sur le risque du sida au Mali. D'un point de vue de santé publique, l'identification des facteurs associés aux pratiques sexuelles à risque permettra de planifier des stratégies d'interventions ciblées sur l'individu lui-même, sur ses relations interpersonnelles, de même que sur son environnement social. À titre d'exemple, la communication entre les genres (niveau interpersonnel) pourrait faire l'objet d'intervention chez les jeunes. Nos résultats nous suggèrent que la communication entre les pairs constitue un vecteur important pour le transfert d'information en matière de sexualité et qu'elle favorise l'adoption de comportements sexuels préventifs. En ce sens, la communication devient un véhicule de transformation des normes et de changement des comportements. Elle peut permettre de stimuler le dialogue dans les communautés autour des facteurs sous-jacents des comportements à risque, et induire une action dans le sens de la réduction du risque et de la vulnérabilité.

Enfin, les résultats de ces études pourront être utilisés dans les activités de prévention visant à intégrer la perspective des rapports entre les genres. Les analyses du troisième article ont révélé des nombreuses différences dans le profil de risque entre les femmes et les hommes. Il serait profitable de cibler ces différences afin de planifier des interventions. Par exemple, nos résultats suggèrent que l'entrée en sexualité et les circonstances qui l'entourent sont décisives dans les comportements sexuels ultérieurs des jeunes femmes. Les stratégies visant à retarder l'entrée en sexualité des jeunes femmes (moins de 15 ans) en renforçant leur pouvoir décisionnel et en améliorant leurs conditions (financière et matérielle) seraient potentiellement bénéfiques. Parmi tant d'autres, ressort un exemple concernant nos résultats sur le manque de pouvoir qu'ont les femmes sur leurs comportements sexuels, et notamment sur leur incapacité de se procurer le condom malgré leurs attitudes en faveur de celui-ci. Ces résultats indiquent qu'un travail important devrait être fait afin de 1) permettre une meilleure acceptabilité du préservatif et 2) adapter les points de vente de préservatifs pour limiter les effets de la stigmatisation. Les interventions centrées sur la question de la masculinité pourraient aussi porter fruits, particulièrement si elles touchent à l'aspect crucial des relations transactionnelles. Selon notre étude qualitative il est apparu évident que les relations sexuelles sont perçues comme des services qui doivent être payés – monétairement ou matériellement. En ce sens, les hommes les mieux nantis, les plus éduqués et ceux ayant une attitude favorable face à cet échange transactionnel sont ceux qui auront une sexualité plus intense. Il est donc crucial de faire valoir que les relations

sexuelles ne peuvent être achetées en incitant les garçons et les filles, dès le début de l'adolescence, à ouvrir un dialogue sur cette question.

5.7 Recommandations

5.7.1. Prendre en compte le genre

Nous avons examiné dans cette thèse les éléments du processus de décision individuelle – dans ce sens nous nous sommes intéressés à l'action des jeunes femmes et des jeunes hommes et à son rôle dans le contrôle de l'épidémie. Sur le plan des faits, nos analyses ont révélé les distinctions qui existent dans le profil de risque des femmes et des hommes. Une piste de recherche future consistera à déterminer plus précisément comment les facteurs spécifiques aux genres peuvent être influencés afin de favoriser des meilleures pratiques préventives. À l'heure actuelle, nous devons certes nous questionner sur le type de stratégie à mettre en œuvre de manière à ce qu'il soit à la fois efficace en matière de prévention du VIH et applicable, dans le sens où les femmes et les hommes prendront la décision individuelle d'y adhérer et influenceront le plus possible sur la décision collective pour une adhésion collective.

Cette problématique va au-delà des objectifs de la thèse car elle soulève trois composantes relativement distinctes des stratégies visant un changement de comportements : dans un premier temps la décision individuelle, puis l'influence interindividuelle au sein d'un réseau social et enfin l'émergence d'une décision collective. La problématique réside essentiellement dans le passage entre le niveau

individuel et le niveau agrégé, qui est celui d'une société d'individus, comme le précise l'aphorisme «une société est plus que la somme des individus qui la composent».

La décision collective d'adopter une attitude plus responsable et préventive en rapport à la sexualité dépend essentiellement de la négociation entre femmes et hommes mais aussi du contexte des interactions entre ceux-ci. Nous devons insister surtout sur les mécanismes du pouvoir entre individus puisque les conditions dans lesquelles se trouvent les femmes maliennes (comme acteur du changement) peuvent entraver les processus de décision collective et le résultat de celle-ci. L'inégalité des genres dans le contexte de la prévention du sida engendre une perturbation sociale sous la forme de pouvoirs relatifs ou d'influences relatives entre acteurs, limitant non seulement la capacité des femmes à influencer la solution collective mais la collaboration entre femmes et hommes qui est nécessaire au changement.

Sur le plan des valeurs, il est important de réfléchir sur la notion d'*empowerment* telle qu'elle s'inscrit dans l'approche genre car elle a une portée idéologique et politique. Comme son point de départ est une revendication d'égalité entre les hommes et les femmes, ce concept n'est pas neutre et il se trouve en contradiction plus ou moins ouverte avec la culture et les mentalités dominantes d'une société donnée (261). Au sein de l'approche genre, la question du pouvoir est centrale. Nous appuyons sur le fait qu'il est essentiel d'analyser dans chaque contexte socioculturel, ce que la notion de pouvoir peut signifier pour un groupe donné. Il est

particulièrement important de stimuler un dialogue coopératif entre les femmes et les hommes sur la notion de genre – de la féminité et de masculinité - chez les jeunes dans les écoles et dans divers milieux de travail visant ainsi un changement au sein des réseaux sociaux. Nous préconisons ainsi une approche genre centralisée sur la structure de la relation et de la collaboration entre les jeunes femmes et hommes en vue d'atteindre des buts communs à tous.

5.7.2. Avoir une ouverture sur le pluralisme méthodologique

La reconnaissance du bagage scientifique apporté par les différentes disciplines serait profitable dans la conception de stratégies préventives. Nous reconnaissons l'importance de ne pas donner parole qu'aux sciences «dures» et aux approches quantitatives. En effet, notre recherche a fait valoir l'importance des connaissances qualitatives pour une meilleure planification de la recherche et pour la poursuite de nos objectifs quantitatifs, cela va de soi.

De notre études qualitative, nous avons vu que la culture des jeunes au Mali se transforme- elle se globalise. Ce phénomène donne lieu à une ouverture nouvelle sur la sexualité qui, par exemple rend légitime les relations pré-maritales et autres expériences érotiques, créant des chamboulements dans les traditions africaines autrefois inébranlables et brisant les barrières entre groupes sociaux. Nous devons rendre compte de ces transformations dans la culture sexuelle afin d'orienter les efforts de recherche et enrichir les logiques préventives. En revanche, notre enquête a permis de dresser le portrait des jeunes et de mesurer l'amplitude de ce qui avait

émergé de nos entrevues semi structurées. Enfin, dans les études quantitatives qui seront menées dans le futur, il sera possible de voir les traces de cette transformation à travers les changements d'attitudes et de comportements.

Bref, nous envisageons la contribution de multiples disciplines et approches à l'étude de problèmes complexes et selon notre expérience, la complémentarité des approches permet davantage d'aligner la pratique du chercheur.

5.7.3. Avoir une vision holistique

Étant donné que les facteurs de risque englobent de multiples niveaux et qu'ils sont généralisés, les interventions fondées sur une perspective unique (c'est-à-dire ne tenant compte que d'un seul facteur) peuvent s'avérer inefficaces. Par conséquent, nous recommandons de ne pas aborder les facteurs de risque comme des problèmes distincts et isolés, mais plutôt de concevoir des interventions complexes et globales prenant en compte les nombreux contextes dans lesquels un être évolue. Il est particulièrement important de souligner l'influence dynamisante de facteurs globaux sur la propagation des épidémies dans les pays en développement et sur les inégalités de santé dans les populations.

Ceci nous amène à souligner l'importance de l'implication des acteurs à tous les niveaux de la société afin de créer une plateforme pour le changement. L'efficacité et la pérennité des efforts de prévention – surtout s'ils adressent plusieurs niveaux d'intervention – dépendent de cette implication qui englobe les membres de la

collectivité, les gouvernements, les autorités religieuses et le corps éducatif. L'implication des acteurs est essentielle pour renforcer la crédibilité des interventions face à la population mais pour assurer le passage à l'échelle. Il importe, non seulement, d'impliquer un grand nombre d'acteurs pour intervenir simultanément à de nombreux niveaux, mais aussi de concevoir des interventions fondées à la fois sur les facteurs de risque mais aussi sur les points forts des jeunes et de leur milieu social. Pour protéger la jeunesse, il ne s'agit pas uniquement de renforcer leur capacité de contrôler leurs comportements mais de capitaliser sur l'*empowerment* collectif afin de solidifier les réseaux sociaux et la communication entre les parents et leurs enfants dans les foyers, entre les jeunes femmes et les hommes à la veille de leur entrée en sexualité et entre les éducateurs et les étudiants dans les milieux scolaires. À cet égard, nous soutenons l'idée d'une éthique préventive comme une mise en pratique des principes de respect de l'individu dans sa globalité (psychologique, sociale, culturelle et physique), de responsabilisation des individus conscients et informés et surtout la reconnaissance de la complexité des trajectoires de risque des individus.

5.7.3. Devenir des résultats de la recherche

Dans tout le processus de planification et de mise en œuvre d'une recherche, nous devons nous questionner sur l'utilisation d'une telle recherche par les décideurs – en commençant par les interrogations suivantes : 1) Qui sont les décideurs? 2) Comment faciliter la diffusion et l'utilisation des résultats de la recherche? 3) Comment assurer une prise en compte de la recherche dans la définition des politiques sociales.

La recherche en sciences sociales est souvent entreprise précisément pour favoriser la définition de politiques plus appropriées. Pourtant, une part importante des recherches n'influencent jamais les publics auxquels elles ont été destinées. Outre, la participation précoce et continue des décideurs aux étapes de la conceptualisation et de la réalisation d'une étude, la diffusion adéquate des résultats de l'étude est sans doute prédicteur d'utilisation. La dissémination des résultats de recherche est d'autant plus pertinente que sa cible est variée. Ainsi, nous recommandons que cette dissémination cible des décideurs représentant une diversité de niveaux d'intervention (gouvernemental, associatif, corporatif).

S'agissant des modes de dissémination, nous portons aussi une attention particulière sur les stratégies utilisées pour faire connaître les résultats d'une recherche. Nous jugeons que la formule habituelle de la publication académique n'est aucunement adaptée aux utilisateurs de cette recherche, mais que la participation des acteurs intéressés aux processus de recherche pourrait d'avantage assurer l'utilisation des résultats de recherche. Une telle association des acteurs intéressés favorise la pertinence de la recherche du point de vue des usagers potentiels. Cependant, une telle formule suppose une disponibilité dont, en pratique, les acteurs politico-administratifs témoignent rarement.

Deux stratégies de diffusion des résultats ont été planifiées dans le cadre de cette thèse. Premièrement, la restitution des résultats dans le rapport annuel du projet

SIDA-3. Une première rétrocession formelle des résultats a été faite lors de l'atelier de transmission des résultats Bamako les 12 et 13 juin 2006. Deuxièmement, la restitution des résultats sous forme d'atelier²⁹ qui rassemblera des responsables et des intervenants de plusieurs ONG locales et internationales, des services gouvernementaux, des organismes onusiens et des médias. Au terme de cet atelier, il sera possible de produire un rapport vulgarisé des résultats et une liste de recommandations à partir des expériences des participants. Cette stratégie a pour but d'encourager la diffusion d'information et le partage d'expériences en matière de prévention entre les organismes maliens de lutte antisida. Nous espérons qu'elle permettra de renforcer la capacité d'action des organismes intervenant en santé reproductive et prévention du sida-IST auprès des jeunes.

²⁹ Cette activité est rendue possible grâce à un financement du Centre de Recherche en Développement International (CRDI)

6. Références

1. UNAIDS. Epidemic update: Special report on HIV prevention. UNAIDS 2005:17-30.
2. UNAIDS/WHO. Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted Infections: Mali. 2004 update
2004;http://www.who.int/GlobalAtlas/PDFFactory/HIV/EFS_PDFs/EFS2004_ML.pdf.
3. Cordellier S, Didiot B, Netter S. État du Monde: Annuaire Économique et Géopolitique Mondial. 2004:672 pages.
4. ENDSM-III. Mali Enquete Démographique et de Santé; ENDSM-III. 2001.
5. UNICEF. Les jeunes et le VIH/SIDA: une solution à la crise. Publication UNICEF 2002:48.
6. Goodrich R. AIDS and behaviour change in Zambia. AIDS Anal Afr 1999;9(4):5-6.
7. Tsegaye A, Rinke De Wit TF, Mekonnen Y, Beyene A, Aklilu M, Messele T, et al. Decline in prevalence of HIV-1 infection and syphilis among young women attending antenatal care clinics in Addis Ababa, Ethiopia: results from sentinel surveillance, 1995-2001. J Acquir Immune Defic Syndr 2002;30(3):359-62.
8. Stoneburner RL, Low-Beer D. Population-level HIV declines and behavioral risk avoidance in Uganda. Science 2004;304(5671):714-8.
9. Cullinan K. In South Africa HIV infection is decreasing, safe sex increasing. Bull World Health Organ 2003;81(1):72.
10. Brieger WR, Delano GE, Lane CG, Oladepo O, Oyediran KA. West African Youth Initiative: outcome of a reproductive health education program. J Adolesc Health 2001;29(6):436-46.
11. Ferguson A, Pere M, Morris C, Ngugi E, Moses S. Sexual patterning and condom use among a group of HIV vulnerable men in Thika, Kenya. Sex Transm Infect. 2004;80(6):435-9.
12. Visser MJ, Schoeman JB, Perold JJ. Evaluation of HIV/AIDS prevention in South African schools. J Health Psychol 2004;9(2):263-80.

