

# Facteurs d'influence du moment des premiers rapports sexuels parmi les jeunes de Nyanza, Kenya

**CONTEXTE:** Malgré la pertinence du moment des premiers rapports sexuels en ce qui concerne le risque de contraction du VIH, peu d'études ont examiné les premiers rapports sexuels différés en tant que stratégie de prévention de l'infection.

**METHODES:** Les données d'enquête recueillies en octobre 2003 auprès de 8.183 élèves de niveaux 6 et 7 âgés de 11 à 17 ans dans 160 écoles de la province de Nyanza (Kenya), ont été utilisées dans des modèles de risque logit et log-normaux en vue de cerner les facteurs d'influence du moment des premiers rapports sexuels.

**RESULTATS:** Tant les jeunes hommes que les jeunes femmes qui rejetaient les mythes relatifs à la transmission du VIH, qui avaient subi moins de pressions de nature sexuelle et qui ne connaissaient pas de victimes du sida, de même que les jeunes hommes plus sûrs de leur aptitude à s'abstenir, se sont avérés plus susceptibles de différer leurs rapports sexuels que les jeunes non associés à ces caractéristiques. Bien que de moindres niveaux de risque perçu de contraction du VIH soient associés à une initiation sexuelle précoce, les adolescents qui estimaient ne pas courir de risque d'infection étaient les plus susceptibles de différer cette initiation. La tendance des associations sexospécifiques laisse entendre que les garçons subissent la pression d'une activité sexuelle très précoce pour prouver leur maturité, bien que ceux confiants en leur capacité de s'abstenir étaient plus susceptibles de résister à cette pression. Côté féminin, toutefois, les filles ne sont pas aptes à concrétiser leur croyance en leur capacité d'abstinence et subissent davantage les pressions sociales et du milieu.

**CONCLUSION:** Pour aider à différer l'initiation sexuelle, l'attention des programmes et politiques de prévention du VIH doit se concentrer sur la dissipation des mythes relatifs à la transmission du virus et sur la résistance aux pressions sexospécifiques qui poussent les jeunes à devenir sexuellement actifs dès les premières années de l'adolescence.

Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique, numéro spécial de 2009, pp. 25–37

Par Eric Yeboah Tenkorang et Eleanor Maticka-Tyndale

Eric Yeboah Tenkorang est boursier post-doctoral à la recherche et Eleanor Maticka-Tyndale, professeur, au Department of Sociology and Anthropology, University of Windsor, Ontario, Canada.

L'initiation des rapports sexuels à un âge précoce contribue à la vulnérabilité au VIH à travers l'exposition des adolescents à un plus grand nombre de partenaires sexuels et à une plus longue période d'activité sexuelle avant l'établissement de relations monogames à long terme.<sup>1-4</sup> Des études menées au Nigeria,<sup>5</sup> au Kenya,<sup>6</sup> en Tanzanie,<sup>7</sup> en Ouganda<sup>8</sup> et en Afrique du Sud<sup>9</sup> laissent toutes entendre que les jeunes concernés sont moins susceptibles que ceux qui diffèrent leurs premiers rapports sexuels de savoir comment prévenir les IST, VIH compris, ou de pouvoir négocier l'usage du préservatif. Pour les jeunes femmes, l'initiation sexuelle précoce pose plus de risques encore, en raison de leur immaturité physiologique et de la différence de pouvoir dont elles jouissent par rapport à leurs partenaires masculins plus âgés.<sup>10-15</sup>

Selon Luke,<sup>15</sup> entre autres auteurs,<sup>16-19</sup> le climat socio-économique qui règne dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne favorise l'activité sexuelle précoce, surtout parmi les filles. La tendance des jeunes filles à céder aux pressions sexuelles de leurs aînés tient à leur jeune âge et à leur manque d'expérience, à leur socialisation à se soumettre à l'autorité masculine et à leur dépendance économique potentielle sur leur partenaires masculins.<sup>6,13</sup> Au

Kenya, les entretiens qualitatifs avec les jeunes des classes supérieures de l'enseignement primaire révèlent, tant parmi les filles que parmi les garçons, les pressions et motivations financières qui poussent aux rapports sexuels avec des partenaires plus âgés, contribuant aux relations dites de *sugar mommy* et *sugar daddy*.<sup>12,16,17,20,21</sup>

Bien que ces facteurs puissent motiver l'activité sexuelle des jeunes, l'hypothèse a été émise dans plusieurs modèles que les perceptions de la gravité du sida et du risque de contraction du VIH peuvent favoriser l'adoption de comportements individuels réducteurs de risque, en différant les premiers rapports sexuels, en évitant l'activité sexuelle ou par l'usage du préservatif, notamment.<sup>22-25</sup> Plusieurs études sud-africaines ont produit des données venant étayer ces théories: l'initiation sexuelle différée s'y révèle associée à la connaissance d'une personne morte du sida et à la perception d'un risque personnel élevé de contraction du virus.<sup>26-28</sup>

Malgré l'importance de premiers rapports sexuels différés dans la réduction du risque de contraction du sida, peu d'études ont examiné l'approche sous le jour d'une stratégie préventive. La présente étude, basée sur le modèle Information-Motivation-Compétences comporte-

mentales (dit «IMB», d'après son appellation anglaise Information-Motivation-Behavioral Skills), a été conçue dans le but d'identifier les facteurs associés à l'initiation sexuelle différée parmi les élèves des classes supérieures de l'enseignement primaire de la province kenyane de Nyanza. Le modèle IMB s'est avéré utile à la prédiction des comportements à risque et réducteurs de risque de contraction du VIH,<sup>29-32</sup> ainsi qu'à la conception de programmes de prévention couronnés de succès.<sup>30,33,34</sup> Le modèle spécifie qu'une personne adoptant un comportement autoprotecteur particulier (comme celui de différer ses premiers rapports sexuels) est influencée par la connaissance que ce comportement réduit le risque d'infection. Pour adopter le comportement, la personne doit être motivée et posséder l'auto-efficacité et les compétences requises.

Nos analyses reposent sur des données collectées en octobre 2003 dans le cadre du suivi et de l'évaluation annuels d'un programme de sensibilisation au VIH mené en 2001-2006.<sup>35</sup>

## CONTEXTE

Une étude multiville coordonnée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1997 a découvert que plus de 20% des jeunes femmes de 15 à 19 ans de Kisumu, chef-lieu de la province de Nyanza, et près de 40% de celles de 20 à 24 ans avaient contracté le VIH, par rapport à moins de 5% et légèrement plus de 10%, respectivement, des hommes des mêmes tranches d'âge.<sup>36</sup> En 2000, dans la province de Nyanza, en bordure du lac Victoria dans le sud-ouest du Kenya, la prévalence du VIH atteignait 22%, en faisant la province la plus affectée du pays.<sup>37</sup> Ces conclusions ont amené le ministère national de l'Éducation à identifier Nyanza telle une région hautement prioritaire en termes de mise en œuvre de programmes de prévention du VIH.

L'une des initiatives entreprises, le programme Primary School Action for Better Health (Action dans l'enseignement primaire pour l'amélioration de la santé), a été développée sur la base d'enquêtes, d'entrevues et de discussions de groupe dans les écoles primaires et leurs communautés environnantes en 2001. La recherche préliminaire fait état de taux élevés d'activité sexuelle précoce parmi les élèves des classes supérieures de l'enseignement primaire\* et identifie de multiples facteurs qui, d'après les jeunes comme les adultes, poussent ou forcent les jeunes à être sexuellement actifs.<sup>16,17</sup>

Conformément au modèle IMB de prévention du VIH, le programme a cherché à contrer ces facteurs moyennant l'apport d'une information exacte sur la transmission et la prévention du VIH (y compris le rôle du préservatif dans l'amoindrissement du risque). Le programme s'est

concentré, à la fois, sur l'apport d'une connaissance générale concernant le VIH et sur les faits spécifiques aptes à discréditer les mythes locaux sur la transmission et la prévention du virus. En présentant la transmission du VIH comme surnaturelle ou comme le produit de simples activités et contacts courants, ces mythes peuvent mener la population à croire qu'il est pratiquement impossible d'éviter le virus. Cette perspective fataliste entrave les efforts de prévention, en particulier si cette prévention exige des individus qu'ils adoptent des comportements contraires aux coutumes locales.<sup>17,38</sup>

Le programme a également été conçu pour renforcer la motivation, l'auto-efficacité comportementale et les compétences des jeunes à différer ou réduire leur activité sexuelle<sup>35</sup> moyennant leur sensibilisation à la gravité du sida et au risque personnel que courent ceux qui sont sexuellement actifs. De plus, les participants ont appris les stratégies qui leur permettent d'éviter ou de gérer les pressions qui les poussent à être sexuellement actifs et de renforcer leur confiance en leur aptitude à différer leur activité sexuelle.<sup>†</sup> Une évaluation formelle du programme a fait état de gains en termes de modification des comportements sexuels, de connaissance et d'auto-efficacité.<sup>39</sup> La question posée dans cet article est celle de savoir si l'information, la motivation et l'auto-efficacité comportementale affectent significativement le moment des premiers rapports sexuels.

