

Con el apoyo de



COLECTIVO
LATINOAMERICANO
DE JÓVENES



**W.K. KELLOGG
FOUNDATION**

To help people help themselves



Le niveau de propension à l'utilisation du préservatif chez 450 jeunes de Port-au-Prince (Haïti) âgés de 18 à 30 ans ; étude considérant l'âge, le sexe, le niveau d'études, l'adhésion religieuse et la perception.

Données d'identification du chercheur

Nom: Amazan

Prénom: Bernadin

Age: 27 ans

Sexe: masculin

E-mail: berdgy@yahoo.fr

Téléphone: (509) 3729-7200

Pays: Haïti

Table des matières:

1. Introduction	3
2. Problème de la recherche.....	5
3. Objectifs de la recherche	6
Objectif général et principal:	6
Objectifs spécifiques :	6
4. Références théoriques.....	7
1- La sexualité humaine.....	7
1-1. Les déterminants de la sexualité humaine.....	7
1-1-1. Dimension biologique.....	7
1-1-2. Dimension psychosociale	8
1-2. Comportements sexuels à risques	8
2- Psychologie cognitive et comportement sexuel	9
3- Psychanalyse et comportement sexuel	10
5. Cadre méthodologique.....	11
1. Formulation d'hypothèses	11
Hypothèse générale.....	11
Hypothèses spécifiques	11
2. Opérationnalisation des variables.....	11
- Variable dépendante	11
- Variables indépendantes.....	11
3. Echantillonnage	12
Critères de recrutement.....	12
4. Le questionnaire	13
Processus d'élaboration du questionnaire	13
Contrôle des biais	14
Certaines mesures particulières	14
6. Présentation des résultats.....	15
Vérification des hypothèses :.....	16
Rappel des hypothèses spécifiques.....	16
Première hypothèse : Le rôle de l'âge sur l'utilisation du préservatif.....	17
Troisième hypothèse : Le rôle du niveau d'études	20
Quatrième hypothèse : le rôle de la religion.....	22
Cinquième hypothèse : Le rôle de la perception du préservatif	24
Sixième hypothèse : Le rôle du sentiment d'exposition.....	27
Septième hypothèse : Le rôle de la perception de soi.....	28
Synthèse générale	29
Autres résultats	29
Accès au préservatif.....	30
Connaissance des IST et source d'informations.....	30
Autonomie sexuelle	31
Dépistage	31
7. Conclusions et recommandations	33
8. Discussion.....	37
Limites de la recherche.....	37
9. Bibliographie	39

10. Annexe..... 41

1. Introduction

Cette étude sur le niveau de propension à l'utilisation du préservatif chez les jeunes de 18 à 30 ans a été réalisée dans le souci de déterminer les différents facteurs liés au comportement sexuel des jeunes, particulièrement les facteurs de blocage à l'utilisation du préservatif, en vue de proposer des alternatives assez fiables pour porter les jeunes à adopter des comportements sexuels responsables et sécuritaires. S'il est vrai que le préservatif constitue le moyen le plus efficace pour prévenir les grossesses non désirées et les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH, il devient logique d'amener les jeunes sexuellement actifs à en faire une utilisation systématique.

Car, depuis plusieurs décennies, le taux de personnes infectées du virus VIH/SIDA ne cesse de progresser à un rythme vraiment inquiétant. D'ailleurs dans une déclaration de politique sur le VIH/SIDA, lors de la 87^e assemblée plénière des chefs d'Etat et de Gouvernement, on a relaté le cas de plus de 65 millions de personnes infectées par le VIH/SIDA depuis son entrée dans le monde. Cette pandémie a déjà coûté la vie à plus de 25 millions de personnes et a fait environ 15 millions d'orphelins. Le bilan dressé par le programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (Onusida) pour l'année 2005 fut accablant. En 2005, 40.3 millions de personnes vivaient avec le VIH et 3.1 millions en sont mortes. En 2006, le rapport publié par Onusida a fait état d'une légère baisse au sein de la population mondiale (39.5 millions de PVVIH).

L'Afrique subsaharienne concentre les deux tiers des nouveaux infectés. Environ 22,5 millions de personnes vivent en Afrique avec le virus du sida, soit 68% de la population mondiale affectée. Selon les rapports, les Caraïbes sont la deuxième région du monde affectée par la maladie (230 000 personnes), et Haïti occupe la première place dans ce classement. A travers le classement mondial, Haïti est placée en 24^e position¹. Le nombre de Personnes testées de séropositives en Haïti s'élève à plus de 300 mille.

Les voies de transmission du virus sont diverses. Mais, il est à noter que la voie sexuelle en est la principale. Car on rapporte qu'environ 80% de cas d'infection au VIH ont lieu à travers des rapports sexuels.

Diverses études réalisées ont fait état d'une plus grande prévalence du VIH/SIDA au sein de la population juvénile. Car environ la moitié des PVVIH² sont des jeunes³. En ce sens, n'est-il pas logique de se demander s'il n'existe pas des variables psychologiques caractérisant spécifiquement les jeunes qui les prédisposent à adopter des comportements sexuels à haut risque ? Or, il existe en parallèle des jeunes sexuellement actifs, ne serait-ce qu'une minorité, qui adoptent des comportements sexuels plus responsables et plus sécuritaires en utilisant le préservatif de façon systématique. Ainsi, la problématique du SIDA est d'abord une problématique du comportement.

¹ Génécé, Eddy et Eustache, Laurent, Impact, Le SIDA en Haïti, vol. 1, No 2

² PVVIH : personne vivant avec le VIH

³ Population Reports, Volume XXIX, numéro 3, Les jeunes et le VIH/SIDA, Automne 2001 Série L, Numéro 12, Problèmes mondiaux de santé

Et à ce niveau le problème se révèle d'une complexité vraiment de taille, simplement parce que c'est un problème de comportement. En effet, grâce à la psychologie moderne, nous savons qu'il faut toujours considérer le comportement selon une approche multidimensionnelle, c'est-à-dire comme ayant rapport, à des degrés divers, avec plusieurs variables à la fois. Autrement dit, il n'est pas très simple de savoir pourquoi une personne fait ceci ou cela, pourquoi elle ne le fait pas.

Voilà donc ce qui fait que nous nous sommes demandé en amont de la recherche si le fait d'utiliser le préservatif ou non n'est pas en rapport, ne serait-ce que dans une certaine mesure, avec l'âge, le sexe, le niveau d'études, l'adhésion religieuse, la perception, etc. Ces variables nous paraissant pouvoir jouer un certain rôle dans le mode d'utilisation faite du préservatif. Car, nous nous sommes dit qu'une personne qui adopte un comportement sexuel à risque (qui n'utilise pas le préservatif) n'est pas forcément une personne qui ignore le risque qu'elle court. Pourtant il est plus aisé de croire qu'autant que l'individu est informé de l'existence d'une maladie c'est autant qu'il sera porté à adopter des comportements plus sécuritaires en vue de s'en protéger. Eh bien, la question n'est pas aussi simple que cela. Car en dépit des campagnes de sensibilisation menées à travers le monde, en vue d'informer les jeunes sur le risque qu'ils courent quand ils n'utilisent pas le préservatif dans leurs rapports sexuels, ils continuent, en dépit de tout ce qu'on leur dit, d'adopter des attitudes qui les exposent de façon vraiment inquiétante. Ainsi, il devient impossible de chercher à comprendre la propagation du SIDA sans chercher à cerner les différents facteurs envisagés dans le choix d'un comportement sexuel.

Notre recherche s'intéresse aux rapports possibles entre le comportement sexuel des jeunes, le mode d'utilisation qu'ils font du préservatif et les facteurs tels que l'âge, le sexe, le niveau d'études, l'adhésion religieuse et la perception. Le rapport de cette recherche s'articulera de la façon suivante : Dans un premier temps, nous présenterons quelques références théoriques qui ont éclairé notre recherche. Sera ensuite présenté le travail empirique qui nous a permis de répondre à notre préoccupation. Nous y présenterons le protocole méthodologique ainsi que les résultats que ce protocole nous a permis d'obtenir. Ces résultats ont été saisis grâce au logiciel SPSS, traités et analysés dans le sens de la vérification de nos hypothèses de recherche. Enfin, nous présenterons les conclusions que cette recherche nous a fait tirer et les recommandations qu'elle a suggérées.

2. Problème de la recherche

Notre recherche se préoccupe d'étudier le niveau de propension à l'utilisation du préservatif chez 500 jeunes de Port-au-Prince âgés de 18 à 30 ans. Evidemment, Le préservatif — qui est la seule méthode de contraception capable de protéger à la fois contre les IST et contre la grossesse — est absolument indispensable pour les personnes qui sont sexuellement actives. Et, pour être efficace, son utilisation doit être correcte et continue. Or, diverses recherches ont fait état de comportements sexuels à hauts risques adoptés au sein de la population sexuellement active. Pourtant, l'adoption d'un comportement sexuel non sécuritaire n'est pas toujours liée avec l'ignorance de l'existence des dangers (IST, par exemple). Dans une étude réalisée en Guinée⁴, 93 % des questionnés connaissent l'existence du SIDA. De là, nous avons pensé que le problème de la transmission des maladies par le sexe devrait être considéré comme un problème complexe. Car la connaissance de l'existence des dangers liés aux rapports sexuels ne limite pas toujours le comportement sexuel. Et si, tout en connaissant les risques, l'individu continue d'adopter des comportements qui l'exposent au danger, il devient logique d'envisager les différents paramètres qui déterminent le comportement sexuel. D'où notre question de recherche : pourquoi certains jeunes font-ils l'utilisation du préservatif dans leurs rapports sexuels, alors que d'autres ne le font pas ?

⁴ CERREGUI / UNFPA, Facteurs de blocage à l'utilisation du préservatif par les

Jeunes en Guinée, Mars 2005

3. Objectifs de la recherche

Objectif général et principal:

Nous pouvons dire d'emblée que l'objectif principal de notre recherche est d'arriver à évaluer nos hypothèses. Ces hypothèses portent l'idée que la propension à l'utilisation du préservatif dans l'acte sexuel est en rapport avec des facteurs comme l'âge, le sexe, l'adhésion religieuse, le niveau d'études et la perception.

Objectifs spécifiques :

- I. Identifier les comportements sexuels des jeunes de 18 à 30 ans.
- II. Mesurer le niveau de connaissance du préservatif chez les jeunes de 18 à 30 ans.
- III. Déterminer le mode d'utilisation du préservatif par les jeunes de 18 à 30 ans.
- IV. Mesurer le niveau de connaissance des IST/SIDA chez les jeunes de 18 à 30 ans.
- V. Déterminer certains facteurs de blocage à l'utilisation du préservatif
- VI. Déterminer le rapport entre le comportement sexuel des jeunes et les facteurs âge, sexe, adhésion religieuse, niveau d'études.
- VII. Déterminer le rapport entre le comportement sexuel des jeunes et leur sentiment d'exposition aux IST/SIDA.
- VIII. Déterminer le rapport entre le comportement sexuel des jeunes et leur perception d'eux-mêmes, de leur vie, etc.

4. Références théoriques

1- La sexualité humaine

Dans le domaine de la sexualité, les études réalisées font état de trois approches explicatives d'un comportement sexuel⁵.

- *L'approche socio-culturelle.* Il s'agit de l'approche selon laquelle le comportement sexuel est le produit d'une construction sociale. Ainsi, le comportement sexuel adopté par une personne traduit les attentes de son milieu en la matière, selon une dynamique de conformisme à l'égard des valeurs véhiculées par ses différents groupes d'appartenance.
- *L'approche économique.* Cette approche considère la sexualité non pas seulement par rapport à la satisfaction de pulsions sexuelles, mais surtout elle considère la sexualité comme pouvant répondre à des besoins d'ordre économique et social.
- *L'approche institutionnelle.* Elle tient compte de la régularisation des relations sexuelles par les législations.

Dans le cadre de notre recherche, nous considérons la sexualité sous l'angle de la première approche.

1-1. Les déterminants de la sexualité humaine

La sexualité humaine comporte une dimension biologique et une dimension psychosociale.

1-1-1. Dimension biologique

Son principal but consiste à apaiser des tensions sexuelles, à satisfaire des besoins d'ordre physiologique. Déjà, sur la pyramide des besoins de Maslow, la sexualité est inscrite dans la catégorie des besoins primaires, qualifiés d'indispensables pour la survie de l'individu. Elle fait partie du premier des cinq niveaux de cette pyramide à l'instar de la faim et de la soif.

Les nombreuses recherches réalisées en ce domaine prouvent bien que diverses parties du système nerveux interviennent dans le comportement sexuel. Le fonctionnement sexuel est étroitement lié aux subdivisions du système nerveux autonome : le système sympathique et le système parasympathique⁶. Ces deux systèmes interviennent tour à tour dans l'excitation sexuelle. Ainsi le système parasympathique a surtout une influence dans l'excitation sexuelle initiale et le système sympathique pour sa part intervient dans l'orgasme et la détente.

⁵ RWENGE, Mburano, Facteurs contextuels des comportements sexuels : Le cas des jeunes de la ville de Bamenda (Cameroun), Institut de Formation et de Recherche Démographiques, (IFORD), Yaoundé/Cameroun, octobre 1999.

⁶ Allgeier, A. R./ Allgeier, A. R./, Sexualité humaine: dimensions et interactions, Centre éducatif et culturel inc, Montréal, 1989, page 204.

