

AMADOU SOW

**Les déterminants de l'intention des petits amis de travailleuses du sexe d'utiliser
le préservatif comme moyen de prévention des IST et du VIH/SIDA dans la région de
Dakar au Sénégal**

Mémoire présenté

à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval
dans le cadre du programme de maîtrise en santé communautaire
pour l'obtention du grade de maître ès sciences (M.Sc.)

FACULTÉ DE MÉDECINE / FACULTÉ DES SCIENCES INFIRMIÈRES
UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC

AOÛT 2005

©Amadou Sow, 2005



Library and
Archives Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Published Heritage
Branch

Direction du
Patrimoine de l'édition

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*

ISBN: 0-494-04816-6

Our file *Notre référence*

ISBN: 0-494-04816-6

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

Résumé

L'étude vise à évaluer les déterminants de l'intention des petits amis de TS d'utiliser le préservatif lors des prochains rapports sexuels avec une petite amie TS dans la région de Dakar. Le modèle intégrateur de Godin (2002) a servi de cadre théorique. Au total, 86 répondants ont été recrutés à l'aide d'une technique d'échantillonnage en «boule de neige». Tous les participants ont été interviewés face-à-face. Les résultats de l'analyse de la régression multiple montrent que la norme subjective, la perception du contrôle comportemental et les principes personnels expliquent 54% de la variance de l'intention. En effet, l'opinion des pairs et les croyances de contrôle contribuent grandement à la détermination de l'intention des petits amis de TS d'utiliser le préservatif lors de prochains rapports sexuels avec une petite amie TS. Les interventions préventives sur les IST et le VIH/SIDA pourront mettre l'accent en priorité sur le renforcement de la perception des référents par l'éducation des pairs, le développement des convictions personnelles et des habiletés personnelles pour surmonter les barrières à l'usage du préservatif par les petits amis de TS lors des rapports sexuels avec une petite amie TS.

Abstract

The aim of this cross-sectional study was to evaluate the determinants of boyfriends of female sex workers' (FSW) intention to use a condom in next sexual intercourses with female sex workers' girl friend in the area of Dakar, Senegal. The integrative model of Godin (2002) was used as the theoretical framework for this study. A total of 86 boyfriends were recruited through "snowball" sampling. All the participants were interviewed face-to-face. Multiple regression analysis shows that subjective norm, perceived behavioral control and moral norm can explain 54% of the variance in intention. Indeed, the opinion of peers and several control beliefs leave the greatest importance in the determination of boyfriends' intention to use condom. Health interventions to prevent STD's and HIV among boyfriends of FSW should thus aim at increasing referents' perceptions through peer education, personal normative beliefs and personal skills to overcome barriers of condom use.

Avant-Propos

C'est le lieu pour moi d'exprimer ma gratitude à toutes les personnes sans le précieux soutien et la collaboration sans limite de qui, ce mémoire ne serait pas concrétisé. D'abord, je remercie infiniment mon directeur de recherche Gaston Godin pour sa disponibilité, sa rigueur scientifique et son sens de partage du savoir qui m'ont permis d'atteindre mes objectifs. Mes vifs remerciements et ma gratitude vont également à Diane Morin, ma co-directrice pour son appui exceptionnel, ses remarques critiques, ses suggestions fécondes et ses encouragements.

Ma reconnaissance et mes remerciements également à l'endroit d'Enda Tiers Monde Santé Sénégal pour sa précieuse collaboration lors de la cueillette de données dans les sites de Dakar et des petits amis de TS pour leur généreuse participation. Je tiens à remercier le Centre de coopération internationale en santé et développement (CCISD) basé au Québec et le projet SIDA3 Sénégal pour leur appui. À tout ce monde, je souhaite qu'il trouve en ces résultats les outils nécessaires pour renforcer la prévention du VIH/SIDA et les IST.

Je remercie particulièrement mes professeurs du département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval. Je tiens aussi à faire mention spéciale à l'endroit de Gisèle Groleau, Louise Hamelin Brabant et Herminé Naccache pour leur soutien constant, leur sympathie. Ma reconnaissance va également à l'endroit de Léo Daniel Lambert, qui m'a initié à l'environnement SAS.

J'associe à ces remerciements mes collègues et amis Socé Kombo, Matar N'Diaye, Ousmane Wade, Awa Seck, Daouda Cisse, Babacar Seck, Mansour et Aliou Diouf pour leurs encouragements et leur soutien.

Dédicaces

Ce mémoire est dédié à mon regretté père et à ma mère pour tous les efforts consentis à mon égard pour ma réussite dans les études,

- à messieurs Saliou Diallo, Victor Sagna et au personnel de l'Hôpital régional de Thiès pour leurs encouragements,

- à mes frères et sœurs Abdoulaye, Souleymane, M'Baye, Assane, Astou, Djibril, Bolèle et Alioune en reconnaissance de leur affection, et

-à mon épouse Takki Menheim ainsi qu'à mes enfants Matar et Jémil pour leur patience pendant toute mon absence.

Table des matières

Résumé.....	ii
Abstract.....	iii
Avant-propos.....	iv
Dédicaces.....	v
Tables des matières.....	vi
Liste des tableaux et figure.....	ix
Liste des annexes.....	x
Liste des acronymes et des abréviations.....	xi
Introduction.....	12
Chapitre premier: Problématique et recension des écrits.....	14
1.1 Éléments de la problématique.....	14
1.1.1 Prévalence et incidence du VIH et des IST au Sénégal.....	14
1.1.2 Causes et facteurs de risque.....	16
1.1.3 Stratégies de prévention.....	18
1.2 Recension des écrits.....	21
1.2.1 L'épidémie du VIH/ SIDA en Afrique.....	21
1.2.1.1 L'épidémie du SIDA en Afrique occidentale.....	22
1.2.1.2 L'épidémie du VIH/SIDA en Afrique centrale et orientale.....	25
1.2.1.3 L'épidémie du VIH/SIDA en Afrique australe.....	26
1.2.1.4 L'épidémie du VIH/SIDA en Afrique du Nord.....	27
1.2.1.5 En bref.....	28
1.2.2 Les facteurs de risque comportementaux.....	28
1.2.2.1 La prostitution.....	28
1.2.2.2 Les pratiques matrimoniales traditionnelles et culturelles.....	30
1.2.2.3 Les infections sexuellement transmissibles.....	31
1.2.2.4 Le multipartenariat sexuel.....	32
1.2.2.5 L'initiation sexuelle précoce.....	33
1.2.2.6 La mobilité des populations vulnérables.....	34
1.2.3 Utilisation du condom et ses déterminants.....	36
1.2.3.1 Utilisation du condom.....	36
1.2.3.2 Les déterminants de l'utilisation du condom.....	43
1.3 Question de recherche.....	48
1.4 Objectifs principal et spécifiques.....	49
Deuxième chapitre: Assises théoriques.....	51
2.1 Principales théories utiles.....	51
2.1.1 La théorie de l'action raisonnée.....	51
2.1.2 La théorie sociale cognitive.....	52
2.1.3 La théorie des comportements interpersonnels.....	53
2.1.4 La théorie du comportement planifié.....	54
2.2 Modèle retenu et ses variables: le modèle intégrateur.....	54
2.3 Application de cette théorie au comportement cible.....	56
Troisième chapitre: Méthodologie.....	58
3.1 Généralités sur le Sénégal.....	58
3.1.1 Caractéristiques physiques et sociodémographiques.....	58

3. 1. 2 La région de Dakar.....	58
3.1.2.2 La démographie.....	59
3.1.2.3 Les déterminants socioculturels.....	59
3.1.2.4 Comportements sexuels.....	60
3.1.2.5 La situation socio-sanitaire.....	61
3. 2 Méthodologie.....	62
3. 2. 1 Population à l'étude.....	62
3. 2. 2 Échantillon et critères de sélection.....	62
3.2.3 Construction de l'instrument de mesure.....	63
3.2.4 Questionnaire de l'étude principale.....	64
3.2.4.1 Les variables externes.....	65
3.2.4.2 Les variables psychosociales.....	65
3.2.5 Prétest de l'instrument.....	70
3.2.6 Mode de recrutement.....	70
3.2.7 Déroulement de l'étude.....	71
3.2.8 Plan d'analyse.....	71
3.2.9 Considérations éthiques.....	72
Quatrième chapitre: Résultats.....	73
4.1 Le profil des répondants de l'échantillon.....	73
4.1.1 Caractéristiques sociodémographiques des répondants.....	73
4.1.2 Caractéristiques comportementales.....	76
4.2. Prédiction de l'intention.....	79
4.2.1 Déterminants de l'intention.....	79
4.3 Analyse des items différenciant les répondants selon le niveau d'intention.....	80
4.3.1 Proportions des répondants selon le niveau de l'intention.....	80
4.3.2 Différenciation des croyances et barrières selon le niveau de l'intention.....	80
Cinquième chapitre: Discussion.....	86
5.1 Prédiction de l'intention.....	86
5.2 Implications théoriques.....	86
5.2.1 Norme subjective.....	86
5.2.2 Perception du contrôle comportemental.....	87
5.2.2 Norme morale.....	88
5.3 Implications pratiques.....	90
5.4 Limites et forces de cette étude.....	94
5.4.1 Limites à la validité interne.....	94
5.4.2 Limites à la validité externe.....	95
Conclusion.....	97
Bibliographie.....	99
ANNEXE A: Figure du modèle intégrateur de Godin (2002).....	117
ANNEXE B: Guide d'entrevue.....	118
ANNEXE C: Copie du questionnaire de l'étude principale.....	121
ANNEXE D: Formulaire d'information.....	132
ANNEXE E: Formulaire de consentement.....	134
ANNEXE F: Demande de stage et d'enquête.....	135
ANNEXE G: Copie du certificat de déontologie du comité d'éthique de la recherche de l'Université laval/Québec-Canada.....	136

ANNEXE H: Autorisation du protocole de recherche dans le cadre du mémoire de maîtrise de la direction du programme.....	137
ANNEXE I: Avis éthique et scientifique du comité national de recherche en santé du Ministère de la santé et de la prévention médicale du Sénégal.....	138
ANNEXE J: Autorisation de stage et d'enquête.....	139

Liste des tableaux et figure

FIGURE N° 1: Modèle théorique intégrateur de Godin (2002)

TABLEAU N° 1: Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

TABLEAU N° 2: Caractéristiques comportementales de l'échantillon

TABLEAU N° 3: Données statistiques descriptives des variables psychosociales

TABLEAU N° 4: Matrice de corrélation des variables psychosociales

TABLEAU N° 5: variables significatives expliquant l'intention

TABLEAU N° 6: Analyse de variance des items des croyances de contrôle

TABLEAU N° 6: Analyse de variance des items des croyances normatives

Liste des annexes

ANNEXE A: Figure du modèle intégrateur de Godin (2002)

ANNEXE B: Guide d'entretien

ANNEXE C: Copie du questionnaire

ANNEXE D: Formulaire d'information

ANNEXE E: Formulaire de consentement

ANNEXE F: Demande de stage et d'enquête au coordonnateur d'Enda Tiers Monde Santé

ANNEXE G: Copie du certificat de déontologique du comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval/ Québec- Canada

ANNEXE H: Autorisation du protocole de recherche dans le cadre du mémoire de maîtrise de la direction du programme

ANNEXE I: Avis éthique et scientifique du comité national de recherche en santé du Ministère de la santé et de la prévention médicale du Sénégal

ANNEXE J: Autorisation de stage et d'enquête

Liste des acronymes et abréviations

- APCOM: Appui à la participation communautaire
- CCISD: Centre de coopération internationale en santé et développement
- CHU: Centre Hospitalier Universitaire
- CIA: Central intelligence Agency
- CNLS: Conseil national pour la lutte contre le SIDA
- CNPS: Comité national de Prévention du SIDA
- CPN1: Consultation prénatale¹
- ESC: Enquête de surveillance du comportement
- ÉT: Écart-type
- FNUAP: Fonds des nations unies pour la population.
- FHI: Family Health International
- IEC: Information et Éducation Communication
- ICAD: Coalition Inter agence SIDA et le Développement
- IST: Infections sexuellement transmissibles
- Moy.: Moyenne
- MSPAS: Ministère de la santé publique et de l'Action sociale (Sénégal)
- MSP: Ministère de la santé et de la prévention (Sénégal)
- OMS: Organisation mondiale de la santé
- ONG: Organisation non gouvernementale
- ONUSIDA: Organisation des nations Unies pour la lutte contre le Sida
- PA: Petit ami
- PNLS: Programme national de lutte contre le Sida
- PNUD: Programme des Nations Unies pour le développement
- TS: Travailleuse du sexe
- UNICEF: Fonds des Nations unies pour l'enfance
- USAID: United States Agency for International Development
- VIH: Virus immuno-déficitaire humain

Introduction

La pandémie du SIDA se développe de manière fulgurante dans le monde et aucun pays n'est épargné. L'accroissement de la transmission hétérosexuelle du VIH au sein de la population est alarmant. Elle est plus perceptible en Afrique subsaharienne où se concentrent les deux tiers des personnes vivant avec le VIH/SIDA sur la planète. L'épidémie progresse allègrement aux dépens des maillons vulnérables de la population générale africaine (ONUSIDA, 2002).

Cité parmi les pays les moins touchés par l'épidémie, le Sénégal enregistre néanmoins une évolution constante du nombre de personnes vivant avec le virus du SIDA de 79.000 à 90.000 entre 1999 et 2002 (ONUSIDA, 2000; MSP et coll., 2002). Les partenaires sexuels stables des travailleuses du sexe (TS) ou petits amis de TS demeurent les plus exposés au VIH/SIDA et des IST du fait de leurs comportements à risque (Gomes et al., 2003). Entre autres facteurs incriminés, le vagabondage sexuel des hommes, l'initiation sexuelle précoce, le multipartenariat sexuel, la pauvreté et les rapports sexuels non protégés dans le milieu de la prostitution sont fréquemment retrouvés chez ces cibles vulnérables. Tous ces éléments concourent à faire d'eux, une population passerelle importante pour la transmission du VIH/SIDA à la population générale. Les comportements sexuels à haut risque des petits amis de TS de Dakar menacent donc de disséminer l'épidémie du VIH/SIDA qui, actuellement demeure principalement concentrée au sein des TS. La séroprévalence du VIH chez les hommes porteurs d'IST à Dakar qui était de 2,9% en 1998 (MSP et coll., 2000) est passée à 3,4% en 1999 (MSP et coll., 2002); celle des TS augmente également passant de 9% en 1998 à 18,5% en 2001 (MSP et coll., 2002).

Et pourtant, les programmes de lutte contre le VIH/SIDA offrent des mesures préventives efficaces pour réduire sa transmission hétérosexuelle. L'utilisation constante du condom pourrait constituer le moyen le plus réaliste pour freiner l'incidence de l'infection à VIH et les IST au sein de cette population vulnérable. On pourrait constater que certains professionnels de la santé s'évertuent donc à véhiculer des messages éducatifs suivant une approche normative et sans fondement théorique vérifié. En dépit de l'intensification des interventions éducatives sur le VIH dans les sites de prostitution de Dakar, les petits amis

de TS se livrent toujours à des pratiques sexuelles non protégées avec leurs copines TS (CCISD, 2003). Ils estiment que l'usage du condom est exclusivement réservé à des relations sexuelles fortuites. Beaucoup de TS rapportent en effet une utilisation irrégulière du condom avec leurs petits amis. Selon le CCISD (2003), les TS de Dakar enregistrent un taux faible d'utilisation du préservatif avec leurs petits amis (boyfriends) contrastant nettement avec celui de leurs partenaires clients en augmentation constante.