13. Shapiro D, Meekers D, Tambashe B. Exposure to the 'SIDA dans la Cite' AIDS prevention television series in Cote d'Ivoire, sexual risk behaviour and condom use. *AIDS Care* 2003;15(3):303-14.
14. Vaughan PW, Rogers EM, Singhal A, Swalehe RM. Entertainment-education and HIV/AIDS prevention: a field experiment in Tanzania. *J Health Commun* 2000;5 Suppl:81-100.
15. Cohen J. ABC in Uganda: success or subterfuge? *HIV AIDS Policy Law Rev* 2005;10(2):23-4.
16. Eloundou-Enyegue PM, Meekers D, Calves AE. From awareness to adoption: the effect of AIDS education and condom social marketing on condom use in Tanzania (1993-1996). *J Biosoc Sci* 2005;37(3):257-68.
17. PNLs C, INRSP. Integrated STI and Behavioral Surveillance (ISBS). 2000.
18. Programme National de Lutte Contre le SIDA. Surveillance sentinelle du VIH et de la Syphilis chez les femmes enceintes République du Mali. Rapport PNLs 2004.
19. Manzini N. Sexual initiation and childbearing among adolescent girls in KwaZulu Natal, South Africa. *Reprod Health Matters* 2001;9(17):44-52.
20. Glynn JR, Carael M, Auvert B, Kahindo M, Chege J, Musonda R, et al. Why do young women have a much higher prevalence of HIV than young men? A study in Kisumu, Kenya and Ndola, Zambia. *Aids* 2001;15 Suppl 4:S51-60.
21. Mingjia L, Short R. How oestrogen or progesterone might change a woman's susceptibility to HIV-1 infection. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2002;42(5):472-5.
22. Denenberg R. HIV and the vaginal ecosystem. *GMHC Treat Issues* 1997;11(7-8):8-10.
23. Ackermann L, de K. Social factors that make South African women vulnerable to HIV infection. *Health Care Women Int* 2002;23(2):163-72.
24. Auvert B, Ballard R, Campbell C, Carael M, Carton M, Fehler G, et al. HIV infection among youth in a South African mining town is associated with herpes simplex virus-2 seropositivity and sexual behaviour. *Aids* 2001;15(7):885-98.
25. Auvert B, Buve A, Ferry B, Carael M, Morison L, Lagarde E, et al. Ecological and individual level analysis of risk factors for HIV infection in four

- urban populations in sub-Saharan Africa with different levels of HIV infection. *Aids* 2001;15 Suppl 4:S15-30.
26. Vidal L. De quelques lieux de rencontre de disciplines et concepts communément mobilisés par la recherche sur le sida. *Vivre et penser le sida en Afrique* 1999:79-97.
27. Poundstone KE, Strathdee SA, Celentano DD. The social epidemiology of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome. *Epidemiol Rev* 2004;26:22-35.
28. Foucault M. *La Volonté de savoir. Histoire de la sexualité.* 1976;VOL 1:211 p.
29. Evans RG, Barer ML, Marmor TR. *Être ou ne pas être en bonne santé: biologie et déterminants sociaux de la maladie.* 1996.
30. Le Palec A. Un virus au coeur des rapports sociaux de sexe: Femmes et Sida. *Journal des anthropologues* 1997;68-69:111-127.
31. Dowsett GW. Some considerations on sexuality and gender in the context of AIDS. *Reprod Health Matters* 2003;11(22):21-9.
32. Moss NE. Gender equity and socioeconomic inequality: a framework for the patterning of women's health. *Soc Sci Med* 2002;54(5):649-61.
33. Farmer P. *Women, poverty and AIDS: an introduction / Paul Farmer, Shirley Lindenbaum, Mary-Jo DelVecchio Good. Culture, Medicine, and Psychiatry --* Dordrecht 1993;17(4):387-397.
34. Nations Unies. *Rapport de la 4e conférence mondiale sur les femmes: Beijing.* 1995(A/CONF.177/20/Rev.1):239 p.
35. Slaymaker E. A critique of international indicators of sexual risk behaviour. *Sex Transm Infect* 2004;80 Suppl 2:ii13-21.
36. Kilian AH, Gregson S, Ndyabangi B, Walusaga K, Kipp W, Sahlmuller G, et al. Reductions in risk behaviour provide the most consistent explanation for declining HIV-1 prevalence in Uganda. *Aids* 1999;13(3):391-8.
37. Asiimwe-Okiror G, Opio AA, Musinguzi J, Madraa E, Tembo G, Carael M. Change in sexual behaviour and decline in HIV infection among young pregnant women in urban Uganda. *Aids* 1997;11(14):1757-63.

38. Kamali A, Carpenter LM, Whitworth JA, Pool R, Ruberantwari A, Ojwiya A. Seven-year trends in HIV-1 infection rates, and changes in sexual behaviour, among adults in rural Uganda. *AIDS* 2000;14(4):427-34.
39. Low-Beer D. Behaviour change in the HIV trials in Rakai, Masaka and Mwanza. *Aids* 2004;18(2):360-1.
40. Wawer MJ, Serwadda D, Gray RH, Sewankambo NK, Li C, Nalugoda F, et al. Trends in HIV-1 prevalence may not reflect trends in incidence in mature epidemics: data from the Rakai population-based cohort, Uganda. *Aids* 1997;11(8):1023-30.
41. Ahmed S, Lutalo T, Wawer M, Serwadda D, Sewankambo NK, Nalugoda F, et al. HIV incidence and sexually transmitted disease prevalence associated with condom use: a population study in Rakai, Uganda. *Aids* 2001;15(16):2171-9.
42. USAID/Mali. Surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes. Rapport USAID 2006(3e édition).
43. Niamebele Isaka BF, Diarra Seydou, Haidara Amadou, Baganazi Enias. VIH/SIDA et infection sexuellement transmissible. EDSM-III Programme national de lutte contre le SIDA 2002:245-297.
44. Mulanga-Kabeya C, Morel E, Patrel D, Delaporte E, Bougoudogo F, Maiga YI, et al. Prevalence and risk assessment for sexually transmitted infections in pregnant women and female sex workers in Mali: is syndromic approach suitable for screening? *Sex Transm Infect* 1999;75(5):358-9.
45. Ferry B, Carael M, Buve A, Auvert B, Laourou M, Kanhonou L, et al. Comparison of key parameters of sexual behaviour in four African urban populations with different levels of HIV infection. *AIDS* 2001;15 Suppl 4:S41-50.
46. Geretti AM. HIV-1 subtypes: epidemiology and significance for HIV management. *Curr Opin Infect Dis* 2006;19(1):1-7.
47. Lajoie J, Hargrove J, Zijenah LS, Humphrey JH, Ward BJ, Roger M. Genetic variants in nonclassical major histocompatibility complex class I human leukocyte antigen (HLA)-E and HLA-G molecules are associated with susceptibility to heterosexual acquisition of HIV-1. *J Infect Dis* 2006;193(2):298-301.

48. Pepin J. From the Old World to the New World: an ecologic study of population susceptibility to HIV infection. *Trop Med Int Health* 2005;10(7):627-39.
49. Koopman JS, Longini IM, Jr., Jacquez JA, Simon CP, Ostrow DG, Martin WR, et al. Assessing risk factors for transmission of infection. *Am J Epidemiol* 1991;133(12):1199-209.
50. Pettifor AE, van der Straten A, Dunbar MS, Shiboski SC, Padian NS. Early age of first sex: a risk factor for HIV infection among women in Zimbabwe. *Aids* 2004;18(10):1435-42.
51. Carpenter LM, Kamali A, Ruberantwari A, Malamba SS, Whitworth JA. Rates of HIV-1 transmission within marriage in rural Uganda in relation to the HIV sero-status of the partners. *AIDS* 1999;13(9):1083-9.
52. Kelly RJ, Gray RH, Sewankambo NK, Serwadda D, Wabwire-Mangen F, Lutalo T, et al. Age differences in sexual partners and risk of HIV-1 infection in rural Uganda. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003;32(4):446-51.
53. Gregson S, Nyamukapa CA, Garnett GP, Mason PR, Zhuwau T, Carael M, et al. Sexual mixing patterns and sex-differentials in teenage exposure to HIV infection in rural Zimbabwe. *Lancet* 2002;359(9321):1896-903.
54. Bautista CT, Sanchez JL, Montano SM, Laguna-Torres VA, Lama JR, Sanchez JL, et al. Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among South American men who have sex with men. *Sex Transm Infect* 2004;80(6):498-504.
55. Quigley MM, Katua; Grosskurth, Heiner, and others. Sexual behaviour patterns and other risk factors for HIV infection in rural Tanzania: a case-control study. *AIDS* 1997;11(2):237.
56. Mnyika KS, Klepp KI, Kvale G, Ole-King'ori N. Risk factors for HIV-1 infection among women in the Arusha region of Tanzania. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1996;11(5):484-91.
57. Parazzini F, Cavalieri D'oro L, Naldi L, Bianchi C, Graefembergh S, Mezzanotte C, et al. Number of sexual partners, condom use and risk of human immunodeficiency virus infection. *Int J Epidemiol* 1995;24(6):1197-203.

58. Doherty IA, Padian NS, Marlow C, Aral SO. Determinants and consequences of sexual networks as they affect the spread of sexually transmitted infections. *J Infect Dis* 2005;191 Suppl 1:S42-54.
59. Lowndes CM, Alary M, Meda H, Gnintoungbe CA, Mukenge-Tshibaka L, Adjovi C, et al. Role of core and bridging groups in the transmission dynamics of HIV and STIs in Cotonou, Benin, West Africa. *Sex Transm Infect* 2002;78 Suppl 1:i69-77.
60. Morison L, Weiss HA, Buve A, Carael M, Abega SC, Kaona F, et al. Commercial sex and the spread of HIV in four cities in sub-Saharan Africa. *Aids* 2001;15 Suppl 4:S61-9.
61. Nagot N, Ouangre A, Ouedraogo A, Cartoux M, Huygens P, Defer MC, et al. Spectrum of commercial sex activity in Burkina Faso: classification model and risk of exposure to HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002;29(5):517-21.
62. Desmond N, Allen CF, Clift S, Justine B, Mzugu J, Plummer ML, et al. A typology of groups at risk of HIV/STI in a gold mining town in north-western Tanzania. *Soc Sci Med* 2005;60(8):1739-49.
63. Weller S, Davis K. Condom effectiveness in reducing the heterosexual HIV transmission. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003(4).
64. Kalichman SC, Simbayi LC. Sexual exposure to blood and increased risks for heterosexual HIV transmission in Cape Town, South Africa. *Afr J Reprod Health* 2004;8(2):55-8.
65. Agot KE, Ndinya-Achola JO, Kreiss JK, Weiss NS. Risk of HIV-1 in rural Kenya: a comparison of circumcised and uncircumcised men. *Epidemiology* 2004;15(2):157-63.
66. Auvert B, Buve A, Lagarde E, Kahindo M, Chege J, Rutenberg N, et al. Male circumcision and HIV infection in four cities in sub-Saharan Africa. *Aids* 2001;15 Suppl 4:S31-40.
67. Gray RH, Kiwanuka N, Quinn TC, Sewankambo NK, Serwadda D, Mangan FW, et al. Male circumcision and HIV acquisition and transmission: cohort studies in Rakai, Uganda. Rakai Project Team. *AIDS* 2000;14(15):2371-81.

68. Lagarde E, Congo Z, Meda N, Baya B, Yaro S, Sangli G, et al. Epidemiology of HIV infection in urban Burkina Faso. *Int J STD AIDS* 2004;15(6):395-402.
69. del Mar Pujades Rodriguez M, Obasi A, Mosha F, Todd J, Brown D, Changalucha J, et al. Herpes simplex virus type 2 infection increases HIV incidence: a prospective study in rural Tanzania. *AIDS* 2002;16(3):451-62.
70. Chakraborty H, Sen PK, Helms RW, Vernazza PL, Fiscus SA, Eron JJ, et al. Viral burden in genital secretions determines male-to-female sexual transmission of HIV-1: a probabilistic empiric model. *AIDS* 2001;15(5):621-7.
71. Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, Serwadda D, Li C, Wabwire-Mangen F, et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. Rakai Project Study Group. *N Engl J Med* 2000;342(13):921-9.
72. Slaymaker E, Zaba B. Measurement of condom use as a risk factor for HIV infection. *Reprod Health Matters* 2003;11(22):174-84.
73. Tchak S. *La Sexualité Féminine en Afrique*. 1999(Collection Sexualité Humaine):240 p.
74. Leigh Pigg S, Adams V. Introduction: the moral object of sex. *Sex in Development: Science, sexuality and morality in global perspective* 2005:pp1-38.
75. Dilger Hr. Sexuality, AIDS, and the lures of modernity: reflexivity and morality among young people in rural Tanzania. *Medical anthropology*. 2003;22(1):23-52.
76. Castle S, Traore S, Cisse L. (Re)defining reproductive health with and for the community: an example of participatory research from Mali. *Afr J Reprod Health* 2002;6(1):20-31.
77. Berry JW, Poortinga, Y. H., Segall, M. H., & Dasen, P. R. *Cross-cultural psychology: Research and applications*. 1992.
78. Ezembe F. Représentation de l'école en Afrique et dans l'immigration en France. 1997:13 p.
79. Locoh T. Les jeunes en Afrique: enjeux démographiques, enjeux sociaux. *Cahiers québécois de démographie* 1992;21(1):29-44.