## MÉTHODES

### Considérations éthiques

Le protocole de recherche a été examiné par l'office du Directeur provincial de l'Éducation pour la province de Nyanza et par le comité d'éthique de l'Université de Windsor, dans l'Ontario (Canada). Face au nombre, dans les écoles, d'orphelins et d'enfants soustraits aux soins ordinaires de leurs parents et étant donné aussi la stigmatisation considérable des familles affectées par le VIH, les représentants des écoles et des communautés nous ont avisés que le processus individuel d'obtention de l'autorisation parentale risquerait de décourager la participation des enfants affectés par le VIH et contribuerait aussi à leur identification et stigmatisation. À la suite d'une réunion de présentation à la communauté du programme de prévention du VIH et de la recherche envisagée, les établissements scolaires, de concert avec leurs comités organisateurs locaux (parents compris), ont par conséquent autorisé l'accès de l'équipe de recherche aux élèves, permettant à ceux-ci de décider eux-mêmes de leur participation à la recherche ou non.<sup>40</sup>

### Échantillon et collecte des données

Tous les élèves de niveau 6 et 7 (l'équivalent des 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> années de l'enseignement nord-américain) présents à l'école le jour de la collecte des données ont eu l'occasion de participer à l'enquête. Une feuille d'information a été remise à chaque élève, en anglais et dans la langue locale la plus courante. L'équipe multilingue d'assistants kenyans

\*Trente-quatre pour cent des jeunes de 12 ans, 53% de ceux de 15 ans et 68% de ceux de 17 ans ont déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels; aucune différence statistiquement significative n'est apparue entre les garçons et les filles.

†Tous les documents et matériels de formation sont accessibles sur le site Web du projet ou peuvent être obtenus auprès du ministère kenyan de l'Éducation.

formés à la recherche et chargés de la conduite de l'enquête a aussi lu à haute voix le contenu de cette feuille aux groupes d'élèves considérés. Ceux-ci ont été informés de leur droit à refuser de participer à la recherche ou de répondre à certaines questions, de même que du fait que leur réponse au questionnaire serait interprétée comme leur consentement à participer.

En octobre 2003, 8.183 élèves des 160 écoles sélectionnées par échantillonnage aléatoire stratifié des établissements scolaires des districts participant au programme ont ainsi répondu à l'enquête. Les questionnaires ont été lus à haute voix, en anglais et dans la langue locale, tandis que les élèves, séparés en classes de même sexe, suivaient les questions sur leur propre exemplaire (également rédigé dans les deux langues) et y inscrivaient leurs réponses.

### Élaboration du questionnaire

Le questionnaire repose sur le guide de suivi et d'évaluation de la prévention du VIH/sida<sup>41</sup> mis au point par l'OMS et l'UNESCO, ainsi que sur la recherche complémentaire menée auprès de groupes de discussion d'élèves des niveaux 6 et 7 pour la définition de mesures appropriées au contexte local. Le processus de recherche et le questionnaire ont été pré-testés dans 24 écoles, par soumission de 1.021 élèves aux questionnaires et organisation de six groupes de discussion durant l'année scolaire 2000. Les questions ont été testées en vue de confirmer leur clarté, la compréhension des élèves et leur validité interne. Les échelles ont été testées pour établir leur validité interne et conceptuelle.

### Mesures

Deux variables dépendantes ont été utilisées dans les analyses présentées ici: celle de savoir si les élèves avaient jamais «joué au sexe» (traduction littérale de l'expression locale utilisée pour la pénétration vaginale par le pénis) et l'âge qu'ils ou elles avaient lors de leurs premiers rapports sexuels. Cette dernière variable est censurée à droite pour ceux et celles qui n'avaient pas encore connu leurs premiers rapports sexuels.\* Les principales variables indépendantes sont la connaissance des moyens d'éviter le VIH, l'acceptation ou le rejet des mythes relatifs à la transmission du VIH, l'expérience de pressions à avoir des rapports sexuels, la perception de son propre risque de contraction du VIH, la connaissance directe d'une personne morte du sida, l'auto-efficacité en matière d'abstinence et l'auto-efficacité relative à l'usage du préservatif. Le groupe ethnique et la religion sont également inclus comme témoins.

La connaissance relative à la prévention du VIH est mesurée au moyen de deux échelles multidimensionnelles créées pour ce projet d'après les réponses à 12 questions (six déclarations factuelles du guide de l'OMS/UNESCO et six mythes locaux identifiés lors de la recherche préliminaire) relatives à la manière dont l'infection à VIH peut être évitée. L'option d'analyse factorielle de LISREL,<sup>†</sup> utilisée pour la définition de toutes les mesures scalaires, a identifié deux construits latents que nous appelons

connaissance de la prévention et mythes de transmission. Les six déclarations de prévention factuelles (éviter les rapports sexuels, avoir moins de partenaires sexuels, ne pas partager ses lames de rasoir, être fidèle à un/e partenaire non infecté/e, utiliser le préservatif et veiller à utiliser des aiguilles propres pour les injections) chargent lourdement la connaissance de la prévention. Les six mythes relatifs à la transmission (le VIH se transmet en portant les vêtements d'une personne atteinte du sida, en partageant l'assiette d'une personne infectée, par les moustiques et autres insectes, en ayant des rapports sexuels avec une personne maigre ou en serrant la main d'une personne atteinte du sida, et il peut être évité en suivant un régime alimentaire sain) chargent lourdement les mythes de transmission. Les réponses correctes sont codées 1 et celles incorrectes, 0. Des mesures scalaires de chaque forme de connaissance ont été créées par totalisation des réponses pondérées par leurs scores factoriels respectifs. Les coefficients de fidélité (alpha de Cronbach)<sup>‡</sup> sont 0,82 et 0,78, respectivement, pour la connaissance de la prévention et les mythes de transmission. Les hautes valeurs positives relatives à la connaissance de la prévention indiquent une connaissance correcte concernant la prévention du sida, tandis que les valeurs négatives en révèlent l'ignorance. En ce qui concerne les mythes de transmission, les hautes valeurs positives sont en revanche signe d'acceptation des mythes à l'origine des idées fausses sur la transmission et la prévention du VIH, les valeurs négatives indiquant au contraire le rejet de ces mythes.

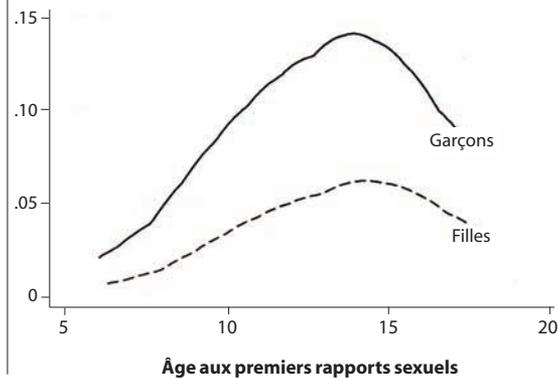
Les motivations relatives aux premiers rapports sexuels sont mesurées en termes de pressions poussant les répondants à l'initiation précoce et de motivations personnelles les aidant à différer cette initiation. Les premières sont mesurées selon une échelle composée d'indicateurs développés en fonction des déclarations des jeunes des groupes de recherche complémentaire concernant les expériences qui les motivaient à avoir des rapports sexuels.<sup>16,17</sup> Lors de l'enquête, les élèves ont été invités à répondre à la question de savoir s'ils ou elles avaient jamais ressenti la pression d'avoir des rapports sexuels parce que leur propre corps les y poussait, leurs amis les y encourageaient, une personne plus âgée les y encourageait, leur petit ami ou petite amie voulait avoir des rapports sexuels, ils ou elles recevraient de l'argent ou des cadeaux, quelqu'un avait arrangé leurs rapports, ils ou elles ne sa-

\*Technique standard adoptée dans les analyses de ce type pour minimiser la perte de données. Zaba et al. recommandent la conservation des données censurées à droite et l'analyse de survie en présence de ce type de données (source: référence 52).

†LISREL produit et utilise les corrélations polychoriques et polysérielles ( $R^2$ ) à variables catégoriques et ordinales car elles produisent des résultats plus précis avec de telles variables.

‡LISREL utilise des matrices de covariance asymptotique qui produisent les  $R^2$  de chaque indicateur, indiquant ainsi la fiabilité de chacun pour la variable latente. L'alpha de Cronbach est dans ce cas limité car destiné aux variables d'intervalles ou rationnelles. Il est indiqué ici car il s'agit d'une mesure familière et courante de fiabilité interne. Les matrices de covariance et de corrélation et les tableaux de saturation factorielle pour toutes les mesures scalaires peuvent être obtenus sur demande auprès des auteurs.

**GRAPHIQUE 1. Estimations de risque lissées de l'âge aux premiers rapports sexuels des 8.183 élèves âgés de 11 à 17 ans participant au programme Primary School Action for Better Health, par sexe, Nyanza, Kenya, 2003**



vaient pas comme résister à leur partenaire, ils ou elles avaient regardé les rapports sexuels de quelqu'un d'autre, ou quelqu'un avait essayé de les forcer physiquement à avoir des rapports sexuels. Les instructions qui accompagnaient ces questions clarifiaient qu'une réponse affirmative ne voulait pas nécessairement dire que les élèves avaient eu des rapports sexuels, mais simplement qu'ils en avaient ressenti la pression. Les réponses affirmatives ont été codées 1 et celles négatives, -1. Tous les indicateurs chargent un seul construit latent, à saturations factorielles de 0,49 à 0,69 et alpha de Cronbach de 0,75. Une échelle dite de pression sexuelle a été créée par totalisation des items, pondérés en fonction de leurs scores factoriels. Les valeurs positives supérieures de l'échelle indiquent l'expérience de nombreuses pressions sexuelles, tandis que celles plus faibles sont signes de moindres pressions.

Deux motivateurs poussant à éviter les rapports sexuels incluent la perception du risque personnel et celle de la gravité du sida. La perception du risque est mesurée comme une variable ordinale à quatre catégories codées dummy, avec aucun risque comme catégorie de référence, par rapport aux réponses de risque faible, moyen ou élevé. Suivant les exemples de la recherche menée en Afrique du Sud,<sup>26-28</sup> nous avons mesuré la perception que se faisaient les participants de la gravité du sida en fonction de leurs déclarations quant à savoir s'ils connaissaient directement une personne morte du sida, avec dummy codes «oui» et «ne sait pas» et catégorie de référence «non.»