Ce constat conduit à s'interroger sur les facteurs qui déterminent l'intention des petits amis de TS à utiliser un préservatif lors de leurs relations sexuelles avec une petite amie TS. Pour tenter de répondre à ce questionnement, notre étude a préalablement utilisé une démarche de type qualitatif visant à identifier auprès des participants, les croyances saillantes utiles pour la construction d'un instrument de mesure destiné à une seconde phase quantitative.

Ainsi, ce document présentera un premier chapitre qui abordera la problématique et la recension des écrits. Les assises théoriques soutenant la démarche de l'étude seront développées dans le second chapitre. Le troisième développera les éléments relatifs au contexte et à la méthodologie utilisée, en spécifiant l'échantillonnage, les critères de sélection, le prétest, le mode recrutement et les considérations éthiques. Le chapitre des résultats présentera les caractéristiques sociodémographiques, comportementales et la prédiction de l'intention des répondants. Finalement, le cinquième chapitre portera sur la discussion en soulignant les limites, les forces ainsi que les implications théoriques et pratiques de l'étude.

Chapitre premier: Problématique et recension des écrits

1.1 Éléments de la problématique:

1.1.1 Prévalence et incidence du VIH et des IST au Sénégal

Depuis son apparition en 1981, l'épidémie du VIH/SIDA constitue toujours un véritable problème de santé publique dans le monde. Elle tourmente les gouvernants, les autorités religieuses et les scientifiques les plus avertis, sème l'émoi parmi les populations vulnérables et cela, depuis sa découverte (MSP et coll., 2002). Son ampleur et ses effets dévastateurs hypothèquent les acquis du développement de tous les pays touchés. En 2001, l'ONUSIDA rapportait que 42 millions de personnes vivaient avec le VIH dans le monde (ONUSIDA, 2001). Chaque minute, cinq personnes âgées de 10 à 24 ans sont infectées par le VIH/SIDA (Annan, 2001). Quelques 14.000 personnes ont été infectées chaque jour dans le monde en 2003, dont 95% dans des pays en voie de développement en compromettant leur développement socioéconomique (ONUSIDA, b2003). De plus, chaque année, se présentent dans le monde 330 millions de cas d'infections sexuellement transmissibles (IST), dont la grande majorité sont détectées chez les femmes en âge de procréer en Afrique (OMS, 1996).

L'Afrique sub-saharienne reste la zone la plus éprouvée par l'épidémie à VIH/SIDA, avec 70% des personnes atteintes dans le monde soit 29,4 millions de personnes ONUSIDA/OMS (2002). L'UNICEF rapporte que dans 12 pays d'Afrique, une personne âgée de 15 à 49 ans sur dix, est séropositive et si rien n'est fait plus de 60% des garçons âgés de 15 ans au moins seront contaminés dans un avenir plus ou moins lointain. De plus, un adulte sur cinq était touché dans les sept pays de la corne Sud du continent africain (UNICEF, a2003).

Au Sénégal, la prévalence et l'incidence augmentent de façon exponentielle depuis la notification des premiers cas de SIDA. De six cas en 1986, le nombre de malades déclarés passe à 2.500 en 1988 et culmine à 5.500 cas en l'an 2000 (MSP et coll., 2002). Ces

chiffres n'indiquent pas exactement l'ampleur réelle de la maladie dans la population. Cette situation n'épargne aucune couche sociale; elle demeure plus accentuée dans la frange de la population des adultes et des jeunes sexuellement actifs, en particulier ceux des milieux de la prostitution (Lowndes et al., 2002; Enda et coll., 2003). Parmi les 80.000 personnes vivant avec le VIH au Sénégal, 30% de celles-ci sont âgées entre 15 et 25 ans (ONUSIDA, 2002; CNLS, 2002). Selon les estimations de l'année 2000 au Sénégal, 56% des porteurs du VIH sont de sexe masculin (9 hommes pour 7 femmes) (MSP et coll., 2002). Entre autres facteurs mis en cause dans la transmission hétérosexuelle du VIH/SIDA, celui de la prostitution reste le plus important chez les adultes infectés. En effet, selon les études de Adler et al. (1996) citées par Rivers & Aggleton (1999), 60 à 80% des femmes infectées au VIH n'ont qu'un seul partenaire. En somme, la plupart des femmes seraient infectées par l'intermédiaire de leur mari qui lui, le serait lors de rapports sexuels avec une TS (Orubuloye; 1992; Touré, 2001; Gomes et al., 2003).

Au demeurant, la situation économique de plusieurs pays fait en sorte que le problème de la prostitution est devenu plus accentué les groupes féminins considérés économiquement défavorisés. Ces femmes TS se prêtent à des services sexuels pour de l'argent, des vivres ou de la drogue et vivent parallèlement avec des partenaires sexuels stables. Ce phénomène semble souvent associé à la jeunesse. Par exemple, dans la région de Dakar, le vagabondage des adultes masculins et la position économique et sociale parfois complexe des adolescentes sont de nature à augmenter la probabilité d'adopter des comportements à risque élevé de transmission du VIH (Enda et coll., 2003). On dispose de peu d'information sur la séroprévalence du VIH chez les petits amis des travailleuses du sexe (TS), mais certaines indications laissent présager l'ampleur de l'épidémie. Des sources suggèrent d'ailleurs que la séroprévalence du VIH chez les hommes porteurs d'IST à Dakar de 2,9% en 1998 (MSP et coll., 2000) passe à 3,4% en 1999 (MSP et coll., 2002); celle des TS augmente continuellement de 9% en 1998 à 18,5% en 2001 (MSP et coll., 2002), soit l'une des plus élevées en 2002 après les régions de Ziguinchor (24,9%) et de Kaolack (29,8%) (MSP et coll., 2002). En effet, on estime que la prévalence du VIH/SIDA demeure particulièrement très élevée chez les petits amis des TS clandestines. Rappelons que ces dernières n'ont pas accès aux soins adaptés du fait de la rigueur de la loi sur l'enregistrement officiel des TS (Enda et coll. 2003). L'analyse des comportements sexuels

à risque de leurs petits amis semble préfigurer une probabilité de contamination plus élevée qu'on l'imagine pour cette cible masculine.

Cette situation est très préoccupante dans les sites de prostitution de Dakar et des villes de sa banlieue, car même si l'utilisation du préservatif est en hausse chez les clients des TS, elle reste difficile à faire accepter par les petits amis qui sont des conjoints ou partenaires amoureux stables des TS et qui entretiennent des rapports sexuels non payants avec elles (CCISD, 2003; Catherine et al. 2000). Ces derniers se recrutent le plus souvent parmi les jeunes garçons sans emploi, les travailleurs saisonniers, les touristes, les policiers, les militaires, les camionneurs, les apprentis et les commerçants qui fréquentent les milieux de la prostitution. L'enquête de surveillance de comportements de 2001 (FHI et coll., 2002) fait remarquer que 35,5% des TS enregistrées et 54% de celles qui ne le sont pas ont eu au moins un partenaire non client ou un petit ami. Actuellement, on ignore avec précision les caractéristiques sociodémographiques des petits amis en raison du peu d'études consacrées à leur égard. Cependant, une étude réalisée à Kaolack au Sénégal a montré que parmi les petits amis des TS, les plus connus, on retrouve les camionneurs et les apprentis; ils auraient en moyenne 32,5 ans d'âge et seraient surtout mariés (56,2%), ou célibataires (43,8%) mais marginalement divorcés (1,5%) ou veufs (0,4%) (Léonard et al. 2000).

1.1.2 Causes et facteurs de risque

Cette situation expose donc davantage les petits amis des TS et leurs autres partenaires féminines non TS aux risques de contamination du VIH et des IST. Ainsi, l'infection à VIH se propage inexorablement dans cette population vulnérable de la région de Dakar avec comme toile de fond deux types de virus causals (VIH1 et VIH2) (MSP et coll., 2000). Cette maladie mortelle est associée à des pratiques sexuelles non sécuritaires au sein des groupes vulnérables.

Dans la plupart des sites prostitutionnels de la ville de Dakar et de sa banlieue, les TS sont solidaires pour imposer l'utilisation du préservatif à leurs clients (CCISD, 2003). Ce comportement sécuritaire ne transparait toutefois pas dans leurs relations intimes avec leurs petits amis fixes. Selon le discours des TS de Dakar, leurs hommes considèrent que les préservatifs sont appropriés pour des relations sexuelles occasionnelles et non dans le cadre

des relations entre partenaires fixes. En effet, il semblerait que la plupart des petits amis s'adonnent à des rapports sexuels non protégés avec leurs partenaires TS. Selon les estimations d'études récentes, le taux d'utilisation du préservatif par les petits amis avec leurs partenaires TS demeure significativement en baisse à Dakar; il serait de 42,7% en 1999 (Gomés et al., 2003) à 35% en 2002 (CCISD, 2003). La faiblesse du taux d'utilisation du condom par les petits amis des TS constituerait un des facteurs de dissémination de l'épidémie qui, jusqu'à présent, est faible dans la population générale (1,2%), mais demeure très forte parmi les TS à l'échelle nationale (15% à 30%) en 2000 (MSP et coll., 2000). Les petits amis des TS se livrent à des pratiques sexuelles non protégées et entretiennent la prévalence de l'épidémie dans les milieux de la prostitution. Jouissant d'une grande liberté sexuelle, on peut penser que les petits amis des TS semblent interpréter l'exigence d'utiliser le condom comme étant une perte d'autorité masculine sur la conduite des relations sexuelles avec leurs partenaires féminins.

En outre, d'autres facteurs de risque comportementaux importants des partenaires non clients ou petits amis des TS soutiennent la dynamique de l'épidémie du SIDA (CLNS, 2002). D'abord, la précocité de l'initiation sexuelle des jeunes dès l'âge de 16 ans pour les adolescents fait voler en éclats les liens du contrôle social exercé par l'entourage immédiat. Les comportements des petits amis, fortement liés à la polygamie ou aux relations sexuelles fortuites, concourent à l'augmentation de la séropositivité et des IST dans ce groupe vulnérable (CLNS, 2002; FHI et coll., 2003).

La pratique du multipartenariat sexuel au Sénégal, passe pour être un fait habituel dans la population des hommes en particulier des petits amis des TS de la région de Dakar (Loenzien, 2002; FHI et coll., 2003; CNLS, 2002). L'enquête de surveillance comportementale réalisée sur un échantillon de 4000 personnes mobiles (militaires, pêcheurs, routiers et travailleurs saisonniers) souligne l'ampleur du phénomène parmi ces groupes cibles fréquentant le plus souvent les TS au Sénégal. Il est important de noter que 34% des pêcheurs et 30% des travailleurs saisonniers, partenaires fixes privilégiés des TS, affirment avoir eu au moins deux partenaires au cours des 12 derniers mois (FHI et coll., 2003).

Enfin, la persistance de normes culturelles liées à l'idéologie masculine qui encourage les petits amis à prendre souvent des risques dans le cadre des relations sexuelles pour exprimer leur témérité, augmente la transmission des IST dans la région de Dakar. En 2002, une étude estimait que 5% des apprentis interrogés, déclaraient avoir eu une IST au cours de l'année écoulée et chez les adultes, 72% des commerçants l'avaient déclaré (FHI et coll., 2002). Il n'est donc pas surprenant de remarquer une forte prévalence des IST parmi les petits amis des jeunes TS dakaroises clandestines de 14 à 24 ans (Enda et coll., 2003; FHI et coll., 2002).

1.1.3 Stratégies de prévention

L'analyse de la progression de l'épidémie du VIH a suscité de la part des autorités gouvernementales une réponse précoce pour endiguer son avancée dans la population. La gestion de l'épidémie du VIH/SIDA est marquée notamment par l'engagement politique des autorités, des leaders communautaires et des ONGs, la précocité de la réponse communautaire pour la mobilisation sociale, le développement d'activités préventives dans le programme national de lutte contre le SIDA et l'intégration des IST dans les services de soins de santé primaires en vue d'une meilleure prise en charge des malades (CNLS., 2002).

Le déploiement de cette batterie de mesures a permis de développer les activités d'information, éducation et communication (IEC) à grand public, la standardisation de la prise en charge des IST, le dépistage systématique du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes, chez les TS et chez les donneurs de sang pour impulser un changement de comportement sexuel sécuritaire durable. Dans cette dynamique l'organisation non gouvernementale (ONG) Enda-Santé s'investit largement pour faciliter l'accessibilité des soins de santé gratuits à un groupe marginalisé, les TS clandestines qui représentent 80% des prostituées de Dakar (Enda et coll., 2003).

Malgré ces mesures préventives, on constate que beaucoup de partenaires non clients et petits amis des TS continuent à se livrer à des rapports sexuels non protégés avec leurs copines TS (MSP et coll., 2002). Le taux d'utilisation du préservatif chez ces partenaires fixes est toujours faible dans beaucoup de sites de Dakar, malgré les conversations

communautaires et la distribution gratuite de préservatifs dans les sites de prostitution. Beaucoup de petits amis de TS semblent admettre que le port du condom est uniquement adapté pour les relations sexuelles occasionnelles et non dans le cadre des relations entre partenaires fixes. Ils sont très réticents à discuter de la nécessité d'utiliser le condom avec leur copine TS. Certains n'hésitent pas à violenter ou à s'engager dans des promesses importantes pour vaincre le refus des TS à des relations sexuelles sans condom. La consommation importante de l'alcool et de drogues reste très courante dans le cercle des petits amis des TS et favorise ainsi la pratique de rapports sexuels non protégés (FHI et coll., 2003).

De plus, cette situation génère au sein de ce groupe des conséquences lourdes dans la région de Dakar. Le taux de prévalence des IST est continuellement en hausse dans le groupe des hommes. Ce taux passe de 2,9% en 1998 à 4,3% en 2001 (MSP et coll., 2002). Cette tendance semble beaucoup plus élevée chez les petits amis des TS, qui demeurent des cibles difficiles à atteindre par les services adaptés de Dakar (CCISD, 2003; Enda et coll., 2003). L'épidémie du VIH progresse rapidement parmi les TS clandestines de Dakar, les migrants et les travailleurs saisonniers (Enda, 2003). Selon les estimations de l'année 2000, plus de 25% des personnes porteuses du VIH au Sénégal vivent dans la région de Dakar (CNLS, 2002). La progression de l'épidémie génère des conséquences dramatiques sur le potentiel humain. Le nombre d'enfants orphelins suite au décès des parents connaît une progression rapide à Dakar et le reste du pays; cela est remarquable dans la tranche de moins de 15 ans, avec 20.000 enfants orphelins en 2001 et 30.000 en 2003 au Sénégal (Sow, 2004). Plusieurs enquêtes menées à Dakar au Sénégal en 1997 et 2000 montrent que le nombre de grossesses non désirées augmente et influence la fréquence des avortements non médicalisés dont, 70% des complications se produisent chez les jeunes filles de cette tranche d'âge (FNUAP, 2000). Cette situation pourrait être minimisée par l'utilisation constante du préservatif dans les milieux de la prostitution. Pour y arriver, la compréhension par les intervenants de terrain de l'intention des petits amis des TS d'utiliser le préservatif pour prévenir les infections au VIH/SIDA et les IST est nécessaire, car le port du préservatif offre aussi des possibilités de prévenir une grossesse non désirée.