80. Balegamire Bazilashe J, Dasen P, Guyot M, Marc P, Rosselet-Christ C. *Approches de l'adolescence, Vous avez dit. pédagogie: Adolescence et Initiation.* 1995;37:57 p.
81. Taverne B. Valeurs morales et messages de prévention: la "fidélité" contre le sida au Burkina Faso. *Vivre et penser le sida en Afrique* 1999(29):509-524.
82. Schlegel A, Barry H. *Adolescence: An anthropological enquiry.* 1991.
83. Soares BF. Islam in Mali in the neoliberal era. *African Affairs* 2005;105(418):77-95.
84. Antoine P, Nanitelamio J. Peut-on échapper à la polygamie à Dakar? *chronique du CEPED* 1995;32:22 p.
85. Castle S, Konate MK, Ulin PR, Martin S. A qualitative study of clandestine contraceptive use in urban Mali. *Stud Fam Plann* 1999;30(3):231-48.
86. Rosander EE. Profil genre du Mali: Vers une égalité des genres au Mali. 2004:1-64.
87. Lesch E, Kruger LM. Mothers, daughters and sexual agency in one low-income South African community. *Soc Sci Med* 2005;61(5):1072-82.
88. Worthman CM. Development dysynchrony as normal experience: Kikuyu adolescents. *School-age pregnancy and parenthood* 1986:95-112.
89. Dozon G. Contextes, conséquences socio-économique et coûts du SIDA en Afrique. *Population africaine et Sida* 1994(Éditions la découverte/CEPED (Collection Recherches)):p.179-223.
90. Fay C. Du "culturel", de "l'universel" ou du "social"? *Penser le sida et la prévention au Mali.* *Vivre et penser le sida en Afrique* 1999(16):248-296.
91. Maharaj P. Obstacles to negotiating dual protection: perspectives of men and women. *Afr J Reprod Health* 2001;5(3):150-61.
92. Peltzer K, Seoka P, Raphala S. Characteristics of female sex workers and their HIV/AIDS/STI knowledge, attitudes and behaviour in semi-urban areas in South Africa. *Curationis* 2004;27(1):4-11.
93. Meekers D. Patterns of condom use in urban males in Zimbabwe: evidence from 4600 sexual contacts. *AIDS Care* 2003;15(3):291-301.

94. Nzioka C. Perspectives of adolescent boys on the risks of unwanted pregnancy and sexually transmitted infections: Kenya. *Reprod Health Matters* 2001;9(17):108-17.
95. MacPhail C, Campbell C. 'I think condoms are good but, aai, I hate those things': condom use among adolescents and young people in a Southern African township. *Soc Sci Med* 2001;52(11):1613-27.
96. Mill JE, Anarfi JK. HIV risk environment for Ghanaian women: challenges to prevention. *Soc Sci Med* 2002;54(3):325-37.
97. Nyanzi S, Pool R, Kinsman J. The negotiation of sexual relationships among school pupils in south-western Uganda. *AIDS Care* 2001;13(1):83-98.
98. Stewart KA. Toward a historical perspective on sexuality in Uganda: the reproductive lifeline technique for grandmothers and thier daughters. *Africa Today*. 2000;47(3/4):123-148.
99. McGrath JW, Rwabukwali CB, Schumann DA, Pearson-Marks J, Nakayiwa S, Namande B, et al. Anthropology and AIDS: the cultural context of sexual risk behavior among urban Baganda women in Kampala, Uganda. *Soc Sci Med* 1993;36(4):429-39.
100. Luke N. Age and economic asymmetries in the sexual relationships of adolescent girls in sub-Saharan Africa. *Stud Fam Plann* 2003;34(2):67-86.
101. Nuko S, Chiduo B, Mwaluko G, Urassa M. Pre-marital sexual behaviour among out-of-school adolescents: motives, patterns and meaning attributed to sexual partnership in rural Tanzania. *Afr J Reprod Health* 2001;5(3):162-74.
102. Meekers D, Calves AE. 'Main' girlfriends, girlfriends, marriage, and money: the social context of HIV risk behaviour in sub-Saharan Africa. *Health Transit Rev* 1997;7 Suppl:361-75.
103. Renne EP. Introduction to special issue: Sexuality and generational identities in sub-Saharan Africa. *Africa Today*. 2000;47(3/4):viii-xii.
104. Prazak M. Talking about sex: contmporary construction of sexuality in rural Kenya. *Africa Today*. 2000;47(3/4):83-97.
105. Davis PJ. On the sexuality of "town women" in Kampala. *Africa Today*. 2000;47(3/4):29-60.

106. Smith DJ. "These girls today Na War-O": Premarital Sexuality and Modern Identity in Southeastern Nigeria. *Africa Today*. 2000;47(3(4)):pp 99-119.
107. Muturi N. Communication for HIV/AIDS prevention in Kenya: social-cultural considerations. *J Health Commun* 2005;10(1):77-98.
108. Kiragu K, Obwaka E, Odallo D, Van Hulzen C. Communicating about sex: adolescents and parents in Kenya. *AIDS STD Health Promot Exch* 1996(3):11-3.
109. Castle S. Knowledge, attitudes and behavior relating to HIV/AIDS in Selected villages of Kolondieba Cercle: A qualitative study to inform the development of HIV/AIDS prevention messages within the community schools. A Report submitted to School Health programme 2002.
110. Kim N, Stanton B, Li X, Dickersin K, Galbraith J. Effectiveness of the 40 adolescent AIDS-risk reduction interventions: a quantitative review. *J Adolesc Health* 1997;20(3):204-15.
111. Aggleton P, O'Reilly K, Slutkin G, Davies P. Risking everything? Risk behavior, behavior change, and AIDS. *Science* 1994;265(5170):341-5.
112. Meekers D, Agha S, Klein M. The impact on condom use of the "100% Jeune" social marketing program in Cameroon. *J Adolesc Health* 2005;36(6):530.
113. Stanton BF, Fitzgerald AM, Li X, Shipena H, Ricardo IB, Galbraith JS, et al. HIV risk behaviors, intentions, and perceptions among Namibian youth as assessed by a theory-based questionnaire. *AIDS Educ Prev* 1999;11(2):132-49.
114. James S, Reddy PS, Ruiters RA, Taylor M, Jinabhai CC, Van Empelen P, et al. The effects of a systematically developed photo-novella on knowledge, attitudes, communication and behavioural intentions with respect to sexually transmitted infections among secondary school learners in South Africa. *Health Promot Int* 2005;20(2):157-65.
115. Simbayi LC, Kalichman SC, Skinner D, Jooste S, Cain D, Cherry C, et al. Theory-based HIV risk reduction counseling for sexually transmitted infection clinic patients in Cape Town, South Africa. *Sex Transm Dis* 2004;31(12):727-33.
116. Heidleberg LS, G. Ajzen, I. From intention to actions: A theory of planned behavior. *Action-Control: from cognition to behavior* 1988;In J Khul and Beckmann (eds):11-39.

117. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes* 1991;50:1779-211.
118. Bandura S. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall 1977.
119. Becker M. The health belief model and sick role behavior. *Health Education Monographs*;s:409-419.
120. Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: a decade later. *Health Educ Q* 1984;11(1):1-47.
121. Triandis H. *Interpersonal behaviour*. 1977.
122. Smith SM, Mefford M, Sodora D, Klase Z, Singh M, Alexander N, et al. Topical estrogen protects against SIV vaginal transmission without evidence of systemic effect. *Aids* 2004;18(12):1637-43.
123. Sewankambo N, Gray RH, Wawer MJ, Paxton L, McNaim D, Wabwire-Mangen F, et al. HIV-1 infection associated with abnormal vaginal flora morphology and bacterial vaginosis. *Lancet* 1997;350(9077):546-50.
124. Lucke JC. Gender Roles and Sexual Behavior among Young Women. *Sex Roles: A Journal of Research*. 1998;39(3-4):273-285.
125. Stockard J, Johnson. MM. *Sex and gender in society*. 1992(2nd edition):337 p.
126. Aniekwu NI. Gender and human rights dimensions of HIV/AIDS in Nigeria. *Afr J Reprod Health* 2002;6(3):30-7.
127. Machel JZ. Unsafe sexual behaviour among schoolgirls in Mozambique: a matter of gender and class. *Reprod Health Matters* 2001;9(17):82-90.
128. Karim AM, Magnani RJ, Morgan GT, Bond KC. Reproductive health risk and protective factors among unmarried youth in Ghana. *Int Fam Plan Perspect* 2003;29(1):14-24.
129. Smith MK. Gender, Poverty, ans Intergenerational vulnerability to HIV/AIDS. *Gender and Development* 2002;10(3):63-70.
130. Jewkes R. Violence against women: an emerging health problem. *Int Clin Psychopharmacol* 2000;15 Suppl 3:S37-45.

131. Jewkes R, Martin L, Penn-Kekana L. The virgin cleansing myth: cases of child rape are not exotic. *Lancet* 2002;359(9307):711.
132. Dunkle KL, Jewkes RK, Brown HC, Gray GE, McIntyre JA, Harlow SD. Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *Lancet* 2004;363(9419):1415-21.
133. Wood K, Jewkes R. Violence, rape, and sexual coercion: everyday love in a South African township. *Gend Dev* 1997;5(2):41-6.
134. Martin SL, Curtis S. Gender-based violence and HIV/AIDS: recognising links and acting on evidence. *Lancet* 2004;363(9419):1410-1.
135. Maman S, Mbwambo JK, Hogan NM, Kilonzo GP, Campbell JC, Weiss E, et al. HIV-positive women report more lifetime partner violence: findings from a voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania. *Am J Public Health* 2002;92(8):1331-7.
136. Dunkle KL, Jewkes RK, Brown HC, Gray GE, McIntyre JA, Harlow SD. Transactional sex among women in Soweto, South Africa: prevalence, risk factors and association with HIV infection. *Soc Sci Med* 2004;59(8):1581-92.
137. Kalichman SC, Simbayi LC. Sexual assault history and risks for sexually transmitted infections among women in an African township in Cape Town, South Africa. *AIDS Care* 2004;16(6):681-9.
138. Erulkar AS. The experience of sexual coercion among young people in Kenya. *Int Fam Plan Perspect* 2004;30(4):182-9.
139. Koenig MA, Zablotska I, Lutalo T, Nalugoda F, Wagman J, Gray R. Coerced first intercourse and reproductive health among adolescent women in Rakai, Uganda. *Int Fam Plan Perspect* 2004;30(4):156-63.
140. Kalichman SC, Simbayi LC, Jooste S, Cherry C, Cain D. Poverty-related stressors and HIV/AIDS transmission risks in two South African communities. *J Urban Health* 2005;82(2):237-49.
141. Kalichman SC, Simbayi LC, Kagee A, Toefy Y, Jooste S, Cain D, et al. Associations of poverty, substance use, and HIV transmission risk behaviors in three South African communities. *Soc Sci Med* 2005.

142. Nyindo M. Complementary factors contributing to the rapid spread of HIV-I in sub-Saharan Africa: a review. *East Afr Med J* 2005;82(1):40-6.
143. Green KR. Haiti--the intersection of race, poverty and HIV. A doctor describes the impact of an epidemic on his homeland. *Posit Aware* 2005;16(5):39.
144. Vuarin R. Le chapeau utile n'est pas dans le vestibule. *Vivre et penser le sida en Afrique* 1999(25):233-452.
145. Booyesen Fle R, Summerton J. Poverty, risky sexual behaviour, and vulnerability to HIV infection: evidence from South Africa. *J Health Popul Nutr* 2002;20(4):285-8.
146. Wojcicki JM. Socioeconomic status as a risk factor for HIV infection in women in East, Central and Southern Africa: a systematic review. *J Biosoc Sci* 2005;37(1):1-36.
147. Ackermann L, De Klerk GW. Social Factors That Make South African Women Vulnerable to HIV Infection. *Health Care for Women International* 2002;23(2):163-172.
148. Jewkes RK, Levin JB, Penn-Kekana LA. Gender inequalities, intimate partner violence and HIV preventive practices: findings of a South African cross-sectional study. *Soc Sci Med* 2003;56(1):125-34.
149. Jewkes R, Vundule C, Maforah F, Jordaan E. Relationship dynamics and teenage pregnancy in South Africa. *Soc Sci Med* 2001;52(5):733-44.
150. Longfield K, Glick A, Waithaka M, Berman J. Relationships between older men and younger women: implications for STIs/HIV in Kenya. *Stud Fam Plann* 2004;35(2):125-34.
151. Gilbert L, Walker L. Treading the path of least resistance: HIV/AIDS and social inequalities a South African case study. *Soc Sci Med* 2002;54(7):1093-110.
152. Silberschmidt M, Rasch V. Adolescent girls, illegal abortions and "sugar-daddies" in Dar es Salaam: vulnerable victims and active social agents. *Soc Sci Med* 2001;52(12):1815-26.
153. Konaté MK, Djènèpo F, Mouhamadou. G. Étude de l'entrée des jeunes filles dans l'offre de services sexuels à Bamako, Ségou et Sikasso au Mali. *Rapport de recherche* 2005.

154. SIDA-3 LC. Trajectoire des jeunes filles exploitées sexuellement en Afrique de l'Ouest. Volet 5000 "Genre et développement". 2005:1-32.
155. Neaigus A. The network approach and interventions to prevent HIV among injection drug users. *Public Health Rep* 1998;113 Suppl 1:140-50.
156. Berkman L, Glass TA. Social Integration, social networks, social support and health. *Social Epidemiology*, In LF Berkman & I. Kawachi. Oxford University press. 1999.
157. Dembele B. Santé de la reproduction des adolescentes: Qu'est ce qui détermine l'initiation sexuelle prémaritale des filles au Burkina Faso? 2002:1-23.
158. Wilson D, McMaster J, Armstrong M, Magunje N, Chimhina T. Intergenerational communication within the family: Implications for developing STD/HIV prevention strategies for adolescents in Zimbabwe. *Women and AIDS Research Program Research Report* 1994;No.13:p.89.
159. Wilson D, Lavelle S, Greenspan R, Wilson C. Psychological predictors of HIV-preventive behavior among Zimbabwean students. *J Soc Psychol* 1991;131(2):293-5.
160. Rwenge M. Sexual risk behaviours among young people in Bamenda, Cameroon. *International Family Planning Perspectives* 2003;26(3):112-123.
161. Talnan E, Anoh A, Zanou B. Inégalités sociales et comportements sexuels à risque chez les jeunes adolescents en milieu urbain ivoirien. *African Population Studies* 2004;19(No. 2, supp B):61-80.
162. Meekers D, Klein M. Determinants of condom use among young people in urban Cameroon. *Stud Fam Plann* 2002;33(4):335-46.
163. Betts SC, Peterson DJ, Huebner AJ. Zimbabwean adolescents' condom use: what makes a difference? Implications for intervention. *J Adolesc Health* 2003;33(3):165-71.
164. Babalola S, Tambashe BO, Vondrasek C. Parental factors and sexual risk-taking among young people in Cote d'Ivoire. *Afr J Reprod Health* 2005;9(1):49-65.
165. Tinsley BJ, Lees NB, Sumartojo E. Child and adolescent HIV risk: familial and cultural perspectives. *J Fam Psychol* 2004;18(1):208-24.