L'auto-efficacité comportementale est mesurée par scores d'échelle sur l'auto-efficacité d'abstinence et d'usage du préservatif. Les échelles représentent la somme pondérée des réponses aux questions posées aux répondants quant à savoir s'ils ou elles croyaient pouvoir dire non aux rapports sexuels; que le refus d'une fille veut bien dire ce qu'il veut dire; qu'il est possible d'avoir un petit ami ou une

petite amie pendant longtemps sans avoir de rapports sexuels; qu'on peut dire à son petit ami ou à sa petite amie qu'on (le couple) devrait s'abstenir de rapports sexuels jusqu'au mariage; qu'on peut parler du préservatif à son petit ami ou à sa petite amie; et qu'on peut insister sur l'usage du préservatif lors des rapports sexuels. Les réponses, sur une échelle ordinale de Likert à cinq points, vont de «certainement» (5) à «certainement pas» (1). Les quatre premiers indicateurs chargent un construit latent que nous appelons auto-efficacité d'abstinence et les deux derniers, l'auto-efficacité d'usage du préservatif.

La religion et l'ethnicité sont mesurées par identification personnelle à la religion catholique, protestante ou autre et comme appartenant à l'un des deux groupes ethniques dominants de la région, les Luos et les Kisiis, les plus petits groupes ethniques étant regroupés sous l'appellation «autre.» Ces variables procèdent aussi par dummy codes, avec Catholique et Luo comme catégories de référence.

### Analyse des données

Les matrices des corrélations et des covariances des 11 variables indépendantes (y compris le sexe) ont été produites sous LISREL. Les corrélations sont présentées comme valeurs absolues ( $|x|$ ) car elles peuvent être positives ou négatives. La plupart des corrélations sont de  $|0,1|$  ou moins. Les deux corrélations les plus élevées ( $|0,3|$ ) sont entre l'auto-efficacité d'abstinence et celle d'usage du préservatif et entre la connaissance factuelle et les mythes. Dans les deux cas, ces corrélations sont entre les échelles créées au départ des mêmes indicateurs différenciés par les scores factoriels. Trois corrélations de  $|0,2|$  apparaissent entre le sexe et la perception du risque (les filles percevant un moindre risque que les garçons), l'ethnicité et l'auto-efficacité d'usage du préservatif (les Luos présentant une plus grande auto-efficacité que les autres groupes ethniques) et les mythes de transmission et l'auto-efficacité d'abstinence (ceux et celles qui acceptent plus de mythes présentant une plus grande auto-efficacité d'abstinence). Les valeurs généralement faibles des corrélations indiquent une faible variance partagée entre les variables indépendantes.

Nous avons eu recours aux modèles logit binaires pour analyser la variable dépendante catégorique «a déjà eu des rapports sexuels» et aux modèles de risque pour l'«âge aux premiers rapports sexuels.» Un modèle paramétrique nous a permis non seulement d'inférer sur le moment de l'événement d'intérêt, mais aussi d'examiner simultanément les effets indépendants des covariables sélectionnées sur le moment des premiers rapports sexuels. Nous avons eu recours à un modèle de régression log-normale plutôt que log-logistique car il convenait mieux à la distribution sous-jacente de la variable dépendante et produisait à la fois des rapports log-vraisemblance supérieurs pour les modèles emboîtés et des statistiques AIC\* inférieures pour ceux non emboîtés. La variable dépendante du caractère précoce ou tardif des premiers rapports sexuels d'un in-

\*AIC (Akaike Information Criterion), une statistique proposée par Akaike (source: Akaike H, A new look at the statistical model identification, *IEEE Transactions on Automatic Control*, 1974, 19(6):716-723), sert à déterminer le modèle paramétrique le plus adéquat. Il s'agit, selon Akaike, de celui présentant la plus faible statistique AIC.

dividu est mesurée par des rapports de temps. Une valeur inférieure à 1 indique des premiers rapports sexuels intervenus à un âge antérieur à celui du groupe témoin, et une valeur supérieure à 1, des premiers rapports sexuels intervenus à un âge ultérieur à celui du groupe témoin (graphique 1). Pour faciliter l'interprétation, les rapports de temps peuvent être convertis en pourcentages reflétant le caractère plus précoce ou plus tardif d'un événement. Cette interprétation s'aligne sur celle des coefficients non normalisés d'une régression ordinaire des moindres carrés (soit la mesure dans laquelle un événement se produit plus tôt ou plus tard chaque fois que la variable indépendante augmente d'une unité). Dans notre analyse bivariée, le pourcentage reflète la mesure (le pourcentage de temps) dans laquelle un individu connaît ses premiers rapports sexuels plus tôt ou plus tard à chaque augmentation unitaire de la variable indépendante d'intérêt pour les variables continues et la hausse entre les codes 0 et 1 des variables muettes. Dans l'analyse multivariée, il s'agit de la variation pour un individu se trouvant à la valeur moyenne (ou codé 0 pour les variables dichotomiques) pour toutes les autres variables indépendantes incluses dans l'analyse. Dans nos analyses, chaque pour cent (1%) représente 1,44 mois, soit 8,33% pour un an.

Le logiciel STATA utilisé dans cette analyse a traité la possibilité d'écart-types biaisés imputables au plan d'échantillonnage en grappes par imposition d'une variable de grappe, en l'occurrence, l'école. Conformément à la conclusion de Cleves, Gould et Gutierrez<sup>42</sup> selon laquelle, dans la plupart des cas, les observations sont aussi corrélées au sein des groupes en raison d'une caractéristique globale de groupe non mesurée, nous avons utilisé le terme de fragilité partagée\* dans nos modèles historiques d'événements pour déterminer l'hétérogénéité ou non au niveau de l'école.

## RÉSULTATS

Tous les élèves étaient célibataires (jamais mariés, non indiqué) et âgés de 11 à 17 ans (tableau 1). Soixante-deux pour cent des garçons et 30% des filles avaient déjà eu des rapports sexuels. Selon les tables de survie utilisées pour corriger la censure à droite, l'âge médian au moment des premiers rapports sexuels était de 14 ans pour les garçons et 17 ans pour les filles (non indiqué). Les garçons atteignent des scores moyens supérieurs à ceux des filles pour la connaissance de la prévention comme pour l'acceptation des mythes de transmission du VIH. Le score moyen de pression sexuelle est aussi supérieur parmi les garçons. Malgré la haute prévalence du VIH dans cette région,<sup>37</sup> une grande proportion d'élèves ne pensaient pas

\*Selon Cleves et al., les modèles à fragilité partagée peuvent être considérés comme analogues ou à effets aléatoires. La seule différence est que l'on ne peut pas estimer l'hétérogénéité introduite par les caractéristiques de niveau communautaire et scolaire, pas plus qu'introduire de covariables au niveau de la communauté ou de l'école pour justifier l'hétérogénéité. Il est cependant possible de modéliser cette hétérogénéité sous la forme de  $\theta$ , qui représente les effets au niveau du groupe (source: référence 42).

**TABEAU 1. Caractéristiques sélectionnées des élèves participant au programme Primary School Action for Better Health, par sexe, Nyanza, Kenya, 2003**

Groupe et caractéristique	Garçons	Filles
<b>TOTAL</b>	(N=4.146)	(N=4.037)
<b>Ont déjà eu des rapports sexuels</b>		
Oui	61,5	29,9
Non	38,5	70,1
<b>Information†</b>		
Score moyen de connaissance de la prévention (plage: -2,09 à 0,94)	0,01	-0,01
Score moyen d'acceptation des mythes de transmission (plage: -1,08 à 1,60)	0,01	-0,01
<b>Motivation</b>		
Score moyen de pression sexuelle† (plage: -0,87 à 2,56)	0,13	-0,13
Risque perçu		
Aucun	36,9	54,6
Faible	25,4	17,2
Moyen	14,5	11,7
Élevé	23,2	16,5
Connaissait une personne morte du sida		
Oui	51,8	57,4
Non	45,0	40,0
Ne sait pas	3,2	2,6
<b>Auto-efficacité comportementale†</b>		
Score moyen d'abstinence (plage: -1,73 à 1,77)	-0,07	0,07
Score moyen d'usage du préservatif (plage: -2,00 à 1,11)	0,11	-0,12
<b>Caractéristiques démographiques</b>		
Religion		
Catholique	48,2	45,1
Protestante	45,4	51,3
Autre	6,2	3,6
Groupe ethnique		
Luo	57,4	55,7
Kisii	34,9	37,1
Autre	7,7	7,2
Âge moyen des répondants (plage: 11 à 17)	15	14
<b>RÉPONDANTS AYANT DÉJÀ EU DES RAPPORTS SEXUELS</b>	(N=2.515)	(N=1.180)
<b>Âge aux premiers rapports sexuels</b>		
≤11	29,5	14,1
12	18,6	15,1
13	13,2	17,2
14	14,8	22,1
15	12,1	17,3
16	7,4	9,5
17	4,5	4,7
<b>Différence d'âge par rapport au premier/à la première partenaire sexuel/le (années)</b>		
≤1	86,1	69,3
>1 mais ≤2	9,1	22,2
>2 mais ≤3	1,2	0,9
>3	3,6	7,6
<b>Origine du/de la partenaire†</b>		
École	46,3	60,7
Famille	17,1	29,9
Village	73,3	74,0
<b>Nature des premiers rapports sexuels</b>		
Désirés par le/la répondant/e	79,2	51,8
Forcés sur le/la répondant/e	20,8	48,2

†Les scores d'échelle sont calculés comme la somme des items du questionnaire pondérés en fonction de leur saturation factorielle. ‡Les pourcentages ne représentent pas un total de 100,0% car les répondants pouvaient donner plus d'une réponse. N.B.: Sauf indication contraire, les chiffres sont des pourcentages.