Devant ce tableau, il devenait urgent pour les autorités sanitaires régionales de remobiliser encore toutes les ressources de la communauté pour développer des stratégies novatrices en faveur de la prévention du VIH/SIDA. Prenant conscience de la progression inquiétante de cette infection chez les petits amis des TS, les professionnels de la santé s'attachent à une sensibilisation accrue des milieux prostitutionnels et à la réalisation de microprojets communautaires à visées préventives. Certains messages éducatifs semblent véhiculer souvent des mesures prescriptives, sans discernement de la spécificité de la cible et en suivant une approche normative très contraignante. Ces interventions, la plupart du temps dépourvues de tout fondement théorique valablement vérifié, offrent peu d'opportunités permettant de toucher la sensibilité des petits amis des TS pour un changement de comportement souhaité. On constate que ces interventions ne semblent pas avoir un impact aussi significatif que désiré sur le comportement des petits amis de Dakar (CCISD, 2003). Ces derniers semblent privilégier en effet l'usage du préservatif à leur première relation sexuelle et finissent progressivement par l'abandonner: les résultats de l'enquête de surveillance du comportement (ESC) en 2001 réalisée au Sénégal montrent que près de 20% des jeunes et des adultes rejoints estiment que leur comportement passé et actuel les expose davantage à des risques de contamination (Dia, 2003).

La plupart des programmes et interventions dans les pays africains visant à réduire les comportements à risque liés au VIH n'ont, jusqu'à présent, été axés que sur les femmes. Peu d'accent, voire aucun programme, n'a été consacré au groupe des petits amis des TS pour réduire le risque de contracter le VIH/SIDA (Gomes et al., 2003). Même s'ils existent, ils n'ont pas été l'objet d'évaluation conséquente. Au Sénégal beaucoup d'ONG s'investissent dans ce domaine avec les professionnels de santé et ne prennent pas suffisamment en compte des réalités socioculturelles et des facteurs psychosociaux déterminant l'adoption d'un moyen de prévention du VIH et des IST. Les autorités sanitaires, redoutant une éclosion possible de la maladie, revoient leurs stratégies afin de maintenir la prévalence du VIH dans la population générale au-dessous de 3% d'ici 2006 (CNLS, 2002). Dans cette perspective, il y a un besoin urgent de mettre en place des programmes de prévention appropriés, en particulier auprès des petits amis des TS.

1.2 Recension des écrits.

Dans ce chapitre, nous nous efforçons de faire un inventaire et un examen critique des écrits en lien avec le sujet de recherche. Nous la voudrions exhaustive et pertinente dans la mesure du possible avant d'enclencher cette recherche, car elle nous permettra d'avoir une idée sur l'état des connaissances sur le sujet et de mieux explorer les éventuelles avenues portant sur la compréhension des déterminants de l'intention des petits amis des TS d'utiliser le préservatif comme moyen de prévention du VIH/SIDA et des IST. Ainsi, ce chapitre nous permettra d'aborder successivement la synthèse des écrits sur l'épidémie SIDA en Afrique, les facteurs de risque comportementaux liés à l'épidémie, et l'utilisation du préservatif et ses déterminants.

1.2.1 L'épidémie du VIH/ SIDA en Afrique

Le SIDA est un fléau mondial. Aucune épidémie n'a été si dévastatrice pour l'humanité depuis l'avènement de la grippe espagnole dans le monde (Bergeron, 1995; tiré de Reidy et al. 1995). À toutes proportions égales, l'Afrique subsaharienne est la partie du monde la plus la touchée avec 86,6% de tous les adultes vivant avec le VIH, et 73,3% de tous les décès attribuables au SIDA dans le monde (Katjavivi, 2003). Le SIDA interfère ainsi avec le cours de l'histoire des maladies épidémiologiques dévastatrices classiques naguère en Afrique comme le choléra, la peste, la maladie d'Ébola et autres fièvres hémorragiques; il s'impose radicalement par son ampleur et sa virulence. Cette situation n'a pas manqué de susciter des questionnements, mais aussi de l'émoi au sein des populations africaines en proie aux vagues déferlantes de l'épidémie du VIH/SIDA. La progression de l'épidémie du SIDA constitue un véritable défi pour l'humanité. Considérée comme épice centre mondial de l'épidémie du SIDA (Irving, 1999), l'Afrique subsaharienne est largement ravagée par l'épidémie depuis plus de deux décennies. Frappant préférentiellement la population active et les enfants, le SIDA est en passe d'anéantir de nombreux acquis du développement de l'Afrique subsaharienne, fruit de plusieurs générations de dur labeur (ONUSIDA, b2003).

Plus de 33 millions de personnes sont actuellement infectées par le VIH et 16 millions de personnes sont décédées du SIDA. Le SIDA est la grande première cause de mortalité dans cette partie du continent. Les enfants orphelins du SIDA deviennent un handicap majeur

pour les États africains où près de 11 millions d'enfants ont perdu un de leurs parents ou les deux à cause de la maladie du SIDA (UNICEF, 2001). Par ailleurs, l'épidémie est inégalement répartie dans les pays d'Afrique; la prévalence de moins de 1% en Mauritanie allant à près de 40% au Botswana et au Swaziland témoigne parfaitement du poids inégalement réparti de la morbidité du SIDA en Afrique subsaharienne (Rollnick, 2002). Les taux de prévalence du VIH parmi les prostituées sont extrêmement élevés, atteignant 19% au Sénégal, 55% à Abidjan et 80% à Nairobi et pour ne citer que ceux- là (MSP et coll., 2000; FHI, 2000). Toutes ces grandes disparités géographiques peuvent nous permettre dans cette étude de concevoir un découpage en cinq zones épidémiologiques relativement homogènes: celles de l'Afrique occidentale, centrale, orientale, australe et du Nord.

1.2.1.1 L'épidémie du VIH/SIDA en Afrique occidentale

La zone d'Afrique occidentale communément appelée la zone ouest-africaine détient proportionnellement 15% du nombre total des adultes et des adolescents porteurs du VIH en Afrique (FHI, 2000). Elle compte 5,6 millions de personnes infectées en 2002 (ONUSIDA/OMS, 2002). La vulnérabilité de ces pays face à l'avancée inexorable de l'épidémie est illustrée par les taux de prévalence tournant entre 1% à plus de 11% parmi les adultes en 2002 dans cette région (Aubry, 2005). La progression de l'épidémie est encore virulente malgré une tendance à se stabiliser dans certains pays (ONUSIDA/OMS, 2002). Plusieurs facteurs semblent être à l'origine de cette disparité de l'épidémie; d'abord la précocité de la réponse à l'épidémie de certains pays par le lancement de programmes de prévention dès les années 80; l'engagement des autorités et des populations; et enfin la stabilité du climat politique. La concrétisation voire la maîtrise de ces facteurs a permis de stabiliser les taux de contamination dans certains pays comme le Sénégal: autour de 1% des femmes enceintes à Dakar (CNLS, 2002), même si on observe une prévalence de 19% parmi les prostituées en 2002. Ailleurs en Gambie et au Mali, la situation est similaire variant autour de 1 à 2% (ONUSIDA/OMS, 2002).

Après deux décennies de lutte contre le SIDA, la frayeur et le déni qui accompagnaient l'épidémie dans les années '80, semblent maintenant supplantés par des discours appelant à la prudence et à l'adoption de comportements sexuels sécuritaires de même que par des

actions intensives de prévention du VIH/SIDA dans plusieurs pays comme l'Ouganda et le Sénégal (CNLS, 2002; Vangroenweghe, 2000).

Le Bénin a su maintenir stable le taux de prévalence du VIH de 4,1% au sein de sa population, malgré sa position de relais sur l'axe migratoire Abidjan-Lagos, qui est un véritable pourvoyeur de personnes vulnérables comme les migrants saisonniers et les TS. Mais la prévalence du VIH/SIDA dans la population des TS est toujours élevée car elle est passée de 34% en 1993 à près de 50% en 1998 (ONUSIDA, 1998; CCISD, c2001).

Cependant, beaucoup de pays présentent une situation épidémique extrêmement discordante pour l'Afrique occidentale, avec des taux de prévalence supérieurs à 10% chez les femmes enceintes. C'est le cas de la Côte d'Ivoire, où la progression du VIH/SIDA, y est très fulgurante; elle est passée de 1% à 10% entre 1986 et 2000 et totalise 660.000 personnes vivant avec le VIH (FHI, 2000). La forte prévalence du VIH de 37 à 53% chez les TS de la ville de Odienné entre 1987 et 1990 témoigne de l'ampleur de l'épidémie du SIDA dans ce pays (Réseauivoire, 2005). De plus, le secteur de la santé de la Côte d'Ivoire est vivement ébranlé par le fardeau du SIDA; 80% des lits d'hôpitaux des services de maladies infectieuses d'Abidjan sont occupés par les malades du SIDA; le nombre de personnes porteuses du virus avoisine le million de cas et 2000 personnes meurent chaque année des suites du Sida, laissant derrière elles, 530 000 à 630 000 d'enfants orphelins du SIDA (OMS, 2001). Les récents troubles sociopolitiques vont certainement aggraver la vulnérabilité des populations fuyant la guerre dans ce pays.

Deuxième pays le plus touché en Afrique de l'ouest après la Côte d'Ivoire, le Burkina Faso qui totalise 7 296 cas en 1995 en passant de 10 à 2 886 cas notifiés entre 1986 et 1992 (US, 1996; Baya et al., 2001). La prévalence du VIH est très élevée chez les jeunes de 15-24 ans, et particulièrement chez les femmes mais les hommes restent les plus touchés (4,8% contre 11,7% en l'an 2000 (CCISD, 2000). En 1998, on constate que la prévalence du VIH parmi les TS varie entre 29% et 56% en fonction des sites étudiés (CCISD, a2001; PNUD, 2003). Elle est de 7,0% dans la population générale en 2000 (CCISD, a2001).

La Guinée n'est pas en reste dans l'avancée de l'épidémie du VIH/SIDA: le taux de prévalence dans la population générale y est estimé à 2,50% et de 100 000 à 300 000

personnes vivaient avec le VIH/SIDA en 2000 (ONUSIDA, 2000; OMS, 2004). Ces projections restent fortement influencées par les répercussions de l'afflux énorme de réfugiés vulnérables (700.000 sur la terre guinéenne) fuyant les conflits du Sierra Leone et du Liberia (ONUSIDA, b2002).

À peine sorti de 14 ans de guerre civile, le Liberia voit sa population jeune décimée par le SIDA avec une prévalence de 8,2% en 2001 (ONUSIDA, b2002; Tounsi, S., 2003). Pour les organisations internationales l'épidémie du SIDA est beaucoup plus dramatique dans ce pays: le PNUD constate qu'une prévalence variant entre 10 et 12% (PNUD, 2004). De multiples facteurs de risque favorisant la flambée de l'épidémie du SIDA dans ce pays tels que le comportement sexuel à risque des militaires en mission et des routiers qui n'aimaient pas utiliser le condom, pensant que les filles étaient trop jeunes pour être contaminées par le VIH (Vangroenweghe, 2000).

Le régime militaire d'antan du Nigéria se confinant dans le déni de la réalité du VIH/SIDA, lui a valu une prévalence de 5,4% en 2003 (UNICEF, d2003). La population adulte est la plus touchée avec 2,2 millions de personnes séropositives. Cela signifie que 10% des adultes africains séropositifs vivent au Nigéria. Près d'un million d'enfants de moins de 15 ans sont des orphelins du SIDA au Nigéria (UNICEF, d2003).

Le Niger, comme le Tchad sont les deux seuls pays membres de la commission des pays du Lac Tchad présentant une épidémie concentrée avec une séroprévalence respectivement de 1.35% et 2.69% en 2000. Quelques 64.000 nigériens et 92.000 tchadiens vivaient avec le VIH en 2000. Dans le groupe des TS du Niger, 27.9% étaient infectées par le VIH en 1994 et ce taux dépassait 50% dans les zones aurifères en 2001(ONUSIDA, 2001).

En Mauritanie, la prévalence du VIH est l'une des plus faibles dans la zone ouest africaine se situait autour de 1% en 1999. La population vivant avec le VIH y est estimée à 10.000 personnes (ONUSIDA, b2000).

Au total, l'épidémie est qualifiée d'épidémie généralisée dans la zone ouest- africaine à l'exception des pays comme le Sénégal, le Bénin, le Niger, la Mauritanie et le Tchad qui tentent de maintenir la prévalence du VIH/SIDA à un taux inférieur à 5%.

1.2.1.2 L'épidémie du VIH/SIDA en Afrique centrale et orientale

Les premiers cas de SIDA au Sud du Sahara ont été découverts en Afrique centrale aux alentours de l'année 1982. Depuis lors, l'infection émerge inéluctablement dans tous les pays du centre du continent comme un problème de santé publique préoccupant. Avec un poids qui correspond à 37% de tous les cas d'infections de SIDA du continent, cette sous région demeure parmi les zones les plus éprouvées par l'épidémie du VIH/SIDA (Piot et al., 1993; FHI, 2000). En tête dans cette région, la République Centrafricaine est profondément touchée par le SIDA avec un taux de prévalence de 13,8% au sein de sa population générale. Le SIDA constitue la première cause de mortalité parmi le personnel enseignant et de santé. Environ 75 à 86% des décès dans ce groupe (Santé tropicale, 2004) sont attribuables au VIH/SIDA.

Au Cameroun, la propagation du SIDA est fortement perceptible chez les jeunes filles des zones urbaines, avec des taux de prévalence de 11,5% parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 19 ans et 12,2% dans la tranche d'âge de 20 à 24 ans. Près d'un million de personnes vivent avec le virus du SIDA et un camerounais sur 9 est infecté parmi la population sexuellement active en 2001 (ONUSIDA/OMS, 2002; ONUSIDA, a2003).

L'Angola, confronté à la mobilité de sa population en situation de guerre affiche une séroprévalence de 5,5% parmi sa population adulte en 2001. Elle est plus forte chez les TS de Luanda avec un taux de 33% en 2001 (ONUSIDA/OMS, 2003). Actuellement on redoute une explosion probable de l'épidémie avec le retour des réfugiés en provenance des pays de forte endémicité du SIDA (Piot, 2003).

En Afrique orientale, le taux de prévalence chez les femmes peut dépasser de loin les 15 % dans certains pays. Au Kenya, l'épidémie prend des allures féminisantes en milieu urbain, car la prévalence du VIH était de 23% parmi les jeunes femmes contre 3,5% chez les jeunes hommes en 1998. En 2002, elle est de l'ordre de 11,9% chez les femmes enceintes et 2,5 millions d'adultes âgés de 0 à 49 ans vivaient avec le VIH (UNICEF, a2003). Ces jeunes femmes sont principalement exposées à l'infection du VIH/SIDA du fait des normes culturelles ancrées, reliées à l'entretien de rapports sexuels fréquents avec des hommes plus âgés.