166. Wilson HW, Donenberg G. Quality of parent communication about sex and its relationship to risky sexual behavior among youth in psychiatric care: a pilot study. *J Child Psychol Psychiatry* 2004;45(2):387-95.
167. Hutchinson MK, Jemmott JB, 3rd, Jemmott LS, Braverman P, Fong GT. The role of mother-daughter sexual risk communication in reducing sexual risk behaviors among urban adolescent females: a prospective study. *J Adolesc Health* 2003;33(2):98-107.
168. Kekovole J, Kiragu K, Muruli L, Josiah P. Reproductive health communication in Kenya: Results of a national information, communication, and education situation survey. 1997(Field Report No. 9):p.72.
169. Hughes J, McCauley AP. Improving the fit: adolescents' needs and future programs for sexual and reproductive health in developing countries. *Stud Fam Plann* 1998;29(2):233-45.
170. Mnyika KS, Klepp KI, Kvale G, Ole-Kingori N. Determinants of high-risk sexual behaviour and condom use among adults in the Arusha region, Tanzania. *Int J STD AIDS* 1997;8(3):176-83.
171. Adu-Mireku S. Family communication about HIV/AIDS and sexual behaviour among senior secondary school students in Accra, Ghana. *Afr Health Sci* 2003;3(1):7-14.
172. Wolf RC, Pulerwitz J. The influence of peer versus adult communication on AIDS-protective behaviors among Ghanaian youth. *J Health Commun* 2003;8(5):463-74.
173. Kinsman J, Nyanzi S, Pool R. Socializing influences and the value of sex: the experience of adolescent school girls in rural Masaka, Uganda. *Cult Health Sex* 2000;2(2):151-66.
174. Magnani RJ, Karim AM, Weiss LA, Bond KC, Lemba M, Morgan GT. Reproductive health risk and protective factors among youth in Lusaka, Zambia. *J Adolesc Health* 2002;30(1):76-86.
175. Bosompra K. Determinants of condom use intentions of university students in Ghana: an application of the theory of reasoned action. *Soc Sci Med* 2001;52(7):1057-69.

176. Bruhin E. Power communication and condom use: patterns of HIV-relevant sexual risk management in heterosexual relationships. *AIDS Care* 2003;15(3):389-401.
177. Troth A, Peterson CC. Factors predicting safe-sex talk and condom use in early sexual relationships. *Health Commun* 2000;12(2):195-218.
178. Pettifor AE, Measham DM, Rees HV, Padian NS. Sexual Power and HIV risk, South Africa. *Emerg Infect Dis.* 2004;10(11):1996-2004.
179. Ankomah A. Condom use in sexual exchange relationships among young single adults in Ghana. *AIDS Educ Prev* 1998;10(4):303-16.
180. Zellner SL. Condom use and the accuracy of AIDS knowledge in Cote d'Ivoire. *Int Fam Plan Perspect* 2003;29(1):41-7.
181. Adetunji J, Meekers D. Consistency in condom use in the context of HIV/AIDS in Zimbabwe. *J Biosoc Sci* 2001;33(1):121-38.
182. Bandura A. Social cognitive theory in cultural context. *Applied Psychology:An international review* 2002;51(2):269-290.
183. James S, Reddy SP, Taylor M, Jinabhai CC. Young people, HIV/AIDS/STIs and sexuality in South Africa: the gap between awareness and behaviour. *Acta Paediatr* 2004;93(2):264-9.
184. Bongaarts J. The KAP-GAP and the unmet need for contraception. New York: Population Council Research Division Working Paper 1991;N23.
185. Fitzgerald AM, Stanton BF, Terreri N, Shipena H, Li X, Kahihuata J, et al. Use of Western-based HIV risk-reduction interventions targeting adolescents in an African setting. *J Adolesc Health* 1999;25(1):52-61.
186. Stanton B, Black M, Feigelman S, Ricardo I, Galbraith J, Li X, et al. Development of a culturally, theoretically and developmentally based survey instrument for assessing risk behaviors among African-American early adolescents living in urban low-income neighborhoods. *AIDS Educ Prev* 1995;7(2):160-77.
187. Adih WK, Alexander CS. Determinants of condom use to prevent HIV infection among youth in Ghana. *J Adolesc Health* 1999;24(1):63-72.

188. Hounton SH, Carabin H, Henderson NJ. Towards an understanding of barriers to condom use in rural Benin using the Health Belief Model: a cross sectional survey. *BMC Public Health* 2005;5(1):8.
189. Mashegoane S, Moalusi KP, Peltzer K, Ngoepe MA. The prediction of condom use intention among South African university students. *Psychol Rep* 2004;95(2):407-17.
190. Volk JE, Koopman C. Factors associated with condom use in Kenya: a test of the health belief model. *AIDS Educ Prev* 2001;13(6):495-508.
191. Peltzer K, Oladimeji Y. Some factors in condom use amongst first-year Nigerian University students and black and white South Africans. *Psychol Rep* 2004;94(2):583-6.
192. Peltzer K. Factors affecting condom use among South African university students. *East Afr Med J* 2000;77(1):46-52.
193. Krishnan V. HIV/AIDS risk behaviours of young females in Botswana. *Women's Health and Urban Life: An International and Interdisciplinary Journal* 2004;Vol. 3(Issue 2):p 6-13.
194. Akwara PA, Madise NJ, Hinde A. Perception of risk of HIV/AIDS and sexual behaviour in Kenya. *J Biosoc Sci* 2003;35(3):385-411.
195. Klepp KI, Ndeki SS, Thuen F, Leshabari M, Seha AM. Predictors of intention to be sexually active among Tanzanian school children. *East Afr Med J* 1996;73(4):218-24.
196. Bandawe CR, Foster D. AIDS-related beliefs, attitudes and intentions among Malawian students in three secondary schools. *AIDS Care* 1996;8(2):223-32.
197. Taffa N, Klepp KI, Sundby J, Bjune G. Psychosocial determinants of sexual activity and condom use intention among youth in Addis Ababa, Ethiopia. *Int J STD AIDS* 2002;13(10):714-9.
198. Pettifor AE, Rees HV, Kleinschmidt I, Steffenson AE, MacPhail C, Hlongwa-Madikizela L, et al. Young people's sexual health in South Africa: HIV prevalence and sexual behaviors from a nationally representative household survey. *Aids* 2005;19(14):1525-34.

199. Meekers D, Klein M. Understanding gender differences in condom use self-efficacy among youth in urban Cameroon. *AIDS Educ Prev* 2002;14(1):62-72.
200. Lagarde E, Pison G, Enel C. Knowledge, attitudes and perception of AIDS in rural Senegal: relationship to sexual behaviour and behaviour change. *Aids* 1996;10(3):327-34.
201. Ghys PD, Diallo MO, Ettiegne-Traore V, Kale K, Tawil O, Carael M, et al. Increase in condom use and decline in HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Abidjan, Cote d'Ivoire, 1991-1998. *AIDS* 2002;16(2):251-8.
202. Gielen AC, Faden RR, O'Campo P, Kass N, Anderson J. Women's protective sexual behaviors: a test of the health belief model. *AIDS Educ Prev* 1994;6(1):1-11.
203. Sunmola AM. Evaluating the sexual behaviour, barriers to condom use and its actual use by university students in Nigeria. *AIDS Care* 2005;17(4):457-65.
204. Lagarde E, Carael M, Glynn JR, Kanhonou L, Abega SC, Kahindo M, et al. Educational level is associated with condom use within non-spousal partnerships in four cities of sub-Saharan Africa. *Aids* 2001;15(11):1399-408.
205. Gray B, Morgan GT, Shirer R. Condom use and partner characteristics among young adult males in urban Ghana, aged 15-24. *Soc Biol* 2001;48(3-4):234-55.
206. Peltzer K. Factors affecting behaviors that address HIV risk among senior secondary school pupils in South Africa. *Psychol Rep* 2001;89(1):51-6.
207. Lahai-Momoh JC, Ross MW. HIV/AIDS prevention-related social skills and knowledge among adolescents in Sierra Leone, West Africa. *Afr J Reprod Health* 1997;1(1):37-44.
208. Lydie N, Robinson NJ, Ferry B, Akam E, De Loenzien M, Abega S. Mobility, sexual behavior, and HIV infection in an urban population in Cameroon. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004;35(1):67-74.
209. Bocquier P, Diarra T. Population et société du Mali. Collection Étude Africaine 1999:204.
210. JSI/PDY. Étude sur l'écoute radiophonique chez les jeunes et leurs connaissances, attitudes et pratiques en santé de la reproduction: rapport d'analyse. 2001.

211. Van der Maren J-M. *Méthodes de Recherche pour l'Éducation*. Les Presses de l'Université de Montréal, De Boek Univesité 1996.
212. Brafford LJ, Beck KH. Development and validation of a condom self-efficacy scale for college students. *J Am Coll Health* 1991;39(5):219-25.
213. Hanna KM. An adolescent and young adult condom self-efficacy scale. *J Pediatr Nurs* 1999;14(1):59-66.
214. Cecil H, Pinkerton SD. Reliability and validity of a self-efficacy instrument for protective sexual behaviors. *J Am Coll Health* 1998;47(3):113-21.
215. Tabachnick B, Fidell L. *Using multivariate statistics*. Boston, MA 2001(4th edition).
216. Renton AM, Whitaker L, Riddlesdell M. Heterosexual HIV transmission and STD prevalence: predictions of a theoretical model. *Sex Transm Infect* 1998;74(5):339-44.
217. UNAIDS. *Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Guidelines on the construction of core indicators*. 2005(United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS):107 p.
218. Buve A, Bishikwabo-Nsarhaza K, Mutangadura G. The spread and effect of HIV-1 infection in sub-Saharan Africa. *Lancet* 2002;359(9322):2011-7.
219. Quinn TC, Overbaugh J. HIV/AIDS in women: an expanding epidemic. *Science* 2005;308(5728):1582-3.
220. Langen TT. Gender power imbalance on women's capacity to negotiate self-protection against HIV/AIDS in Botswana and South Africa. *Afr Health Sci* 2005;5(3):188-97.
221. Gysels M, Pool R, Nnalusiba B. Women who sell sex in a Ugandan trading town: life histories, survival strategies and risk. *Soc Sci Med* 2002;54(2):179-92.
222. Harrison A, O'Sullivan LF, Hoffman S, Dolezal C, Morrell R. Gender role and relationship norms among young adults in South Africa: measuring the context of masculinity and HIV risk. *J Urban Health* 2006;83(4):709-22.
223. Rotheram-Borus MJ. Expanding the range of interventions to reduce HIV among adolescents. *Aids* 2000;14 Suppl 1:S33-40.
224. Turmen T. Gender and HIV/AIDS. *Int J Gynaecol Obstet* 2003;82(3):411-8.

225. Leigh Pigg S, Adams V. Globalizing the facts of life. Sex in development: science sexuality and morality in global perspective 2005:pp139-65.
226. Peltzer K. Factors affecting condom use among senior secondary school pupils in South Africa. *Cent Afr J Med* 2000;46(11):302-8.
227. Hawken MP, Melis RD, Ngombo DT, Mandaliya KN, Ng'ang'a LW, Price J, et al. Opportunity for prevention of HIV and sexually transmitted infections in Kenyan youth: results of a population-based survey. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002;31(5):529-35.
228. Simbayi LC, Kalichman SC, Jooste S, Cherry C, Mfecane S, Cain D. Risk factors for HIV-AIDS among youth in Cape Town, South Africa. *AIDS Behav* 2005;9(1):53-61.
229. Meekers D, Klein M, Foyet L. Patterns of HIV risk behavior and condom use among youth in Yaounde and Douala, Cameroon. *AIDS Behav* 2003;7(4):413-20.
230. Chege J. Interventions linking gender relations and violence with reproductive health and HIV: rationale, effectiveness and gaps. *Gender Culture and Rights* 2005(Agenda Special Focus).
231. Hofmann E, Marius-Gnanou K. L'intégration de la dimension genre dans une intervention de développement: mythe ou réalité? *Journée d'études "Genre, inégalités et territoires"* 2002:1-25.
232. Gueye M, Castle S, Konaté MK. Moment des premiers rapports sexuels des adolescents du Mali et implications pour la pratique contraceptive. *Perspectives internationales sur le planning familial* 2001(numéro spécial de 2001):2-9.
233. Campbell C, MacPhail C. Peer education, gender and the development of critical consciousness: participatory HIV prevention by South African youth. *Soc Sci Med* 2002;55(2):331-45.
234. Mitchell CS, Ann. Changing the picture: youth, gender and HIV/AIDS prevention campaigns in South Africa. *Canadian Woman Studies*. 2001;21(2):56-61.
235. UNAIDS. Gender and HIV: taking stock of research and programmes. 1999(Best Practice Collection):40 p.
236. Kaye DK. Gender inequality and domestic violence: implications for human immunodeficiency virus (HIV) prevention. *Afr Health Sci* 2004;4(1):67-70.