**TABLEAU 2. Rapports de probabilités et rapports de temps des analyses bivariées pour l'identification des associations entre les caractéristiques sélectionnées, le fait d'avoir déjà eu des rapports sexuels et l'âge aux premiers rapports sexuels, par sexe**

Variable	Garçons			Filles		
	N	A déjà eu des rapports sexuels†	Âge aux 1ers rapports‡	N	A déjà eu des rapports sexuels†	Âge aux 1ers rapports‡
<b>CONNAISSANCE</b>						
<b>Connaissance de la prévention</b>	4.052	0,78***	1,03***	3.990	0,82***	1,04***
<b>Acceptation des mythes de transmission</b>	4.052	1,18***	0,96***	3.990	1,31***	0,95***
<b>MOTIVATION</b>						
<b>Pression sexuelle</b>	4.146	4,70***	0,87***	4.037	4,07***	0,81***
<b>Risque perçu</b>						
Aucun (réf.)	1.512	1,00	1,00	2.185	1,00	1,00
Small	1.043	2,07***	0,92***	688	2,50***	0,86***
Moderate	593	1,23*	0,97	470	2,03***	0,89***
Great	952	1,31***	0,94***	659	1,31**	0,95**
<b>Connaissait une personne morte du sida</b>						
Non (réf.)	1.866	1,00	1,00	1.615	1,00	1,00
Oui	2.147	1,50***	0,97***	2.319	1,58***	0,94***
Ne sait pas	133	1,72***	0,96	103	2,37***	0,91**
<b>AUTO-EFFICACITÉ COMPORTEMENTALE</b>						
<b>Abstinence</b>	3.807	0,76***	1,01**	3.643	1,02	1,00
<b>Usage du préservatif</b>	3.807	0,99	0,99	3.643	1,22***	0,97***
<b>CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES</b>						
<b>Religion</b>						
Catholique (réf.)	1.998	1,00	1,00	1.920	1,00	1,00
Protestante	1.883	1,02	0,99	2.070	0,88	1,01
Autre	265	0,94	0,99	147	0,73	1,02
<b>Groupe ethnique</b>						
Luo (réf.)	2.378	1,00	1,00	2.249	1,00	1,00
Kisii	1.148	1,25	1,00	1.496	0,72**	1,03
Autre	320	0,60**	1,04	292	0,35***	1,10**
<b>Âge</b>	4.146	1,19***	na	4.037	1,26***	na

\*p≤0,05. \*\*p≤0,01. \*\*\*p≤0,001. †Rapport de probabilités. ‡Rapport de temps. N.B.: Les rapports de temps supérieurs à 1 signifient que les rapports sexuels sont plus tardifs par rapport au groupe de référence; ceux inférieurs à 1 indiquent des rapports plus précoces par rapport au groupe de référence. Pour les mesures scalaires, les rapports de temps supérieurs à 1 indiquent une initiation sexuelle plus tardive pour les répondants atteignant un score supérieur au niveau de la variable indépendante et ceux inférieurs à 1 indiquent une initiation sexuelle plus précoce pour ces répondants. réf.=groupe de référence. na=non applicable.

courir le risque d'infection (37% des garçons et 55% des filles). Plus de garçons que de filles pensaient cependant courir un risque élevé (23% et 17%, respectivement). Plus de filles que de garçons (57% par rapport à 52%) ont du reste déclaré connaître une personne morte du sida. À l'inverse des garçons, les filles présentent un score moyen d'auto-efficacité d'abstinence élevé mais un faible score d'auto-efficacité d'usage du préservatif.

Les catholiques représentent la plus large proportion masculine (48%); côté féminin, il s'agit des protestantes (51%). Plus de la moitié des répondants se sont identifiés comme appartenant au groupe ethnique des Luos (groupe prédominant de la province de Nyanza). En moyenne, les garçons de l'échantillon avaient un an de plus que les filles (15 par rapport à 14 ans).

Pour les répondants qui avaient déjà eu des rapports

sexuels, le premier ou la première partenaire était à peu près du même âge: plus de 90% des participants ont déclaré une différence d'âge maximale de deux ans. Pour les garçons comme pour les filles, la première ou le premier partenaire était très largement originaire du même village. Beaucoup l'avait rencontré/e à l'école; moins par l'intermédiaire de membres de leur famille. Aucune association n'est apparue entre l'origine et l'âge des premiers partenaires (non indiqué). Pour une vaste majorité de garçons (79%), les premiers rapports sexuels avaient été désirés (par opposition à forcés). Les filles déclarent quant à elles en proportions à peu près égales des premiers rapports désirés ou forcés (52% et 48%, respectivement).

### Résultats bivariés

Pour les deux sexes, la connaissance de la prévention, le rejet des mythes et l'expérience de moindres pressions à s'engager dans des rapports sexuels sont associés à de moindres probabilités d'avoir jamais eu de rapports sexuels et à des premiers rapports sexuels différés (tableau 2). L'auto-efficacité d'abstinence est associée à de moindres probabilités de premiers rapports consumés et à des premiers rapports différés pour les garçons, mais pas pour les filles. Contrairement à nos prédictions, un plus grand risque perçu et la connaissance d'une personne morte du sida sont associés à de plus grandes probabilités d'avoir déjà eu des rapports sexuels et à des premiers rapports plus précoces dans les deux sexes. Côté féminin mais non masculin, l'auto-efficacité d'usage du préservatif est associée à l'existence de rapports sexuels et à de premiers rapports plus précoces. Enfin, l'ethnicité est associée à l'existence de rapports sexuels pour les garçons comme pour les filles, et au moment des premiers rapports pour les filles seulement.

### Résultats multivariés

Six modèles de risque multivariés—trois pour les garçons et trois pour les filles—du moment des premiers rapports sexuels sont présentés au tableau 3. Dans le premier, nous avons estimé l'effet des principales variables indépendantes du modèle IMB sur le moment des premiers rapports sexuels des répondants. Dans le deuxième modèle, nous avons ajouté l'auto-efficacité d'usage du préservatif et, dans le troisième, la religion, l'ethnicité et un terme d'interaction entre l'auto-efficacité d'usage du préservatif et celle d'abstinence. Le tableau 4 applique la même stratégie analytique à des modèles logit pour identifier les facteurs associés à la probabilité d'avoir eu des rapports sexuels. Dans ce tableau, le troisième modèle inclut l'âge, en plus des variables utilisées au tableau 3. La fragilité partagée est contrôlée dans tous les modèles historiques d'événements.

Dans le premier modèle du tableau 3, compte tenu des effets des autres indicateurs IMB, les garçons et les filles qui acceptaient plus de mythes de transmission avaient eu leurs premiers rapports sexuels plus tôt. Cependant, la connaissance correcte de la prévention ne produit pas

**TABLEAU 3. Rapports de temps (et écarts-types) des modèles de risques multivariés de l'âge aux premiers rapports sexuels, par sexe**

Variable	Garçons (N=3.701)			Filles (N=3.584)		
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3
<b>CONNAISSANCE</b>						
<b>Connaissance de la prévention</b>	1,01 (0,01)	1,01 (0,01)	1,01 (0,01)	0,99 (0,01)	0,99 (0,01)	1,00 (0,01)
<b>Acceptation des mythes de transmission</b>	0,98 (0,01)***	0,98 (0,01)***	0,98 (0,01)***	0,97 (0,01)***	0,97 (0,01)***	0,97 (0,01)***
<b>MOTIVATION</b>						
<b>Pression sexuelle</b>	0,87 (0,01)***	0,87 (0,01)***	0,87 (0,01)***	0,81 (0,01)***	0,81 (0,01)***	0,81 (0,01)***
<b>Risque perçu</b>						
Aucun (réf.)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Faible	0,95 (0,01)***	0,95 (0,01)***	0,95 (0,01)***	0,90 (0,02)***	0,90 (0,02)***	0,90 (0,02)***
Moyen	0,99 (0,02)	0,99 (0,02)	0,99 (0,02)	0,94 (0,02)**	0,94 (0,02)**	0,94 (0,02)***
Élevé	0,96 (0,01)***	0,96 (0,02)**	0,96 (0,02)**	0,99 (0,02)	0,99 (0,02)	0,99 (0,02)
<b>Connaissait une personne morte du sida</b>						
Non (réf.)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Oui	0,98 (0,01)	0,98 (0,01)	0,98 (0,01)	0,98 (0,02)	0,98 (0,02)	0,98 (0,02)
Ne sait pas	0,98 (0,04)	0,98 (0,04)	0,98 (0,04)	1,00 (0,05)	1,00 (0,05)	1,00 (0,05)
<b>AUTO-EFFICACITÉ COMPORTEMENTALE</b>						
<b>Abstinence</b>	1,01 (0,01)**	1,02 (0,01)**	1,01 (0,01)**	1,00 (0,01)	1,01 (0,01)	1,01 (0,01)
<b>Usage du préservatif</b>	na	0,99 (0,01)	1,00 (0,01)	na	0,98 (0,01)**	0,98 (0,01)**
<b>Abstinence x Usage du préservatif</b>	na	na	1,02 (0,01)**	na	na	1,01 (0,01)
<b>CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES</b>						
<b>Religie</b>						
Catholique (réf.)	na	na	1,00	na	na	1,00
Protestante	na	na	0,98 (0,01)*	na	na	1,01 (0,02)
Autre	na	na	0,99 (0,02)	na	na	1,03 (0,05)
<b>Groupe ethnique</b>						
Luo (réf.)	na	na	1,00	na	na	1,00
Kisii	na	na	0,98 (0,02)	na	na	1,00 (0,03)
Autre	na	na	1,05 (0,03)	na	na	1,12 (0,05)***
<i>Fragilité partagée (thêta)</i>	0,18 (0,03)***	0,18 (0,03)	0,17 (0,03)***	0,35 (0,07)***	0,35 (0,06)***	0,33 (0,06)***
<i>Nombre d'échecs</i>	2.269	2.269	2.269	1.083	1.083	1.083
<i>Pseudo-log-vraisemblance</i>	-1.413,8	-1.413,3	-1.406,4	-1.260,6	-1.258,6	-1.254,0
<i>Signification du modèle (Wald <math>\chi^2</math>)</i>	429,35 (9)***	430,25 (10)***	444,00 (14)***	558,97 (9)***	562,90 (10)***	572,20 (14)***

\*p≤0,05. \*\*p≤0,01. \*\*\*p≤0,001. N.B.: Les écarts-types sont corrigés en fonction du plan d'échantillonnage en grappes. Le nombre d'échecs représente, dans chaque modèle, le nombre ayant eu des rapports sexuels. réf.=groupe de référence. na=non applicable.

d'effet significatif sur le moment des premiers rapports sexuels des garçons comme des filles.