Cependant l'épidémie tend à baisser lentement d'intensité dans certains pays comme le Burundi, l'Éthiopie et l'Ouganda grâce aux efforts de lutte contre le VIH/SIDA entrepris au cours cette dernière décennie. Concrètement, l'Ouganda a démontré qu'on peut infléchir la diffusion du VIH/SIDA grâce aux efforts de prévention en appelant à l'adoption de comportements sexuels sécuritaires. Ainsi, ce pays est parvenu à faire baisser la prévalence du VIH dans sa population générale de 30% à 9% et à 6,2% entre 1990, 1999 et 2003 (ONUSIDA, c2003). Parallèlement, on constate que les femmes célibataires en Ouganda utilisant le condom ont doublé entre 1995 et 2001 (ICAD, 2002), apportant une certaine corrélation avec ces données épidémiologiques déjà vérifiées.

Le Soudan présente une situation épidémique modérée d'une prévalence de 0,99% dans sa population générale en 2000 (Santé Canada, 2001). En outre, une rapide progression est observée dans sa partie sud en proie à des situations d'urgence à l'instar des autres pays comme l'Éthiopie et la Somalie.

1.2.1.3. L'épidémie du VIH/SIDA en Afrique australe

L'épidémie prend des allures dévastatrices vers les années '90 dans cette partie du continent où 20% des adultes vivent avec le SIDA. Dans le cercle des pays les plus atteints, le Botswana et le Swaziland se distinguent par une prévalence dépassant 39% de la population adulte en 2003 et le cumul de décès au Botswana s'élève à 26 000 pour la même année (ONUSIDA/OMS, 2003; Rollnick, 2002). Les données récentes de l'ONUSIDA de 2002 affichent des taux de prévalence extrêmement élevés parmi les femmes enceintes en Namibie (21,3%), au Lesotho (28,9%), en Zambie (16,5%), au Malawi (14,2%) et au Mozambique (12,2%). L'impact dramatique du SIDA se reflète par le nombre sans cesse grandissant des jeunes orphelins. Bien plus d'un cinquième de tous les enfants du monde, devenus orphelins à cause du SIDA vivent dans ces pays et constituent alors un lourd fardeau économique et social (ONUSIDA, a2004).

En Afrique du Sud, l'épidémie a provoqué une diminution de plus de vingt ans sur l'espérance de vie, faute de mesures ardues et précoces au prix des vellétés et tergiversations gouvernementales liées la réalité du SIDA (Genler, 2000). La prévalence du VIH parmi les femmes enceintes est de 22% en 1998 et dépasse 25% dans les provinces du

Kwazulu Natal en 2000 et 2002. Un sud-africain sur neuf vit avec le VIH/SIDA en 2002. Le nombre de décès attribuables au SIDA en 2003 voisine 370 000 cas, rendant 660 000 enfants orphelins (ONUSIDA/OMS, 2003; Santé Canada, 2004). Le déficit humain causé par le SIDA constitue un fait sans précédent dans le monde. Il est estimé à 61 millions en 1998 par les Nations Unies (Amat-Rose, 2002). En 2001, 31% des décès causés par le SIDA dans le monde se sont produits dans les 10 pays de l'Afrique australe les plus touchés par l'épidémie de SIDA constituant un lourd fardeau.

Dans d'autres pays de la région, comme la Zambie, le SIDA a fait régresser de 20 ans l'espérance de vie à la naissance. En 2000 on recensait dans ce pays 25,2 millions de porteurs du VIH, 2,4 millions de décès par SIDA et 12,1 millions d'orphelins (Wetzel, 2000). Ce pays a un taux de prévalence du VIH tournant autour 16,5% chez la population adulte en 2002 (ONUSIDA/OMS, 2003).

Le Malawi est aussi durement frappé par l'épidémie à VIH/SIDA. La progression de la maladie est très rapide; chaque jour, 267 personnes en moyenne sont infectées et 139 personnes meurent des suites du SIDA. Le cumul de décès atteint 3 millions de personnes. La population adulte est fortement menacée car, une personne adulte sur sept est porteuse du virus du SIDA en 2001. La prévalence est estimée à 9% de la population générale du Malawi (Mutum, 2001; UNICEF, b2002).

1.2.1.4 L'épidémie du VIH/SIDA en Afrique du Nord

D'une manière générale, la situation de l'infection à VIH est moins alarmante dans la plupart des pays de l'Afrique du Nord. L'Algérie considérée comme un pays à faible prévalence du SIDA, les hommes sont plus touchés, avec 335 cas, dans la tranche d'âge de 20 à 49 ans, selon ces chiffres révélés à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le SIDA 2000 (Kelma-kelmaghred, 2001). Santé Canada (2001) évoque une prévalence de 0,07% en dépit de l'insuffisance des données sur la maladie. Pareille situation au Soudan où la dimension de l'épidémie n'est parfaitement pas connue faute de statistiques fiables disponibles.

Au Maroc, les autorités officielles annoncent 15.000 à 20.000 séropositifs et d'autres milieux encore crédibles font plutôt état de 30.000 atteints en 2002. A cela s'ajoutent 3.000 nouveaux cas dépistés chaque année, propulsant la séroprévalence à 0,03% en 1999 dans sa population générale (Clément, 2003; UNICEF, 2003; Agence Santé Canada, 2001). L'épidémie est plus virulente parmi les consommateurs de drogues injectables. Certains experts internationaux estiment que les effets protecteurs du conservatisme social et culturel limitent la réplique adéquate face à l'épidémie dans les pays du Maghreb (OMS/Maroc, 2002).

1.2.1.5 En bref

Au total, la situation épidémiologique de l'Afrique subsaharienne n'est pas reluisante selon le rapport de l'ONUSIDA de 2003, car n'abritant seulement que 10% de la population mondiale, on y décompte néanmoins plus de deux tiers des personnes infectées, 3 millions de nouvelles contaminations par an et plus de 2,2 millions de décès. Dans beaucoup de pays touchés, les facteurs comportementaux semblent être incriminés dans l'entretien de l'épidémie en Afrique.

1.2.2 Les facteurs de risque comportementaux.

La persistance de l'épidémie en Afrique est liée à différents types de facteurs contributifs à son expansion. Parmi les principaux, on retrouve la prostitution, les facteurs liés aux pratiques matrimoniales traditionnelles et culturelles, les infections sexuellement transmissibles, le multipartenariat sexuel et la mobilité des populations. Ces facteurs seront approfondis dans les sous section suivantes.

1.2.2.1 La prostitution

La prostitution est un fait de société qui se développe plus rapidement dans tous les pays confrontés à la pauvreté et à la vulnérabilité (Songue, 1986; vangroenweghe, 2000). Elle constitue un facteur de risque important pour les TS elles-mêmes et les hommes qui les fréquentent. La prostitution, génératrice d'une fréquence élevée de rapports sexuels avec des partenaires multiples, est potentiellement source de contamination sexuelle du VIH/SIDA et leurs partenaires subséquents. Certes, des pratiques similaires à la prostitution

étaient retrouvées en Afrique depuis l'antiquité [Cheikh Anta Diop cité par Songue (1986); Nor (2001)] comme étant une marque d'hospitalité des peuplades d'Égypte Ancienne. Par contre, maintenant, beaucoup de personnes semblent la concevoir comme une pratique avilissante dans la société contemporaine sénégalaise, par conséquent les partenaires stables des TS sont du coup l'objet de stigmatisation et de préjugés liés à l'entretien de l'épidémie à VIH/SIDA. Sans doute ces hommes peuvent être plus contaminants que leurs copines TS du fait du manque d'emphase de beaucoup de programmes de prévention à leur égard (Vangroenweghe, 2000; Loenzien, 2002). La prostitution est fortement condamnée par les religions chrétienne et musulmane. Contre toute attente, au Sénégal, la prostitution est devenue tolérée et légalisée à travers la loi 66.21 du 1^{er} février 1966 (CCISD, b2001) qui rend obligatoire l'inscription au fichier national autorisant l'exercice. Cette législation imposée à la prostitution n'a pas manqué de faire des effets indésirables insoupçonnés. En effet la pauvreté aidant, elle a contribué à l'émergence d'un nouveau type de prostitution. La prostitution clandestine voit le jour sous le terreau de l'urbanisation galopante et le développement du vagabondage sexuel masculin qui s'accroît rapidement aussi bien dans les quartiers huppés que ceux défavorisés (Loenzien, 2002). Des jeunes hommes, voire des adultes, s'affichent avec les TS et servent de petits amis à des femmes vulnérables incluant des adolescentes exerçant dans les quartiers, les hôtels, les bars et les maisons closes. L'enquête de surveillance comportementale de 2001 évoque d'ailleurs que 8% des TS vivent avec un mari ou un partenaire fixe à Dakar (FHI et coll., 2002). Les petits amis, comme leurs partenaires TS, sont perçus comme des vecteurs potentiels du VIH et des IST, en raison de la fréquence élevée des relations sexuelles non protégées avec ces dernières ainsi qu'avec d'autres partenaires. Ces faits expliquent que la prostitution demeure un facteur de risque important de transmission du VIH/ SIDA et des IST dans la région de Dakar. En Afrique, la transmission hétérosexuelle demeure prédominante chez les adultes pour lesquels 90% des infections par le VIH lui seraient attribuables (Laurent, 2002; Aubry, 2004). L'étude des comportements sexuels passe nécessairement par l'observation des systèmes de valeurs et normes qui encadrent les relations matrimoniales et sentimentales. Comme le rappelle Edgley (2002), p.1 «le comportement est la principale voie de transmission du VIH, et la modification du comportement reste le principal mode de prévention du SIDA».

1.2.2.2 Les facteurs liés aux pratiques matrimoniales traditionnelles et culturelles

Des facteurs socioculturels et pratiques matrimoniales sont très présents dans l'entourage familial traditionnel assurant souvent le contrôle social en terme d'alliance. Ce type d'entourage codifie l'ensemble des relations et comportements de ses membres. C'est l'occasion pour lui de soumettre ses membres à certains rituels qui rythment leur vie sexuelle. Par exemple, le choix du conjoint ou le mariage arrangé pour les jeunes filles et les femmes veuves est fortement influencé par les faits et coutumes en vigueur dans la société (Taverne, 1996). En Afrique de l'Ouest, on peut relever deux formes d'union préalablement arrangées sous le sceau du conseil de famille. D'abord, le lévirat est une forme de mariage par don de l'épouse du défunt frère à un proche parent. En principe, les hommes pouvant prétendre à une épouse par la voie de lévirat sont les frères cadets. Dans ces circonstances, l'avis de la veuve est pourtant requis pour pouvoir sceller les liens du nouveau mariage (Taverne, 1996). Cette pratique vise à préserver la lignée familiale et les biens des héritiers. En Afrique, où le SIDA jette son dévolu, cette forme d'héritage des veuves entre les frères d'un homme décédé de SIDA expose à un risque de contamination élevé du VIH, qui peut aboutir à l'anéantissement programmé de toute une lignée familiale.

Le sororat est la possibilité pour une femme cadette de remplacer en mariage sa défunte sœur. Cette forme d'alliance est très fréquente dans plusieurs communautés ethniques ouest africaines, surtout quand la défunte laisse des enfants de bas âge. Les initiateurs de cette pratique traditionnelle cherchent en la sœur utérine de la défunte la personne la plus appropriée pour assurer la lignée de la descendance et donner de l'affection aux enfants laissés par sa sœur. D'autres coutumes, telles la purification rituelle en Zambie qui oblige la veuve à coucher avec le frère de son mari défunt, restent encore largement pratiquées en Afrique australe (Heywood, 1999).

À l'ère du VIH, ces pratiques comportent des risques majeurs pour la communauté. Les risques de la transmission du VIH sont encore documentés dans les pays en développement où le dépistage sérologique pré-nuptial des prétendants au mariage n'est pas répandu. Les bénéfices économiques et sociaux escomptés seraient complètement compromis par l'éventualité d'une contamination au SIDA à la chaîne, qui risquerait de décimer toute une descendance.

La vulnérabilité des femmes africaines au VIH, démontrée dans beaucoup d'études, est liée souvent à d'autres facteurs culturels comme la différence d'âge entre les partenaires sexuels. On remarque que les hommes ont généralement 4 à 10 ans de plus que leurs partenaires sexuelles féminines. Gregson et al.(2002) ont documenté qu'une différence substantielle d'âge entre les jeunes partenaires mâles et femelles constitue un déterminant majeur pour une plus rapide hausse de la prévalence du VIH/SIDA, tant chez les femmes que les hommes au Zimbabwe. En effet, les hommes âgés, plus expérimentés sexuellement ont très souvent de multiples partenaires sexuelles dans le cadre de la polygamie, à l'instar des petits amis des TS. Par conséquent, ils restent plus exposés au risque de transmission du VIH/SIDA et des IST en raison de leur comportement à risque présent.

Culturellement, la sexualité en Afrique se trouve régentée par la forte domination de l'homme qui décide des conditions et du moment des relations sexuelles. Le poids social des traditions et de la religion détermine les règles liées à la sexualité de la femme, ce qui fait que la disponibilité sexuelle de la femme pour son mari est automatiquement acquise et ne nécessite que pas ou peu de négociations lorsque l'homme a besoin de rapports avec son épouse (Niang & OMS, 1995). Dans cette perspective, l'utilisation du condom reste exclusivement réservée aux desiderata de l'homme qui a toute la latitude de choisir les termes et les conditions de son utilisation. Les petits amis apportant soutien pour la recherche de clients et la protection de la TS est en bonne position pour imposer ses préférences quant à l'utilisation du condom. Tous ces éléments réunis font redouter d'une explosion prochaine de l'épidémie du SIDA chez les petits amis de TS de la région de Dakar.

1.2.2.3 Les infections sexuellement transmissibles

Les IST sont parmi les affections les plus fréquentes chez les petits amis des TS, bien que les statistiques fiables pour ce groupe restent toujours parcellaires dans la région de Dakar en raison du recours prononcé à l'automédication. Un des facteurs de risque comportementaux non moins importants, serait la propension des partenaires masculins à cacher leurs épisodes d'IST à la femme. L'existence d'épisodes d'IST chez l'homme est susceptible de mettre à jour ses envolées d'infidélité. À Dakar, l'enquête de surveillance comportementale de 2001, nous apprend que près de la moitié des commerçants (48.5%)

n'ont pas avisé leurs partenaires lors de leur dernier épisode d'IST (FHI et al. 2001). Au Burkina, seuls 17% des routiers l'ont notifié à leur partenaire ou ont cessé toute relation sexuelle et 5% ont utilisé le condom lors de l'épisode d'IST (FHI, 2002). Or, un rapport sexuel non protégé en présence d'une IST augmente de 3 à 5 fois plus le risque de contamination de l'infection au VIH (OMS, 1998).