1-1-2. Dimension psychosociale

La première phase de toute relation sexuelle normale commence par une attirance que l'un éprouve vis-à-vis de l'autre. Cette attirance est liée à un mécanisme psychologique. Les Allgeier considèrent l'attirance et l'excitation sexuelle comme des sentiments intérieurs⁷. Il est important de préciser qu'on n'est pas stimulé sexuellement pour n'importe quelle personne. Sans nul doute, c'est dans ce contexte que Freud met en évidence la pudeur, le dégoût, la compassion et la construction sociale de l'autorité comme des forces qui limitent les pulsions sexuelles⁸. Plusieurs éléments peuvent rentrer en évidence pour ce qui concerne l'attirance sexuelle.

La théorie d'attraction interpersonnelle trouve aussi son application en matière de sexualité. La première thèse des psychologues sociaux avance l'idée selon laquelle «qui se ressemblent s'assemblent». Et la seconde thèse avance que «les contraires s'attirent.» De ces deux thèses, on déduit qu'une personne peut être attirée vers une autre personne par le fait qu'elle perçoit chez elle certaines ressemblances soit sur le plan physique, soit sur le plan affectif, soit sur le plan socio-économique. Mais, l'attraction sexuelle peut s'expliquer aussi par la perception que l'individu a d'une personne qu'il estime pouvant l'aider à combler certains vides de sa vie.

L'idée de la jouissance prend souvent naissance à partir de l'apparence physique. Ceci est surtout fondamental pour les hommes. Très souvent on se fait une idée de la satisfaction sexuelle que l'on peut tirer d'une relation avec l'autre seulement en essayant d'associer par la pensée son attrait physique au plaisir que ce dernier pourrait procurer. D'où le rôle des fantasmes dans l'attraction sexuelle. Car les fantasmes et les rêves diurnes peuvent être une source de divertissement nous permettant de nous transporter dans des lieux excitants, de rencontrer des personnes célèbres et de nous lancer en des aventures érotiques passionnantes⁹. Et souvent le comportement sexuel adopté par une personne dépend en grande partie de ses fantasmes.

1-2. Comportements sexuels à risques

La sexualité est largement considérée comme un phénomène naturel et source de plaisir pour l'homme et la femme. Mais l'existence des maladies sexuellement transmissibles (MST) fait de la sexualité une source de malheur. Tout excès en ce qui a trait à l'exercice de la fonction sexuelle est susceptible de créer des ennuis à l'être humain. Freud, lui-même, a déjà exprimé son inquiétude à cet égard en ces termes : «L'exercice de cette fonction, loin d'être toujours aussi utile à l'individu, que l'exercice des autres fonctions, lui crée, au prix d'un plaisir excessivement intense des dangers qui menacent sa vie et la suppriment même assez souvent»¹⁰.

⁷ Allgeier, A. R./ Allgeier, A. R./, Sexualité humaine: dimensions et interactions, Centre éducatif et culturel inc, Montréal, 1989, page 256.

⁸ Freud, Sigmund, Trois essais sur la théorie sexuelle, collection Folio/Essais, Gallimard, Paris, 1987, page 180.

⁹ Idem, page 254.

¹⁰ Freud, Sigmund, Introduction à la psychanalyse, 1916, troisième partie, version numérique, www.Psychanalyse.lu, édition complétée en octobre 2002, page 121.

Les MST limitent en quelque sorte la jouissance de l'individu. Le répertoire de son comportement sexuel devient donc réduit. Maintenant, avec l'existence du SIDA, parmi les autres MST, les activités érotiques se placent directement sous le signe du risque et de la mort¹¹. Par conséquent, la peur d'être infecté par le VIH/SIDA peut même créer une situation d'insécurité sur le plan psychique chez l'individu, ce qui risque de l'inhiber dans ses actes sexuels. En fait, parmi les gens qui prennent l'engagement de rester fidèles à leur partenaire, il est probable qu'un bon nombre d'entre eux le fassent dans le seul but d'éviter d'être infectés par le VIH/SIDA. Il en est de même pour maints jeunes qui pratiquent l'abstinence. C'est dans cette même perspective que Didier Lauru émet cette hypothèse : « Le Sida avec le réel de la mort qu'il incarne vient alors faire écran pour protéger l'adolescent de la rencontre sexualisée »¹².

Cependant, on peut toujours se demander dans quelle mesure la peur du Sida peut-elle vraiment limiter le comportement sexuel d'un individu ? Car, le fait que l'adoption d'un comportement sexuel donné soit un facteur de risque, des individus peuvent choisir pour une raison ou une autre d'encourir même le risque. Selon Volant Eric et coll., dans le cas du Sida, la prise de risque permettrait au sujet de prouver la valeur de son existence en affrontant le virus potentiel et montrer qu'il est plus fort que la mort¹³. Avoir des relations sexuelles non protégées avec n'importe qui et surtout avec des gens suspectés d'être infectés peut servir le jeune à paraître comme un super-homme ou une super-femme.

De plus, il ne faut pas oublier que très souvent les jeunes adoptent des comportements suicidaires. Par conséquent, l'adoption des comportements sexuels non sécuritaires peut avoir aussi de telles connotations. En fait, si l'amour et la mort se relient par rapport au risque, mais ils ne peuvent faire longtemps bon ménage¹⁴. Donc le sida peut dans un premier temps servir à réguler le comportement sexuel d'un individu, mais dans un second temps, il peut servir comme un moyen d'aventure pour celui-ci, soit pour tenter de mettre un terme à une existence qui se révèle un peu terne, soit pour se venger de quelqu'un d'autre. Ceci dit, l'individu peut choisir de mettre sa propre vie en jeu ou la vie d'autres personnes.

Il est important de se rendre compte que tous les jeunes n'adoptent pas le même comportement par rapport au danger que représente le VIH/SIDA. C'est en ce sens que Nono Rizzo avance l'idée selon laquelle « Le sida semble donc s'intégrer dans la vie de l'individu suivant le niveau structurel profond de celui-ci »¹⁵.

2- Psychologie cognitive et comportement sexuel

Dans le cadre de notre recherche, nous voulons adopter la position selon laquelle l'action humaine (le comportement) est inséparable de la pensée. Nous agissons en fonction de ce

¹¹ Volant, Eric – Lévi, Joseph – Jeffry, Denis, Les Risques et la mort, Méridien, Québec, 1996, page 209.

¹² Didier Lauru, La folie de toucher in Revue semestrielle de psychanalyse, psychopathologie et sciences humaines « Adolescence : Sexualité et Sida » coordonnée par Françoise Weil-Halpern et Olivier Ouvry, autonome 1999, tome 17, no 2, Editions GREUPP, page 134.

¹³ Volant, Eric – Lévi, Joseph – Jeffry, Denis, Les Risques et la mort, Méridien, Québec, 1996, page 229.

¹⁴ Didier Lauru, op. cité.

¹⁵ Nino Rizzo, Flirt avec la mort in Revue semestrielle de psychanalyse, psychopathologie et sciences humaines « Adolescence : Sexualité et Sida » coordonnée par Françoise Weil-Halpern et Olivier Ouvry, autonome 1999, tome 17, no 2, Editions GREUPP, page 158.

que nous pensons. Ainsi, le comportement sexuel n'est pas une simple réaction stimulus-réponse, comme le croyaient les béhavioristes. Le comportement sexuel d'une personne dépend de sa perception, de la façon dont son esprit traite les impressions qu'il perçoit, de la façon dont il les organise en mémoire.

3- Psychanalyse et comportement sexuel

La psychanalyse avance la notion de pulsion comme base du comportement sexuel de l'homme. Freud parle d'une pulsion sexuelle ayant les caractéristiques suivantes :

- *La poussée* : La première propriété de la pulsion sexuelle, c'est la poussée, la force qui pousse.
- *Le but* : C'est toujours la satisfaction, à savoir la diminution de la tension.
- *L'objet* : C'est ce en quoi ou par quoi la pulsion peut atteindre son but.

Bref, c'est la pulsion sexuelle qui porte (pousse) une personne à rechercher du plaisir dans l'acte sexuel. Il est important de souligner que le but de la pulsion est la réduction complète de la tension. Nous pouvons de là comprendre que dans l'acte sexuel, il est difficile d'accepter les limites imposées par le monde extérieur. Il est même plus facile de mettre sa vie en péril pour obtenir toujours plus de satisfaction. D'ailleurs, Freud affirme que parfois nous sommes poussés à aller au-delà du plaisir, car à côté de la pulsion sexuelle il y a la pulsion de mort qui représente la tendance fondamentale de tout être vivant à retourner à l'état inanimé. La pulsion de mort est d'abord tournée vers l'intérieur, elle tend à l'autodestruction. Freud note : « qu'à un moment donné, une force dont on ne peut encore avoir aucune représentation a réveillé dans la matière inanimée les propriétés de la vie. [...] La rupture d'équilibre qui s'est alors produite dans la substance inanimée a provoqué dans celle-ci une tendance à la suppression de son état de tension, la première tendance à retourner à l'état inanimé. »¹⁶

Ainsi, chez tout être humain, il existe des forces internes qui le poussent à agir d'une certaine façon. Ces forces produisent des effets de jouissance qui risquent de détourner l'individu dans ce qu'il doit faire pour satisfaire son organisme. Elles l'amènent à rechercher des objets, des buts dans le fantasme, qui le conduisent trop loin, mettant ainsi la vie en danger. C'est d'ailleurs ce qui se passe dans l'alcoolisme qui amène à se détruire. L'alcoolisme est une passion qui pousse à la destruction, à la mort. La pulsion de mort qui est en nous consiste à rabaisser l'excitation au degré le plus bas possible. Nous sommes dès lors poussés à réclamer quelque chose de plus que la vie. Il est difficile d'arrêter. Cela se passe chez l'individu qui sait tout à fait qu'il existe des maladies transmissibles par le sexe, mais qui choisit d'avoir des rapports sexuels risqués, sans le préservatif. Ainsi, la non utilisation du préservatif peut être liée à la pulsion de mort, ce qui rend complexe la problématique du SIDA et des autres IST.

¹⁶ Freud, Sigmund : Au-delà du principe de plaisir, payot, paris, 1920.

5. Cadre méthodologique

Notre recherche s'inscrit fondamentalement dans une perspective de méthode quantitative. Il s'agissait donc pour nous de mettre notre préoccupation à l'épreuve en considérant comme échantillon une quantité de sujets assez représentatifs (500) pour nous permettre de tirer des conclusions générales et applicables pour toute la collectivité. Le quantitatif, toutefois, n'exclut pas le qualitatif, étant entendu que malgré sa teneur quantitative, notre recherche nous a permis de faire aussi des considérations en profondeur, en qualité, pour mieux cerner le sens des comportements à l'étude.

1. Formulation d'hypothèses

Hypothèse générale

Le niveau de propension d'un jeune à l'utilisation du préservatif dépend :

- a- de son âge
- b- de son sexe
- c- de son niveau d'études
- d- de son niveau d'adhésion religieuse
- e- de sa perception

Hypothèses spécifiques

- a- Les sujets les plus âgés sont plus enclins à utiliser le préservatif que les moins âgés.
- b- Les hommes sont plus enclins à utiliser le préservatif que les femmes.
- c- Les sujets les plus avancés dans leurs études sont plus enclins à utiliser le préservatif que les moins avancés.
- d- Plus le sujet adhère à sa religion, plus il est enclin à utiliser le préservatif.
- e- Le sujet est plus enclin à utiliser le préservatif quand il le perçoit positivement.
- f- Le sujet est plus enclin à utiliser le préservatif quand il se croit vulnérable aux IST/VIH-SIDA
- g- Le sujet est plus enclin à utiliser le préservatif quand dans l'ensemble il a une bonne perception de lui-même.

2. Opérationnalisation des variables

Suivant les besoins de la recherche, nous avons considéré les variables selon les modalités suivantes :

- **Variable dépendante** : niveau de propension à l'utilisation du préservatif

Définition : Il s'agit de la tendance du sujet à utiliser le préservatif ; de son mode d'utilisation faite du préservatif.

Modalités : Nous considérons l'utilisation du préservatif selon les modalités suivantes : Jamais, parfois, souvent, toujours, au début seulement, maintenant seulement.

- **Variables indépendantes** :

- a- Age
Modalités (18 à 21 ans, 22 à 25 ans, 26 à 30 ans)
- b- Sexe
Modalités [Homme (M), Femme (F)]
- c- Adhésion religieuse
Modalités (adhésion faible, adhésion moyenne, adhésion forte)
- d- Niveau d'études
Modalités (analphabète, primaire, secondaire, universitaire)
- e- Perception du préservatif (La façon de voir le préservatif, de se le représenter)
Modalités (perception positive, perception mitigée, perception négative)
- f- Perception de sa vulnérabilité ou sentiment d'exposition aux IST
Modalités (oui, un peu, non)
- g- Perception générale de soi (La façon dont on se voit.)
Modalités (perception positive, perception mitigée, perception négative)

3. Echantillonnage

Notre but méthodologique est l'administration du questionnaire. Mais en attendant, le choix des personnes à interroger s'est imposé à nous comme un problème incontournable. Nous savions depuis en amont que les jeunes de 18 à 30 ans constituaient le groupe social concerné par la recherche. Et il a été déterminé que l'enquête serait menée dans la zone métropolitaine d'Haïti (centre-ville, Delmas, Pétion-Ville). Mais l'enquêteur est-il libre d'interroger qui il veut dans le groupe social de l'enquête ? Tel est le problème le plus difficile que nous avons à résoudre dans cette phase de la recherche.

Critères de recrutement

Puisque l'enquêteur n'est pas libre, logiquement, de questionner qui il veut, nous avons voulu établir des critères lui permettant de vérifier si le sujet à interroger appartient bien à l'univers de l'enquête et, plus exactement, à l'échantillon. Et nous avons fini par réaliser que le critère le plus important était la tranche d'âge : 18 à 30 ans. Nous voulons préciser que la taille de notre échantillon (500 jeunes) est retenue non pas selon des calculs statistiques assurant sa représentativité par rapport à la population de l'enquête, mais qu'elle est retenue après l'évaluation des moyens (temps, argent, nombre d'enquêteurs, ...) dont nous disposons pour concrétiser le projet de recherche.