237. Ostlin P, Sen G, George A. Paying attention to gender and poverty in health research: content and process issues. *Bull World Health Organ* 2004;82(10):740-5.
238. Farmer PE. *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*. 2001(1 edition):419 p.
239. Yach D. The use and value of qualitative methods in health research in developing countries. *Soc Sci Med* 1992;35(4):603-12.
240. Temple B. Crossed wires: interpreters, translators, and bilingual workers in cross-language research. *Qual Health Res* 2002;12(6):844-54.
241. Pitchforth E, van Teijlingen E. International public health research involving interpreters: a case study from Bangladesh. *BMC Public Health* 2005;5(1):71-77.
242. St Lawrence JS, Chapdelaine AP, Devieux JG, O'Bannon RE, 3rd, Brasfield TL, Eldridge GD. Measuring perceived barriers to condom use: psychometric evaluation of the Condom Barriers Scale. *Assessment* 1999;6(4):391-404.
243. Sunmola AM. Developing a scale for measuring the barriers to condom use in Nigeria. *Bull World Health Organ* 2001;79(10):926-32.
244. Marin BV, Tschann JM, Gomez CA, Gregorich S. Self-efficacy to use condoms in unmarried Latino adults. *Am J Community Psychol* 1998;26(1):53-71.
245. Barkley TW, Jr., Burns JL. Factor analysis of the Condom Use Self-Efficacy Scale among multicultural college students. *Health Educ Res* 2000;15(4):485-9.
246. Smith KW, McGraw SA, Costa LA, McKinlay JB. A self-efficacy scale for HIV risk behaviors: development and evaluation. *AIDS Educ Prev* 1996;8(2):97-105.
247. Basen-Engquist K, Masse LC, Coyle K, Kirby D, Parcel GS, Banspach S, et al. Validity of scales measuring the psychosocial determinants of HIV/STD-related risk behavior in adolescents. *Health Educ Res* 1999;14(1):25-38.
248. Pulerwitz J, Amaro H, De Jong W, Gortmaker SL, Rudd R. Relationship power, condom use and HIV risk among women in the USA. *AIDS Care* 2002;14(6):789-800.
249. Sherman SG, Celentano DA, McGrath JW, Chard SE, Gangakhedkar RR, Joglekar N, et al. The reliability and validity of the Modified Condom Outcome

- Expectancy Scale (MCOES) among an international sample of HIV-negative partners of people living with HIV/AIDS. *AIDS Care* 2003;15(3):359-66.
250. Dare OO, Cleland JG. Reliability and validity of survey data on sexual behaviour. *Health Transit Rev* 1994;4 Suppl:93-110.
251. Nunkoosing K. The problems with interviews. *Qual Health Res* 2005;15(5):698-706.
252. Curtis SL, Sutherland EG. Measuring sexual behaviour in the era of HIV/AIDS: the experience of Demographic and Health Surveys and similar enquiries. *Sex Transm Infect* 2004;80 Suppl 2:ii22-7.
253. Nnko S, Boerma JT, Urassa M, Mwaluko G, Zaba B. Secretive females or swaggering males? An assessment of the quality of sexual partnership reporting in rural Tanzania. *Soc Sci Med* 2004;59(2):299-310.
254. Plummer ML, Ross DA, Wight D, Changalucha J, Mshana G, Wamoyi J, et al. "A bit more truthful": the validity of adolescent sexual behaviour data collected in rural northern Tanzania using five methods. *Sex Transm Infect* 2004;80 Suppl 2:ii49-56.
255. Plummer ML, Wight D, Ross DA, Balira R, Anemona A, Todd J, et al. Asking semi-literate adolescents about sexual behaviour: the validity of assisted self-completion questionnaire (ASCQ) data in rural Tanzania. *Trop Med Int Health* 2004;9(6):737-54.
256. Meekers D. The role of social marketing in sexually transmitted diseases/HIV protection in 4600 sexual contacts in urban Zimbabwe. *Aids* 2001;15(2):285-7.
257. Wasserman S, Faust K. Social network analysis. Methods and applications. 1994.
258. Aral SO, Padian NS, Holmes KK. Advances in multilevel approaches to understanding the epidemiology and prevention of sexually transmitted infections and HIV: an overview. *J Infect Dis* 2005;191 Suppl 1:S1-6.
259. Schlesselman J. Case-Control Studies. Design, Conduct, Analysis. 1982(Monographs in Epidemiology and Biostatistics):354 p.

260. Potts M, Anderson R, Boily MC. Slowing the spread of human immunodeficiency virus in developing countries. *Lancet* 1991;338(8767):608-13.
261. Grown C, Gupta GR, Pande R. Taking action to improve women's health through gender equality and women's empowerment. *Lancet* 2005;365(9458):541-3.

7. Annexes

7.1. Lexique

Attitude: Concept clé en psychologie. Prédilection positive, négative (ou ambivalente) concernant un comportement (une personne ou un évènement). Les attitudes sont déterminées par un processus d'évaluation des conséquences d'un comportement et de la désirabilité de ces conséquences. Formellement, les attitudes peuvent être mesurées par la somme des conséquences individuelles et la désirabilité de toutes les conséquences estimées d'un comportement.

Auto efficacité (*self-efficacy*): Théorie sociocognitive d'Albert Bandura qui stipule que la perception qu'un individu a de sa capacité d'exécuter correctement un comportement (visant un objectif spécifique) est central dans la décision de passer à l'acte. Au-delà des connaissances/croyances avec lesquelles les individus évaluent leur contrôle sur leurs propres comportements et leur environnement, l'auto efficacité est le facteur qui influence le plus l'action humaine. L'auto efficacité est construite à partir de quatre notions cruciales : l'expérience personnelle, l'expérience des pairs, la persuasion sociale, les facteurs physiologiques et émotionnels. À ne pas confondre avec la notion d'estime de soi qui représente la perception de la valeur de soi (plutôt que son efficacité à atteindre un objectif).

Construction sociale: Invention d'une culture spécifique ou société qui est fondée sur les croyances des gens. Certains exemples évidents de constructions sociales sont : le langage, l'argent, les gouvernements, les institutions. D'autres exemples plus discutables sont : la race, le genre, la religion, la sexualité, la moralité, la réalité.

Constructivisme: Théorie sociale du savoir développé par Peter L. Berger et Thomas Luckmann (*The Social Construction of Reality*, 1966). Le constructivisme vise à comprendre comment les individus ou les communautés participent à la création de la réalité. Comme approche, le constructivisme regarde comment les phénomènes sociaux sont créés, institutionnalisés et transformés en traditions. Le constructivisme social est un processus dynamique qui est maintenu par les

interactions sociales ; la réalité est reconstruite par les interprétations et connaissances des individus d'un groupe social.

Estime de soi: En psychologie, l'estime de soi (valeur de soi perçue) est l'évaluation subjective de soi-même comme intrinsèquement positive ou négative

Genre: Faire référence aux différences socialement construites qui existent entre les femmes et les hommes (à l'opposition des distinctions définies par le sexe biologique)

Intention (d'adopter un comportement): Prédilection à passer à l'acte en vue d'atteindre un objectif spécifique

Normes sociales: En sociologie, une norme ou norme sociale est une règle qui est renforcée socialement. La sanction sociale est ce qui distingue les normes des autres constructions sociales telles les croyances et les valeurs. Les normes peuvent avoir ou ne pas avoir un fondement rationnel. Les normes influencent les comportements humains.

Normes subjectives: Perception individuelle de l'opinion qu'ont les gens qui sont importants (personnes références) pour l'individu d'un comportement. La contribution de l'opinion des personnes références est influencée par la motivation qu'un individu a à se soumettre au désir de ceux-ci. Formellement les normes subjectives peuvent être mesurées par la somme de la perception individuelle de l'opinion de toutes les personnes références et de la motivation à agir en fonction des opinions de toutes ces personnes références.

Rôle de genre : Attentes différentielles par rapport aux comportements et aux caractéristiques tempéramentales associées aux stéréotypes féminins et masculins. Le rôle de genre est un concept imparfait et changeant qui fait référence aux

différences entre les femmes et les hommes qui sont reconnues socialement et définies selon les normes sociales.

Sexualité : Les pratiques sexuelles ainsi que l'ensemble des croyances et des valeurs attribuées au sexe tel qu'il est socialement construit.

Théorie de l'Action Raisonnée : Cette théorie sociocognitive stipule que le comportement individuel est dirigé par les **intentions** de faire une action. Les intentions sont elles-mêmes dirigées par les **attitudes** et les **normes subjectives** par rapport au comportement. Algébriquement la TAR peut-être représentée comme suit:

$$C \approx IC = p_1AC + p_2NS \quad \text{où :}$$

C est le comportement, IC est l'intention liée à ce comportement, AC est l'attitude liée au comportement, NS est la norme subjective, p_1 et p_2 sont les poids attribués à chacun de ces facteurs.

Théorie du Comportement Planifié (*Theory of planned behaviour*): Théorie sociocognitive proposée par Icek Ajzen qui est une extension de la **Théorie de l'Action Raisonnée**. Centrée sur le lien entre les attitudes et les comportements, cette théorie stipule que l'action humaine est guidée par trois types de considérations. 1) les croyances relatives aux conséquences d'un comportement et l'évaluation de ces conséquences qui se traduisent en **attitudes** positives ou négatives par rapport au comportement, 2) les croyances relatives aux attentes normatives des autres et la motivation d'agir en fonction de ces attentes qui se traduisent en **normes subjectives** favorables en défavorables vis-à-vis le comportement, 3) la croyance relative aux facteurs qui peuvent faciliter ou empêcher la performance du comportement et la perception de l'importance de ces facteurs qui se traduit par le **contrôle comportemental perçu**. En combinaison, ces trois facteurs mènent à la formation des intentions de passer ou non à l'acte. Les intentions sont présumées être directement reliées aux comportements (Ajzen, I.

(1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.)

Théorie des Croyances Relatives à la Santé: Théorie psychosociale originalement développée par Hachbaum, Rosenstock et Kegels pour prédire les comportements relatifs à la santé. Les notions centrales du modèle sont les attitudes et les croyances individuelles. La théorie se base sur les prémices que les individus vont adopter un comportement relatif à leur santé s'ils jugent qu'une condition défavorable (maladie, accident) peut être prévenue, que le comportement est efficace pour prévenir la condition défavorable, et s'ils croient avoir la capacité d'exécuter le comportement préventif. Les quatre construits du modèle sont: **la susceptibilité perçue, la sévérité perçue, les avantages perçus, les barrières perçues**. Le construit d'**auto efficacité** a été ajouté au modèle en 1998 par Rosenstock afin de parfaire sa capacité de prédire les comportements.

7.2. Questionnaire

**QUESTIONNAIRE POUR L'ENQUÊTE SUR LES
 DÉTERMINANTS DES COMPORTEMENTS
 SEXUELS À RISQUE CHEZ LES JEUNES DE
 BAMAKO (Version III)**

IDENTITÉ DU RÉPONDANT : |-----

-----|

SEXE Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/>	QUARTIER DE RECRUTEMENT <table border="1"> <tr><td colspan="2">COMMUNE II</td></tr> <tr><td>Bagadaji</td><td>Missira</td></tr> <tr><td>Médina Koura</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">COMMUNE III</td></tr> <tr><td>Ouolofobougou</td><td>Samé</td></tr> <tr><td colspan="2">COMMUNE IV</td></tr> <tr><td>Djikoroni</td><td>Lafiabougou</td></tr> <tr><td>Hamdallaye</td><td>Sébéninkoro</td></tr> <tr><td colspan="2">COMMUNE V</td></tr> <tr><td>Badalabougou</td><td>Sabalibougou</td></tr> <tr><td>BakoDjikoroni</td><td>Torokorobougou</td></tr> <tr><td colspan="2">COMMUNE VI</td></tr> <tr><td>Dianéguéla</td><td>Niamakoro</td></tr> <tr><td>Missabougou</td><td>Sokorodji</td></tr> </table>	COMMUNE II		Bagadaji	Missira	Médina Koura		COMMUNE III		Ouolofobougou	Samé	COMMUNE IV		Djikoroni	Lafiabougou	Hamdallaye	Sébéninkoro	COMMUNE V		Badalabougou	Sabalibougou	BakoDjikoroni	Torokorobougou	COMMUNE VI		Dianéguéla	Niamakoro	Missabougou	Sokorodji	LIEU DE RECRUTEMENT <table border="1"> <tr><td>Lieu de recrutement</td><td></td></tr> <tr><td>Base Militaire</td><td></td></tr> <tr><td>Centre de santé Communautaire</td><td></td></tr> <tr><td>École fondamentale</td><td></td></tr> <tr><td>École Secondaire</td><td></td></tr> <tr><td>Gares routières</td><td></td></tr> <tr><td>Garage et réparation</td><td></td></tr> <tr><td>Dans la rue</td><td></td></tr> <tr><td>Grin</td><td></td></tr> <tr><td>Maquis, boîte de nuit</td><td></td></tr> <tr><td>Foyer familial</td><td></td></tr> <tr><td>Autre</td><td></td></tr> </table>	Lieu de recrutement		Base Militaire		Centre de santé Communautaire		École fondamentale		École Secondaire		Gares routières		Garage et réparation		Dans la rue		Grin		Maquis, boîte de nuit		Foyer familial		Autre	
		COMMUNE II																																																				
Bagadaji	Missira																																																					
Médina Koura																																																						
COMMUNE III																																																						
Ouolofobougou	Samé																																																					
COMMUNE IV																																																						
Djikoroni	Lafiabougou																																																					
Hamdallaye	Sébéninkoro																																																					
COMMUNE V																																																						
Badalabougou	Sabalibougou																																																					
BakoDjikoroni	Torokorobougou																																																					
COMMUNE VI																																																						
Dianéguéla	Niamakoro																																																					
Missabougou	Sokorodji																																																					
Lieu de recrutement																																																						
Base Militaire																																																						
Centre de santé Communautaire																																																						
École fondamentale																																																						
École Secondaire																																																						
Gares routières																																																						
Garage et réparation																																																						
Dans la rue																																																						
Grin																																																						
Maquis, boîte de nuit																																																						
Foyer familial																																																						
Autre																																																						
IDENTITÉ DE L'ENQUÊTEUR Signature : _____																																																						
DATE ____ / ____ / ____ Jour mois année																																																						
Heure de l'entrevue ____ à ____ début fin																																																						
IDENTITÉ DU SUPERVISEUR Signature _____																																																						

SECTION A : Connaissances sur le VIH, les IST et la santé sexuelle

Nous allons débiter l'entrevue en vous posant quelques questions concernant le VIH/SIDA et la santé sexuelle. Ce sont des questions de connaissance générale, si vous ne connaissez pas la réponse ce n'est pas grave, dites simplement que " vous ne savez pas"

*****Connaissances sur le VIH/SIDA*****		
1	Avez-vous déjà entendu parler du VIH/SIDA? Aw(é) délila ka kumaw me SIDA banakan wa?	Awo Ayi → Q24