Les IST sont des affections courantes dans les milieux des jeunes. Sakar (2001) identifie dans son étude certains facteurs associés aux IST et au VIH/SIDA chez les adolescents comme étant: le nombre de partenaires sexuels à vie, l'âge de la première relation sexuelle, la non utilisation du condom et la consommation de drogues par voie intraveineuse (FHI et coll, 2003). Ces facteurs générateurs de vulnérabilité sont aussi relevés chez les petits amis des TS clandestines de Dakar. Ces dernières, parceque non enregistrées officiellement, n'ont pas accès aux soins adaptés des structures de santé et représentent 80% des TS évoluant dans la région de Dakar (Enda et al. 2003). Craignant la stigmatisation, les tracasseries policières et la perte d'une éventuelle protection, les TS clandestines se plient malgré elles, à la volonté de non recours au préservatif de leurs petits amis. Il semble que ces petits amis influents se recrutent parmi les cols blancs comme les hauts fonctionnaires, les policiers et les commerçants habitués des milieux de la prostitution, ils sont souvent plus âgés (Vangroenweghe, 2000). En général, dans ce réseau la persistance de comportements à risque semble aussi prononcée chez les petits amis des TS clandestines des cités dortoirs de la banlieue de Dakar que celles enregistrées (FHI et coll., 2002). En effet, Gomès et al. (2003) montrent que 13,2% des hommes séropositifs interrogés à Dakar, ne ont pas utilisé le préservatif lors des contacts sexuels antérieurs avec une TS. Cela démontre encore une fois que le vagabondage sexuel et les comportements sexuels à risque des hommes sont autant de facteurs qui peuvent expliquer une forte prévalence du VIH chez les partenaires sexuels des TS au Sénégal.

1.2.2.4 Le multipartenariat sexuel

La pratique du multipartenariat sexuel augmente sensiblement le risque d'infection au VIH. Les rapports sexuels non protégés sont moins fréquents avec les partenaires réguliers des TS qu'avec leurs petits amis avec qui elles tendent à mettre en évidence l'amour et la confiance (Pulerwitz et al. 2001; FHI et coll., 2002). Au Sénégal, le multipartenariat sexuel

est une pratique très fréquente chez les petits amis des TS en particulier chez les personnes telles les routiers, les travailleurs saisonniers et les pêcheurs du Sénégal: 34% des pêcheurs et 30% des travailleurs saisonniers déclarent avoir eu au moins deux partenaires sexuelles au cours des 12 derniers mois (FIH et al. 2003). L'activité sexuelle des jeunes, souvent caractérisée par le multipartenariat sexuel anarchique augmente le risque de diffusion de l'infection à VIH, en particulier chez les petits amis des TS. Des études de l'OMS indiquent qu'en Côte d'Ivoire, au Lesotho, au Togo et au Kenya de 8% à 13% des hommes sexuellement actifs ont eu des relations sexuelles avec les TS (Caraël et al. 1991). L'étude de Lowndes et al. (2002) sur un échantillon de 404 clients des TS recrutés sur les sites de prostitution de Cotonou au Bénin illustre bien ce cas: en effet, les résultats révèlent que 66% des clients réguliers des TS ont eu d'autres partenaires sexuelles, dont 11% sont des petites amis des TS (Lowndes et al., 2002).

Récemment au Sénégal on retrouve des taux similaires, car de 7% à 9% des jeunes garçons et des commerçants interrogés estiment avoir fréquenté les prostituées au cours des 12 derniers mois pour le sexe (FHI et al. 2002). Tout comme chez les routiers le multipartenariat sexuel semble aussi être observé (Léonard et al., 2000). Dans la mentalité populaire des routiers, beaucoup d'entre eux trouvent acceptable d'avoir une petite amie en permanence à chaque halte routière. Ces constats permettent de tirer deux observations; la première: le maintien voire la dégradation des comportements sexuels chez une bonne partie des petits amis des TS, en occurrence les routiers et les migrants saisonniers, la deuxième: les jeunes considèrent le multipartenariat sexuel comme un signe de bravoure qui potentiellement augmente l'estime de soi en conquérant plusieurs partenaires sexuels. Ces comportements à risque, liés au multipartenariat sont valables pour les petits amis des TS et témoignent que la probabilité qu'ils soient infectés est grande eu égard à la forte prévalence du VIH parmi ces dernières.

1.2.2.5 L'initiation sexuelle précoce

L'initiation précoce des jeunes à la vie sexuelle active est aussi un facteur majeur de la propagation de l'infection à VIH en Afrique. Dans la littérature sur le VIH/SIDA, deux études africaines (l'une au Nigéria et l'autre au Ghana) relèvent que beaucoup de jeunes sont actifs sexuellement très tôt et sont initiés à l'activité sexuelle dès l'âge de 14,4 à 16,1

ans pour les hommes et 15,1 à 16,6 ans pour les femmes (Orubuloye, 1992; Bosompra, 2001). Deux autres plus récentes, effectuées à Dakar, confirment que 10% des jeunes filles élèves et 20,3% des jeunes filles vendeuses sexuellement actives de Dakar, ont eu des relations sexuelles sans leur consentement au cours des 12 derniers mois précédents. L'âge du premier rapport sexuel chez les jeunes semble très précoce autant chez les filles vendeuses ambulantes (16 ans) et chez les apprentis petits amis des TS (15 ans). Dans les deux cas, ils ont eu généralement leur première expérience sexuelle avec des partenaires beaucoup plus âgés ayant en moyenne 25 ans (MSP et coll., 2002; FHI et coll, 2002). On sait que la précocité des relations sexuelles accentue la vulnérabilité face au VIH. Ces jeunes souvent mal préparés à la vie adulte intègrent les milieux de la prostitution où la consommation d'alcool, de drogues et le sexe facile qui sont l'utilisation consistante du condom. Poulin et Graham (2001) rapportent que 40,9% des hommes et 32,1% des femmes de ces milieux affirment avoir eu plus d'un partenaire sexuel. Parmi eux 49,9% des hommes et 64,1% des femmes ont utilisé de façon inconstante le condom lors des 12 derniers mois. En effet, les relations sexuelles fortuites sous l'influence de l'alcool ou d'autres drogues associées au multipartenariat, présentent les conditions idéales pour les jeunes amis des TS de Dakar d'adopter des comportements sexuels non sécuritaires. Les petits amis des TS qui consomment de l'alcool ou des drogues ont une probabilité élevée d'acquérir le VIH et des IST du fait de l'affaiblissement du jugement qu'entraînent ces substances au moment de la relation sexuelle (Apostolopoulous et al., 2002). Cette situation a été vérifiée par l'étude d'Apostolopoulous et al. (2002) utilisant la théorie des comportements interpersonnels pour expliquer le comportement de 211 garçons et 321 filles, tous étudiants mêmes américains en vacances de printemps; les résultats soulignent que 26% des garçons et 35% des filles n'avaient pas utilisé le condom lors de leur dernière relation sexuelle avec une partenaire, après avoir consommé de l'alcool avant le rapport sexuel.

1.2.2.6 La mobilité des populations vulnérables

La mobilité des populations associée à des comportements sexuels à risque a toujours constitué un facteur de vulnérabilité important dans le monde. Les populations mobiles sont plus vulnérables aux IST et au VIH/SIDA du fait dans leur engagement dans des contacts

sexuels fortuits et de l'enrôlement dans le travail du sexe de survie (Vangroenweghe, 2000). En Afrique, elle est particulièrement engendrée par les conflits, les catastrophes naturelles et l'instabilité politique qui contraignent de larges populations à une migration forcée dans des conditions de vie précaires. Ces populations déplacées et socialement affaiblies ont souvent recours à des comportements à risque qui les amènent à s'infecter et à transmettre le SIDA et les IST dans les pays hôtes. De forts taux de prévalence du VIH sont observés dans les régions en situation d'urgence comme l'Afrique du Sud (22%) et la Côte d'Ivoire (11%) pour ne citer que celles-là (OMS, 2001). De plus, d'autres catégories de personnes mobiles comme les militaires en mission de paix, les routiers et les commerçants concourent au risque de transmettre ou de s'infecter aux IST et au virus du SIDA du fait de comportements sexuels à risque adoptés lors de leurs déplacements et en tout de véritables disséminateurs de l'infection à VIH/SIDA (Vangroenweghe, 2000). Deux études (Inde et Afrique du Sud) rapportent respectivement que 60% et 56% des transporteurs routiers sont testés séropositifs (Shreedhar et al., 1995; Ramjee et al., 2002). La mobilité des populations exposées à la pauvreté a donc accru la dynamique de la pandémie du SIDA au Sénégal et en Afrique.

L'avènement de la dévaluation du franc CFA en 1994, a été sans doute un élément déclencheur important dans la migration des populations productives en Afrique de l'Ouest, du centre, en Afrique australe et en Europe. Cette migration concerne aussi les TS, dans la sous région et au-delà. Actuellement, force est de constater que les femmes qui exercent le métier de TS à Dakar sont en majorité des Sénégalaises (63%). Seulement 36% des TS de Dakar sont de nationalité étrangère (Huygens, 2001). Elles se déplacent dans la sous région et dans les autres continents en espérant trouver sur leur chemin des clients fortunés et peut-être des petits amis amoureux. La grande mobilité des hommes sexuellement actifs tels les travailleurs saisonniers et la fréquence élevée de leurs relations sexuelles avec les TS font d'eux des hommes à risque et des agents actifs de la diffusion rapide du VIH; Deborah (2000) met en exergue l'intensité des flots de travailleurs saisonniers vers les pôles urbains en Afrique comme un facteur de propagation du VIH/SIDA et des IST. De 50 et 80% des sénégalais quittent les villages pour travailler dans les grands centres urbains comme Dakar ou pour l'étranger (Deborah, 2000) et risquent devenir des personnes vulnérables. De nos jours, les hommes âgés de 15 à 60 ans constituent 50 à 80% de la main d'œuvre saisonnière

des grandes villes et les femmes 20%. Ils forment ainsi de fortes concentrations de communautés de migrants vulnérables qui se réunissent par affinités ethniques ou régionales. Sous le poids de la précarité, beaucoup de migrants cherchent d'autres alternatives de survie comme la vente de drogues ou la vie en concubinage. Ces phénomènes de précarité concourent à faciliter le basculement de beaucoup de migrants dans les activités de prostitution dans ces grandes villes. Ces migrants se retrouvent souvent comme des petits amis de TS et élargissent du coup le cercle de risques de diffusion du VIH/SIDA et des IST dès le retour au village, où la polygamie est courante. Beaucoup de partenaires stables de ces derniers, en situation de précarité, sont peu motivées à recourir au préservatif parce que n'ayant pas le pouvoir de décision ou l'opportunité de l'utiliser (Vangroenweghe, 2000). Cela dénote que la migration est susceptible d'accentuer la propagation de l'épidémie de SIDA vers les zones rurales qui jadis étaient moins touchées. Vangroenweghe montre aussi que les facteurs de risque importants de transmission du VIH/SIDA au Sénégal étaient le travail migratoire lié aux saisons (un ou plusieurs mois par an ; risque 3,7% et $p=0.015$) et l'hospitalisation avec transfusion sanguine au cours des dix dernières années (risque 6,3% et $p=0,022$). Toutefois, on retrouve souvent dans le discours des populations que le SIDA est introduit au pays par les gens qui viennent d'ailleurs (Loenzien, 2002). Pour certains, le développement du tourisme joue un grand rôle dans la diffusion du VIH. Et toujours sous ce registre, les mouvements de populations sont incriminés comme facteur favorisant la propagation du virus du SIDA et des IST des personnes sujettes à l'émigration en Afrique. D'ailleurs une étude sénégalaise estime que 27% des émigrés mâles rentrent au pays infectés par le VIH/SIDA après un séjour en Afrique centrale ou en Europe (Kane et al., 1993).

1.2.3 Utilisation du condom et ses déterminants

1.2.3.1 Utilisation du condom

Dans cette section, il est question de relever dans la littérature les facteurs influençant l'utilisation du condom par les petits amis des TS. Rappelons que la promotion du préservatif est une composante essentielle du programme national de lutte contre le SIDA prévention du Sénégal (CNLS, 2002). La promotion de l'utilisation du condom auprès des

TS est dans sa phase d'intensification depuis plusieurs années. Le programme national de lutte contre le SIDA et les organisations non gouvernementales et communautaires, distribuent gratuitement le condom aux groupes vulnérables comme les TS, les jeunes et les militaires. Selon le niveau actuel de la recherche, l'utilisation correcte et constante du condom est considérée comme une méthode efficace pour réduire la transmission des IST et du VIH/SIDA. Cependant, il apparaît que beaucoup de facteurs psychosociaux non encore élucidés entravent l'utilisation consistante du condom chez les hommes gravitant dans les milieux de la prostitution de Dakar. Une bonne compréhension de ces facteurs serait salutaire pour la promotion de l'utilisation du condom auprès des partenaires sexuels des TS. Mais auparavant, nous tenterons d'élucider la typologie des partenaires de la TS (Bélangier, 1998; FHI et coll., 2003). En effet, on pourrait regrouper ces partenaires en trois types: (i) les *partenaires réguliers* qui entretiennent des relations d'amitié stables avec les TS; ce sont les partenaires fixes, les petits amis (boy-friends), conjoints de fait ou concubins avec qui les TS ont régulièrement des relations sexuelles non payantes; (ii) les *partenaires occasionnels* sont les personnes qui viennent de manière fortuite pour les services sexuels des TS sans échange d'argent; la TS se trouve dans le cas de relations instables avec ce type de partenaire, mais elle l'assume de manière stratégique pour bénéficier d'une protection ou d'autres facilités dans le site prostitutionnel; on retrouve dans ce groupe le protecteur, les agents de police et les gérants de bar; finalement, (iii) les *clients* qui sollicitent les services sexuels des TS moyennant une certaine forme de rémunération.

L'utilisation constante du condom semble être liée fermement au type de partenaire sexuel (Dixon et al., 2003; Gomès et al., 2003). Beaucoup d'études ont tenté de mesurer le niveau d'utilisation du préservatif avec les différents partenaires des TS. En Afrique subsaharienne des études ont montré que le préservatif est peu utilisé chez les jeunes, eu égard aux efforts consacrés au programme de marketing social du préservatif dans cette sous-région. Une étude récente met en évidence que 30% des hommes monogames n'ont jamais utilisé le préservatif et parmi eux 15% des hommes l'utilisent présentement (Ka, 2003). Ces résultats vont dans le même sens des études précédentes comme celle de Kanya et al.(1997) révélant que les hommes en régime monogamique utilisent plus le condom (41%) comparativement aux polygames (38%). L'utilisation du condom est moins fréquente chez

les hommes en union monogamique en raison des suspicions d'infidélité que pourrait provoquer l'exigence du port du condom. Le comportement sexuel à haut risque est présent aussi bien chez les hommes et les femmes, mariés ou célibataires. En Tanzanie, 8% des femmes et 29% des hommes s'adonnent à des pratiques sexuelles à risque alors que l'utilisation du condom est respectivement dans ces deux groupes de 4% et 15% (Kapiga et al., 2002).

Quant au Sénégal, l'utilisation du condom varie considérablement avec le type de partenaire. A Dakar, par exemple dans la population générale, le taux déclaré d'utilisation du condom lors du dernier rapport sexuel à risque est de 67% pour les hommes et 45% chez les femmes en 1998 (CNLS, 2002), contrastant grandement avec celui des petits amis de TS (35%) (CCISD, 2003) dans une proportion significative. En outre, on note une tendance beaucoup plus élevée avec l'âge et le niveau d'instruction dans le groupe des veufs (veuves), des divorcé(e)s et des séparé(e)s. Cette hausse revêt tout son sens dans ces strates de populations du fait de leur maturité et du contrôle social exercé par la société. Ces populations ont tendance à cacher les rapports sexuels hors des liens du mariage. En effet, ces tendances nous renseignent que le problème de l'utilisation du préservatif avec des petits amis des TS se pose toujours avec acuité malgré le suivi rapproché des TS et la distribution gratuite de préservatifs par les ONGs intervenant dans la région de Dakar.