Mais le problème n'est toujours pas résolu, puisqu'il faut tenir compte des proportions au niveau de l'échantillon choisi (500 jeunes). C'est-à-dire, s'il faut interroger des jeunes de 18 à 30 ans, combien d'hommes et combien de femmes faut-il interroger ? Faut-il interroger autant d'hommes que de femmes ? Ces questions amènent normalement à déterminer d'abord le pourcentage d'hommes et le pourcentage de femmes que comporte la population des jeunes de 18 à 30 ans. A partir de là, nous pourrions interroger les jeunes (hommes et femmes) dans les proportions réelles existant dans la population des jeunes de 18 à 30 ans. Mais là, nous étions incapable d'avoir ces données. Nous avons alors pensé (théoriquement) à recruter dans notre échantillon autant d'hommes que de femmes (250 hommes et 250 femmes).

De plus, le choix des jeunes à interroger devait dépendre également de la variable niveau d'études. Les enquêteurs devaient donc choisir des jeunes selon leur niveau d'études, dans des proportions raisonnables, bien sûr. La variable niveau d'études a été considérée selon les modalités suivantes :

- analphabète
- primaire
- secondaire
- universitaire

4. Le questionnaire

Compte tenu des objectifs de notre recherche et compte tenu de la taille de l'échantillon, nous avons adopté le questionnaire comme instrument de collecte des données. Il convient déjà d'indiquer qu'il nous a fallu choisir entre un questionnaire dit d'auto-administration (sujet seul devant le questionnaire pour noter lui-même les réponses) et un questionnaire où les réponses seraient notées par un enquêteur. Nous avons à la fin opté pour le questionnaire par enquêteurs au moins pour les raisons suivantes :

- 1- Les sujets à interroger ne sont pas tous capables de lire et d'écrire correctement (les analphabètes, par exemple).
- 2- Le questionnaire d'auto-administration aurait exigé que l'on explique régulièrement à chaque sujet la façon de faire. C'aurait été un travail fastidieux !
- 3- Pour certaines questions, des réponses sont suggérées dans le questionnaire (voir annexe). Nous pensons alors que le sujet pouvait choisir selon ce qui est suggéré et non selon son opinion spontanée.
- 4- Pour éviter un nombre trop important de non- réponses

Pour les raisons évoquées ci-dessus, nous avons choisi cinq enquêteurs pour interroger les sujets et pour noter leurs réponses. Ainsi notre questionnaire apparaît comme un guide d'entrevue pour les enquêteurs. Il comporte 46 questions. Et pour éviter la peine d'une analyse de contenu, la plupart des questions sont fermées. Pour les questions du genre « ouvert », nous avons prévu toutes les catégories de réponses possibles, pour faciliter le dépouillement.

Processus d'élaboration du questionnaire

Avant d'arriver au questionnaire définitif, nous avons suivi de façon consciente et systématique les étapes suivantes :

- 1- La définition de l'objet de recherche (délimitation de son « champ »).
- 2- La détermination des objectifs et des hypothèses.
- 3- La détermination de la population ou l'univers de l'enquête.
- 4- L'échantillonnage
- 5- La formulation de questions en rapport avec les objectifs et les hypothèses.
- 6- Le pré-test (mise à l'épreuve du projet de questionnaire) sur un petit groupe de sujets.
- 7- Reformulation, adaptation du questionnaire, sa rédaction définitive.

Contrôle des biais

Nous voulons faire remarquer ici que nous nous sommes préoccupé de neutraliser le plus de biais possibles, pour assurer de la fiabilité à nos résultats. Des précautions ont été prises à plusieurs niveaux :

- 1- Au niveau de la construction exacte de l'échantillon
- 2- Au niveau de la formulation des questions pour le questionnaire (biais provenant des facteurs d'influence d'une question à une autre, de la succession des questions).
- 3- Au niveau de l'enquêteur (biais provenant des attitudes de l'enquêteur, de sa manière de poser les questions, etc.). Nous avons pensé à organiser des réunions avec les enquêteurs pour les rendre suffisamment qualifiés pour accomplir leur tâche.
- 4- Au niveau de l'échantillon interrogé (Est-ce que les personnes interrogées appartiennent réellement à l'échantillon théoriquement défini...)
- 5- Au niveau de la façon de coder les réponses obtenues.
- 6- Au niveau du dépouillement et de l'analyse des résultats.

Certaines mesures particulières

- 1- *Pour éviter les défenses sociales du sujet interrogé.* Nous avons pensé à sensibiliser les enquêteurs sur des phénomènes psycho-sociaux. Ils devraient d'abord créer un climat de confiance, garantir l'anonymat. Et dans l'organisation du questionnaire, nous avons pensé à ne pas commencer par des questions risquant de provoquer chez le sujet une réaction de prestige.
- 2- *Pour éviter la suggestion provenant de la forme des questions.* Nous avons formulé les questions de sorte qu'elles ne laissent pas transparaître les hypothèses, de sorte que le sujet ne soit pas amené à répondre d'une façon plutôt qu'une autre.
- 3- *Pour éviter la peur de certains mots.* Nous sommes conscient que certains mots, affectivement chargés et socialement non désirables, peuvent provoquer par eux-mêmes des réactions de défense et de fuite. Nous avons demandé aux enquêteurs de faire attention aux mots choquants, de trouver des équivalents plus neutres.
- 4- *Pour éviter l'effet de Halo* (contamination des questions les unes par les autres). Nous avons pensé à disperser les questions pouvant contaminer leurs réponses respectives.

6. Présentation des résultats

Seront ici présentées les données recueillies grâce au questionnaire. Ces données ont été recueillies pendant le mois de Mars 2008 (17 à 28 mars) par une équipe de cinq (5) enquêteurs. Il convient de signaler que le dépouillement a été réalisé grâce au logiciel SPSS. Ce logiciel nous a permis de constituer une base de données dont l'analyse a été dès lors plus facile à faire. Rappelons que le questionnaire, tel qu'il a été administré, comportait 46 questions (Cf. voir annexe). Et pour faciliter la saisie des données recueillies avec le logiciel SPSS, nous avons ramené les 46 questions à 23 items (variables). Ainsi, les réflexions que nous avons eu à faire ont découlé de ces 23 variables. Les voici :

Les 23 variables	Modalités
1- sexe	Masculin (M), féminin (F)
2- age	18-21 ans, 21-25 ans, 26-30 ans
3- condition matrimoniale	Célibataire, marié (e), placé, divorcé/séparé, veuf (ve)
4- religion	Aucune, protestante, catholique, vaudoue
5- niveau d'adhésion religieuse	Adhésion Faible, moyenne, forte.
6- niveau d'études	Analphabète, primaire, secondaire, universitaire
7- perception générale de soi	Positive, mitigée, négative
8- perception du préservatif	Positive, mitigée, négative
9- perception du plaisir réduit	Oui, un peu, non
10- sentiment d'exposition	Oui, un peu, non
11- utilisation du préservatif	Jamais, parfois, souvent, toujours, au début...mais plus maintenant, pas au début...mais maintenant.
12- attitude d'autonomie sexuelle	Autonome, peu autonome, pas autonome
13- habitude à négocier avant les rapports sexuels	Jamais, parfois, souvent
14- influence au rejet du préservatif	Oui, non
15- source d'influence	Amis (es), partenaires sexuels, chefs religieux, parents, enseignants, etc.
16- prise de risque	Jamais, parfois, souvent
17- connaissance des IST	Faible, moyenne, forte
18- connaissance du SIDA	Faible, moyenne, forte
19- sources d'informations sur le SIDA	Parents, amis (es), enseignants, médecins, médias, organisations, etc.
20- partenaire (s) sexuel (s)	Un seul partenaire, un partenaire principal et d'autres partenaires d'occasion, des partenaires d'occasion
21-orientation sexuelle	Hétérosexuel, homosexuel, bisexuel, travesti, transsexuel
22- s'estimer assez informé sur le SIDA	Oui, non
23- accès au préservatif	Très facile, plus ou moins facile, difficile.

Nous avons prévu de faire passer le questionnaire à un échantillon de 500 jeunes, mais à la fin nous sommes arrivé à limiter notre analyse à 450 sujets en raison d'un nombre trop important de non-réponses dans 50 cas environ. Nous pensons que cette réduction ne peut nullement nuire à la recherche et qu'elle ne peut nous empêcher de tirer des conclusions générales. Ici, nous allons présenter dans le tableau suivant les caractéristiques de cet échantillon de 450 jeunes. Nous avons retenu les caractéristiques sexe, âge, religion, niveau d'études, situation matrimoniale et orientation sexuelle.

Tableau 1

Caractéristiques retenues	Sexe	Age	religion	Niveau d'études	Situation matrimoniale	Orientation sexuelle
Modalités	H= 230 F= 220	18-21= 162 22-25= 211 26-30= 77	Aucune= 165 Protestante= 145 Catholique= 123 Vaudoue= 17	Analphabète= 52 Primaire= 71 Secondaire= 211 Universitaire= 115 Non-réponse= 1	Célibataire= 360 Marié= 35 Placé= 43 Divorcé/séparé= 6 Veuf= 1	Hétérosexue l= 427 Homosexuel = 6 Bisexuel= 9 Travesti= 0 Transexuel= 0
total	450	450	450	450	450	450

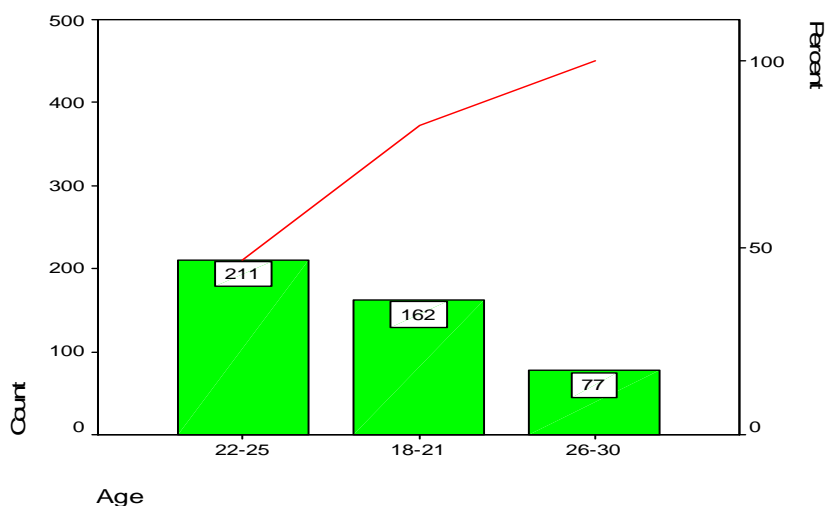
Vérification des hypothèses :

Nous allons maintenant présenter et analyser des données qui nous permettront de tester les hypothèses que nous avons formulées en amont de l'enquête. Pour cela, nous présenterons des tableaux et des graphiques permettant d'illustrer nos analyses. A chaque fois, ces tableaux et graphiques mettront en regard les deux variables entre lesquelles nous voulons chercher s'il existe des rapports vraiment significatifs.

Rappel des hypothèses spécifiques

- Les sujets les plus âgés sont plus enclins à utiliser le préservatif que les moins âgés.
- Les hommes sont plus enclins à utiliser le préservatif que les femmes.
- Les sujets les plus avancés dans leurs études sont plus enclins à utiliser le préservatif que les moins avancés.
- Plus le sujet adhère à sa religion, plus il est enclin à utiliser le préservatif.
- Le sujet est plus enclin à utiliser le préservatif quand il le perçoit positivement.
- Le sujet est plus enclin à utiliser le préservatif quand il se croit vulnérable aux IST/VIH-SIDA
- Le sujet est plus enclin à utiliser le préservatif quand dans l'ensemble il a une bonne perception de lui-même.

Première hypothèse : Le rôle de l'âge sur l'utilisation du préservatif.



Graphique 1

Ce graphique montre le nombre de répondants pour chaque modalité de la variable âge. En effet, sur 450 jeunes, 162 (36 %) ont eu entre 18 et 21 ans, 211 (46.9 %) ont eu entre 22 et 25 ans, 77 (17.1 %) ont eu entre 26 et 30

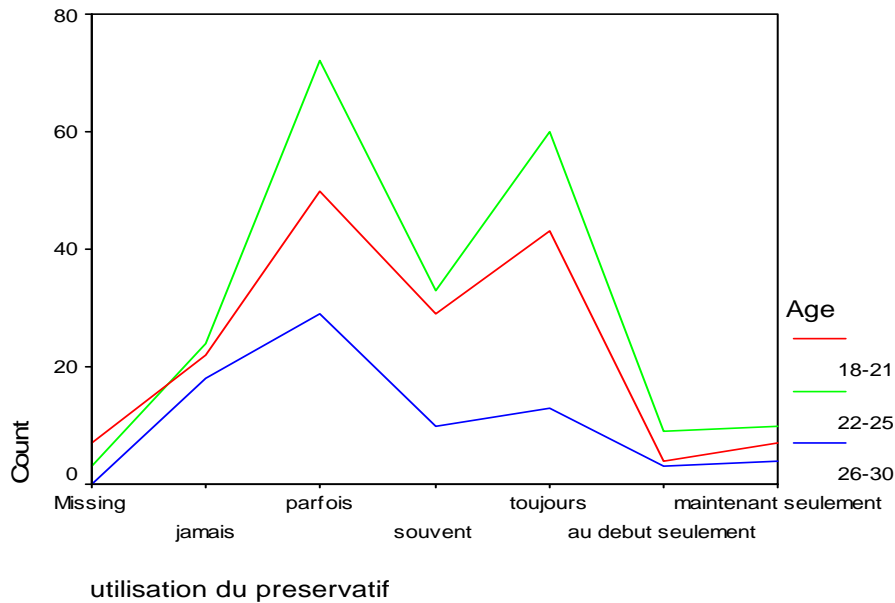
ans.