L'importance des rapports de temps, pour ce qui est de la pression sexuelle, en fait la variable la plus influente des analyses multivariées. Toutefois, les indicateurs théoriquement présumés motiver les jeunes à différer leur activité sexuelle ne soutiennent que marginalement nos prédictions. Les garçons qui percevaient courir un risque élevé de contraction du VIH avaient entamé leur activité sexuelle 5,5 mois (soit 3,8%)\* plus tôt que ceux qui estimaient ne courir aucun risque. Cette observation est contraire à nos prédictions. Cependant, les garçons qui ne percevaient qu'un faible risque d'infection à VIH avaient eu leurs premiers rapports sexuels 7,8 mois (5,4%) plus tôt que ceux qui ne pensaient pas courir de risque. La tendance est similaire pour les filles, avec toutefois une ampleur d'effets plus large, sauf pour celles qui estimaient courir un risque élevé. Pour les garçons comme pour les filles, la connaissance d'une personne morte du sida n'influence nullement l'âge au moment des pre-

miers rapports sexuels. Une plus grande auto-efficacité d'abstinence diffère le moment des premiers rapports sexuels (de 1,9 mois ou 1,3% pour chaque hausse unitaire d'auto-efficacité) chez les garçons, mais pas chez les filles.

Même après ajout de l'auto-efficacité d'usage du préservatif au modèle 2, toutes les autres variables demeurent statistiquement robustes. Dans le modèle relatif aux filles, l'initiation sexuelle intervient 2,6 mois (1,8%) plus tôt à chaque unité supérieure d'auto-efficacité d'usage du préservatif.

Le modèle 3 ajoute les variables socioculturelles d'ethnicité et de religion, ainsi que le terme d'interaction entre l'auto-efficacité d'abstinence et celle d'usage du préservatif. Toutes les variables antérieures demeurent statistiquement robustes, avec faible variation des rapports de temps. Nous n'avons observé aucune différence de mo-

\*Comme les rapports de temps présentés au tableau 3 sont arrondis à deux décimales, les calculs basés sur ces chiffres sont moins précis que ceux présentés dans le texte.

**TABLEAU 4. Rapports de probabilités justés (et écarts-types) des modèles logit binaires d'avoir déjà eu des rapports sexuels, par sexe**

Variable	Garçons			Filles		
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3
<b>CONNAISSANCE</b>						
<b>Connaissance de la prévention</b>	0,94 (0,05)	0,94 (0,05)	0,95 (0,05)	1,03 (0,07)	1,02 (0,07)	1,02 (0,07)
<b>Acceptation des mythes de transmission</b>	1,25 (0,07)***	1,24 (0,07)***	1,26 (0,07)***	1,29 (0,10)***	1,26 (0,09)***	1,25 (0,09)***
<b>MOTIVATION</b>						
<b>Pression sexuelle</b>	4,44 (0,48)***	4,43 (0,48)***	4,42 (0,47)***	3,95 (0,33)***	3,92 (0,33)***	3,72 (0,31)***
<b>Risque perçu</b>						
Aucun (réf.)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Faible	1,77 (0,20)***	1,77 (0,20)***	1,75 (0,20)***	2,11 (0,27)***	2,09 (0,27)***	2,04 (0,26)***
Moyen	1,04 (0,14)	1,04 (0,14)	1,00 (0,14)	1,62 (0,24)***	1,64 (0,24)***	1,67 (0,25)***
Élevé	1,21 (0,12)*	1,20 (0,12)*	1,18 (0,13)	1,16 (0,19)	1,18 (0,20)	1,19 (0,20)
<b>Connaissait une personne morte du sida</b>						
Non (réf.)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Oui	1,30 (0,10)***	1,30 (0,10)***	1,23 (0,10)***	1,33 (0,13)***	1,33 (0,13)***	1,35 (0,14)***
Ne sait pas	1,27 (0,32)	1,28 (0,32)	1,29 (0,32)	1,33 (0,35)	1,33 (0,35)	1,24 (0,33)
<b>AUTO-EFFICACITÉ COMPORTEMENTALE</b>						
<b>Abstinence</b>	0,78 (0,04)***	0,77 (0,04)***	0,80 (0,04)***	0,98 (0,06)	0,95 (0,05)	0,94 (0,05)
<b>Usage du préservatif</b>	na	1,04 (0,06)	1,03 (0,05)	na	1,13 (0,07)**	1,10 (0,07)*
<b>Abstinence x Usage du préservatif</b>	na	na	0,88 (0,04)***	na	na	0,99 (0,05)
<b>CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES</b>						
<b>Religion</b>						
Catholique (réf.)	na	na	1,00	na	na	1,00
Protestante	na	na	1,15 (0,10)	na	na	0,96 (0,10)
Autre	na	na	1,09 (0,20)	na	na	0,73 (0,24)
<b>Groupe ethnique</b>						
Luo (réf.)	na	na	0,00	na	na	1,00
Kisii	na	na	1,41 (0,24)**	na	na	0,82 (0,13)
Autre	na	na	0,59 (0,13)**	na	na	0,38 (0,09)***
<b>Âge</b>						
	na	na	1,14 (0,04)***	na	na	1,18 (0,04)***
<i>Pseudo-log-vraisemblance</i>	-1.957,4	-1.957,1	-1.926,7	-1.741,5	-1.737,9	-1.706,6
<i>Signification du modèle (Wald <math>\chi^2</math>)</i>	280,29 (9)***	289,61 (10)***	380,89 (16)***	317,03 (9)***	361,36 (10)***	377,22 (16)***
<i>Pseudo R<sup>2</sup></i>	0,204	0,204	0,217	0,212	0,214	0,228

\*p≤0,05. \*\*p≤0,01. \*\*\*p≤0,001. N.B.: Les écarts-types sont corrigés en fonction du plan d'échantillonnage en grappes. réf.=groupe de référence. na=non applicable.

ment des premiers rapports sexuels entre les différents groupes ethniques pour les garçons, mais les filles des groupes non dominants se sont révélées différer leurs premiers rapports de 1,4 an (soit 12%) par rapport aux filles luos. Les garçons protestants sont sexuellement actifs 3,2 mois (2,2%) plus tôt que leurs homologues catholiques. Enfin, l'interaction entre l'auto-efficacité d'usage du préservatif et celle d'abstinence démontre, pour les garçons, l'association d'une auto-efficacité élevée aux deux niveaux avec une initiation sexuelle différée. Aucun effet significatif n'est observé pour les filles.

Thêta, le terme de fragilité partagée des modèles de risque, est significatif dans tous les modèles, sauf dans le modèle 2 relatif aux garçons. Son importance diminue dans le modèle 3, sous ajout des variables socioculturelles. Les résultats relatifs à la fragilité partagée laissent entendre l'influence de facteurs de niveau scolaire et communautaire non observés sur le moment des premiers rapports sexuels.

Les résultats des modèles logit (tableau 4) sont sem-

blables à ceux des modèles de risque. Dans le modèle 1, compte tenu des autres indicateurs IMB, plus les mythes sont acceptés, plus la probabilité d'avoir déjà eu des rapports sexuels est grande, pour les garçons comme pour les filles (rapport de probabilités, 1,3 chacun).

L'importance des rapports de probabilités ajustés en fonction de la pression sexuelle fait de cette variable la plus influente (rapport de probabilités, 4,4 pour les garçons et 4,0 pour les filles). Toutefois, les indicateurs théoriquement présumés motiver les jeunes à différer leur activité sexuelle ne soutiennent que marginalement nos prédictions. Par rapport aux garçons qui estimaient ne courir aucun risque de contraction du VIH, ceux qui percevaient un risque élevé de contraction du VIH présentent une plus grande probabilité d'avoir déjà eu des rapports sexuels (1,2); pour ceux qui ne percevaient qu'un risque faible, la probabilité est plus grande encore (1,8). La tendance est similaire pour les filles, les niveaux supérieurs de risque perçu produisant de plus faibles probabilités que les niveaux inférieurs, bien que l'ampleur des probabilités soit

supérieure et que le seuil différentiel supérieur de risque significatif soit inférieur chez les filles. Les garçons et les filles ayant déclaré connaître une personne morte du sida présentent une plus grande probabilité d'être sexuellement expérimentés que leurs homologues sans victime connue du sida (1,3 pour chaque sexe).

Une plus grande auto-efficacité d'abstinence réduit la probabilité d'avoir déjà eu des rapports sexuels chez les garçons (rapport de probabilités, 0,8), mais pas chez les filles. Même après contrôle de l'auto-efficacité d'usage du préservatif dans le modèle 2, toutes les autres variables demeurent statistiquement robustes. Dans le modèle relatif aux filles, la probabilité d'expérience sexuelle augmente de 1,1 à chaque unité supérieure d'auto-efficacité d'usage du préservatif.