Par ailleurs, au niveau de la sous région, les taux d'utilisation du préservatif déclarés par les TS lors des relations sexuelles avec leurs copains fixes (boy-friends) sont très faibles et cela, que ce soit au Bénin (22,3%), au Ghana (28%), et au Mali (31,5%) (CCISD, 2003). Beaucoup d'études confirment que l'utilisation du condom est beaucoup moins fréquente dans les relations sexuelles avec les conjoints et les petits amis des TS (CCISD 2003; Meekers, 2003). Ainsi, nombres d'entre elles s'accordent à la conclusion que les partenaires réguliers tels les petits amis des TS, peuvent constituer la source principale de la transmission du VIH et des IST en Afrique, du fait de la fréquence des rapports sexuels non protégés.

Concernant l'utilisation conséquente du condom parmi les différents types de partenaires des TS, deux autres études ont également observé que 29% seulement des petits amis des TS nigérianes affirment avoir utilisé avec consistance le préservatif avec leurs partenaires

sexuelles et 34% des petits amis indonésiens avaient le même comportement (Van Rossem et al., 2001; Basuki et al., 2002). D'une manière générale le condom est plus utilisé chez les partenaires occasionnels et commerciaux nigériens, dont 63% affirment l'utiliser de manière consistante. Dans des proportions assez similaires, Koné et al. (2002) observent en Côte d'Ivoire, que 91% des TS déclarent avoir un petit ami et que parmi elles 40% n'utilisent jamais le condom avec ce dernier. Ces chiffres illustrent fort bien l'idée de la vulnérabilité des partenaires fixes des TS, qui représentent un groupe passerelle pour la transmission du VIH/SIDA dans la population générale.

Les études de Wong et al.(2003) concernant les facteurs comportementaux et sociaux auprès de 140 TS, rapportent que 78% des TS interrogées soulignent l'utilisation constante du condom avec leurs clients contre 20% seulement avec leurs partenaires non payants. Ainsi, la plupart des TS (67%) affirment n'être pas capables de persuader leurs clients à utiliser le condom, contre 60% qui pensent que la raison de la non utilisation du condom avec leurs partenaires sexuels non payants est qu'elles les aiment. En plus, l'utilisation constante du condom est significativement élevée parmi celles ayant de fortes recettes par rapport à celles disposant de faibles recettes. Aux États-unis, des résultats semblables laissent apparaître que 56,1% des TS déclarent avoir toujours utilisé le condom lors des relations sexuelles vaginales avec leurs clients contre 13,7% avec leurs partenaires réguliers (Johnson et al., 2001). Cela démontre que certaines TS éprouvent des difficultés à exiger le port du condom mêmes à ces partenaires réguliers payants. Parmi eux, les petits amis des TS utilisent moins le préservatif lors de leurs relations sexuelles avec leur copine TS (Lowndes et al., 2002; CCISD, 2003). Bédard (1994) résume les éléments explicatifs de la non utilisation du condom chez les TS du Burkina Faso par le manque d'information, la migration, la précarité de leurs conditions de vie, le manque de pouvoir de négociation et l'expression du besoin affectif envers son petit ami.

Ces différences sont également retrouvées chez les migrants mexicains pour lesquels l'utilisation consistante du préservatif est plus souvent rapportée lors des rencontres fortuites contrairement à celles d'avec un petit ami. Organista et al. (1997) rapportent que 48,3% des migrants mâles, n'utilisent jamais le condom avec leurs partenaires régulières TS contre 56,1% pour les femmes. Ailleurs, l'utilisation n'est pas effective chez les

migrants d'Amsterdam, seulement 23% utilisent de manière consistante le condom lors des relations sexuelles avec le partenaire principal comparés avec 77% pour le partenaire occasionnel (Wiggers et al., 2003). Toutefois, Raj (1996) et Sanderson & Jemmott, (1996) attestent dans leurs études que le statut de la relation d'amitié (stable ou fortuit) et la durée sont susceptibles influencer l'utilisation du condom. Certes, on a l'impression que le partenaire occasionnel se protège beaucoup plus en utilisant le condom que le petit ami.

Une étude réalisée auprès des adolescents Ghanéens a révélé que les garçons les plus âgés (20 à 24 ans) sont plus de deux fois enclins à toujours utiliser le condom que les plus jeunes (OR =2,41 , 95% CI = 1,63 – 3,56). Ceci trouve son explication dans l'inaccessibilité financièrement du condom et l'embarras pour les plus jeunes de se rendre dans les pharmacies et centres de planning familial pour se procurer un condom. Et d'une manière générale on constate que 65% des répondants sexuellement actifs ont au moins une fois utilisé un condom, contre seulement 25% lors de leur dernière relation sexuelle (Adith et al., 1999). Plusieurs études (Otis et al., 1991; Thato et al., 2003) rapportent que les adolescents et adolescentes préconisent très souvent le préservatif comme moyen de prévention des IST/SIDA lors d'une première relation sexuelle avec un partenaire occasionnel mais ont tendance à l'abandonner quand les partenaires deviennent réguliers. Cette tendance est plus faible chez les jeunes burkinabés de 20 à 24 ans ayant un nombre élevé de partenaires sexuels (de 4,1 pour les hommes et de 2,1 pour les femmes). On constate que 3,5% des jeunes hommes de Bobo Dioulasso adoptent le préservatif lors de la première relation sexuelle contre 29,5% des jeunes femmes (Baya et al., 2001). Ainsi on peut dire qu'en dehors de toute visée contraceptive, l'utilisation du condom chez les adolescents et adolescentes semble liée à la confiance et à la régularité des relations d'amitié entre les partenaires.

Ford et al. (2002) démontrent que les jeunes indonésiens résidant au moins une année en capitale Bali et plus scolarisés sont plus favorables à l'utilisation du condom. Ils constatent que le taux d'utilisation s'accroît avec chaque année de scolarisation ($p=0,02$) et de séjour en capitale ($p=0,01$). Cela suggère que les plus jeunes instruits sont plus réceptifs au changement de comportement et pour l'acquisition des messages de prévention du SIDA. Il est reconnu dans plusieurs études que les jeunes d'un niveau de scolarité assez bas ont plus

tendance à avoir des partenaires multiples et des rapports sexuels non protégés. Ces jeunes sont particulièrement vulnérables et une attention spécifique est nécessaire pour ces cibles dans les stratégies de prévention du VIH/SIDA (Gras et al., 2001). Cependant, les résultats de ces deux études auprès des clients des TS, montrent que les jeunes gens fréquentent plus les lieux de la prostitution que leurs aînés et discutent beaucoup plus avec les paires de l'utilisation du condom avec les TS. Ils sont plus instruits comparativement à leurs aînés. Et par conséquent l'utilisation du condom est significativement liée au niveau d'instruction, et tend à augmenter avec chaque année de scolarité des hommes et des femmes (Ford et al., 2002; Kapiga et al., 2002).

Le nombre de clients des TS de Cotonou interrogés dans les sites de Jonquet (53,2%) affirmant avoir toujours utilisé le condom est considérablement élevé comparativement à ceux des autres sites (18,8%) (Lowndes et al., 2002). Ford et al., (2002) rapportent aussi que les partenaires sexuels résidents sont plus enclins à utiliser le condom avec les TS que les migrants. Les conclusions de ces deux études renforcent la thèse sur la vulnérabilité des personnes en mobilité avec qui les programmes de prévention doivent spécifiquement mettre l'emphase pour endiguer l'expansion de l'infection à VIH et des IST. L'emplacement du site de prostitution ou la localisation du commerce du sexe est relié à la consistance de l'utilisation du condom chez les petits amis des TS. Et cela ne dépend pas des caractéristiques individuelles des clients protecteurs, mais des conditions socioéconomiques, culturelles et sanitaires de la localité. En effet, l'étude de Lau et al. (2003) a documenté que les répondants protecteurs des TS des villes de Mainland et de la banlieue de Mainland utilisent de façon plus inconsistante le préservatif (28% et 34%) que ceux de Hong Kong (9,1%). Ainsi l'influence du milieu d'évolution des TS peut contribuer favorablement à l'utilisation du préservatif avec leurs partenaires sexuels.

Parmi les autres facteurs qui entravent l'utilisation du condom dans les pays en développement, certains auteurs relèvent la douteuse et relative indisponibilité du condom. Les résultats de l'étude de Pickering et collaborateurs (1993) effectuée en Gambie dénote qu'une bonne fourniture de condoms tôt dans la soirée est un corollaire à un taux élevé d'utilisation du condom chez les prostituées, mais ce taux décroît progressivement à la fin de la soirée. Ainsi, il est probable que les stocks de condom tendent à diminuer sous l'effet

de la forte demande durant les heures de grande affluence dans les sites de prostitution. Et le temps de marche mis pour se procurer un préservatif est un facteur non négligeable d'accessibilité. L'enquête sur la surveillance du comportement a révélé que 74% des militaires, 55% des pêcheurs, 53% des routiers et 37% des travailleurs saisonniers parcourent à pieds en moins de 15 minutes la distance qui les sépare du point de vente le plus proche (FHI, 2003).

Les garçons ghanéens qui ont une seule partenaire sexuelle déclarent toujours utiliser le préservatif. Ils sont sensiblement dans des proportions égales à ceux qui en ont plus d'une. Le multipartenariat sexuel est très fréquent chez ces jeunes, 36,4% ont plus d'une partenaire (Adih et al., 1999). On s'aperçoit que le commerce du sexe enrôle aussi dans ses rangs des hommes et des femmes mariés. Deux études réalisées auprès des TS rapportent que 4% sont mariées, 17,4% vivent avec un petit ami aux États-Unis contre 5,5% de femmes mariées à Cotonou (Johnson et al. 2001; Morison et al., 2001; Lowndes et al., 2002). Dans cette même ville, Lowndes et al. (2002) suggèrent que le quart des «boy-friends» de TS ont plusieurs partenaires TS et que 46% d'entre eux ont des partenaires non TS. En lien avec ces découvertes, l'ONUSIDA (2001) met l'accent sur les obstacles comme les difficultés d'ordre financier pour se procurer des préservatifs, l'offre restreinte, le manque de discrétion aux points de distribution, les réticences des personnes ayant à l'idée que le préservatif pourrait réduire le plaisir ou nuire à la spontanéité du rapport sexuel et les croyances culturelles stigmatisant le préservatif.

La particularité de la promotion du condom dans les pays en développement reste encore tributaire des conditions socioéconomiques, de l'organisation du circuit de distribution et surtout des croyances comportementales et des normes sociales. Certaines personnes ont honte de se procurer le préservatif ou peur d'être stigmatisées par l'entourage immédiat. Le développement des stratégies de promotion du préservatif devra dans ces sociétés s'appliquer à la démythification du préservatif. Il n'est qu'un moyen de contraception et de prévention des IST et du SIDA qu'on doit rendre au public comme une lettre à la poste. À Dakar, l'enquête de surveillance comportementale de 2001, nous renseigne que 42% des TS enregistrées interrogées contre 48% des non enregistrées utilisent le préservatif avec des partenaires non clients (FHI et coll., 2002). La lecture de cette situation nous inspire que les

TS clandestines en proie à la précarité sont en mesure de se protéger au même titre que celles enregistrées. Ces taux d'utilisation du condom restent encore très bas dans la catégorie de partenaires sexuels non payants au Sénégal pour espérer une protection adéquate de ces cibles vulnérables. Cela contraste fort bien avec les pays développés de l'Europe, en Amérique du nord et en Australie où l'utilisation du condom est relativement élevée chez les prostituées et leurs clients en général, mais très faible avec leurs partenaires fixes ou privés (Mckeganey & Barnard, 1996).

Au Sénégal, comme dans certains autres pays, quand une femme exige l'utilisation du préservatif à son partenaire masculin, ce dernier pourrait la soupçonner d'infidélité ou d'avoir d'autres amants comme le confirment les auteurs Niang & OMS (1995). Ces croyances ne militent pas en faveur de l'utilisation consistante du préservatif lors des relations sexuelles dans les groupes vulnérables.

1. 2. 3. 2 Les déterminants de l'utilisation du condom

La lutte contre l'expansion de la pandémie du SIDA en Afrique passe nécessairement par les stratégies axées sur le changement des comportements à risque. Quoique beaucoup de théories conçues sur la base des modèles psychosociaux aient fait leur preuve dans le contexte des maladies métaboliques, peu d'études utilisant ces modèles ont été consacrées à la compréhension des déterminants du port du condom dans le contexte africain.

Après un bref survol de la littérature sur l'utilisation du condom, beaucoup d'auteurs ont tenté d'appliquer les théories sociales cognitives à travers les études transversales et longitudinales pour comprendre les facteurs déterminants du port du condom. Parmi elles, des résultats intéressants de la recherche jettent de la lumière sur les prédicteurs de l'intention d'utiliser le condom pour la prévention du VIH/SIDA et des IST dans divers contextes.

Ainsi, dans sa revue des études publiées, Godin (1994) réaffirme d'une manière générale que les déterminants immédiats de l'intention d'adopter un comportement sont l'attitude individuelle et l'influence des facteurs sociaux. Enfin, il conclut que l'intention et le comportement passé restent deux facteurs importants de prédiction du comportement futur.

Une étude cambodgienne faite auprès des TS conclut que la connaissance de l'incurabilité du SIDA et de l'efficacité du condom n'est pas associée avec l'utilisation du condom (Wong et al.2003). Loin d'être un déterminant important de l'utilisation du préservatif, la connaissance des manifestations du VIH et des IST et des moyens de transmission ne semble constituer qu'un pré-requis majeur pour l'adoption de comportements sexuels sécuritaires (Diclemente, 1991; Anarfi et al., 1997; Van Rossem et al., 2001).

Une étude sénégalaise, la troisième Enquête Démographique et Santé (EDS-3) de 1997, révèle une bonne connaissance de l'infection du SIDA chez les hommes (93.2%) et les femmes (86,3%) en milieu rural (NDiaye et al., 1977). En 1999, l'utilisation du condom déclarée même avec un partenaire non régulier restait toujours faible pour les hommes (47,9%) et pour les femmes (16,7%) (USAID, 2000). Par contre l'acquisition de connaissances sur le VIH n'est pas nécessairement associée à l'intention d'utiliser le condom (Wulfert & Wan, 1993; Raj, (1996). On peut constater à travers les résultats de l'étude de Hartung et al., (2002) que près de la moitié des gens sexuellement actifs interrogés dans une clinique de soins du Kwazulu Natal n'utilisaient pas le condom en dépit d'une bonne connaissance de l'efficacité du condom. Ceci montre que beaucoup d'hommes incluant les petits amis des TS, sont bien informés des effets néfastes du VIH/SIDA mais admettent néanmoins avoir des relations sexuelles non protégées avec des partenaires multiples.