Tableau 2 :

Age et utilisation du préservatif								
		utilisation du préservatif						Total
		jamais	parfois	souvent	toujours	au début seulement	maintenant seulement	
Age	18-21	22	50	29	43	4	7	155
	22-25	24	72	33	60	9	10	208
	26-30	18	29	10	13	3	4	77
Total		64	151	72	116	16	21	440

Ce tableau permet de voir que l'analyse sur le rapport entre l'âge et l'utilisation du préservatif a été faite sur 440 sujets. En effet, parmi les 450 sujets, 10 n'ont pas encore eu de rapport sexuel. Et donc, ils ont été exclus de l'analyse. Les données montrent que le groupe intermédiaire (jeunes de 22 – 25 ans) a une plus grande tendance à utiliser le préservatif. La tendance, par contre, est plus faible chez les sujets plus âgés (26-30 ans). La visualisation du graphique suivant aidera à mieux comprendre cette réalité.

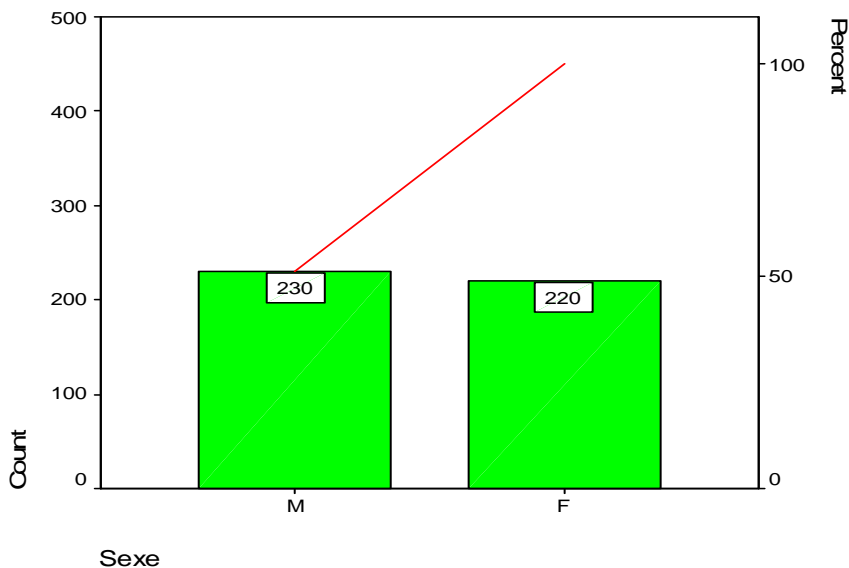
Graphique 2



Ces faits permettent selon toute évidence de conclure à une infirmation de l’hypothèse selon laquelle les sujets les plus âgés sont plus enclins à utiliser le préservatif que les moins âgés. Toutefois, nous pensons que le facteur situation matrimoniale interfère entre les variables âge et utilisation du préservatif. Puisque les jeunes de 26 à 30 ans, pour un grand nombre, vivent en couple. Et nous avons constaté que les jeunes qui vivent en couple ou, d’ailleurs, les célibataires engagés ont tendance à ne pas utiliser le préservatif de façon systématique. Ces jeunes pensent qu’ils ne courent aucun risque à ne pas utiliser le préservatif avec leurs partenaires. Ils pensent que l’utilisation du préservatif est l’affaire des célibataires qui se rencontrent accidentellement.

Deuxième hypothèse : Le rôle du sexe.

L’hypothèse à vérifier dit que les hommes sont plus enclins à utiliser le préservatif que les femmes.



Graphique 3

Ce graphique montre une légère prédominance masculine, soit 230 hommes (51.1 %) contre 220 femmes (48.9 %)

Observons le tableau suivant mettant en regard

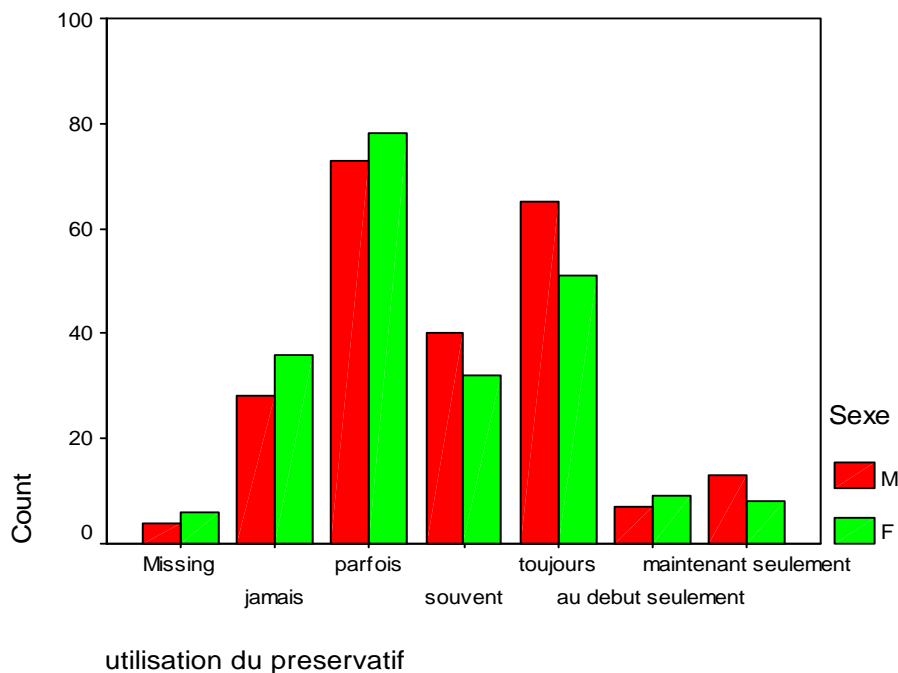
le sexe et l'utilisation du préservatif.

Tableau 3

Sexe et utilisation du préservatif								
		utilisation du préservatif						Total
		jamais	parfois	souvent	toujours	au début seulement	maintenant seulement	
Sexe	M	28 12.4 %	73 32.3 %	40 17.7 %	65 28.7 %	7 3 %	13 5.7 %	226
	F	36 16.8 %	78 36.4 %	32 14.9 %	51 23.8 %	9 4.2 %	8 3.7 %	
Total		64	151	72	116	16	21	440

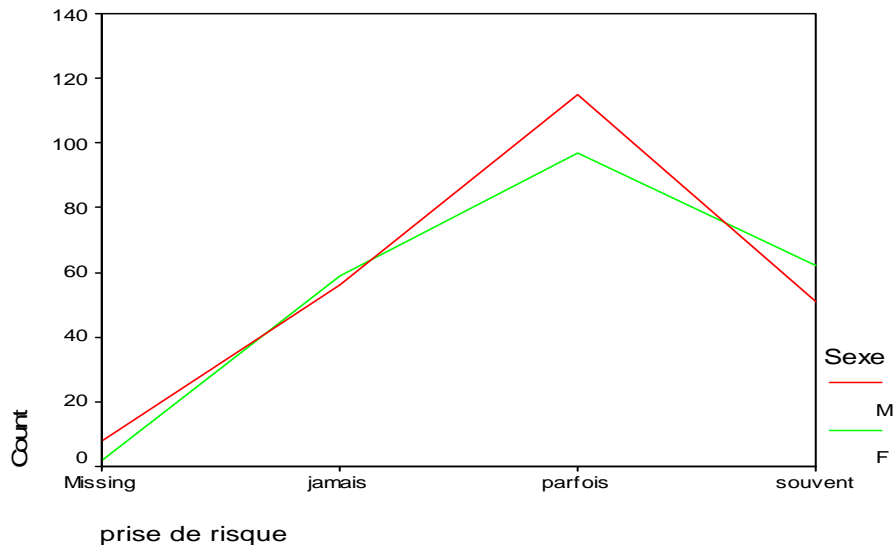
Ce tableau montre que 28 hommes sur 226 (12.4 %) n'utilisent jamais le préservatif dans leurs rapports sexuels, et c'est le cas chez 36 femmes sur 214 (16.8 %). Mais 65 hommes sur 226 (28.8 %) l'utilisent toujours, contre 51 femmes sur 214 (23.8 %). Le graphique suivant illustre mieux la réalité.

Graphique 4



La visualisation du graphique permet de voir qu'on ne peut pas confirmer l'hypothèse que les hommes sont plus enclins à utiliser le préservatif que les femmes car les écarts ne sont pas significatifs. Ces écarts, tout bien considéré, peuvent être les effets du hasard. Déjà, quand on met en regard les variables sexe et prise de risque on voit bien que les hommes prennent des risques aussi bien que les femmes. Et la différence n'est pas significative. Le graphique suivant le montre bien.

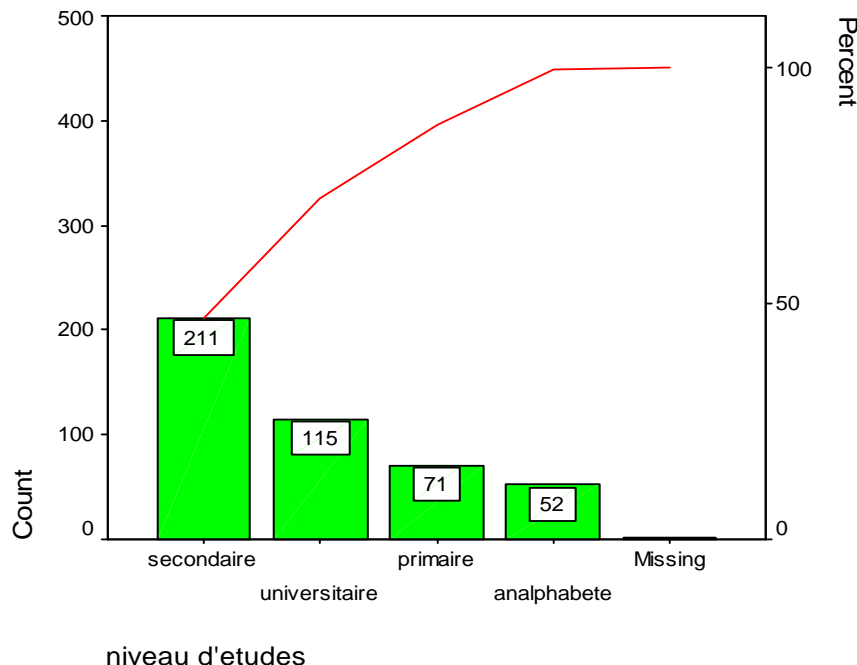
Graphique 5



Les données montrent que 25.2 % des hommes n'ont jamais pris de risque, contre 27 % des femmes ; 52 % des hommes en prennent parfois, contre 44.5 % des femmes ; 23 % des hommes en prennent souvent, contre 28 % des femmes. Nous pensons donc devoir conclure que le genre (la variable sexe) ne joue pas beaucoup sur l'utilisation du préservatif.

Troisième hypothèse : Le rôle du niveau d'études

L'hypothèse à vérifier dit que les sujets les plus avancés dans leurs études sont plus enclins à utiliser le préservatif que les moins avancés.



Graph 6
Ce graphique montre une forte prédominance du niveau secondaire dans l'échantillon (211 sur 450)

Observons le tableau suivant mettant en regard le niveau d'études et l'utilisation du préservatif.

Tableau 4

niveau d'études et utilisation du préservatif								
		utilisation du préservatif						Total
		jamais	parfois	souvent	toujours	au début seulement	maintenant seulement	
niveau d'études	analphabète	14 26.9 %	13 25 %	10 19.2 %	11 21.1 %	1 2 %	3 5.7 %	52
	primaire	14 20 %	21 30 %	16 22.8 %	15 21.4 %	11.4 %	3 4.2 %	70
	secondaire	27 13.1 %	73 35.4 %	34 16.5 %	58 28.1 %	6 2.9 %	8 3.8 %	206
	universitaire	9 8.1 %	43 38.7 %	12 10.8 %	32 28.8 %	8 7.2 %	7 6.3 %	111
Total		64	150	72	116	16	21	439

Ce tableau indique que :

- 1- parmi les 52 « analphabètes », 14 soit (27 %) n'utilisent jamais le préservatif, 13 (25 %) l'utilisent parfois, 10 (19.2 %) l'utilisent souvent, 11 (21.2 %) l'utilisent toujours, 1 (2 %) l'utilisaient au début seulement et 3 (5.7 %) commencent à l'utiliser maintenant.
- 2- Parmi les 70 « primaires », 14 (20 %) ne l'utilisent jamais, 21 (30 %) l'utilisent parfois, 16 (23 %) l'utilisent souvent, 15 (21.4 %) l'utilisent toujours, 1 (1.4 %) l'utilisaient au début seulement et 3 (4.3 %) commencent à l'utiliser maintenant.
- 3- Parmi les 206 « secondaires », 27 (13.1 %) ne l'utilisent jamais, 73 (35.4 %) l'utilisent parfois, 34 (16.5 %) l'utilisent souvent, 58 (28.2 %) l'utilisent toujours, 6 (3 %) l'utilisaient au début seulement et 8 (4 %) commencent à l'utiliser maintenant.
- 4- Parmi les 111 « universitaires », 9 (8.1 %) ne l'utilisent jamais, 43 (38.7 %) l'utilisent parfois, 12 (10.8 %) l'utilisent souvent, 32 (28.8 %) l'utilisent toujours, 8 (7.2 %) l'utilisaient au début seulement et 7 (6.3 %) commencent à l'utiliser maintenant.