Toutes les variables antérieures demeurent statistiquement robustes, avec faible variation des rapports de probabilités ajustés après l'ajout des variables socioculturelles et de l'interaction entre auto-efficacité d'usage du préservatif et d'abstinence au modèle 3, à la seule exception de la perception de risque élevé chez les garçons, qui devient insignifiante. Par rapport à leurs homologues locaux, les garçons kisiis présentent de plus fortes probabilités d'expérience sexuelle (rapport de probabilités, 1,4). Ces probabilités sont plus faibles pour les garçons comme pour les filles des autres groupes ethniques (0,6 pour les garçons et 0,4 pour les filles). Comme on pouvait s'y attendre, les probabilités d'expérience sexuelle augmentent avec l'âge—chaque année d'âge supplémentaire représente une probabilité accrue de 1,1 pour les garçons et de 1,2 pour les filles. Enfin, l'interaction significative entre l'auto-efficacité d'usage du préservatif et celle d'abstinence démontre, pour les garçons seulement, l'association d'une auto-efficacité élevée aux deux niveaux avec une probabilité moindre d'expérience sexuelle (0,9).

## DISCUSSION

Les résultats de cette étude viennent étayer la conclusion selon laquelle la capacité de rejet des mythes locaux courants sur la transmission et la prévention du VIH, l'expérience de moindres pressions sexuelles et l'auto-efficacité d'abstinence (pour les garçons seulement) sont associées à une moindre probabilité d'expérience sexuelle et à une initiation sexuelle différée. Il en ressort que ces composants du programme Primary School Action for Better Health paraissent utiles à l'effort de promotion d'une initiation sexuelle différée parmi les élèves des classes supérieures de l'enseignement primaire. Les implications de la perception du risque et de la sensibilisation aux victimes du sida sur le moment des premiers rapports sexuels sont cependant moins claires.

La conscience du VIH et la connaissance quant à sa transmission à travers l'activité sexuelle sont très répandues dans la plupart des régions d'Afrique subsaharienne.<sup>2,43</sup> Il n'est dès lors pas surprenant que l'influence de la connaissance de la prévention sur l'initiation sexuelle différée observée dans l'analyse bivariée ne soit pas retenue

au niveau de l'analyse multivariée, où seul le rejet des mythes de transmission maintient son effet. Les résultats donnent à penser que la connaissance de la prévention opère à travers ou avec d'autres prédicteurs, alors que l'acceptation ou le rejet des mythes de transmission opère indépendamment des autres covariables considérées ici. L'implication programmatique de cette constatation est qu'il ne suffit pas de communiquer «les faits» au sujet de la transmission et de la prévention du VIH: encore faut-il comprendre les mythes locaux et les discréditer.

Conformément au modèle IMB, la perception de risque est conceptualisée comme une motivation à différer les rapports sexuels. Contrairement à cette attente, pourtant, nous avons observé que les jeunes qui estimaient courir le moindre risque de contraction du VIH étaient plus susceptibles d'être sexuellement expérimentés et d'avoir eu leurs premiers rapports sexuels plus tôt que ceux qui n'estimaient pas courir ce risque. Cette observation s'inscrit à l'opposé des prédictions des modèles IBM et autres similaires, mais elle est conforme aux résultats de certaines études antérieures.<sup>1,27,43,44</sup> Ces résultats contre-intuitifs peuvent refléter une question de moment et l'interdépendance de la perception du risque et du comportement sexuel. Comme présumé en théorie, le niveau de risque perçu qui précède le comportement sexuel influence ce comportement. En revanche, une fois le comportement sexuel adopté, le niveau de risque perçu peut être modifié pour refléter ce comportement. Ce type d'interdépendance ne peut être examiné pleinement qu'en présence de données longitudinales, comme démontré par Anderson et collègues<sup>26</sup> et Tenkorang et Fernando.<sup>28</sup> Dans les échantillons transversaux tels que les nôtres et ceux considérés dans la plupart des autres études, il n'est pas possible de déterminer si le niveau de risque perçu mesure précède ou suit le comportement sexuel. On remarquera que dans cette étude, lorsque les élèves qui n'estiment pas courir de risque de contraction du VIH ne sont pas considérés, la tendance d'effets attendue apparaît aux différents degrés de risque perçu, donnant à penser qu'il existe peut-être un niveau optimal de perception du risque où la prise de risque est réduite.

La source du risque peut aussi être importante. Certains jeunes peuvent avoir perçu le risque par suite de circonstances sans rapport avec leur activité sexuelle: la circoncision des garçons ou l'excision des filles au moyen d'instruments communs, le partage d'instruments tranchants ou pointus, les traitements médicaux, la sorcellerie ou le contact informel avec autrui, par exemple. De toute évidence, le rapport entre la perception du risque et l'action est plus complexe qu'on ne le reconnaît souvent. Étant donné que les campagnes de prévention se concentrent souvent, dans un premier temps, sur la motivation des gens à se protéger en les sensibilisant au risque qu'ils courent, de nouvelles études sont requises pour comprendre comment la perception du risque influence les comportements et des données longitudinales doivent être obtenues pour examiner la manière dont la perception

du risque et le comportement sexuel s'influencent mutuellement.

Les résultats de nos analyses indiquent par ailleurs que la connaissance d'une personne morte du sida est associée à l'expérience sexuelle et à une initiation sexuelle précoce. Plusieurs raisons peuvent expliquer ces résultats contre-intuitifs. D'abord, à l'image de la perception du risque, la nature transversale de nos données ne nous permet pas de clarifier l'ordre causal. Le décès peut être intervenu après l'initiation sexuelle et l'association peut être erronée ou peut-être indicatrice d'une plus grande sensibilité aux victimes du sida après l'initiation sexuelle. Peut-être aussi, comme l'affirment Macintyre et al.,<sup>27</sup> l'impact de la connaissance d'une personne morte du sida sur le comportement sexuel à risques peut-il dépendre de la relation entre le défunt et le répondant. Le changement ne peut intervenir que si la mort frappe une personne proche du répondant (un parent ou un pair, notamment). La connaissance d'une personne morte du sida peut aussi contribuer à un sentiment de fatalité, où l'individu se dit qu'il va de toute façon mourir. Des études menées en Afrique du Sud et au Malawi ont démontré que le fatalisme inhibe les comportements préventifs.<sup>45,46</sup> Tandis que les décès imputables au sida deviennent de plus en plus visibles dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, il conviendrait de prêter davantage attention à la manière dont le vécu de ces décès influence la motivation de se protéger.

Plusieurs études menées en Afrique subsaharienne donnent à penser que les premiers rapports sexuels des jeunes s'expliquent par les pressions sociales et les conditions du milieu.<sup>6,16,28,47,48</sup> La pression exercée sur les filles est imputable à leur position subordonnée par rapport aux garçons et aux scripts culturels qui normalisent l'accès des filles aux ressources matérielles à travers l'activité sexuelle.<sup>6,13,16</sup> La recherche de Varga<sup>49</sup> auprès de la population masculine en Afrique du Sud et celle de Nzioka<sup>20,21</sup> au Kenya révèlent la pression d'activité sexuelle intense qui pèse sur les garçons s'ils veulent être socialement reconnus comme physiquement mûrs ou suffisamment virils. Dans l'étude qui nous occupe, la pression sexuelle est le facteur dont l'effet est le plus fort sur les deux mesures d'initiation sexuelle. Compte tenu aussi des résultats relatifs à l'auto-efficacité d'abstinence, une image sexuée de l'expérience des premiers rapports sexuels paraît évidente. Considérablement plus de garçons que de filles ont déclaré être sexuellement expérimentés et avoir eu leurs premiers rapports sexuels plus tôt dans l'adolescence (âge moyen de 14 ans par rapport à 17 ans). Selon les déclarations de la majorité des garçons, leur première expérience sexuelle avait été désirée et non forcée. Les garçons présentent cependant de plus hauts niveaux de pression à devenir sexuellement actifs et une moindre auto-efficacité d'abstinence que les filles. L'influence de cette pression sur la probabilité d'avoir déjà eu des rapports sexuels s'est avérée plus forte chez les garçons, tandis que son influence sur le moment plus précoce de l'initiation sexuelle paraît plus forte chez les filles. Les garçons associés à une auto-

efficacité d'abstinence supérieure diffèrent leurs premiers rapports sexuels et présentent une moindre probabilité d'être sexuellement expérimentés. En dépit de niveaux supérieurs d'auto-efficacité d'abstinence, les filles ne sont pas aptes à différer leur initiation sexuelle, reflet, peut-être, du haut pourcentage ayant déclaré que leurs premiers rapports avaient été forcés plutôt que désirés.

L'implication programmatique en est qu'il ne suffit pas de dire aux jeunes de «dire non.» Les jeunes doivent apprendre à neutraliser les pressions qu'ils subissent et les filles en particulier doivent pouvoir maîtriser les circonstances sexuelles de leur vie. Le programme d'intervention Primary School Action for Better Health a cherché à résoudre les pressions ressenties par les jeunes en discréditant celles basées sur le mythe (par exemple, quand on en ressent le désir, il est essentiel d'avoir des rapports sexuels pour ne pas être en mauvaise santé) et en montrant les moyens d'éviter ou de défier les autres pressions (en évitant par exemple les lieux et les circonstances propices à l'activité sexuelle et, surtout, à la contrainte, en restant dans des groupes de même sexe, en défiant ceux qui poussent leurs pairs à avoir des rapports sexuels, etc.)