	<i>SIDA bana bé sé ka é mine wa</i>		Ayi → Q 23
22	Pourquoi croyez vous que vous êtes à risque d'attraper le SIDA? <i>Mouna, é miiri la SIDA bana bé sé ka é mine?</i> <i>Ne pas lire</i> <i>Stimulus : Y a-t-il d'autres raisons?</i>		Je n'utilise pas (toujours) le condom J'ai plusieurs partenaires sexuels J'ai eu des transfusions sanguines J'ai eu des injections Mon partenaire a d'autres partenaires Autres (<i>précisez</i>) _____
*****Passez à la Q24*****			
23	Pourquoi croyez vous que vous n'êtes pas à risque d'attraper le SIDA? <i>Moun dé la, é yere bolo Sida bana té sé k'é mine?</i> <i>Ne pas lire</i> <i>Stimulus : Y a-t-il d'autres raisons?</i>		Je n'ai pas de relations sexuelles J'utilise des condoms J'ai des relations partenaire régulier Je n'ai pas eu de transfusion sanguine Je n'ai pas eu d'injections J'ai un nombre limité de partenaires J'ai confiance en mon partenaire Je n'y crois pas Autres (<i>précisez</i>) _____
*****Connaissances sur la reproduction et la planification familiale*****			
☺ ● ☹ ● Encore une fois, je vous lis des énoncés et vous me dites si c'est vrai ou faux ☺ ● ☹ ● ●			
24	Une fille peut tomber enceinte lors de son premier rapport sexuel <i>M'pokotikini bé sé ka kônô, sôrô a ka kafo gnôkon ya fôlô la</i>	<input type="checkbox"/>	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/> NSP
25	Une fille qui n'a jamais eu ses premières règles peut tomber enceinte <i>M'pokotikini mi ma déli ka lada yé, o bé sé ka kônô ta</i>	<input type="checkbox"/>	Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/> NSP
27	À quel moment une femme peut tomber enceinte le plus facilement? <i>Mouso ka téling ka kônô sôrô waati doumin?</i> <i>Lire les réponses une à une lentement</i>	<input type="checkbox"/>	<i>sôôni yani ladà ka na</i> (juste Avant) <input type="checkbox"/> <i>sôôni lada ban né kô</i> (juste après) <input type="checkbox"/> <i>lada kônô</i> (pendant) <input type="checkbox"/> <i>lada teme lén ni koun gnokon fila yé</i> <input type="checkbox"/> <i>lada moume kônô</i> (tout le long) <input type="checkbox"/> NSP
28	Pensez vous être à risque de tomber enceinte? **Femmes** <i>É yere bolo, e bé sé ka kônô ta wa</i> Pensez vous être à risque de mettre une femme enceinte? **Hommes** <i>É yere bolo, é bé sé ka kônô da wa?</i>	<input type="checkbox"/>	Awo <input type="checkbox"/> Ayi
29	Connaissez vous des méthode de planification familiale? <i>É bé bangue kôlôchi dabali (sira) dôw don wa?</i>	<input type="checkbox"/>	Awo <input type="checkbox"/> Ayi → Q 31
30	Si OUI, lesquelles <i>Awô, doumin ni doumin?</i> <i>Ne pas lire</i> <i>Stimulus : Y-en a-t-il d'autres?</i>	<input type="checkbox"/>	Condoms <i>manani</i> <input type="checkbox"/> Pilule <i>foura kisse ni</i> <input type="checkbox"/> Brin d'allumette <i>alméti kisse ni</i> <input type="checkbox"/> L'injection <i>sôkôli</i> <input type="checkbox"/> Le stérilet <i>danaya</i> <input type="checkbox"/> Les spermicides <i>kanka djini</i> <input type="checkbox"/> Le rythme (abstinence, retirer) <input type="checkbox"/> Traditionnel <input type="checkbox"/> Autre (<i>précisez</i>) _____ <input type="checkbox"/> NSP
*****Connaissances sur les IST*****			
31	Quelles sont les maladies qui se transmettent par voie sexuelle? <i>Bana doumin bé sôrô kafo gnôkon ya fe?</i> <i>Ne pas lire</i> <i>Stimulus : en connaissez vous d'autres?</i>	<input type="checkbox"/>	Gonococcie <i>soopissi</i> <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Lèpre <i>kouna</i> <input type="checkbox"/> Bilharziose <i>soukou ne bléni</i> <input type="checkbox"/> Chancre mou <i>dana</i> <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Syphilis <i>daa</i> <input type="checkbox"/> Hépatite B <i>sayi blén</i> <input type="checkbox"/> Vaginites <i>liminampo</i> <input type="checkbox"/> Autres (<i>précisez</i>) _____ <input type="checkbox"/> NSP
32	Quels sont les signes avertisseurs des IST	<input type="checkbox"/>	Aucune manifestation <input type="checkbox"/> Démangeaison génitale

	<i>Tamachi yin doumin bé dlan na bana ko fô? Ne pas lire Stimulus : Y a-t-il d'autres signes?</i>		Perte blanche au réveil Brûlure à la miction Plais organe génital		Douleur bas ventre Autres (<i>précisez</i>) _____ NSP
*****En ce qui concerne vos risques *****					
33	Pensez vous être à risque d'attraper une maladie transmise sexuellement? <i>E hakili la dogo yôrô la bana bé sé k'é mine?</i>				Awo Ayi

SECTION B : Comportements sexuels

Je vais vous poser des questions sur vos comportements, rappelez vous que ce que vous dites reste confidentiel et votre honnêteté est très importante

*****Début des relations sexuelles*****					
1	À quel âge avez-vous commencé à avoir des relations sexuelles complètes <i>Chi hake doumin na, é yé kafo gnôkon ya da mine</i>				_____ ans pas commencé → Q1 secC
2	La personne avec qui vous avez eu votre première relation sexuelle était-elle? <i>Ce mi yé é m'pokotiki ya ta, o tun yé é mun yé? Lire la liste</i>		Fiancé(e) Copain/copine Partenaire occasion Inconnu(e)		Membre de la famille Époux(se) Autres (<i>précisez</i>) _____
3	Cette personne était elle.....? <i>O tiki, tun be cokodi.....?</i> <i>Lire la liste</i>				Plus jeune <i>I dógôw</i> → Q4 Même âge <i>I flan wa</i> → Q6 Plus vieille <i>tari I kôrô</i> → Q5
4	Si cette personne était <i>plus jeune</i> , de combien d'années était-ce? <i>Ni I dógô ma gnôkon tun do, a tun bé san joli la?</i>				_____ ans _____ NSP
*****Passez à la Q6*****					
5	Si cette personne était <i>plus vieille</i> , de combien d'années était-ce? <i>Ni I kôrô ma gnôkon tun do, a tun bé san joli la?</i>				_____ ans _____ NSP
6	Combien de partenaires sexuels avez-vous eu depuis que vous avez commencé les relations sexuelles? <i>E jin na môkô joli fe, kabi I yé kuluchi bô damine?</i>				_____ partenaires _____ NSP
7	Avez-vous déjà eu une relation sexuelle alors que vous ne vouliez pas? <i>E deli la ka kuluchi boke, ka sôrô a ma diya i yé wa?</i>				Awo Ayi
*****Relations sexuelles dans les derniers 6 MOIS*****					
8	Dans les 6 derniers mois avez-vous eu des relations sexuelles? <i>E yé kafo gnokon ya ke, kalo 6 laman teme kônô wa?</i>				Awo Ayi → Q 15
9	Dans les 6 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu des relations sexuelles? <i>Kalo wôrô laban teme lèn kônô, É yé kafo gnôkon ya ke lahala ya doumin na? Lire la liste</i>				<i>fin kélén kalo kônô (≤1/m)</i> <i>fin 2-4 kalo kônô (2-4/m)</i> <i>fin 2 dógô koun kônô (2/s)</i> <i>fin 3 dógô koun kônô (≥3/s)</i>
10	Dans les 6 derniers mois combien de partenaires sexuels avez-vous eu? <i>Kalo wôorô laban teme lén kônô, É kafo la môkô joli fe?</i>				_____ partenaires
11	En ce moment, avez-vous un partenaire régulier ? <i>Kafo gnôkon kerin-kerin lén b'i la sissan wa?</i>				Awo Ayi → Q 13
12	Si oui, combien de partenaires réguliers avez-vous? <i>Ni O yé tchiéin yé, môkô joli dô?</i>				_____ partenaires
13	En ce moment avez-vous des partenaires occasionnels ? <i>Sissan, walôn b'i bolo wa?</i>				Awo Ayi → Q 15

14	Si OUI, combien de partenaires occasionnels avez-vous? <i>Ni O bé yén, walôn joli?</i>		_____ partenaires
*****Contraception pour les FILLES seulement ***** Pour les GARÇONS Passez à Q18			
15	Utilisez-vous une méthode de contraception? <i>É bé bangué kôlôchi lan w matarafa wa?</i>	<input type="checkbox"/>	Awo Ayi → Q 17
16	Quelles sont les méthodes de contraception que vous utilisez? <i>É bé bangué kôlôchi lan doumin matarafa? Ne pas lire Stimulus : Y en a-t-il d'autres?</i>	<input type="checkbox"/> Pilule <i>Pilili</i> <input type="checkbox"/> Stérilet <i>danaya</i> <input type="checkbox"/> Injectable <i>Pikiri</i> <input type="checkbox"/> Spermicide <i>Kankajini</i> <input type="checkbox"/> Condom <i>manani</i>	<input type="checkbox"/> Implant <i>almeti kisse ni</i> <input type="checkbox"/> Naturelles <i>Né te la wa ta, woro</i> <input type="checkbox"/> Traditionnelle (<i>précisez</i>) <i>tafo</i> _____ <input type="checkbox"/> Autres (<i>précisez</i>) _____ <input type="checkbox"/> NSP/sans réponse
*****Passez à la Q18*****			
17	Pourquoi n'utilisez vous pas de méthode de contraception? <i>Mun na é té bangué kôlôchi lanw matafara? Ne pas lire Stimulus : Y a-t-il d'autres raisons?</i>	<input type="checkbox"/> Manque d'info <input type="checkbox"/> Refus du partenaire <input type="checkbox"/> N'y croit pas <input type="checkbox"/> Pas de besoin <input type="checkbox"/> Coût élevé	<input type="checkbox"/> Ignore comment m'en procurer <input type="checkbox"/> Peur de la réaction des parents <input type="checkbox"/> Peur des effets secondaires <input type="checkbox"/> Autres (<i>précisez</i>) _____ <input type="checkbox"/> NSP/sans réponse
****Mesure de Prévention****			
18	Avez-vous déjà pris des mesures pour éviter d'attraper une IST ou le VIH/SIDA? <i>É déli la ka la kana ke min b'i kichi dlan na banaw ma wa tari SIDA ma?</i>	<input type="checkbox"/>	Awo Ayi → Q20
19	Si oui, lesquelles <i>Ni O deli la ka ke, Éyé doumin ke? Ne pas lire Stimulus : Y a-t-il autre chose?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Arrêter les rapports sexuels (abstinence) Utiliser les condoms Se limiter à un seul partenaire Réduire le nombre de partenaire Demander au partenaire d'être fidèle Autres (<i>précisez</i>) _____ NSP/sans réponse
*****Utilisation du condom avec partenaire régulier*****			
20	Lors du dernier rapport sexuel avec votre partenaire régulier avez-vous utilisé le condom? <i>E ka kafo gnôkon ya laban na, I kafo gnôkon kerin-kerin ne fe w, É yé manani matarafa wa?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Awo Ayi Pas de partenaire régulier → Q22
21	Quand vous avez des relations sexuelles avec votre/vos partenaires réguliers vous diriez que vous utilisez le condom....? <i>Ni ébé jin i kafo gnôkon kerin-kerin né fe, É b'a gnini ka manani matarafa wa?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Toujours <i>Touma be</i> + de la moitié du temps <i>Aka ca a la</i> La moitié du temps <i>Touma caaman</i> - de la moitié du temps <i>Touma dôw</i> Jamais <i>Abada</i>
*****Utilisation du condom avec partenaire(s) occasionnels*****			
22	Lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel avez-vous utilisé le condom? <i>Éka kafo gnôkon laban kônô, I ka bin sên ma môkô (walon) dô fe, É yé manani matarafa wa?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Awo Ayi Pas de partenaire occas → Q24
23	Quand vous avez des relations sexuelles avec votre/vos partenaires occasionnel vous diriez que vous utilisez le condom....? <i>Ni é bé jin walon w fe, é b'a la gnini ka manani matarafa wa?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Toujours <i>Touma be</i> + de la moitié du temps <i>Aka ca a la</i> La moitié du temps <i>Touma caaman</i> - de la moitié du temps <i>Touma dôw</i> Jamais <i>Abada</i>

****Barrières à l'utilisation du condom****			
24	Avez-vous eu des relations non protégées alors que vous vouliez utiliser le condom? <i>É déli la ka kafo gnôkon ya ke, ka sôro i ma manani matarafa wa a dun tun ka di yé ka ke?</i>	<input type="checkbox"/>	Awo Ayi → Q26
25	Quelle est la raison pour laquelle vous n'avez pas utilisé le condom? <i>Mun dé la i ma manani matarafa?</i> <i>Ne pas lire</i> <i>Stimuli : Y a-t-il d'autres raisons</i>	<input type="checkbox"/>	Mon partenaire ne voulait pas
		<input type="checkbox"/>	Pas de condom disponible
		<input type="checkbox"/>	Pas le temps
		<input type="checkbox"/>	Gêne (ou peur) de le proposer
		<input type="checkbox"/>	Autres (<i>précisez</i>) _____
		<input type="checkbox"/>	NSP
****Histoire sur la santé sexuelle****			
26	Dans le passé, avez-vous eu une IST? <i>Dlan na bana déli la ké mine wa?</i>	<input type="checkbox"/>	Awo
		<input type="checkbox"/>	Ayi → Q 29
		<input type="checkbox"/>	NSP/sans réponse → Q 29
28	Avez-vous fait quelque chose pour éviter d'infecter votre partenaire? <i>I yé walé ke min bé I kafo gnôkon kichi o bana ma wa?</i>	<input type="checkbox"/>	Awo
		<input type="checkbox"/>	Ayi
		<input type="checkbox"/>	Partenaire déjà infecté
29	Dans le passé, est-ce que vous ou votre partenaire avez eu une grossesse non désirée? <i>Waatî teme lèn, I yé kônô sôro ka sôro i sako te wa Tari i ka kônô da ka sônô I ma siki n'a yé?</i>	<input type="checkbox"/>	Awo
		<input type="checkbox"/>	Ayi → Q1 section C
		<input type="checkbox"/>	NSP/sans réponse → Q1section C
31	Dans le passé, est-ce que vous ou votre partenaire avez eu un avortement provoqué? <i>Waatî teme lènw kônô é ni i kafo gnôkon yé kônô tchiyin wa?</i>	<input type="checkbox"/>	Awo
		<input type="checkbox"/>	Ayi
		<input type="checkbox"/>	NSP/sans réponse