Considérant la modalité « jamais », nous nous apercevons que les jeunes les moins avancés dans leurs études sont plus enclins que les autres à ne jamais utiliser le préservatif (27 % pour les analphabètes, 20 % pour les primaires, 13.1 % pour les secondaires et 8.1 % pour les universitaires). Et considérant la modalité « toujours », nous nous apercevons que les jeunes les plus avancés dans leurs études sont plus enclins à toujours utiliser le préservatif que les autres (21.2 % pour les analphabètes, 21.4 % pour les primaires, 28.2 % pour les primaires et 28.8 % pour les universitaires). Cela nous permet donc de conclure à une

confirmation de l'hypothèse disant que les jeunes les plus avancés dans leurs études sont plus enclins à utiliser le préservatif que les moins avancés.

De plus, la mise en regard des variables niveau d'études et prise de risque nous a permis de renforcer notre conclusion. Le tableau suivant montre que les jeunes les moins avancés dans leurs études sont plus nombreux à prendre des risques que les plus avancés. Cela confirme notre hypothèse.

Tableau 5

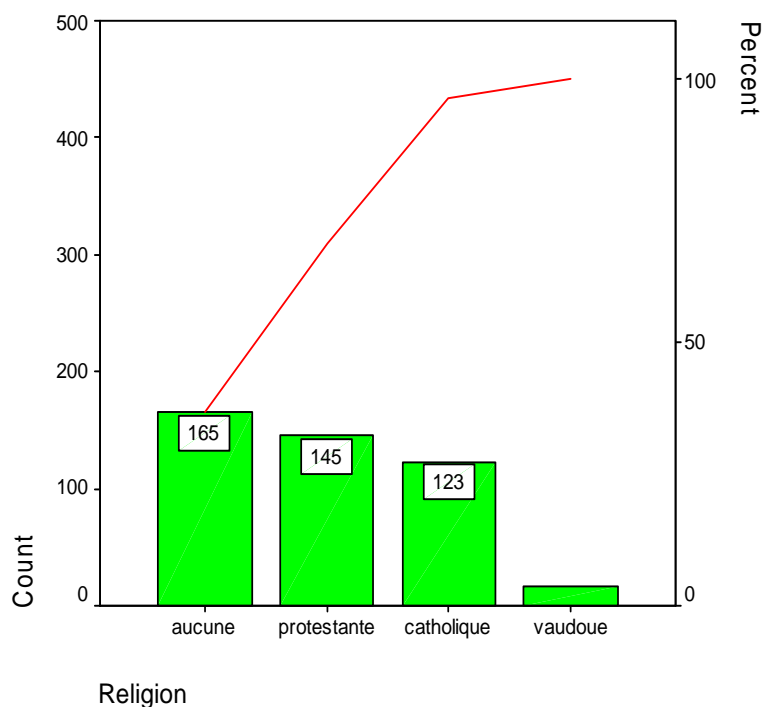
niveau d'études et prise de risque					
		prise de risque			Total
		jamais	parfois	souvent	
niveau d'études	analphabète	9 (17.6 %)	17 (33.3 %)	25 (49 %)	51
	primaire	15 (21.4 %)	38 (54.2 %)	17 (24.3 %)	70
	secondaire	58 (28.2 %)	101 (49 %)	47 (22.8 %)	206
	universitaire	33 (29.5 %)	55 (49.1 %)	24 (21.4 %)	112
Total		115	211	113	439

Quatrième hypothèse : le rôle de la religion

Nous avons formulé l'hypothèse que plus le sujet adhère à sa religion, plus il est enclin à utiliser le préservatif. L'échantillon s'est composé de sujets n'ayant aucune religion (165), de ceux appartenant à la religion protestante (145), à la religion catholique (123) et à la religion vaudoue (17). Le tableau et le graphique suivants le montrent bien.

Tableau 6

Religion		
	Fréquence	Pourcentage
aucune	165	36.7
protestante	145	32.2
catholique	123	27.3
vaudou	17	3.8



Total	450	100.0
--------------	-----	-------

Nous avons exclus de l'analyse les 165 sujets n'ayant aucune religion, puisque le niveau d'adhésion ne les concerne pas. Et, nous avons eu les résultats suivants.

Tableau 7

niveau d'adhésion religieuse et utilisation du préservatif								
		utilisation du préservatif						Total
		jamais	parfois	souvent	toujours	au début seulement	maintenant seulement	
niveau d'adhésion religieuse	faible	23 (14.9 %)	45 (29.2 %)	24 (15.6 %)	49 (31.8 %)	4 (2.6 %)	9 (5.8 %)	154
	moyenne	13 (20.9 %)	19 (30.6 %)	8 (12.9 %)	16 (25.8 %)	2 (3.2 %)	4 (6.4 %)	62
	forte	9 (14.7 %)	18 (29.5 %)	11 (18 %)	17 (27.8 %)	4 (6.5 %)	2 (3.2 %)	61
Total		45	82	43	82	10	15	277

Il nous est donné de constater de grosses disparités au niveau des modalités de la variable niveau d'adhésion. En effet, n'utilisent jamais le préservatif 14.9 % des sujets ayant une faible adhésion religieuse, 20.9 % de ceux qui ont une adhésion moyenne et 14.7 % de ceux qui ont une forte adhésion. Nous pouvons constater que les pourcentages ne sont en aucune manière proportionnels aux modalités de la variable niveau d'adhésion religieuse (14.9 % - 20.9 % - 14.7 %). Cela se passe de la même manière quand on considère la modalité « toujours » : Utilisent toujours le préservatif 31.8 % des sujets ayant une faible adhésion, 25.8 % de ceux qui ont une adhésion moyenne et 27.8 de ceux qui ont une forte adhésion. En raison de ces disparités, nous pouvons conclure à une absence de corrélation entre les variables niveau d'adhésion religieuse et utilisation du préservatif.

Par ailleurs, le type de religion ne joue pas non plus de rôle particulier. Le tableau suivant montre que les écarts sont loin d'être significatifs. Les différences observées peuvent logiquement être les effets du hasard.

Tableau 8

Religion et utilisation du préservatif

		utilisation du préservatif						Total
		jamais	parfois	souvent	toujours	au début seulement	maintenant seulement	
Religion	aucune	19 (11.6 %)	70 (42.9 %)	29 (17.8 %)	34 (20.8 %)	6 (3.7 %)	5 (3 %)	163
	protestante	26 (18.9 %)	37 (27 %)	16 (11.6 %)	43 (31.3 %)	7 (5.1 %)	8 (5.8 %)	137
	catholique	15 (12.2 %)	40 (32.5 %)	24 (19.5 %)	33 (26.8 %)	3 (2.4 %)	8 (6.5 %)	123
	vaudou	4 (23.5 %)	4 (23.5 %)	3 (17.6 %)	6 (35.3 %)			17
Total		64	151	72	116	16	21	440

Cinquième hypothèse : Le rôle de la perception du préservatif

L'hypothèse à vérifier dit que le sujet est plus enclin à utiliser le préservatif quand il le perçoit positivement.

Les résultats se révèlent assez significatifs à ce niveau. Et nous pensons pouvoir conclure à une confirmation de cette hypothèse. En effet, observons les données présentées dans le tableau suivant.

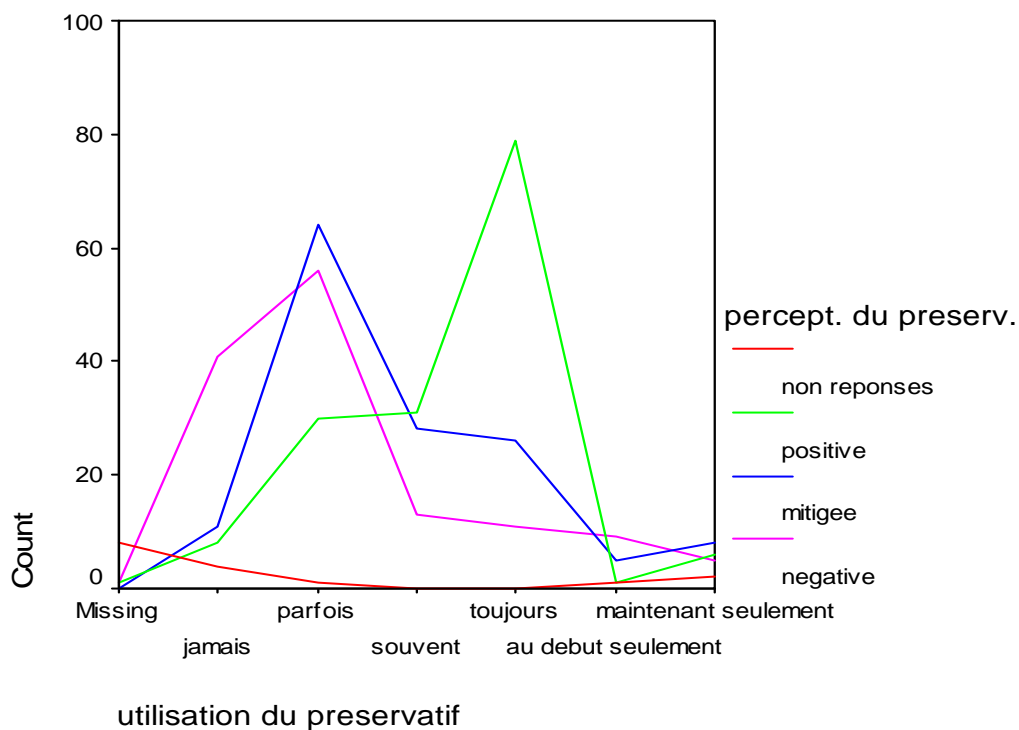
Tableau 9

perception du préservatif et utilisation du préservatif							
	utilisation du préservatif						Total
	jamais	parfois	souvent	toujours	au début seulement	maintenant seulement	

perception du préservatif	positive	8 (5.1 %)	30 (19.3 %)	31 (20 %)	79 (51 %)	1 (0.6 %)	6 (3.8 %)	155
	mitigée	11 (7.7 %)	64 (45 %)	28 (19.7 %)	26 (18.3 %)	5 (3.5 %)	8 (5.6 %)	142
	négative	41 (30.3 %)	56 (41.4 %)	13 (9.6 %)	11 (8.1 %)	9 (6.7 %)	5 (3.7 %)	135
Total		60	150	72	116	15	19	432

Nous pouvons observer que 51 % des sujets ayant une perception positive du préservatif l'utilisent toujours contre 8.1 % de ceux qui en ont une perception négative. A l'inverse, seulement 5.1 % de ceux qui ont une perception positive du préservatif refusent de l'utiliser, alors que 30.3 % de ceux qui en ont une perception négative ne l'utilisent jamais. Ces données montrent donc que le sujet qui perçoit positivement le préservatif est plus enclin à l'utiliser que celui qui le perçoit négativement. Le graphique suivant permet de visualiser cette réalité.

Graphique 8



De plus, les données démontrent une forte corrélation entre le refus d'utiliser le préservatif et la perception du plaisir réduit. C'est-à-dire, les jeunes qui refusent d'utiliser le préservatif

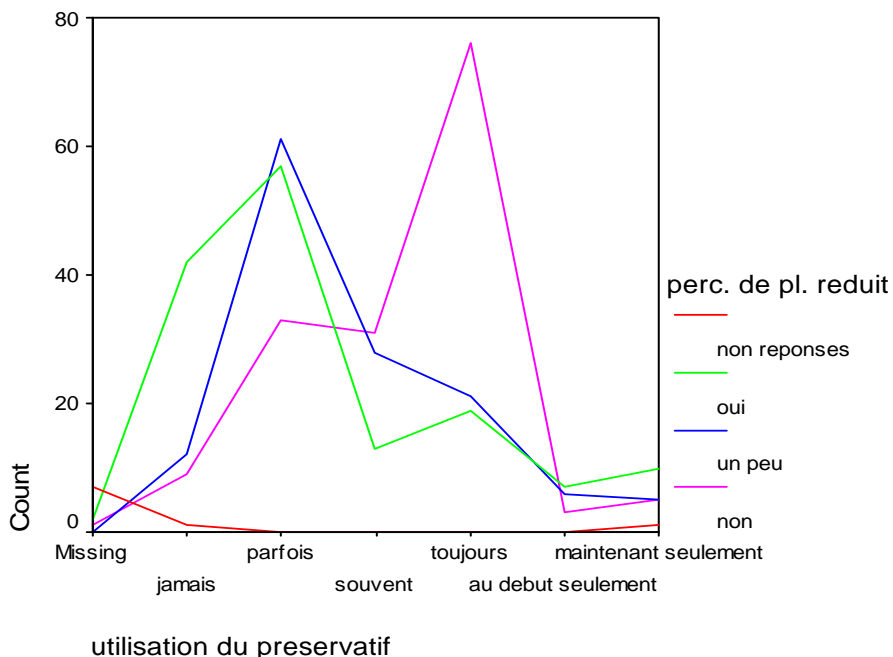
ou qui ne l'utilisent pas de façon systématique sont en plus grande proportion des jeunes qui pensent que le préservatif diminue le plaisir. C'est ce que montre le tableau suivant.