Toutefois, la force de l'effet de la pression sexuelle sur l'initiation sexuelle révélée dans nos analyses, même sous contrôle d'autres prédicteurs, laisse entendre que cet enseignement ne suffit pas. Réduire les effets de cette pression représente très vraisemblablement une question de changement au niveau de la communauté et de la société, ainsi que d'initiative politique. Beaucoup des pressions identifiées par les jeunes sont l'émanation des normes de la communauté, de la conduite des adultes et des nécessités et motivations financières: toutes conditions sociales indépendantes de la volonté individuelle des jeunes, à résoudre à travers divers programmes et politiques locaux et nationaux ciblés.

Le débat fait actuellement rage quant à savoir si les campagnes de prévention du sida doivent mettre l'accent sur l'abstinence et l'activité sexuelle différée ou sur l'usage du préservatif. Selon Green,<sup>50</sup> l'accent sur l'usage du préservatif est une importation des campagnes préventives occidentales en Afrique, non adaptée à la situation de l'Afrique subsaharienne. Les efforts de sensibilisation au préservatif en Afrique peuvent provoquer de fortes réactions négatives. Plusieurs programmes scolaires de prévention du VIH incluant le préservatif ont été soit forcés d'éliminer le contenu relatif au préservatif, soit éliminés eux-mêmes des écoles.<sup>51</sup> La crainte que la connaissance du préservatif ne contribue à une initiation sexuelle précoce n'est pas confirmée dans les résultats relatifs aux garçons: de hauts niveaux d'auto-efficacité d'abstinence comme d'usage du préservatif y sont en effet associés à de moindres probabilités d'expérience sexuelle et à une initiation sexuelle différée. Même si une auto-efficacité supérieure en matière d'usage du préservatif est associée à une plus grande probabilité d'expérience sexuelle et à l'initiation sexuelle plus précoce des filles, la nature transversale de nos données ne nous permet pas de discerner l'ordre causal entre l'activité

sexuelle et l'auto-efficacité d'usage du préservatif. Il est parfaitement plausible que l'expérience sexuelle mène les filles à apprendre comment se servir du préservatif pour se protéger. Même si l'auto-efficacité d'usage du préservatif précède l'activité sexuelle, elle doit être considérée à la lumière des hautes proportions de filles qui déclarent avoir subi leurs premiers rapports sexuels sous l'effet de la force ou de celles qui diffèrent leurs premiers rapports jusqu'aux années plus avancées de l'adolescence. Il conviendrait clairement de procéder à une recherche approfondie sur les compétences nécessaires aux jeunes dans le contexte de la sexualité au sein de leur communauté.

L'introduction de l'ethnicité et de la religion n'affaiblit pas les effets des autres variables du modèle. Toutefois, le niveau significatif du terme de fragilité partagée démontre la nécessité d'envisager la force ou les influences complémentaires des conditions sociales, culturelles et environnementales lors de l'élaboration des programmes et politiques de lutte contre la propagation du VIH. Ces considérations dépassent le domaine de la programmation axée sur l'individu. Elles exigent une politique et des programmes conçus pour contrecarrer et changer les conditions qui rendent les jeunes vulnérables au VIH.

#### **Limitations de l'étude**

Plusieurs limites au caractère généralisable des résultats de cette étude doivent être considérées. Conscients des inquiétudes soulevées quant à la fiabilité des données autodéclarées, surtout lorsqu'il s'agit de questions sensibles telles que le comportement sexuel,<sup>52-55</sup> nous avons eu recours à plusieurs procédures préparatoires puis de conduite de la collecte afin d'atteindre le plus haut niveau possible de validité. D'abord, le format des questions et de l'enquête est issu d'instruments testés précédemment<sup>41</sup> et combiné à une terminologie et à un contexte localement appropriés obtenus dans le cadre de la recherche complémentaire. En deuxième lieu, les questionnaires ont été soumis à des essais pilotes avec tests statistiques de fiabilité, validité interne et conceptuelle des questions et critique qualitative des jeunes en vue du raffinement ultime des instruments et procédures de collecte. Troisièmement, nous avons combiné l'autodéclaration et les entretiens structurés pour minimiser l'effet d'intervieweur<sup>54,56</sup> et compenser l'alphabétisme limité. La seule méthode qui aurait pu produire des résultats d'enquête plus valables aurait été l'administration assistée par ordinateur (CASI ou ACASI),<sup>54,56</sup> non disponible pour cette étude en raison de son coût et de l'incompatibilité de la technologie avec les conditions locales (absence d'électricité, manque de familiarité et suspicion à l'égard de l'informatique, etc.) De plus, nous avons mené plusieurs analyses séparées, selon différentes approches statistiques, sur deux mesures d'expérience sexuelle, avec recours à la procédure d'analyse recommandée (l'analyse de survie) pour les données censurées. La similarité de tendance des effets sur les deux variables dépendantes rehausse notre confiance en nos résultats et laisse entendre la constance des répon-

dants dans la déclaration de leur activité sexuelle d'une question à l'autre. Cleland et al.<sup>55</sup> font remarquer, dans leur introduction à un numéro spécial de *Sexually Transmitted Infections* sur les plans de recherche, que les données autodéclarées soigneusement collectées continuent d'apporter une information essentielle à la recherche sur la sexualité, et ce malgré leurs lacunes. Il importe cependant de continuer à reconnaître les difficultés liées à l'usage de données autodéclarées lors de la conduite d'analyses relatives à l'activité sexuelle.

L'usage de données transversales limite aussi l'interprétation de nos résultats. Malgré la possibilité d'inférences sur les associations entre les variables indépendantes et dépendantes, il ne nous est pas possible d'émettre d'inférences causales. L'usage de données longitudinales aurait été préférable, mais la collecte n'en a pas été considérée faisable en raison des hauts taux de mobilité des familles et des jeunes exacerbés, en partie, par les taux élevés de VIH et du sida, la pauvreté locale et les perturbations familiales causées par ces facteurs. Cela sans compter que lors de l'avènement de l'enseignement primaire gratuit en janvier 2003, les familles ont déplacé leurs enfants vers les écoles plus désirables. Face aux problèmes ainsi posés au suivi longitudinal et étant donné que notre but, pour le programme Primary School Action for Better Health, était qu'il démontre son efficacité auprès des cohortes d'élèves suivantes, nous avons choisi l'échantillonnage transversal répété, reconnaissant pleinement les limitations imposées à nos interprétations.

Enfin, la recherche rapportée ici est limitée aux données d'une seule province du Kenya. Dès décembre 2007, le programme Primary School Action for Better Health était opérationnel dans toutes les écoles de l'enseignement primaire du Kenya. Le suivi des résultats indique des implications similaires pour toutes les variables incluses dans les analyses présentées dans cet article. Toutefois, les analyses spécifiques menées ici devraient être répliquées avant que les résultats ne puissent être généralisés au-delà de la province de Nyanza.

#### **CONCLUSION**

Dans le cadre de la lutte contre la pandémie du sida au Kenya, le président Mwai Kibaki a déclaré la «guerre totale au sida,» lançant une réponse multisectorielle à la maladie et faisant des jeunes la cible d'efforts de prévention du sida. L'approche a mené le Kenya à lancer une initiative d'éducation préventive du VIH à tous les niveaux de l'enseignement. Au centre de cette initiative, l'accent est mis sur les efforts aptes à différer les premiers rapports sexuels des jeunes. Les résultats rapportés ici jettent la lumière sur certains des facteurs associés au moment des premiers rapports sexuels qu'il serait possible d'aborder aisément dans les programmes scolaires de prévention. Les résultats soulignent par ailleurs les limitations des objectifs réalisables dans le contexte scolaire. Nous en concluons que les initiatives de prévention du VIH doivent reposer sur les éléments importants suivants: discréditer

les mythes et les idées reçues sur la transmission et la prévention du sida, réduire les pressions sociales exercées sur les jeunes et qui les poussent à devenir sexuellement actifs à un jeune âge, neutraliser le sentiment fataliste que les jeunes peuvent ressentir face au VIH et au sida, résoudre la nature sexiste de la pression et de la force et redresser l'équilibre de pouvoir entre les filles et les garçons dans le domaine de la sexualité. Les programmes doivent aussi tenir compte des différences ethniques concernant la manière dont la sexualité, les comportements sexuels et le VIH/sida sont envisagés, ainsi que des différences entre les sexes quant à la capacité des jeunes à changer leurs comportements sexuels.