SECTION C : La Communication avec les ami(e)s

Les questions qui vont suivre traitent de la communication que vous avez avec les gens qui vous entourent

1	Avec vos ami(e)s, est-ce qu'il vous arrive souvent, parfois ou jamais de parler de sexualité? <i>E ni i tériw be baroke ce ni muso ya kow kantouma dôw la wali touma caaman wa?</i>	<input type="checkbox"/>	Jamais <i>abada</i> → Q3
		<input type="checkbox"/>	Parfois <i>Tari touma dôw la</i>
		<input type="checkbox"/>	Souvent <i>Touma tchan man</i>
2	Quand vous parlez de sexualité avec vos ami(e)s, pourriez-vous dire que vous êtes inconfortable, plus ou moins confortable, confortable? <i>Ni, é n'i tériw bé maana Ce ni muso ya kan, é bé ke cokodi...?</i>	<input type="checkbox"/>	Inconfortable <i>I bé dégun wa</i>
		<input type="checkbox"/>	<i>M'bé ke degun ni la fiya ce ma</i>
		<input type="checkbox"/>	Confort. <i>M'ba ke la fiya kônô</i>
3	Pourriez-vous parler de maladies transmises sexuellement ou de VIH/SIDA avec vos ami(e)s? <i>É bé sé ka dlan na banaw kouma fô i tériw yé wa?</i>	<input type="checkbox"/>	Awo
		<input type="checkbox"/>	Ayi
4	Pourriez-vous parler de condom avec vos ami(e)s? <i>É bé sé ka manani ko kuma fô i tériw yé wa?</i>	<input type="checkbox"/>	Awo
		<input type="checkbox"/>	Ayi
5	Pourriez-vous dire que la communication entre vous et vos ami(e)s est bonne, moyenne ou pas bonne? <i>Maana mi bé ta li ke i n'i teriw ce, O bé la hala doumin na</i>	<input type="checkbox"/>	Bonne
		<input type="checkbox"/>	Moyenne
		<input type="checkbox"/>	Pas Bonne
6	Quelle est la personne avec qui vous préférez parler de votre vie sexuelle ou de sexualité en général? <i>Akadi e yé, é ni jon dé ka ce ni muso ya baroke?</i> <i>Ne pas lire</i> <i>Une seule réponse</i>	<input type="checkbox"/>	Père
		<input type="checkbox"/>	Mère
		<input type="checkbox"/>	Frère
		<input type="checkbox"/>	Sœur
		<input type="checkbox"/>	Grand-mère
		<input type="checkbox"/>	Grand-père
		<input type="checkbox"/>	Oncle
		<input type="checkbox"/>	Cousin
		<input type="checkbox"/>	Cousine
		<input type="checkbox"/>	Ami(e)s
		<input type="checkbox"/>	Copain / Copine
		<input type="checkbox"/>	Époux(se)
		<input type="checkbox"/>	Autre (<i>précisez</i>) _____

		Tante	NSP/sans réponse
7	Avec vos ami(e)s, est-ce qu'il vous arrive souvent, parfois ou jamais de parler de condom <i>E ni i tériw be baroke manani kow kantouma dôw la wali touma caaman wa?</i>		Jamais <i>abada</i> → Q9 Parfois <i>Tari touma dôw la</i> Souvent <i>Touma tchan man</i>
8	Quand vous parler du condom avec vos ami(e)s, pourriez-vous dire que vous êtes inconfortable, plus ou moins confortable, confortable <i>Ni é n'i teriw be manani ko baroke, O bé bila taa bolo doumin kan?</i>		Inconfortable + ou - confortable confortable
****Utilisation du condom par l'entourage****			
♀♀♀♀ Filles seulement ♀♀♀♀ Passez à Q11			
9	En général, est ce que les filles que vous connaissez font usage du condom <i>E don baka m'pokotikiw be manani martarafa ka caaya wa?</i> Si Oui, demandez : « Est-ce que c'est toutes OU la plupart » Si Non, demandez « Est-ce que c'est aucunes OU la plupart »		Aucune La plupart NON La plupart OUI Toutes NSP/sans réponse
♂♂♂♂♂♂ Garçons seulement ♂♂♂♂♂♂			
10	En général, est ce que les garçons que vous connaissez font usage du condom <i>E don baka kamalénw bé manani matarafa ka caaya wa?</i> Si Oui, demandez : « Est-ce que c'est toutes OU la plupart » Si Non, demandez « Est-ce que c'est aucunes OU la plupart »		Aucun La plupart NON La plupart OUI Tous NSP/sans réponse
11	En général, est ce que vos ami(e)s vous encouragent à utiliser le condom <i>E tériw b'i maguan manani matarafa lila ka caaya wa?</i> Si Oui, demandez : « Est-ce que c'est toutes OU la plupart » Si Non, demandez « Est-ce que c'est aucunes OU la plupart »		Aucun La plupart NON La plupart OUI Tous NSP/sans réponse

Communication avec le copain ou la copine

12	Pourriez vous dire que la communication entre vous et votre copain ou copine est bonne, moyenne ou pas bonne? <i>E n'i kanu gnôkon ce bé cokodi ce ni muso ya kumaw la?</i>		Bonne Moyenne Pas Bonne
13	Avec votre copine/copain, est-ce qu'il vous arrive souvent, parfois ou jamais de parler de sexualité? <i>E ni i kanu gnokon be baroke ce ni muso ya kow kan touma dôw la wali touma caaman wa?</i>		Jamais <i>abada</i> → Q15 Parfois <i>Tari touma dôw la</i> Souvent <i>Touma tchan man</i>
14	Quand vous parler de sexualité avec votre copain ou votre copine, pourriez-vous dire que vous êtes inconfortable, plus ou moins confortable, confortable? <i>N'é n'i kanu gnôkon be ce ni muso ya baro ke, a bé bila bolo doumin kan?</i>		Inconfortable + ou - confortable confortable
15	Pourriez-vous parler de MTS ou de VIH/SIDA avec votre cop(a)ine? <i>Ébé séka dlan na banaw ko kuma fô i kanu gnôkon yé wa?</i>		Awo Ayi
16	Pourriez-vous parler de condom avec votre copain – copine? <i>E bé sé ka manani ko kouma fô i kanu gnôkon yé wa?</i>		Awo Ayi
17	Pourriez-vous parler de fidélité avec votre copain ou copine? <i>E bé sé tilén ne ya kouma fô y kanu gnôkon yé wa</i>		Awo Ayi
*****Négociation du condom*****			
23	Avez-vous déjà proposé à votre copain ou copine d'utiliser un condom? <i>É déli la k'a gnini kafo gnôkon fe aka manani matarafa wa?</i>		Awo Ayi → Q26
24	Lorsque vous lui avez proposé l'utilisation du condom, est-ce que vous		Inconfortable

	vous êtes senti inconfortable, + ou – confortable ou confortable? <i>E ke lén ka manani ko kuma fo, e yere ké la cokodi?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+ ou - confortable confortable
25	Comment est ce que votre partenaire a réagit à votre proposition? <i>E ke lén ka manani ko kuma fo, a yé mun ke?</i> <i>E yere be ke lahala ya dumin na, N'i ye manani ko kuma fo a yé?</i> <i>Ne pas lire</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Il était fâché <i>Dégun</i> Il était content <i>Fere</i> Il était méfiant <i>Siran</i> Autres (<i>précisez</i>) _____ NSP/sans réponse
*** Passez à Q27 ***				
26	Comment réagirait votre partenaire si vous lui proposiez d'utiliser un condom? <i>Ne pas lire</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Il serait fâché <i>Dégun</i> Il serait content <i>Fere</i> Il serait méfiant <i>Siran</i> Autres (<i>précisez</i>) _____ NSP/sans réponse
*****Capacité de se protéger (auto-efficacité) *****				
27	Je suis capable de me protéger contre les VIH et les IST <i>M'bé seka gnéré tanga SIDA ni dlan banaw</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Awo Ayi
28	Je suis capable de dire à un partenaire que je ne veux pas avoir de relation sexuelle avec lui/elle-même s'il y a eu des attouchements <i>M'bé sé ka m' ban n'kafo gnokon bolo, dlan na, a néké wili lén kô wa?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Awo Ayi
29	Je suis capable de refuser d'avoir des relations sexuelles avec mon partenaire si je crains d' attraper une maladie <i>M'bé sé ka n' kafo gnokon jin dlan na bana gne siran gne ma wa</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Awo Ayi
30	Je suis capable de convaincre mon partenaire d'utiliser le condom <i>M'bé sé ka n'kafo gnokon la famuya a ka manani dô</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Awo Ayi
31	Je suis capable d'utiliser le condom quand je veux. <i>M'bé sé ka manani dô na ka din yé (wagati wô wagati)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Awo Ayi

Communication avec les parents, la famille

27	Pourriez vous dire que la communication entre vous et vos parents est bonne, moyenne ou pas bonne? <i>E n'i masaw be kuma gnôkon ya minke?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bonne Moyenne Pas Bonne
*****Communication avec la mère*****				
28	Avec votre mère , est-ce qu'il vous arrive souvent, parfois ou jamais de parler de sexualité? <i>E ni i ba be baroke ce ni muso ya kow kan touma dôw la wali touma caaman wa?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jamais <i>abada</i> → Q32 Parfois <i>Tari touma dôw la</i> Souvent <i>Touma tchan man</i>
29	Quand vous parler de sexe avec votre mère, pourriez-vous dire que vous êtes inconfortable, +ou- confortable, confortable? <i>Ni é ni ba muso be masala ce ni muso ya kow la, e be ke lahala ya dumin na?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inconfortable + ou - confortable confortable
30	Pourriez-vous parler de MTS ou de VIH/SIDA avec votre mère ? <i>É bé sé ka dlan na bana ni SIDA masala ke ba muso fe wa?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Awo Ayi
31	Pourriez-vous parler de condom avec votre mère ? <i>É bé sé ka mamani ko masala ke i ba muso fe wa?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Awo Ayi
*****Communication avec le père*****				
32	Avec votre père , est-ce qu'il vous arrive souvent, parfois ou jamais de parler de sexualité? <i>E ni i fa be baroke ce ni muso ya kow kan</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jamais <i>abada</i> → Q36 Parfois <i>Tari touma dôw la</i>

	<i>touma dôw la wali touma caaman wa?</i>			Souvent <i>Touma tchan man</i>
33	Quand vous parler de sexualité avec votre père, pourriez-vous dire que vous êtes inconfortable, plus ou moins confortable, confortable <i>Ni é n'i fa be masala ce ni muso ya taa bolowkan, é béké cokodi?</i>			Inconfortable + ou - confortable confortable
34	Pourriez-vous parler de MST ou de VIH/SIDA avec votre père? <i>É bé sé ka dlan na banaw ni SIDA ko masala ke i fa few a?</i>			Awo Ayi
35	Pourriez-vous parler de condom avec votre père? <i>É bé sé ka mamani ko kuma fo i fa yé wa?</i>			Awo Ayi
****Conseils et recommandations par les membres de la famille****				
36	Est ce que quelqu'un de votre famille vous a déjà donné des conseils ou des recommandations sur votre santé sexuelle? <i>Du kono moko dô déli k'e ladi, k'i bila sira, i ka moko ya kene ya ni a makaranli kow la cokomina (wasala) i be kisi k'i tanga wa?</i>			Awo Ayi → Q1 section D
37	Qui est la personne de votre famille qui vous conseille le plus sur la santé sexuelle <i>Du kono moko dumin, bé dé ladi kosebe, ika sokonona ni dlan makaranli kola?</i> Une seule réponse		Père Mère Frère Sœur Grand-mère Grand-père	Oncle Tante Cousin Cousine Autre (précisez) _____ NSP/sans réponse
38	Est-ce que quelqu'un de votre famille vous a déjà conseillé d'utiliser le condom? <i>Du kono moko do déli k'é ladi ka manani matarafa wa?</i>			Oui Non → Q40
39	Qui est la personne de votre famille qui vous a conseillé d'utiliser le condom? <i>Jon kélén deli la k'é ladi, du kono, i ka manani dôn?</i> Stimulus : Y a-t-il d'autres personnes?		Père Mère Frère Sœur Grand-mère Grand-père	Oncle Tante Cousin Cousine Autre (précisez) _____ NSP/sans réponse
40	En général, est ce que les gens de votre famille vous encouragent à utiliser le condom <i>É ka du kono moko b'é timinan diya manani dôn kola ka caaya wa?</i> Si Oui, demandez : « Est-ce que c'est toutes, la plupart » Si Non, demandez « Est-ce que c'est aucunes, la plupart »			Aucun La plupart NON La plupart OUI Tous NSP/sans réponse

SECTION D : Sources d'information

Maintenant, ce qui suit concerne vos sources d'information sur la sexualité

1	À qui vous adressez vous si vous cherchez des renseignements sur les MTS ou sur le SIDA? <i>E b'i siri jon na , n'i ba fê ka kuna foniw soro dlan na banaw ni SIDA ko la?</i> Ne pas lire Stimulus : Autres?		Agent de santé/ Md Pharmacien Enseignant/professeur Pairs éducateurs Ami(e)s		Parent Guérisseur traditionnel la famille (sauf père/mère) Autres (précisez) _____ NSP/sans réponse
2	Où obtenez vous votre information sur la santé reproductive (santé sexuelle) <i>Ebé bange ni dlan na banaw kuna foni sôrômi?</i> Ne pas lire Stimulus : Autres?		Radio Télévision Centre de santé ONG Pairs éducateurs École		Amis Parents Livres, pamphlets Guérisseur traditionnel Autres (précisez) _____ NSP/sans réponse