Tableau 10

perception de plaisir réduit et utilisation du préservatif								
		utilisation du préservatif						Total
		jamais	parfois	souvent	toujours	au début seulement	maintenant seulement	
perception de plaisir réduit	oui	42 (28.4 %)	57 (38.5 %)	13 (8.8 %)	19 (12.8 %)	7 (4.7 %)	10 (6.7 %)	148
	un peu	12 (9 %)	61 (45.8 %)	28 (21 %)	21 (15.8 %)	6 (4.5 %)	5 (3.7 %)	133
	non	9 (5.7 %)	33 (21 %)	31 (19.7 %)	76 (48.4 %)	3 (2 %)	5 (3.1 %)	157
Total		63	151	72	116	16	20	438

Ce tableau permet d'observer que 48.4 % de ceux qui ne pensent pas que le préservatif diminue le plaisir l'utilisent toujours, contre 12.8 % de ceux qui le pensent. Le graphique suivant représente cette même réalité.

Graphique 9



Nous pouvons observer que ce sont ceux qui ne pensent pas que le préservatif diminue le plaisir qui l'utilisent le plus systématiquement. Mais ceux qui pensent que le plaisir est réduit avec le préservatif sont plus nombreux à ne jamais l'utiliser, ou à l'abandonner parfois. Tout cela nous permet de confirmer notre hypothèse disant que le sujet est plus enclin à utiliser le préservatif quand il le perçoit de façon positive.

Sixième hypothèse : Le rôle du sentiment d'exposition.

Nous avons formulé l'hypothèse que Le sujet est plus enclin à utiliser le préservatif quand il se croit vulnérable aux IST/VIH-SIDA. Cette hypothèse nous a paru évidente, puisque nous nous disions que si l'individu se sent vulnérable aux IST, au VIH-SIDA, il prendra des dispositions pour s'en protéger. Cependant, les données présentent la réalité de façon bien plus complexe.

Tableau 11

sentiment d'exposition et utilisation du préservatif								
		utilisation du préservatif						Total
		jamais	parfois	souvent	toujours	au début seulement	maintenant seulement	
sentiment d'exposition	oui	21 (14.7 %)	51 (35.9 %)	30 (21.1 %)	30 (21.1 %)	4 (2.8 %)	6 (4.2 %)	142
	un peu	20 (14.3 %)	44 (31.4 %)	17 (12.1 %)	46 (32.8 %)	3 (2.1 %)	10 (7.1 %)	140
	non	23 (14.6 %)	55 (35 %)	25 (15.9 %)	40 (25.4 %)	9 (5.7 %)	5 (3.1 %)	157
Total		64	150	72	116	16	21	439

Seulement 21.1 % de ceux qui se sentent vulnérables utilisent toujours le préservatif. Or, 25.4 % de ceux qui ne se sentent pas exposés l'utilisent toujours. De plus, n'utilisent jamais le préservatif 14.7 % de ceux qui se sentent exposés et presque le même pourcentage (14.6 %) de ceux qui ne se sentent pas exposés. Toutefois, il reste d'aborder cette réalité dans toute sa complexité, puisque d'autres paramètres peuvent interférer. Notamment, un jeune peut se sentir exposé aux infections et choisir quand même de prendre le risque pour obtenir plus de satisfaction. C'est le cas des jeunes qui pensent que le préservatif diminue le plaisir. De plus, un jeune estimant qu'il prend assez de précautions (utilisation du préservatif, fidélité..) peut ne pas avoir le sentiment d'exposition. Nous pensons d'ailleurs que ce deuxième cas de figure a constitué un biais sérieux, car le sujet a tendance à dire que le sida ne lui fait pas peur, qu'il n'est pas exposé, quand il vient d'affirmer avoir l'habitude

d'utiliser toujours le préservatif. En somme, nous pensons qu'il serait plus raisonnable de ne conclure ni à une confirmation ni à une infirmation stricte de l'hypothèse.

Par-dessus tout, nous avons remarqué un sentiment de résignation chez beaucoup de jeunes à l'égard du Sida et des autres IST. Ils savent que le SIDA existe. Ils savent que le préservatif peut les aider à s'en protéger. Mais ils choisissent délibérément de prendre le risque de ne pas l'utiliser. Sans doute, parce qu'ils le perçoivent négativement, parce qu'ils veulent prendre plus de plaisir.

Septième hypothèse : Le rôle de la perception de soi.

Nous avons formulé l'hypothèse disant que Le sujet est plus enclin à utiliser le préservatif quand dans l'ensemble il a une bonne perception de lui-même. Analysons les données présentées dans le tableau suivant.

Tableau 12

perception générale de soi et utilisation du préservatif								
		utilisation du préservatif						Total
		jamais	parfois	souvent	toujours	au début seulement	maintenant seulement	
perception générale de soi	positive	34 (12.2 %)	97 (34.7 %)	46 (16.4 %)	74 (26.5 %)	13 (4.6 %)	15 (5.3 %)	279
	mitigée	17 (14.5 %)	36 (30.7 %)	21 (18 %)	35 (30 %)	3 (2.6 %)	5 (4.2 %)	117
	négative	11 (26.8 %)	17 (41.4 %)	5 (12.2 %)	7 (17 %)		1 (2.4 %)	41
Total		62	150	72	116	16	21	437

C'est vrai que ces données ne sont pas assez significatives pour confirmer l'hypothèse, mais il reste qu'on peut observer une plus grande tendance à utiliser le préservatif chez les sujets qui se perçoivent positivement que chez qui se perçoivent négativement. On observe, en effet, ceci :

Chez ceux qui se perçoivent négativement, 41.4 % l'utilisent parfois, 12.2 % l'utilisent souvent, 17 % l'utilisent toujours ; chez ceux qui se perçoivent positivement, 34.7 % l'utilisent parfois, 16.4 % l'utilisent souvent, 26.5 % l'utilisent toujours. Mais comme nous venons de l'indiquer les écarts n'étant pas assez significatifs, nous ne pouvons pas confirmer l'hypothèse.

Synthèse générale

Cette recherche nous a permis à l'aide d'un questionnaire administré à plus de 450 jeunes de :

- . Identifier les comportements sexuels des jeunes de 18 à 30 ans.
- . Déterminer le mode d'utilisation du préservatif par les jeunes de 18 à 30 ans.
- . D'établir des corrélations entre l'utilisation du préservatif et d'autres variables

Les données recueillies nous ont permis de comprendre, contrairement à notre attente, que les facteurs âge, sexe, religion ne jouent pas beaucoup dans le mode d'utilisation faite par les jeunes du préservatif. Par contre, selon ce que nous avons formulé comme hypothèse, le facteur niveau d'études joue de façon assez significative. En effet, les jeunes les plus avancés dans leurs études sont plus enclins à utiliser le préservatif que les moins avancés. Donc, l'analphabétisme et le faible niveau d'instruction peuvent constituer des facteurs de blocage à l'utilisation du préservatif. D'un autre côté, la perception est un facteur à considérer surtout au niveau de la perception du préservatif. Etant entendu que le jeune est plus enclin à utiliser le préservatif lorsqu'il le perçoit de façon positive. Tout se passe comme si le jeune se demande en quoi le préservatif peut lui être utile. Et, d'un point de vue cognitif, il arrive à percevoir que le préservatif peut l'aider non seulement à éviter une grossesse non désirée mais aussi une infection sexuellement transmissible (IST). Mais ici encore, certains persistent à ne pas utiliser le préservatif même s'ils perçoivent son importance à l'égard de la grossesse précoce et des IST. Et c'est là qu'il faut souligner le rôle que joue la perception du plaisir réduit. Car ce sont surtout les jeunes qui pensent que le préservatif diminue le plaisir qui n'en font aucun usage ou qui ne l'utilisent pas de façon systématique. Cette perception de plaisir réduit avec le préservatif fait que parfois ou souvent les jeunes prennent des risques pour avoir plus de satisfaction.

Autres résultats

- *Taux d'utilisation du préservatif de façon globale*

Tableau 13

utilisation du préservatif		
	Fréquence	pourcentage
jamais	64	14.2
parfois	151	33.6
souvent	72	16.0
toujours	116	25.8
au début seulement	16	3.6
maintenant seulement	21	4.7

Total	440	97.8
Non-réponses	10	2.2
Total	450	100.0

En général, le pourcentage de non utilisation du préservatif est faible (14.2 % ne l'utilisent jamais). Mais si les jeunes qui n'utilisent jamais le préservatif ne sont pas nombreux, ceux qui l'utilisent toujours ne sont pas nombreux non plus (25.8 % l'utilisent toujours). Cela fait alors remarquer qu'il y a un taux élevé (plus de 50 %) de jeunes qui utilisent, certes, le préservatif, mais qui ne le font pas de façon systématique (33.6 % l'utilisent parfois, 16 % l'utilisent souvent, 3.6 % ont cessé de l'utiliser parce que sans doute ils sont entrés dans une relation stable). Le fait à souligner ici est évidemment que l'utilisation du préservatif n'est pas continue chez beaucoup de jeunes. Le désir de prendre plus de plaisir et la stabilité d'une relation (fidélité) sont les raisons évoquées pour justifier l'abandon du préservatif. Or, l'efficacité du préservatif contre les infections et la grossesse dépend de son utilisation correcte et systématique.

Il faut aussi noter que les jeunes doivent faire face à des influences au rejet du préservatif. Ces influences viennent de sources diverses. Nous avons repéré trois sources remarquables : les amis, es (92.5 % des cas), les partenaires sexuels (5.6 % des cas), les chefs religieux (1.4 % des cas). Les jeunes entendent des jugements négatifs sur le préservatif qui peuvent les amener à le rejeter s'ils ne font pas preuve d'autonomie. Des jugements comme « le préservatif n'est pas bon pour la nature de la femme », « ça diminue le plaisir », « l'odeur est désagréable », « ...trop de graisse. », « ...c'est pour les célibataires et les infidèles », « l'usage du préservatif est un péché », etc.

Accès au préservatif

En général, les jeunes déclarent avoir un accès facile au préservatif : 63.6 % déclarent pouvoir très facilement trouver le préservatif, 20.2 % disent que le préservatif est plus ou moins facile à trouver et seulement 9.3 % disent qu'il est difficile à trouver. Ils déclarent pouvoir trouver le préservatif dans les boutiques, dans les supermarchés, et gratuitement des organisations oeuvrant pour la prévention des IST.

Connaissance des IST et source d'informations

Le taux de jeunes connaissant l'existence du SIDA est très élevé (plus de 95 %). Mais, le taux de ceux connaissant d'autres IST que le SIDA est très faible. 57 % des jeunes s'estiment assez informés sur le SIDA et, en fait, plus de 50 % paraissent assez bien informés sur comment le SIDA se transmet. Plus de 60 % des jeunes ne peuvent citer que le SIDA parmi les infections sexuellement transmissibles. A part le SIDA, la syphilis est la plus connue des infections. A la question : « D'où tenez-vous les informations sur le SIDA ? », les jeunes répondent en majorité les amis, es comme principale source d'informations. Viennent ensuite les enseignants, les médias, les organisations, les

médecins. Le taux de ceux qui citent les parents comme source d'informations est très faible.

Autonomie sexuelle

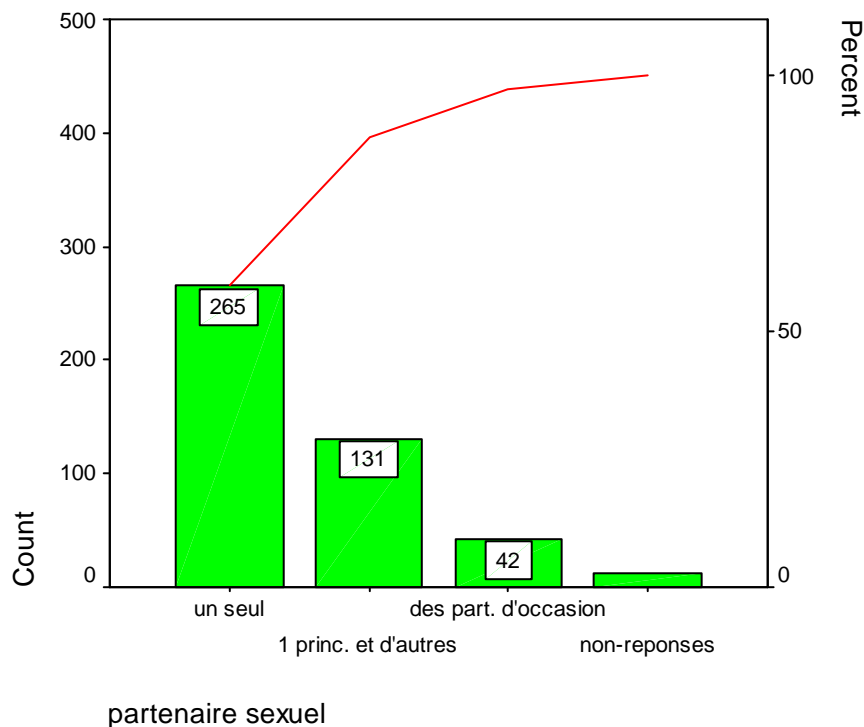
Nous avons consacré dans le questionnaire deux questions pour en savoir sur l'autonomie des répondants. Les questions 30 (**Avez-vous l'habitude de négocier avec votre partenaire pour qu'il (elle) accepte vos choix sur le plan sexuel, sur le fait d'utiliser le préservatif ou pas ?**) et 31 (**Que faites-vous en général quand votre partenaire refuse de partager vos choix ?**). Il ressort que seuls 24.5 % des répondants ont l'habitude de négocier systématiquement avec leurs partenaires sexuels et préfèrent se retirer quand leurs partenaires refusent de partager leurs choix. Un pourcentage non négligeable (49.8 %) de jeunes avouent prendre l'habitude de faire selon la volonté de leurs partenaires quand ceux-ci ont des choix contraires aux leurs.