Ka (2003) révèle que la protection qu'offre le condom contre une IST ou contre une grossesse non désirée, constitue un facteur de motivation pour l'utilisation du condom chez les participants de son étude. D'autres recherches spécifient que la confiance en l'efficacité du condom à prévenir une grossesse non désirée est le plus important prédicteur de l'utilisation consistante du condom chez les partenaires stables (Van Rossem et al., 2001; Thomas et al., 2004). Ces résultats sont révélateurs de l'importance des facteurs motivant l'utilisation du condom pour ces cibles qui sont probablement plus préoccupées par la survenue d'une grossesse non désirée que par la crainte d'une lointaine infection à VIH. Néanmoins, ce réflexe de protection contre les IST chez les petits amis stables des TS peut être capitalisée avantageusement pour cultiver l'habitude d'utiliser le condom pour les stratégies de promotion de la sécurité sexuelle.

L'étude d'Otis et al. (1991) sur les déterminants de l'utilisation du condom des adolescents et des adolescentes du Québec révèlent que seule la perception du contrôle comportemental proposée par Ajzen (1985) ajoute légèrement à la valeur prédictive du modèle avec un bêta 0.14 ($p > 0.0001$). Ces découvertes sont corroborées par deux autres études de Godin, G., Savard et al. (1996) et d'Ajzen et al., (1996). Godin, G., Savard, J., et al. (1996) confirment que la perception du contrôle comportemental ($\beta = 0,55$, $p < 0,001$) constitue le meilleur prédicteur de l'intention des hommes gais d'utiliser le condom lors d'une relation sexuelle avec pénétration anale. Même sans pénétration anale la variable perception du contrôle demeure significative ($\beta = 0,51$, $p < 0,001$). Quant à l'étude longitudinale de Reinecke et al., (1996), utilisant la théorie du comportement planifié auprès des adolescents, elle montre que seulement 10,2% de la variance du comportement d'utiliser le condom avec un nouveau partenaire est expliquée par l'intention et la perception du contrôle comportemental.

De son côté, Raj (1996) rapporte que la perception du risque élevée de l'infection à HIV, les attitudes positives envers le condom, les perceptions de la capacité élevée de négociation de la sécurité sexuelle, la durée de la liaison avec une nouvelle partenaire ou non et l'efficacité personnelle sont liées à l'augmentation de l'intention de s'engager dans une relation sexuelle saine et sécuritaire.

Quant à l'étude de Apostolopoulos et al. (2002) menée aux USA utilisant la théorie des comportements interpersonnels, les résultats démontrent que la disponibilité du condom et l'impulsivité ont été de puissants prédicteurs de l'intention d'utiliser le condom chez les vacanciers des congés de printemps. En plus, les autres variables telles que les attitudes cognitives et affectives, l'expérience passée, les croyances normatives envers les rapports sexuels fortuits et l'influence des pairs sont négativement influencées par la consommation de l'alcool et les drogues pour l'utilisation du condom dans ce contexte. Ainsi, d'autres facteurs comme la gêne ou la honte de s'acheter des préservatifs (Beaulieu, Bradet & Godin, 1994) et le refus ou le consentement du partenaire (Lavoie & Godin, 1991; Johnson et al., 2001) constituent les barrières ou des conditions pouvant influencer l'utilisation du condom. L'environnement permissif de cette étude s'apparente quelque peu au contexte de

relations sexuelles des petits amis et leurs partenaires TS. Ainsi, l'emploi de ce modèle dans notre étude pourrait contribuer à une validité accrue.

D'autres modèles ont par ailleurs été utilisés. Ainsi, dans une étude transversale sur un échantillon de 601 jeunes garçons ghanéens âgés de 15 à 24 ans, utilisant les construits découlant du Health Belief Model (HBM) et de la Social Learning Theory (SLT), les auteurs découvrent que l'attitude positive du gestionnaire de l'établissement, l'éducation pour la prévention du SIDA et l'efficacité perçue du condom sont autant de facteurs comportementaux et contextuels favorisant l'utilisation du condom. Et par conséquent, les variables prédictives significatives pour l'utilisation du condom chez les jeunes sont la perception de la vulnérabilité à l'infection du VIH, l'efficacité personnelle perçue, la perception des barrières à l'usage du condom et le support social perçu (Adih et al., 1999). Dans le même sens, la perception de la vulnérabilité au SIDA et aux IST avec les croyances au condom sont de nouveau retrouvées comme déterminants de l'utilisation du condom chez les clients mâles des TS à Bali (Ford et al. 2002).

Dans les cliniques prénatales de planning familial pour adolescents et adolescentes, les auteurs s'appuyant sur la HBM, suggèrent que la préférence du partenaire pour le condom et la perception des bénéfices d'éviter une grossesse constituent les prédicteurs importants de l'utilisation du condom chez les jeunes hommes (Laraque et al., 1997). Kenski et al., (2001) identifient la norme du partenaire, le poids moyen des croyances de contrôle, les attitudes et la perception du contrôle comportemental comme prédicteurs de l'intention d'utiliser le condom avec une partenaire régulière chez les hommes utilisateurs de drogues par voie intraveineuse UDI. Au contraire chez la femme UDI, seule la norme du partenaire reste un prédicteur indépendant de l'intention. Ainsi pour réussir la promotion de l'utilisation consistante du condom dans ces groupes cibles, les croyances de la femme doivent être prioritairement visées par les programmes de prévention.

Une autre étude impliquant 60 adolescentes dans une clinique d'IST, a démontré que la perception de contrôle du comportement est un important déterminant pour la prédiction de l'intention d'utiliser le condom. À elle seule, cette variable contribue pour 39 % de la variance globale des intentions d'utiliser le condom, contre 8% pour les attitudes et 3% pour les normes subjectives (Rannie et al., 1997). Glasman et al. (2003) découvrent auprès

d'un échantillon de 101 clients hétérosexuels à haut risque, que les perceptions de contrôle sont les principaux prédicteurs de l'intention d'utiliser le condom aussi bien chez les «boyfriends» que chez les partenaires occasionnels des TS en Argentine. Les perceptions de contrôle expliquent 44% de la variation de l'intention. Par conséquent, on peut conclure que la théorie du comportement planifié est un cadre conceptuel approprié pour l'étude de l'utilisation du condom chez les adolescentes. Par contre, d'autres chercheurs ont trouvé que seules les attitudes et les normes subjectives suffisent pour prédire le comportement. En effet, la perception de contrôle du comportement se limitera à un rôle médiateur et de préparation du comportement sécuritaire sexuel visé, venant faciliter l'adoption du comportement des étudiants (Bryan et al., 2002). Ces résultats viennent confirmer la thèse émise auparavant par Sutton et al., (1999) qui relèvent que la théorie du comportement planifié n'est pas significativement meilleure pour prédire l'intention d'utiliser le condom chez les jeunes anglais âgés de 16 à 24 ans. Tout en étant des prédicteurs moins puissants, les construits de la théorie de l'action raisonnée notamment les attitudes et les normes subjectives constituent pour autant, des supports potentiels des interventions visant à changer le comportement chez ces jeunes.

Les résultats de l'étude de Bélanger et al. (2002) montrent que parmi les partenaires réguliers des utilisateurs de drogues du programme d'échange de seringues stériles, les déterminants de l'utilisation du condom sont les croyances normatives, l'efficacité personnelle, la durée de la liaison amoureuse avec le dernier partenaire sexuel et l'emploi de contraceptifs oraux. La perception d'être séropositive au VIH et l'habitude ne constituent pas des déterminants significatifs de l'utilisation du condom. En effet les participants qui font preuve de croyances fortes en leurs habilités (efficacité personnelle) d'utiliser le condom sont susceptibles de conduire à l'adoption du comportement sécuritaire (Dilorio et al., 2000). Cela rejoint la thèse de Bandura (2003) à l'effet que les croyances en l'efficacité personnelle varient en fonction du niveau de compétence autorégulatrice et de performance exigé par la situation. Elles interagissent fortement avec les facteurs contextuels. En effet, les auteurs comme Ao et al. (2003) trouvent qu'un niveau de connaissance élevé en matière de VIH/SIDA améliore l'efficacité personnelle et réduit la stigmatisation sociale de la clientèle de la prostitution. La conclusion de ces auteurs, rejoint ainsi les fondements de la théorie sociale cognitive de Bandura (a1977, b1977) qui

considère l'influence de l'environnement sur les apprentissages acquis par un individu en observant les conséquences induites.

Aux États-Unis Albarracin et al. (2004) montrent que les normes ont une forte influence sur le comportement des jeunes et des adultes qui ont un large accès au support d'information sociale en occurrence les hommes, les minorités ethniques et les gens d'un niveau d'éducation élevée. En ce qui concerne les déterminants psychosociaux de l'utilisation du condom chez les adolescents et adolescentes, Otis et al. (1991) observent de très fortes associations entre l'intention et la norme morale ($r = 0,71$), et l'attitude ($r = 0,62$). Et elles sont davantage dans le contexte où la jeune fille prend la pilule. Dans le contexte de prise de pilule ou non, la norme morale reste principalement le meilleur prédicteur de l'utilisation du condom avec un nouveau partenaire. L'intention d'utiliser le condom est aussi en relation avec la croyance liée aux rôles sociaux. Les répondants lient leur décision d'adopter le comportement sécuritaire à leur perception qu'il est correct d'utiliser le condom pour des jeunes de leur âge. En plus, l'habitude exerce une influence positive de l'utilisation du condom à la deuxième administration du questionnaire elle est fortement associée à l'utilisation du condom ($\beta=0,49$; $p=0,001$). Toutes ces études dernières études faites en occident resont des références importantes pour la compréhension de l'intention d'utiliser le condom chez les personnes vulnérables même si celles ne sont pas parfaitement transposables dans le contexte africain. Et pourtant, quelques rares études réalisées en Afrique retiennent la norme subjective, l'efficacité personnelle et la perception du risque comme déterminants majeurs de l'intention d'utiliser le condom (Adih, et al., 1999; Bosompra, 2001; Meekers & Klein; 2002).

1.3 Question de recherche

Bien des modèles théoriques aident fortement pour l'explication des éléments complexes reliés au comportement comme l'intention, les perspectives et les rapports de forces dans la négociation de l'acte sexuel protégé dans le contexte peu compris des relations sexuelles entre partenaires sexuels (Godin, Maticka-tyndale et al., 1996; Godin, Savard et al., 1996). Plusieurs études empiriques menées au Sénégal demeurent parcellaires avec l'absence de recours à un modèle théorique permettant la compréhension des déterminants

psychosociaux associés à l'intention et à l'utilisation du condom dans le contexte des relations sexuelles des petits amis des TS. Ce constat nous amène à entreprendre une étude en vue d'explorer les déterminants associés à l'adoption du comportement d'utilisation des préservatifs dans une relation sexuelle impliquant un petit ami et une TS. Nous tenterons de répondre à la question suivante: Quels sont les facteurs déterminant l'intention des petits amis d'utiliser un condom lors d'une relation sexuelle avec une copine TS comme moyen de prévention des IST/SIDA?

Cette étude viendra compléter et renforcer l'infrastructure promotionnelle actuelle. Elle pourra aider les intervenants à développer des activités de promotion de la santé adaptées aux petits amis des TS. Cette contribution serait très importante dans l'orientation des programmes de lutte contre le SIDA, notamment pour l'adaptation de l'information pertinente propre à chaque groupe vulnérable en vue de son appropriation et sa traduction en un comportement sexuel sain et responsable. Cette étude s'inscrit dans le cadre des objectifs du projet d'Enda-Santé Sénégal, notamment dans la réduction de la vulnérabilité face au VIH/SIDA des jeunes et des clientèles de la prostitution des banlieues populaires de Dakar (Pikine, Guédiawaye, Yeumbeul et Thiaroye). Elle permettra aux intervenants d'Enda-Santé et d'autres ONG telles le Centre de coopération internationale en santé et développement (CCISD), agissant dans la lutte contre le VIH/SIDA, de mieux comprendre les facteurs qui influencent la population cible. Elle permettra aussi une meilleure démarche éducative pour le renforcement de l'utilisation du préservatif parmi les petits amis des TS.

Finalement, parmi les études rapportées dans notre revue de littérature, plusieurs d'entre elles n'ont pas été soutenues par des théories explicatives, par exemple celles de Pickering et al. (1993), celle de Léonard et al. (2000), celles de Family Health International (FHI, 2001, 2002, 2003), celle de Gomès et al. (2003) etc. Cependant, d'autres études, telles celle de Godin et Shephard (1983) et celle de Godin (1991) ont déploré dans le passé, la conduite d'études sans fondements théoriques vérifiés, parce qu'elles étaient souvent inopérantes lors de l'application des interventions de changement de comportement dans les programmes de prévention. Ainsi un cadre théorique prouvé pour comprendre les déterminants du comportement de nos cibles conduira notre démarche. Ce modèle sera présenté en détails dans le chapitre suivant.

1.4 Objectifs principal et spécifiques.

En s'appuyant sur le modèle intégrateur de Godin (2002), l'objectif principal sera d'évaluer les déterminants de l'intention des petits amis d'utiliser un condom lors des relations sexuelles avec une amie TS, au cours des trois prochains mois. Les objectifs spécifiques seront (i) d'identifier les facteurs psychosociaux du modèle intégrateur de Godin (2002) (ie les composantes cognitive et affective de l'attitude, les normes sociales, les normes comportementales, les croyances à l'existence de rôles sociaux, les convictions personnelles, l'efficacité personnelle et les facteurs facilitant) expliquant l'intention des petits amis d'utiliser le condom lors d'une relation sexuelle avec une amie TS, au cours des trois prochains mois; (ii) de mesurer la proportion des petits amis ayant l'intention d'adopter le comportement de prévention des IST/VIH en acceptant d'utiliser le condom lors d'une relation sexuelle avec une amie TS; (iii) d'identifier les croyances et les barrières différenciant les petits amis ayant l'intention d'adopter le comportement et ceux n'ayant pas cette intention, et finalement (iv) de vérifier dans quelle mesure les variables externes comme l'âge, la région d'appartenance, l'ethnie, le niveau de scolarisation, la profession et le statut matrimonial contribuent à expliquer l'intention des petits amis des TS.

Deuxième chapitre: Assises théoriques

Ce chapitre présente la description des assises théoriques qui supportent la présente recherche. Pour les besoins de notre étude sur les déterminants de l'intention des petits amis des TS d'utiliser le préservatif comme moyen de prévention du VIH/SIDA et des IST dans la région de Dakar, nous ferons un bref survol des principales théories utiles, nous précisons les attributs du modèle retenu et présenterons quelques applications au comportement cible.

2.1 Principales théories utiles.

Plusieurs théories peuvent être utiles pour comprendre les déterminants de l'intention des petits amis des TS d'utiliser le préservatif comme moyen de prévention du VIH/SIDA et des IST. Parmi les théories utilisées pour comprendre les comportements liés à la santé, on peut retenir celles issues de la psychologie sociale. En effet, la littérature scientifique abonde de publications ayant rapporté les résultats d'applications de ces théories pour expliquer les déterminants des comportements à risque en matière de prévention du SIDA.