SECTION E : Achat du condom

Maintenant, voici quelques questions sur l'achat du condom

1	Avez-vous déjà acheté des condoms? <i>E deli la ka manani san wa?</i>	<input type="checkbox"/>	Awo	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	Ayi → Q 5	<input type="checkbox"/>	
2	Où vous procurez-vous des condoms? <i>Manani bé sôromi?</i> <i>Ne pas lire</i> <i>Stimulus : Y a-t-il d'autres endroits?</i>	<input type="checkbox"/>	Boutique	<input type="checkbox"/>	ONG (centres comm.)
		<input type="checkbox"/>	Pharmacie	<input type="checkbox"/>	Ami(e)s
		<input type="checkbox"/>	Vendeurs ambulants	<input type="checkbox"/>	Autres (<i>précisez</i>) _____
		<input type="checkbox"/>	Centres de santé	<input type="checkbox"/>	NSP/ pas de réponse
3	Qui paye pour votre approvisionnement de condom? <i>Jon b'é ka manani wari bo wari sara?</i> <i>Ne pas lire</i> <i>Stimulus : Y a-t-il d'autres personnes?</i>	<input type="checkbox"/>	Moi même	<input type="checkbox"/>	ONG (c'est gratuit)
		<input type="checkbox"/>	Copain/copine	<input type="checkbox"/>	Mes partenaires
		<input type="checkbox"/>	Ami(e)s	<input type="checkbox"/>	Autres (<i>précisez</i>) _____
		<input type="checkbox"/>	Parents	<input type="checkbox"/>	NSP / pas de réponse
4	Quand vous achetez des condoms vous vous sentez, inconfortable, + ou - confortable, ou confortable? <i>Ni e b'é manani san, é 'bé ké lahala ya doumin na?</i>	<input type="checkbox"/>	Inconfortable	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	+ ou - confortable	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	confortable	<input type="checkbox"/>	
*** Passez à Q1 section F ***					
5	Si NON, Pourquoi n'avez vous jamais acheté des condoms? <i>N'o ma déli ka ké, muna é ma deli ka manani san?</i> <i>Ne pas lire</i> <i>Stimulus : Y a-t-il d'autres raisons?</i>	<input type="checkbox"/>	Ils sont trop chers	<input type="checkbox"/>	Je les obtiens gratuitement
		<input type="checkbox"/>	Pas besoin	<input type="checkbox"/>	Peur de la réaction des parents
		<input type="checkbox"/>	Je n'y crois pas	<input type="checkbox"/>	Je ne les aime pas
		<input type="checkbox"/>	J'ai honte de les acheter	<input type="checkbox"/>	Partenaire ne veut pas
		<input type="checkbox"/>	Je ne sais pas où les trouver	<input type="checkbox"/>	Autres (<i>précisez</i>) _____
		<input type="checkbox"/>	Mon partenaire les achète	<input type="checkbox"/>	NSP / pas de réponse

SECTION F : Attitudes et croyances

Maintenant je vais vous lire des énoncés sur la sexualité et sur la santé sexuelle, je veux que vous me disiez si vous êtes "d'accord", "plus ou moins d'accord" ou pas d'accord avec des énoncés. Souvenez-vous il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, votre opinion est la seule chose qui nous intéresse!!

****Le condom****					
7	Le condom est la façon la plus efficace de prévenir les grossesses non désirées <i>Ni b'a fé k'i tanga kono lagnini balima, manani gnokon té</i>	<input type="checkbox"/>	D'accord <i>I son na wa</i>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	+/- d'accord <i>Tari dooni</i>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	Pas d'accord <i>Wa I ma son wa</i>	<input type="checkbox"/>	
8	Le condom est la façon la plus efficace de prévenir le SIDA et les IST <i>Manani gnokon té tanga law na, dlan na banaw ni SIDA ma</i>	<input type="checkbox"/>	D'accord <i>I son na wa</i>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	+/- d'accord <i>Tari dooni</i>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	Pas d'accord <i>Wa I ma son wa</i>	<input type="checkbox"/>	
11	L'huile du condom peut être nocive pour la santé <i>Manani tulu bé sé ka moko bana</i>	<input type="checkbox"/>	D'accord <i>I son na wa</i>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	+/- d'accord <i>Tari dooni</i>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	Pas d'accord <i>Wa I ma son wa</i>	<input type="checkbox"/>	
12	Un usage excessif du condom peut rapetisser le pénis <i>Manani matarafa ko jugu bé ceya dogoya</i>	<input type="checkbox"/>	D'accord <i>I son na wa</i>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	+/- d'accord <i>Tari dooni</i>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	Pas d'accord <i>Wa I ma son wa</i>	<input type="checkbox"/>	

13	Le condom peut provoquer des irritations <i>Manani bé sé ka joli misinw bila moko la</i>	D'accord <i>I son na wa</i> +/- d'accord <i>Tari dooni</i> Pas d'accord <i>Wa I ma son wa</i>
16	Il est inutile d'utiliser le condom avec son partenaire régulier <i>Manani matarafa kun té i'ni kafo gnokon jon-jon cé</i>	D'accord <i>I son na wa</i> +/- d'accord <i>Tari dooni</i> Pas d'accord <i>Wa I ma son wa</i>
17	Il n'est pas nécessaire d'utiliser le condom avec un partenaire en qui on a confiance <i>N'i dalèn bé moko la, manani matarafa kun té</i>	D'accord <i>I son na wa</i> +/- d'accord <i>Tari dooni</i> Pas d'accord <i>Wa I ma son wa</i>
19	Il n'est plus nécessaire d'utiliser le condom une fois que les partenaires on tous les deux faits un test du VIH <i>Manani matarafa kun té, n'oya soro kafo gnokonw manw yé joli seke seke ke</i>	D'accord <i>I son na wa</i> +/- d'accord <i>Tari dooni</i> Pas d'accord <i>Wa I ma son wa</i>
20	C'est l'homme qui doit décider s'il veut utiliser le condom <i>Cé dé sako bé matarafa li la</i>	D'accord <i>I son na wa</i> +/- d'accord <i>Tari dooni</i> Pas d'accord <i>Wa I ma son wa</i>
21	Demander à son partenaire d'utiliser le condom est un manque de confiance <i>N'iya gnini i kafo gnokon fé a ka manani matarafa, Obé da na balyia de fo</i>	D'accord <i>I son na wa</i> +/- d'accord <i>Tari dooni</i> Pas d'accord <i>Wa I ma son wa</i>
23	C'est difficile de demander à son partenaire d'utiliser le condom <i>A ka gelin y kafo gnokon yé a ka manani matarafa</i>	D'accord <i>I son na wa</i> +/- d'accord <i>Tari dooni</i> Pas d'accord <i>Wa I ma son wa</i>
25	C'est une bonne chose pour un homme de toujours avoir des condoms sur lui <i>A ka kan Cé ka manani mara a kun tuma bé</i>	D'accord <i>I son na wa</i> +/- d'accord <i>Tari dooni</i> Pas d'accord <i>Wa I ma son wa</i>
26	C'est une bonne chose pour une femme de toujours avoir des condoms sur elle <i>A ka kan muso ka manani mara a kun tuma bé</i>	D'accord <i>I son na wa</i> +/- d'accord <i>Tari dooni</i> Pas d'accord <i>Wa I ma son wa</i>
****Sexe avant le mariage****		
30	Pour un homme, avoir des relations sexuelles avant le mariage est un déshonneur pour la famille <i>Maloyako do cé bolo, ka muso ko ke ka soro furu té</i>	D'accord <i>I son na wa</i> +/- d'accord <i>Tari dooni</i> Pas d'accord <i>Wa I ma son wa</i>
31	Pour une femme avoir des relations sexuelles avant le mariage c'est un déshonneur pour la famille <i>Kun ma chuli do muso bolo, ka cé ko ke ka soro furu té</i>	D'accord <i>I son na wa</i> +/- d'accord <i>Tari dooni</i> Pas d'accord <i>Wa I ma son wa</i>
32	Pour un homme, il est important d'avoir eu des expériences sexuelles avec des partenaires différentes avant le mariage <i>A ka kan cé ka muso ko gné don muso caaman fé san ni furu cé</i>	D'accord <i>I son na wa</i> +/- d'accord <i>Tari dooni</i> Pas d'accord <i>Wa I ma son wa</i>
33	Pour une femme, il est important d'avoir eu des expériences sexuelles avec des partenaires différents avant le mariage <i>A ka kan muso ka cé ko gné don cé caaman fé san ni furu cé</i>	D'accord <i>I son na wa</i> +/- d'accord <i>Tari dooni</i> Pas d'accord <i>Wa I ma son wa</i>
****Plusieurs partenaires****		
34	Un homme qui a plusieurs partenaires sexuelles est un homme <i>branché</i> <i>Cew bolo muso caaman kanu yé gné yele yé</i>	D'accord <i>I son na wa</i> +/- d'accord <i>Tari dooni</i> Pas d'accord <i>Wa I ma son wa</i>
35	Une femme qui a plusieurs partenaires sexuels est une femme <i>branchée</i> <i>Musow bolo cé caaman kanu yé gné yele yé</i>	D'accord <i>I son na wa</i> +/- d'accord <i>Tari dooni</i> Pas d'accord <i>Wa I ma son wa</i>
****Sexe et Argent****		

36	Il est respectable qu'un homme donne un peu d'argent à sa partenaire sexuelle après une relation <i>Ce kan ka ka yere bogna, ka wari di muso ma kafo gnokon ya kofe</i>	<input type="checkbox"/>	D'accord <i>I son na wa</i>
		<input type="checkbox"/>	+/- d'accord <i>Tari dooni</i>
		<input type="checkbox"/>	Pas d'accord <i>Wa I ma son wa</i>
37	Il est respectable qu'une femme donne un peu d'argent à son partenaire sexuel après une relation <i>Muso kan ka ka yere bogna, ka wari di ce ma kafo gnokon ya kofe</i>	<input type="checkbox"/>	D'accord <i>I son na wa</i>
		<input type="checkbox"/>	+/- d'accord <i>Tari dooni</i>
		<input type="checkbox"/>	Pas d'accord <i>Wa I ma son wa</i>
38	Donner de l'argent à son partenaire après une relation sexuelle est un signe d'appréciation <i>A kagni ka wari di I kafo gnokon ma kafo gnokon ya kofe</i>	<input type="checkbox"/>	D'accord <i>I son na wa</i>
		<input type="checkbox"/>	+/- d'accord <i>Tari dooni</i>
		<input type="checkbox"/>	Pas d'accord <i>Wa I ma son wa</i>
40	Recevoir de l'argent après une relation sexuelle est signe de prostitution <i>Ni yé wari mine moko la kafo gnokon ya kofe, o yé yere fèéré yé</i>	<input type="checkbox"/>	D'accord <i>I son na wa</i>
		<input type="checkbox"/>	+/- d'accord <i>Tari dooni</i>
		<input type="checkbox"/>	Pas d'accord <i>Wa I ma son wa</i>
41	Donner de l'argent après une relation sexuelle c'est acheter la relation <i>N'i yé wari di moko ma kafo gnokon ya kofe, o yé san ni yé</i>	<input type="checkbox"/>	D'accord <i>I son na wa</i>
		<input type="checkbox"/>	+/- d'accord <i>Tari dooni</i>
		<input type="checkbox"/>	Pas d'accord <i>Wa I ma son wa</i>

SECTION G : Normes des parents et des aînés

Nous avons presque fini, je vais vous poser quelques questions sur vos aînés, sur ce qu'ils pensent de la sexualité

1	Est-ce que vos parents ou vos aînés sont d'accord avec le fait que les hommes de votre famille ont des relations sexuelles avant le mariage? <i>Yala, é ka sigi da du tigiw ni aw korow bé jin n'a yé cew ka muso ko ke san ni furu ce wa?</i>	<input type="checkbox"/>	Awo
		<input type="checkbox"/>	Ayi
		<input type="checkbox"/>	NSP
2	Est-ce que vos parents ou vos aînés sont d'accord avec le fait que les filles de votre famille ont des relations sexuelles avant le mariage? <i>Yala, é ka sigi da du tigiw ni aw korow bé jin n'a yé musow ka ce ko ke san ni furu ce wa?</i>	<input type="checkbox"/>	Awo
		<input type="checkbox"/>	Ayi
		<input type="checkbox"/>	NSP
3	Est-ce que vos parents ou vos aînés approuveraient que les hommes de votre famille achètent le condom? <i>Yala y somogo ni korow bé jin ni cew ka manani san yé wa?</i>	<input type="checkbox"/>	Awo
		<input type="checkbox"/>	Ayi
		<input type="checkbox"/>	NSP
4	Est-ce que vos parents ou vos aînés approuveraient que les femmes de votre famille achètent le condom? <i>Yala y somogo ni korow bé jin ni musow ka manani san yé wa?</i>	<input type="checkbox"/>	Awo
		<input type="checkbox"/>	Ayi
		<input type="checkbox"/>	NSP
5	Est-ce que vos parents ou vos aînés pensent que c'est à eux de choisir vos partenaires sexuels? <i>Yala, y somogo ni korow fe, o lu dé kan ki kafo gnokon sukandi wa?</i>	<input type="checkbox"/>	Awo
		<input type="checkbox"/>	Ayi
		<input type="checkbox"/>	NSP
6	Est-ce que vos parents ou vos aînés pensent que c'est à eux de choisir votre mari ou votre épouse? <i>Yala, y somogo ni korow fe, o lu dé kan ki furu gnokon sukandi wa?</i>	<input type="checkbox"/>	Awo
		<input type="checkbox"/>	Ayi
		<input type="checkbox"/>	NSP

SECTION H : Données sociodémographiques

Pour finir je vais vous poser quelques questions sur vous-même

1	Quel est votre âge? <i>E be san joli la?</i>	ans	
2o	Est-ce que vous êtes né à Bamako? <i>I wolo la Bamako wa?</i>	<input type="checkbox"/>	Awo → Q 5
		<input type="checkbox"/>	Ayi
		<input type="checkbox"/>	NSP/sans réponse
3o	Est ce que vous venez d'une région rurale ou urbaine? <i>I bibo dougou ba wa wala dougou fitini dé kono?</i>	<input type="checkbox"/>	Rurale
		<input type="checkbox"/>	Urbaine
		<input type="checkbox"/>	NSP/sans réponse