Dépistage

Il ressort que 63.6 % des répondants ignorent leur statut sérologique puisqu'ils affirment ne jamais faire de test de dépistage. Et dans 90 % des cas, la peur est évoquée comme facteur de blocage.

- Nombre de partenaires sexuels

Gaphique 10



Il nous est donné de visualiser sur ce graphique que 365 jeunes sur 438 (60.9 %) ont indiqué avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire. Tandis que près de 40 % des jeunes enquêtés ont des rapports sexuels avec plusieurs partenaires. 131 sur 438 (30 %), en effet, ont des rapports sexuels avec un partenaire principal et d'autres partenaires

d'occasions ; 42 sur 438 (9.6 %) ont des rapports sexuels seulement avec des partenaires d'occasions. Il y a lieu de noter que ce sont les jeunes de la tranche 22 à 25 ans qui sont les plus nombreux à avoir des rapports sexuels avec plus d'un partenaire.

Or, il est évident que plus le nombre de partenaires sexuels d'une personne est élevé, plus élevée est la probabilité pour qu'elle soit infectée un jour. Car la plupart des cas de transmission du virus SIDA ont lieu à travers des rapports sexuels. Ainsi, le port systématique du préservatif par les jeunes qui fréquentent plus d'un partenaire sexuel serait une nécessité en matière de prévention.

7. Conclusions et recommandations

Par cette recherche, nous avons cherché à savoir pourquoi certains jeunes font l'utilisation du préservatif dans leurs rapports sexuels, alors que d'autres ne le font pas. Une telle préoccupation de recherche coïncide avec un contexte crucial où le taux de personnes infectées du virus VIH-SIDA ne cesse d'inquiéter. Si le préservatif constitue le moyen le plus sûr de protéger les personnes sexuellement actives, il devient logique de pouvoir les aider à entretenir avec le préservatif un rapport plus positif et à l'utiliser de façon correcte, continue et systématique.

Les principales idées que nous avons retenues sont les suivantes :

1. Le rapport entre la propension à l'utilisation du préservatif et les facteurs comme l'âge, le sexe, l'adhésion religieuse n'est pas significatif. Et les hypothèses que les données du terrain nous ont amené à rejeter sont les suivantes :
 - Les sujets les plus âgés sont plus enclins à utiliser le préservatif que les moins âgés.
 - Les hommes sont plus enclins à utiliser le préservatif que les femmes.
 - Plus le sujet adhère à sa religion, plus il est enclin à utiliser le préservatif.
 - Le sujet est plus enclin à utiliser le préservatif quand il se croit vulnérable aux IST/VIH-SIDA
 - Le sujet est plus enclin à utiliser le préservatif quand dans l'ensemble il a une bonne perception de lui-même.
2. Le niveau d'études et la perception du préservatif sont deux facteurs à retenir comme ayant une corrélation significative avec la propension à l'utilisation du préservatif. Les données recueillies nous ont permis de confirmer les hypothèses suivantes :
 - Les sujets les plus avancés dans leurs études sont plus enclins à utiliser le préservatif que les moins avancés.
 - Le sujet est plus enclin à utiliser le préservatif quand il le perçoit positivement.
3. Un taux élevé (plus de 50 %) de jeunes utilisent, certes, le préservatif, mais ne le font pas de façon systématique (33.6 % l'utilisent parfois, 16 % l'utilisent souvent, 3.6 % ont cessé de l'utiliser).
4. Les amis, es (92.5 % des cas), les partenaires sexuels (5.6 % des cas), les chefs religieux (1.4 % des cas) constituent des sources d'influence au rejet du préservatif, en émettant des jugements négatifs sur le préservatif pour en décourager l'utilisation.
5. Plus de 60 % des jeunes questionnés ne peuvent citer que le SIDA parmi les IST.
6. 63.6 % des jeunes questionnés ignorent leur statut sérologique, puisqu'ils n'ont jamais fait de test de dépistage. Et la peur est le principal facteur de blocage.

Il paraît impossible de chercher à comprendre la propagation du SIDA sans chercher à cerner les différents facteurs envisagés dans le choix d'un comportement sexuel. Car la problématique du SIDA est avant tout une problématique de comportement. Et la

problématique du comportement est une problématique de motivation. Car la motivation (on pourrait dire « motivation ») est un motif à l'action. Elle peut se définir comme l'ensemble des forces psycho-physiologiques qui poussent un individu à adopter un comportement donné. Et le comportement sexuel, à notre avis, paraît être motivé par des forces physiologiques (besoins) et des forces psychologiques (fantasmes, désirs, pulsion de vie, pulsion de mort) tout à la fois. Voilà ce qui rend si complexe la problématique du SIDA.

En termes plus clairs, la « sexualité » n'est pas une simple affaire de recherche de satisfaction d'un besoin physiologique, mais elle est aussi liée aux imaginations de l'esprit, à un ensemble de mécanismes psychologiques qui portent l'individu à construire des fantasmes, des représentations. Ce sont, déjà, ces fantasmes qui poussent l'individu à vouloir accomplir son désir d'une façon plutôt que d'une autre. Ces fantasmes définissent ce que nous pouvons appeler des « valeurs sexuelles ». Et, d'un point de vue psychodynamique, l'individu ne va pas avoir beaucoup de satisfaction s'il n'a pas l'occasion de réaliser l'acte tel qu'il le désire mentalement, selon son (ses) fantasme (s), selon les créations de son esprit.

De là, nous pouvons comprendre davantage le rôle de la perception dans le choix d'un comportement. Et dans le domaine sexuel, le préservatif est souvent perçu comme un obstacle à une satisfaction pleine et totale. C'est d'ailleurs ce qu'ont exprimé plus de 65 % des jeunes questionnés lors de notre enquête : « Le préservatif diminue le plaisir. » Toute la question est là. Cette perception de plaisir réduit constitue l'un des plus puissants facteurs de blocage à l'utilisation systématique du préservatif, car les données ont montré que ce sont les jeunes qui pensent que le préservatif diminue le plaisir qui ont la plus grande tendance à ne jamais l'utiliser ou à ne pas l'utiliser régulièrement.

A côté de la perception de plaisir réduit s'ajoute la perception négative du préservatif comme facteur de blocage à l'utilisation du préservatif. Nous retenons de l'enquête que les jeunes qui perçoivent le préservatif de façon négative sont plus enclins à ne pas l'utiliser du tout ou à ne pas l'utiliser régulièrement. La perception négative du préservatif signifie qu'en dépit de son importance reconnue par l'individu en matière de prévention il se le représente par des jugements négatifs, comme « le préservatif n'est pas bon pour la nature de la femme », « ça diminue le plaisir », « l'odeur est désagréable », « ...trop de graisse. », « ...c'est pour les célibataires et les infidèles », « l'usage du préservatif est un péché », etc.

Somme toute, la perception constitue une variable dont il faudrait tenir compte pour apporter une réponse logique et valable à la problématique du SIDA. Il faudrait plus particulièrement considérer la perception sous deux angles : la perception du préservatif et la perception de plaisir réduit avec le préservatif. La question maintenant est de savoir comment agir sur la perception. Nous y reviendrons plus loin.

Par ailleurs, nous pensons devoir revenir sur l'une des hypothèses que les données ne nous ont pas permis de confirmer. Il s'agit de l'hypothèse disant que le sujet est plus enclin à utiliser le préservatif quand il se croit vulnérable aux IST/VIH-SIDA. En effet, les données recueillies ont montré que Seulement 21.1 % de ceux qui se sentent vulnérables utilisent toujours le préservatif. Or, 25.4 % de ceux qui ne se sentent pas exposés l'utilisent toujours. De plus, n'utilisent jamais le préservatif 14.7 % de ceux qui se sentent exposés et presque le même pourcentage (14.6 %) de ceux qui ne se sentent pas exposés. De telles données nous

amènent à considérer certains paramètres pouvant interférer entre les deux variables en question (sentiment d'exposition et utilisation du préservatif). Parmi ces paramètres, le déni de la réalité nous a paru considérable. Car la réalité est que le SIDA - d'autres IST encore - existe. D'ailleurs, plus de 95 % ont reconnu cette réalité. Ils savent aussi que le préservatif est un moyen de se protéger du SIDA. Mais quand on demande à ceux qui n'en font pas usage si le SIDA leur fait peur (cf. question 38), s'ils pensent qu'il est possible qu'ils soient infectés un jour (cf. question 36), ils sont nombreux à répondre non à ces deux questions. Résumons : ils n'utilisent pas le préservatif. Ils reconnaissent son importance en matière de prévention, pourtant. Mais ils nient la possibilité d'être infectés un jour. Pour expliquer cette dissonance, nous avons pensé au déni de la réalité qui est un des multiples mécanismes de défense dont le moi dispose pour échapper à l'angoisse. Son fonctionnement consiste à nier la réalité perçue, à transformer inconsciemment la signification des faits qui sont sources d'angoisses. A la réalité perçue, l'individu substitue un monde imaginaire plus confortable. C'est sans doute ce mécanisme de défense qu'est le déni de la réalité qui explique que certains jeunes ne se rendent même pas compte de leurs contradictions qui pourtant sont flagrantes.

Un autre paramètre à considérer : un jeune estimant qu'il prend assez de précautions (utilisation du préservatif, fidélité..) peut ne pas avoir le sentiment d'exposition. Car le sujet a tendance à dire que le sida ne lui fait pas peur, qu'il n'est pas exposé, quand il vient d'affirmer avoir l'habitude d'utiliser toujours le préservatif. Tout se passe comme si l'utilisation régulière du préservatif enlevait tout à fait la possibilité d'infection. Donc, le sentiment d'exposition n'existe pas chez eux. Cela est d'autant plus évident qu'ils affirment n'avoir jamais fait de test de dépistage parce qu'ils sont convaincus de n'être pas infectés (pour avoir toujours utilisé le préservatif).

Les faits retenus de l'enquête ainsi que les réflexions qu'ils suggèrent nous portent à souligner comme facteurs de blocage à l'utilisation du préservatif les variables suivantes :

- 1- le faible niveau d'instruction
- 2- la perception négative du préservatif
- 3- la perception de plaisir réduit avec le préservatif

Ces variables se sont révélées très significatives par rapport à nos préoccupations de recherche. Il ressort, en effet, de l'enquête que les jeunes ayant un faible niveau d'instruction, une perception négative du préservatif et une perception de plaisir réduit avec le préservatif sont les plus enclins à ne point faire usage du préservatif ou à ne pas en faire régulièrement. Cela nous porte à faire les recommandations suivantes :

- 1- Que soient mis en route des mécanismes pouvant favoriser l'accès facile des individus à l'instruction.
- 2- Que soient envisagées des stratégies pouvant amener les jeunes – et toute la population sexuellement active – à faire l'utilisation correcte, continue et systématique du préservatif par un modèle axé sur le changement de perception. La question sur laquelle nous voulions revenir était de savoir comment agir sur la perception. Une telle question est de taille. D'où la nécessité d'intégrer des spécialistes du comportement dans les programmes de lutte et de prévention, et ce dès la conception de ces programmes.
- 3- Que soient créés de nouveaux slogans pouvant aider les individus à avoir une perception plus nuancée et plus positive du préservatif. Ces slogans ne doivent pas chercher à les convaincre que le préservatif ne diminue pas le

plaisir – puisque tel peut être le cas -, mais au contraire ils doivent les aider à accepter le préservatif même s'ils ne l'aiment pas, étant dès lors convaincus de son importance en matière de prévention. Ces slogans doivent pouvoir les amener à faire « l'économie du plaisir » plutôt que de jouir d'un plaisir sans bornes mais bien trop risqué.

- 4- Que les campagnes de sensibilisations soient davantage menées dans les milieux d'apprentissages (écoles, universités, ...).
- 5- Que l'éducation sexuelle soit davantage envisagée au sein de la famille. Car selon les données de l'enquête, les parents représentent seulement 8.4 % parmi les sources d'informations en matière de sexualité. Les amis par contre représentent 38.2 %, les médias 9.1%, les enseignants 15.8 %, les médecins 10.7 % et les organisations 9.1 %. Il ne faudrait pas oublier que les amis constituent la principale source d'influence au rejet du préservatif et que, par voie de conséquence, il serait très important de ne pas laisser l'éducation sexuelle entre leurs mains (les amis).

8. Discussion

Nous pensons pouvoir éprouver un sentiment de grande satisfaction par rapport au travail de recherche que nous avons effectué. Nos objectifs de recherche ont été relativement atteints. Grâce aux données recueillies à l'aide du questionnaire et grâce au logiciel SPSS utilisé pour le traitement de ces données, nous avons pu mettre nos hypothèses à l'épreuve. Certaines hypothèses ont dû être rejetées, mais les données nous ont permis de confirmer les hypothèses établissant un rapport entre l'utilisation du préservatif par les jeunes et leur niveau d'études ainsi que leur perception du préservatif, leur perception du plaisir réduit.

Cette recherche nous a donc permis de comprendre la nécessité d'aider le plus de personnes possibles à avoir davantage d'accès à l'instruction. Elle nous a aussi permis de comprendre le rôle que peut jouer la perception dans le choix du comportement. En particulier le comportement sexuel d'une personne est inséparable de sa perception du plaisir. Si elle se fait une bonne perception du préservatif, elle sera plus encline à l'utiliser dans ses rapports sexuels que si elle s'en fait une mauvaise perception. D'un autre côté, le sens que prend le plaisir dans l'esprit de la personne joue aussi sur son comportement sexuel. Que représente le préservatif à l'égard du plaisir ? La réponse que la personne se donne à cette question déterminera son attitude à l'égard du préservatif et le mode d'utilisation qu'elle en fera.