## RÉFÉRENCES

- Akwara PA, Madise NJ et Hinde A, Perception of risk of HIV/AIDS and sexual behaviour in Kenya, *Journal of Biosocial Science*, 2003, 35(3):385-411.
- Desgrées du Lou A, Reproductive health and AIDS in Sub-Saharan Africa: problems and prospects, *Population: An English Selection*, 1999, Vol. 11, pp. 61-87.
- Treffers P et al., Care for adolescent pregnancy and childbirth, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2001, 28(3):181-189.
- Bongaarts J, Late marriage and the HIV epidemic in Sub-Saharan Africa, *Population Studies*, 2007, 61(1):73-83.
- Owuamanam DO, Sexual networking among youth in southwestern Nigeria, *Health Transition Review*, 1995, 5(Suppl.):57-66.
- Zulu EM, Dodoo FN et Ezeh AC, Sexual risk-taking in the slums of Nairobi, Kenya, 1993-8, *Population Studies*, 2002, 56(3):311-323.
- Lugoe WL et Biswalo PM, Self-restraining and condom use behaviours: the HIV/AIDS prevention challenges in Tanzanian schools, *International Journal of Adolescence and Youth*, 1997, Vol. 7, pp. 67-81.
- Hulton LA, Cullen R et Khalokho SW, Perceptions of the risks of sexual activity and their consequences among Ugandan adolescents, *Studies in Family Planning*, 2000, 31(1):35-46.
- Harrison A, Xaba N et Kunene P, Understanding safe sex: gender narratives of HIV and pregnancy prevention among rural South African school-going adolescents, *Reproductive Health Matters*, 2001, 9(17):63-71.
- Ajuwon AJ et al., HIV risk-related behavior, sexual coercion, and implications for prevention strategies among female apprentice tailors, Ibadan, Nigeria, *AIDS and Behavior*, 2002, 6(3):229-235.
- Jejeebhoy SJ et Bott S, Non-consensual sexual experiences of young people: a review of the evidence from developing countries, *Population Council Working Paper*, New Delhi: Population Council, 2003, No. 16.
- Longfield K et Klein M, Giving in to sexual demand: sexual decision-making among youth, document présenté à l'assemblée annuelle de l'American Public Health Association, San Francisco, CA, USA, 15-19 nov. 2003.
- Mensch BS, Bruce J et Greene ME, *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*, New York: Population Council, 1998.
- Caldwell JC et Caldwell P, Toward an epidemiological model of AIDS in Sub-Saharan Africa, *Social Science History*, 1996, 20(4):559-591.
- Luke N, Age and economic asymmetries in the sexual relationships of adolescent girls in Sub-Saharan Africa, *Studies in Family Planning*, 2003, 34(2):67-86.
- Maticka-Tyndale E et al., The sexual scripts of Kenyan young people and HIV prevention, *Culture, Health and Sexuality*, 2005, 7(1):27-41.
- Maticka-Tyndale E et al., *Primary School Action for Better Health: Pre-programme Integrated Qualitative and Quantitative Report*, 2002, <[http://web2.uwindsor.ca/courses/sociology/maticka/psabh/evaluation\\_of\\_PSABH/pre-programme/wave1report.pdf](http://web2.uwindsor.ca/courses/sociology/maticka/psabh/evaluation_of_PSABH/pre-programme/wave1report.pdf)>, consulté le 11 déc. 2008.
- Okonofua F, Adolescent reproductive health in Africa: future challenges, *African Journal of Reproductive Health*, 2000, 4(1):7-12.
- Orubuloye IO et al., Sexual networking and AIDS in Sub-Saharan Africa: behavioural research and the social context, dans: Caldwell J, Caldwell P et Quiggin P, eds., *The Social Context of AIDS in Sub-Saharan Africa*, Canberra, Australia: Australian National University, 1994, pp. 129-161.
- Nzioka C, Lay perceptions of HIV infection and the social construction of safer sex: some experiences from Kenya, *AIDS Care*, 1996, 8(5):565-579.
- Nzioka C, Perspectives of adolescent boys on the risks of unwanted pregnancy and sexually transmitted infections: Kenya, *Reproductive Health Matters*, 2001, 9(17):108-117.
- Rosenstock IM, The Health Belief model and preventive health behavior, *Health Education Monographs*, 1974, Vol. 2, No. 4, pp. 354-386.
- Ajzen I et Fishbein M, *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*, Englewood Cliffs, NJ, USA: Prentice Hall, 1980.
- Bandura A, Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection, dans: DiClemente RJ et Peterson JL, eds., *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions*, New York: Plenum, 1994, pp. 25-59.
- Catania JA, Kegeles SM et Coates TJ, Towards an understanding of risk behavior: an AIDS Risk Reduction Model (ARRM), *Health Education Quarterly*, 1990, 17(1):53-72.
- Anderson KG, Beutel AM et Maughan-Brown B, HIV risk perceptions and first sexual intercourse among youth in Cape Town, South Africa, *International Family Planning Perspectives*, 2007, 33(3):98-105.
- Macintyre K et al., Understanding perceptions of HIV risk among adolescents in KwaZulu-Natal, *AIDS and Behavior*, 2004, 8(3):237-250.
- Temkorang EY et Fernando R, Perceived risks of HIV/AIDS and first sexual intercourse among youth in Cape Town, South Africa, document présenté à l'International Seminar on Potential and Actual Contributions of Behavioural Change to Curbing the Spread of HIV, International Union for Scientific Study of Population et Population Council, Entebbe, Ouganda, 18-20 févr. 2008.
- Fisher JD et Fisher WA, Changing AIDS-risk behavior, *Psychological Bulletin*, 1992, 111(3):455-474.
- Fisher JD et Fisher WA, Theoretical approaches to individual-level change in HIV-risk behavior, dans: Peterson JL et DiClemente RJ, eds., *HIV Prevention Handbook*, New York: Kluwer Academic/Plenum, 2000, pp. 3-55.
- Fisher WA et Fisher JD, A general social psychological model for changing AIDS risk behavior, dans: Pryor J et Reeder G, eds., *The Social Psychology of HIV Infection*, Hillsdale, NJ, USA: Erlbaum, 1993, pp. 127-153.
- Fisher WA et al., Understanding AIDS risk behavior among sexually active urban adolescents: an empirical test of the Information-Motivation-Behavioral Skills model, *AIDS and Behavior*, 1999, 3(1):13-23.
- Fisher JD et al., Changing AIDS risk behavior: effects of an intervention emphasizing AIDS risk reduction information, motivation, and behavioral skills in a college student population, *Health Psychology*, 1996, 15(2):114-123.
- Carey MP et al., Enhancing motivation to reduce the risk of HIV infection for economically disadvantaged urban women, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1997, 65(4):531-541.
- Maticka-Tyndale E, Wildish J et Gichuru M, HIV/AIDS and education: experience in changing behaviour: a Kenyan example, *Commonwealth Education Partnerships 2004*, London: Stationery Office (Great Britain), 2004, pp. 172-175.
- Buvé A et al., The multicentre study on factors determining the differential spread of HIV in four African cities: summary and conclu-

sions, *AIDS*, 2001, 15(Suppl. 4):S127–S131.

37. Kenya Ministry of Health, *AIDS in Kenya: Background, Projections, Impact, Interventions and Policy*, sixth ed., Nairobi, Kenya: Ministry of Health and National AIDS and STD Control Programme, 2001.

38. Kiragu K, Youth and HIV/AIDS: can we avoid a catastrophe? *Population Reports*, 2001, Series L, No. 12.

39. Maticka-Tyndale E, Wildish J et Gichuru M, Quasi-experimental evaluation of a national primary school HIV intervention in Kenya, *Evaluation and Program Planning*, 2007, 30(2):172–186.

40. Maticka-Tyndale E, Dilemmas for obtaining consent when working with children in high AIDS prevalence regions, *National Council on Ethics in Human Research: Case Vignettes*, Ottawa, ON, Canada: National Council on Ethics in Human Research, 2004, pp. 7–8.

41. OMS, *HIV/AIDS Prevention Monitoring and Evaluation Toolkit*, Genève: OMS, 1999.

42. Cleves MA, Gould WW et Gutierrez RG, *An Introduction to Survival Analysis Using STATA*, revised ed., College Station, TX, USA: Stata, 2004.

43. Bertrand JT et al., AIDS-related knowledge, sexual behavior, and condom use among men and women in Kinshasa, Zaire, dans: Bethel ER, ed., *AIDS: Readings on a Global Crisis*, Boston, MA, USA: Allyn & Bacon, 1995, pp. 198–298.

44. Cleland J, Risk perception and behavioural change, dans: Cleland J et Ferry B, eds., *Sexual Behavioural Change and AIDS in the Developing World*, London: Taylor and Francis, 1995, pp. 157–192.

45. Forster PG, AIDS in Malawi: contemporary discourse and cultural continuities, *African Studies*, 2001, 60(2):245–261.

46. Meyer-Weitz A, Understanding fatalism in HIV/AIDS protection: the individual in dialogue with contextual factors, *African Journal of AIDS Research*, 2005, 4(2):75–82.

47. Ilika A et Igwegbe A, Unintended pregnancy among unmarried adolescents and young women in Anambra State, south east Nigeria, *African Journal of Reproductive Health*, 2004, 8(3):92–102.

48. Temin MJ et al., Perceptions of sexual behavior and knowledge

about sexually transmitted diseases among adolescents in Benin City, Nigeria, *International Family Planning Perspectives*, 1999, 25(4):186–190 & 195.

49. Varga CA, How gender roles influence sexual and reproductive health among South African adolescents, *Studies in Family Planning*, 2003, 34(3):160–172.

50. Green EC, *Rethinking AIDS Prevention: Learning from Successes in Developing Countries*, Westport, CT, USA: Praeger, 2003.

51. Gallant M et Maticka-Tyndale E, School-based HIV prevention programmes for African youth, *Social Science & Medicine*, 2004, 58(7):1337–1351.

52. Zaba B et al., Age at first sex: understanding recent trends in African demographic surveys, *Sexually Transmitted Infections*, 2004, 80(Suppl. II):ii28–ii35.

53. Plummer ML et al., «A bit more truthful»: the validity of adolescent sexual behaviour data collected in rural northern Tanzania using five methods, *Sexually Transmitted Infections*, 2004, 80(Suppl. II):ii49–ii56.

54. Hewett PC, Mensch BS et Erulkar AS, Consistency in the reporting of sexual behaviour by adolescent girls in Kenya: a comparison of interviewing methods, *Sexually Transmitted Infections*, 2004, 80(Suppl. II):ii43–ii48.

55. Cleland J et al., Monitoring sexual behaviour in general populations: a synthesis of lessons of the past decade, *Sexually Transmitted Infections*, 2004, 80(Suppl. II):ii1–ii7.

56. Mensch BS, Hewett PC et Erulkar AS, The reporting of sensitive behavior by adolescents: a methodological experiment in Kenya, *Demography*, 2003, 40(2):247–268.

#### Remerciements

La recherche a été financée par le Department for International Development (DFID), Royaume-Uni. Les conclusions présentées dans cet article sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement celles du DFID.

Coordonnées de l'auteur: [maticka@uwindsor.ca](mailto:maticka@uwindsor.ca)