C'est surtout au niveau de la perception que notre question de recherche trouve sa réponse la plus satisfaisante. Pourquoi certains jeunes font-ils l'utilisation systématique du préservatif dans leurs rapports sexuels, alors que d'autres ne le font pas ? La réponse se trouve

- 1- *Au niveau de la perception du préservatif.* Tout se passe comme si l'individu se demandait : « En quoi le préservatif peut-il me servir ? Qu'est-ce que j'ai à gagner si je l'utilise, à perdre si je ne l'utilise ? Peut-il m'aider à atteindre des buts que je me fixe ? Etc. »
- 2- *Au niveau de la perception de plaisir réduit.* Nous avons indiqué dans la partie théorique du travail que le comportement sexuel est soumis à une pulsion. Or, la pulsion a un but qui est la réduction complète de la tension. Donc, si le préservatif est perçu comme obstacle au but de la pulsion sexuelle, il a plus de chance de ne pas être utilisé. Certains jeunes préfèrent prioriser le plaisir au-delà de tout ce que cela comporte comme risque.

Aussi, avons-nous compris la nécessité pour que les campagnes de lutte contre les MST (maladies sexuellement transmissibles) soient menées à partir d'un modèle axé sur le changement de perception. Il faudrait interpeller les spécialistes du comportement pour qu'ils aident à mettre en route des mécanismes pouvant aider la population sexuellement active à avoir une perception plus positive du préservatif et à accepter de l'utiliser de façon continue et systématique.

Limites de la recherche

Notre recherche présente à nos yeux certaines limites.

Tout d'abord, nous réalisons que notre projet de recherche nécessite une démarche qualitative à côté de son aspect quantitatif. Par exemple, il aurait été intéressant d'envisager des séances de focus-groupes avec des jeunes de l'échantillon. Cela aurait permis d'avancer dans le sens d'une plus profonde compréhension des facteurs de blocage à l'utilisation du préservatif. Il aurait été intéressant aussi de réaliser des entrevues accordant plus de place à l'expression de quelques jeunes sur leurs sentiments profonds et leur perception du préservatif. Nous pensons, toutefois, que de telles omissions ne peuvent pas remettre en cause la valeur de la recherche. Il est seulement important que d'autres recherches à l'avenir puissent intégrer dans leurs démarches ce côté qualitatif que nous avons omis.

Ensuite, notre questionnaire, au-delà de sa pertinence, ne nous a pas permis de recueillir des données pouvant nous aider à vérifier le rapport entre l'utilisation du préservatif et le sentiment d'exposition. Nous pensons, comme nous l'avons déjà indiqué, que d'autres paramètres en venaient à biaiser les réponses des sujets. Il aurait fallu par exemple envisager la mesure du sentiment d'exposition par des questions plus habilement construites ou, du moins, en faisant suivre une autre question à la question 36¹⁷ comme : « Pourquoi dites-vous cela ? » Cela aurait sûrement permis de repousser les biais de différentes façons : L'on pourrait par exemple savoir vraiment si le jeune reconnaît sa vulnérabilité ou s'il ne la reconnaît pas.

¹⁷ Question 36 : croyez-vous qu'il est possible qu'un jour vous soyez infecté du SIDA ?

9. Bibliographie

Ouvrages

1. ALLGEIER, A. R./ ALLGEIER, A. R./, Sexualité humaine: dimensions et interactions, Centre éducatif et culturel inc, Montréal, 1989.
2. CLOUTIER, R. et RENAUD, A., Psychologie de l'Enfant, Gaëtan Morin, Montréal (Québec), 1990.
3. FREUD, Sigmund, Introduction à la Psychanalyse, Payot, Paris, 1965.
4. FREUD, Sigmund, Trois Essais sur la théorie de la sexualité, collection Idées nrf, Gallimard, Paris, 1962.
5. FREUD, Sigmund, Au-delà du principe de plaisir, payot, paris, 1920.
6. GERMAIN, Bernard et coll., La Sexualité, Regards actuels, éditions Etudes vivantes, Québec, 1990.
7. Lévy, Joseph J. et coll., Sexualité, contraception et Sida chez les jeunes adultes, variations éthno-culturelles, collection vision globale, Méridiens, Québec, 1992.
8. MASTERS, W. H. & JOHNSON, U.E., les réactions sexuelles. Paris : Laffont. 1968.
9. MUCCHIELLI, Roger Le questionnaire dans l'enquête psycho-sociale, Collection Formation permanente en sciences Humaines, Ed. ESF, paris, 1993
10. ORAISON, Marc, Le Mystère humain de la sexualité, Seuil, Paris, 1966.
11. OTIS, J. et coll. in Le SIDA : Aspects psychosociaux, culturels et éthiques sous la direction de Joseph Levy et Henri Cohen., Méridien, Québec, 1997.
12. PAPALIA, D. E. & OLDS, S. W., Introduction à la psychologie, McGraw-Hill, canada, 1988.
13. PAPALIA, D. E. & OLDS, S. W., Le développement de la personne, éd. Etudes Vivantes, Québec, 1989.
14. PIERON, Henri, Vocabulaire de la Psychologie,Quadrige/PUF, 2^e édition, Paris, 1994.
15. RWENGE, Mburano, Facteurs contextuels des comportements sexuels : Le cas des jeunes de la ville de Bamenda (Caméroune), Institut de Formation et de Recherche Démographiques, (IFORD), Yaoundé/Cameroun, octobre 1999.
16. TORDJMAN, Gilbert, Réalités et problèmes de la vie sexuelle – Adolescents, Hachette, Paris, 1978.
17. VOLANT, Eric et coll., Les Risques et la mort, Méridien, Québec, 1996.

Revues et Rapports

1. ASPC, par Dre Eleanor Maticka-Tyndale, comportement sexuel à risque élevé Vol. 2386, novembre 1997
2. CERREGUI / UNFPA, Facteurs de blocage à l'utilisation du préservatif par les Jeunes en Guinée, Mars 2005
3. CRD, Rapport inventaire des services VIH/SIDA offerts aux jeunes de 10 à

24 ans en Haïti préparé par Calixte Clérismé.

4. EMMUS-III, Haïti 2000.
5. FAUCHER, Jean-Marie, Force et vulnérabilité in Revue semestrielle de psychanalyse, psychopathologie et sciences humaines “Adolescence : Sexualité et Sida” coordonnée par Françoise Weil-Halpern Olivier Ouvry, autonome 1999, tome 17, no 2, Editions GREUPP
6. Family Health International/AIDSCAP, Evaluation qualitative des connaissances, attitudes et comportements concernant les MST/SIDA en Haïti, Synthèse globale par Calixte Clérismé.
7. GENECE, E. et EUSTACHE, L., Impact, Le SIDA en Haïti, vol. 1, No 2
8. LAURU, Didier, La folie de toucher in Revue semestrielle de psychanalyse, psychopathologie et sciences humaines “Adolescence : Sexualité et Sida” coordonnée par Françoise Weil-Halpern et Olivier Ouvry, autonome 1999, tome 17, no 2, Editions GREUPP
9. MSSP, Unité de contrôle et de coordination du programme national lutte contre le VIH/SIDA, Dépistage volontaire du VIH, Manuel du conseiller, juillet 2004.
10. NATIONS UNIES, résolution adoptée par l’Assemblée générale, 60/262. Déclaration politique sur le VIH/SIDA, 87^e séance plénière, 2 juin 2006.
11. ONUSIDA, Rapport sur l’épidémie mondiale de VIH/SIDA, juillet 2002.
12. Population Reports, Volume XXIX, numéro 3, Les jeunes et le VIH/SIDA, Automne 2001 Série L, Numéro 12, Problèmes mondiaux de santé
13. RIZZO, Nino, Flirt avec la mort in Revue semestrielle de psychanalyse, psychopathologie et sciences humaines “Adolescence : Sexualité et Sida” coordonnée par Françoise Weil-Halpern et Olivier Ouvry, autonome 1999, tome 17, no 2, Editions GREUPP.
14. UNICEF, La situation en Haïti, un défi pour les enfants, article publié le 27 novembre 2006.
15. World Relief, Enquête sur les connaissances, attitudes et comportements des jeunes protestants par rapport à la sexualité réalisée dans l’aire métropolitaine de Port-au-prince, Mai 2004.

10. Annexe

Le questionnaire

- 1- **Sexe :** M F
- 2- **Tranche d'âge** a) de 18 à 21 ans b) de 22 à 25 ans c) de 26 à 30 ans
- 3- **Condition matrimoniale :** a) célibataire b) marié c) placé d) divorcé ou séparé e) veuf
- 4- **Quelle est votre religion ?** a) aucune b) protestante c) vaudoue d) catholique e) autre Précisez.....
- 5- **Depuis quand êtes-vous dans cette religion ?**
Précisez.....
- 6- **Combien de fois par semaine les membres de votre religion se réunissent-ils ?**
a) une fois b) deux fois c) trois fois d) plus que trois fois
- 7- **Indiquez votre niveau de présence à ces réunions :**
a) jamais b) rarement c) souvent d) toujours
- 8- **Occupez-vous une fonction quelconque dans votre communauté religieuse ?**
a) oui : précisez b) non
- 9- **Quel est votre niveau d'études ?**
a) analphabète b) primaire c) secondaire d) universitaire
- 10- **A quel âge avez-vous fait votre première expérience sexuelle ?**
Précisez.....
- 11- **Votre dernière expérience sexuelle, vous l'avez eue depuis combien de temps ?**
Précisez.....
- 12- **Trouvez-vous facilement l'occasion de satisfaire vos besoins sexuels ?**
a) facile b) plus ou moins facile c) difficile
- 13- **A quelle fréquence faites-vous le sexe ?**
a) jamais b) parfois c) souvent d) très souvent
- 14- **En général, avec qui faites-vous le sexe ?**
a) un seul partenaire b) un partenaire principal et d'autres partenaires d'occasion c) des partenaires d'occasion
- 15- **Avez-vous l'habitude d'utiliser le préservatif dans vos relations sexuelles ?**
a) jamais b) parfois c) souvent d) toujours e) au début, mais plus maintenant f) pas au début, maintenant oui
- 16- **Savez-vous rencontrer des gens qui jugent mauvais le préservatif pour vous décourager son utilisation ?**
a) oui b) non
- 17- **Si oui : Qui sont ces gens ?** a) amis-es b) parents c) enseignants d) autres Précisez.....
- 18- **Que pensez-vous du préservatif ? Quelle est son importance ?**
.....
.....
.....
- 19- **Vous est-il facile de trouver du préservatif ?**
a- (Très) facile b) peu facile c) difficile
- 20- **Où pouvez-vous en trouver ?**
.....

- 21- **Savez-vous qu'il existe des maladies sexuellement transmissibles ?**
a) oui b) non
- 22- **Combien de ces maladies pouvez-vous citer ?**
1- SIDA , 2- Chancre , 3- herpès , 4- blennorragie , 5- syphilis , 6- gonorrhée
7- autres
 :
- ...
- 23- **Le sexe est-il pour vous quelque chose de dangereux ? a) oui b) non**
- 24- **Si oui, expliquez : a) grossesse non désirée b) IST**
- 25- **Estimez-vous avoir assez de connaissances sur le SIDA ? a) oui b) non**
- 26- **Qu'est-ce que vous en savez ?**
1- maladie sexuellement transmissible
2- transmis à travers le sang , le sperme
3- maladie toujours incurable
4- autres
 :
- 27- **D'où tenez-vous ces informations ? a) parents b) amis, es c) membre de la famille d) médias e) enseignants f) médecins g) autres**
- 28- **Savez-vous bien utiliser le préservatif ? a) oui b) non**
- 29- **A quel moment dans l'acte sexuel, faut-il mettre le préservatif ?**
.....
- 30- **A quel moment faut-il l'enlever?**.....
- 31- **Avez-vous l'habitude de négocier avec votre partenaire pour qu'il (elle) accepte vos choix sur le plan sexuel, sur le fait d'utiliser le préservatif ou pas ?**
a) jamais b) parfois c) souvent
- 32- **Que faites-vous en général quand votre partenaire refuse de partager vos choix ?**
a) je me retire b) je discute davantage c) je fais comme il (elle) veut d) autre :
- 33- **Trouvez-vous qu'il est ennuyeux de faire le sexe avec un préservatif ?**
a. oui b) un peu c) non
- 34- **Trouvez-vous que le préservatif diminue le plaisir ?**
a) oui b) un peu c) non
- 35- **Avez-vous l'habitude de faire le sexe sans le préservatif pour voir si c'est plus agréable comme ça ?**
a) oui b) non
- 36- **Croyez-vous qu'il est possible qu'un jour vous soyez infecté du VIH/SIDA ?**
a) oui b) non
- 37- **Vous arrive-t-il de vous inquiéter sur la possibilité d'être infecté, parce que vous avez pris un risque quelconque lors d'une relation sexuelle ?**
a) jamais b) parfois c) souvent
- 38- **Le SIDA, vous fait-il peur ?**
a) oui b) non
- 39- **Quelles précautions prenez-vous pour ne pas contracter le SIDA ?**

.....
.....
.....
40- Avez-vous l'habitude de prendre le risque de faire le sexe sans préservatif ?

a) jamais b) parfois c) souvent

41- Avez-vous déjà fait un test de dépistage ?

a) oui : parfois , souvent b) non : jamais

42- Si oui, pourquoi ?

.....
43- Si non, pourquoi pas ?.....

44- Vous êtes jeune. Sentez-vous que votre vie vous plait ?

a) oui b) un peu c) non

45- Avez-vous de grands rêves pour votre vie ?

a) oui b) pas tellement c) non

46- Croyez-vous capable de réaliser vos rêves ? a) oui b) je ne sais pas c) non