2.1.1 La théorie de l'action raisonnée

Dès les années 1960, la théorie de l'action raisonnée (Fishbein, 1967) proposait que l'intention fût sous l'influence des attitudes et des normes subjectives. Les auteurs de la théorie posent comme prémisses que les individus sont généralement rationnels en utilisant systématiquement l'information disponible. Ces derniers considèrent à profit les implications de leurs actions avant de prendre une décision d'adopter ou non un comportement déterminé. Sous cette théorie, l'intention comportementale représente la décision d'une personne de poser ou de ne pas poser une action donnée. L'attitude d'une personne à l'égard d'un comportement est fonction de ses croyances concernant les conséquences d'un comportement donné et de l'évaluation qu'elle fait de ces conséquences. En ce qui concerne la norme subjective, elle est déterminée par l'importance des croyances

de la personne quant à l'opinion des personnes ou groupes de personnes de référence et sa motivation à se conformer à l'opinion de ces personnes qui lui sont proches. D'une manière générale, un individu est enclin à adopter un comportement quand il l'évalue positivement et s'aperçoit que les gens importants pour lui croient qu'il devrait adopter ce comportement.

Également, les variables dites «externes» en occurrence l'âge, le sexe, l'éducation et les divers traits de la personnalité ne prédisent pas directement l'intention comportementale car leur effet est médiatisé par les croyances et les autres éléments du modèle.

Selon Godin (1991), citant Fishbein et Ajzen (1975), la force d'association entre l'intention et le comportement découle de trois conditions. En premier lieu, l'intention doit être mesurée dans un contexte donné et correspondre à la spécification du comportement étudié, ce en fonction de quatre critères: l'action, la cible, le contexte et le temps. Deuxièmement, l'intention doit rester inchangée entre le moment de sa mesure et l'observation du comportement. Un temps de mesure trop long serait propice à la survenue d'évènements susceptibles d'affecter l'intention et de réduire son potentiel de prédiction. Troisièmement, le comportement à l'étude doit être sous le contrôle de la volonté.

2.1.2 La théorie sociale cognitive

En observant l'influence de l'environnement social et les apprentissages acquis par les individus sur les comportements sociaux, Bandura (a 1977, b 1977) cité par Godin (1991) esquisse les bases qui président à l'adoption d'un comportement donné. Selon les postulats de sa théorie, dénommée la théorie sociale cognitive, Bandura (1986) présume que le fonctionnement humain en rapport avec l'adoption d'un comportement donné est en relation constante avec deux systèmes de croyances: la croyance en l'efficacité du comportement pour obtenir les résultats escomptés et la croyance en l'efficacité personnelle de pouvoir réaliser le comportement. La première croyance cherche à jauger le degré de conviction d'une personne face à l'adoption d'un comportement donné susceptible de produire des résultats escomptés. La seconde concerne le niveau de certitude avec lequel la personne se sent capable d'investir en efforts pour réussir à adopter le comportement requis pour obtenir les résultats escomptés.

2.1.3 La théorie des comportements interpersonnels.

La théorie du comportement interpersonnel (TCI) de Triandis (1980) considère que tous les comportements ne sont pas nécessairement sous le contrôle de la volonté. Dans cette perspective, la théorie soutient que le comportement possède trois facteurs directs de prédiction du comportement que sont l'**habitude**, l'**intention** et les **conditions facilitant ou nuisant** à l'adoption du comportement visé. Triandis définit l'intention comme étant une instruction reliée à l'adoption d'un comportement qu'un individu se donne afin d'agir d'une certaine manière. L'habitude, le deuxième prédicteur direct du comportement selon Triandis, se réfère à l'histoire d'apprentissage ou au vécu de l'individu. Les conditions facilitant ou nuisant à l'adoption du comportement sont liées aux facteurs environnementaux prévalents, le temps et les opportunités. Le modèle de Triandis possède à l'instar des autres modèles, des composantes qui sous-tendent l'intention ou la motivation associée à l'adoption du comportement. Godin (1991) en dénombre quatre pour le modèle de Triandis: la composante cognitive de l'attitude, la composante affective, les facteurs sociaux et la norme morale. D'abord, la composante cognitive de l'attitude découle de l'évaluation individuelle des avantages et des désavantages résultant de l'adoption d'un comportement donné. La composante affective reflète la perception émotionnelle qu'un individu associe à la décision de réaliser un comportement donné. C'est le sentiment de la personne à l'idée d'adopter le comportement; il peut être qualifié de plaisant ou déplaisant, agréable ou désagréable, etc. Les facteurs sociaux influencent l'intention de la personne à adopter ou non un comportement par le biais de trois composantes: les croyances normatives, les pressions ressenties et les croyances dans les rôles sociaux perçus. Les croyances normatives représentent le degré d'approbation ou de désapprobation perçu des personnes ou groupes de personnes de référence quant à l'adoption d'un comportement donné. Selon Triandis, les pressions ressenties représentent la perception de l'individu des exigences que les personnes significatives ont par rapport à un comportement potentiel de ce dernier. La croyance en l'existence des rôles sociaux réfère à la perception de l'individu d'un comportement approprié ou non approprié pour des personnes partageant une position sociale similaire à la sienne par rapport au comportement visé. La norme morale soit les convictions personnelles de l'individu, consiste en l'évaluation personnelle d'un comportement. Elle représente le sentiment d'obligation personnelle dictée par nos

principes moraux et nos valeurs individuelles en rapport à un comportement. Les variables externes comme la personnalité, la culture, l'histoire et le contexte social, sont aussi examinées dans ce modèle. Elles agissent indirectement sur le comportement par filtrage à travers les variables nommées précédemment.

2.1.4 La théorie du comportement planifié

La théorie du comportement planifié tire sa source de la théorie de l'action raisonnée de Fishbein et Ajzen (1975). En fait, Ajzen (1985) dans ses recherches, s'est aperçu que la théorie de l'action raisonnée n'est surtout valable que pour les comportements qui sont sous le contrôle de la volonté. En l'absence de contrôle volitif, il existe des contraintes quant à l'adoption d'un comportement donné. L'adoption d'un tel comportement nécessite alors des opportunités, des ressources, des habiletés, etc. Considérant ces barrières, Ajzen (1985) propose la théorie du comportement planifié en ajoutant au modèle initial un troisième construit lié à la perception de l'individu de son contrôle à adopter le comportement cible (la perception du contrôle comportemental). Selon la théorie du comportement planifié, l'intention représente la motivation d'une personne à réaliser un comportement donné. Elle est, elle même déterminée par trois construits directs: l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle comportemental. Ce dernier construit représente la perception d'un individu quant au niveau de facilité ou de difficulté pour l'accomplissement d'un comportement donné.

La perception du contrôle comportemental (PC) peut influencer l'intention au même titre que l'attitude et la norme subjective (SN) lorsque le comportement est sous contrôle volontaire. Également, elle peut contribuer à prédire directement le comportement quand ce dernier n'est pas sous le contrôle volontaire de l'individu. Dans ce modèle, la mesure de l'intention du comportement respecte le même niveau de spécificité que le comportement étudié en fonction de l'action, la cible, le contexte et le temps.

2.2 Modèle retenu et ses variables: le modèle intégrateur

Le modèle intégrateur de Godin (2002) se présente comme une synthèse des déterminants de l'adoption des comportements liés à la santé des autres théories de prédiction du

comportement décrites ci-dessus. Ce cadre intégrateur présume que le comportement serait prédit quand les conditions de sa réalisation sont favorables (Godin, 2002). Dans cette perspective, la présence de ressources et facteurs facilitant assume un rôle régulateur entre l'intention et le comportement. C'est ce cadre intégrateur qui a été utilisé pour guider la présente étude. Selon Godin (2002), l'intention ou l'expression de la motivation d'agir d'une personne est déterminée par huit variables regroupées en trois catégories: les attitudes, les normes perçues et le contrôle perçu (Figure 1) en annexe A.

Les attitudes, première catégorie de facteurs, se constituent en deux éléments: la composante cognitive et la dimension affective. La composante cognitive est d'abord une analyse subjective des avantages et des désavantages découlant de l'adoption d'un comportement donné et une traduction en croyances des conséquences avantageuses et désavantageuses associées au comportement. La dimension affective est une réponse émotionnelle d'une personne à la pensée d'accomplir un comportement donné (Triandis, 1980). Ce sont d'abord, les sentiments et émotions ressentis à l'idée d'adopter le comportement visé. En outre, le regret anticipé constitue une sous composante de la dimension affective proposée par Richard et al. (1995, 1996). Elle réfère à l'évaluation par une personne de ses sentiments positifs ou négatifs découlant d'une expérience d'adoption ou non d'un comportement donnée (Gagnon et Godin, 2000).

Le deuxième concept concerne les normes perçues qui sont constituées des croyances en l'existence de rôles sociaux, des normes sociales, comportementale et morale. Selon Godin (2002), la norme sociale est le reflet de la perception de l'individu des attentes des personnes de son entourage social concernant l'adoption d'un comportement donné. Elle est définie par les croyances normatives et les pressions ressenties. Les croyances normatives représentent la perception du degré d'approbation perçu d'autres personnes importantes quant aux pressions ressenties. Elles reflètent la perception de l'individu des pressions que les autres exercent sur lui en vue de l'amener à adopter le comportement visé. La norme comportementale résulte de l'environnement social et émerge en fonction de la prévalence d'un comportement donné. Le troisième déterminant des normes perçues est la croyance dans les rôles sociaux qui réfère à la perception d'un individu de ce qu'il est approprié de faire pour quelqu'un occupant une position similaire à la sienne dans la

structure sociale (Godin, 1991). En définitive, la norme morale représente le sentiment d'obligation personnelle en vue de l'adoption du comportement.

Selon Godin (2002), la troisième catégorie de facteurs soit le contrôle perçu, fait référence à l'aptitude de la personne à adopter un comportement donné. Le contrôle perçu est constitué par les barrières perçues (Ajzen, 1991; Triandis, 1980) et l'efficacité personnelle de Bandura (1990, 1986). Les barrières sont des facteurs physiques et psychologiques qui entravent la réalisation du comportement. Quant à l'efficacité personnelle, elle est la perception de la personne sur sa capacité à adopter un comportement donné en dépit des difficultés rencontrées.

2.3 Application de cette théorie au comportement cible.

Le modèle intégrateur retenu a fait l'objet, sous divers aspects, d'applications pertinentes au présent sujet d'étude.

Godin, Maticka-Tyndale, et al. (1996) ont étudié l'intention d'utiliser le condom avec un nouveau partenaire auprès d'un échantillon de 360 personnes issues des trois communautés ethnoculturelles du Canada. En combinant les modèles de Fishbein et Ajzen (1975, 1980), d'Ajzen (1985, 1988, 1991) et de Triandis (1977, 1980), leurs résultats ont révélé que la norme morale, la perception du contrôle comportemental et les croyances en des rôles sociaux spécifiques étaient les facteurs les plus importants expliquant l'intention d'utiliser le condom lors d'une relation sexuelle avec un(e) nouveau/nouvelle partenaire parmi les répondants des deux sexes des communautés ethnoculturelles canadiennes étudiées.

En combinant les théories du comportement interpersonnel de Triandis et du comportement planifié d'Ajzen dans une étude réalisée auprès de 139 utilisateurs de drogues par injection (UDI), Bélanger et al. (1998) ont trouvé que l'intention d'utiliser le condom chez les partenaires réguliers a été expliquée par l'efficacité personnelle perçue, les convictions personnelles, la durée de la relation d'amitié et l'usage d'une contraception orale.

Apostolopoulos et al. (2002) ont étudié les comportements à risque auprès d'un groupe de 534 étudiants de deux universités américaines, dans le contexte des congés du printemps. En ce qui concerne la prédiction de l'utilisation du condom, les meilleurs prédicteurs étaient les conditions facilitant les rapports non protégés (i.e., consommation d'alcool avant

l'acte sexuel fortuit, l'impulsivité dans la prise de décision et la disponibilité ou non du condom), l'expérience antérieure ou l'habitude et l'influence des pairs ou la norme sociale.

Dans une étude réalisée auprès de 136 jeunes adultes collégiens de la ville de Québec, Gagnon et Godin (2000) ont observé que l'intention d'utiliser le condom lors des relations sexuelles avec un nouveau partenaire était expliquée par la norme morale, la perception du contrôle comportemental, la norme subjective et les réactions affectives anticipées. Ces variables expliqueraient 62% de la variance de l'intention.

Otis et al. (1991) dans une étude réalisée auprès de 361 adolescents et adolescentes (231 filles et 130 garçons) sexuellement actifs ont rapporté que l'ajout des variables proposées par Triandis, améliorerait sensiblement la variation expliquée de l'utilisation du condom avec un ami régulier ou un nouveau partenaire (augmentation de 33% à 39%). Parmi les variables qui contribuaient à la prédiction du comportement, l'habitude et l'intention étaient les principaux facteurs.

Les résultats des études précitées montrent que les meilleurs prédicteurs de l'intention d'utiliser le condom auprès de ces sous-groupes étudiées ont été la perception du contrôle comportemental, la norme morale, l'efficacité personnelle, la norme subjective, le regret anticipé, les croyances en des rôles sociaux spécifiques et l'influence des pairs. Au regard de ce qui précède, il semble raisonnable de penser que le modèle intégrateur retenu, combinant la théorie du comportement interpersonnel de Triandis avec certains construits de la théorie sociale cognitive de Bandura et du comportement planifié d'Ajzen permettra d'identifier les déterminants de l'intention des petits amis de travailleuses de sexe d'utiliser le condom lors des relations sexuelles avec leur copine TS.

Troisième chapitre: Méthodologie

3.1 Généralités sur le Sénégal.

3. 1. 1 Caractéristiques physiques et sociodémographiques

Le Sénégal est situé dans la partie la plus occidentale du continent africain. Il est limité au Nord par la Mauritanie, au Sud par la République de Guinée et la Guinée Bissau, à l'Est par le Mali et à l'Ouest par l'Océan Atlantique. La population du Sénégal est estimée à 10.580.307 habitants en 2003 (RMD, 2004). La population urbaine représente un taux de 43% de la population totale. La population jeune est prédominante. La strate âgée de moins de 20 ans représente 56% environ de la population. Quant aux femmes, elles forment une proportion de 52% de l'effectif total (MSPAS, 1997).

L'espérance de vie à la naissance est de 51 ans pour les hommes et de 53 ans pour les femmes. Le taux d'analphabétisme est de 56,1% chez les femmes et de 28,5% pour les hommes (MSPAS, 1997). Le Sénégal est découpé en 11 régions administratives: Dakar, Diourbel, Fatick, Koalack, Kolda, Louga, Matam, Tambacounda, Thiès, Saint Louis et Ziguinchor.

3. 1. 2 La région de Dakar.

3. 1. 2. 1 Milieu physique:

La région de Dakar couvre 550 Km² soit 0,28% de la superficie totale du pays (MSPAS, 1997). Le climat est côtier avec une saison sèche allant de novembre à juin et une saison humide de juillet à octobre. La région de Dakar est une presque île limitée au nord et à l'ouest, au sud par l'océan atlantique et à l'est par la région de Thiès. Sa situation géographique lui confère une position carrefour stratégique du point de vue du trafic international. En effet, elle constitue un centre cosmopolite de rencontres et d'échanges au

niveau sous-régional et international, grâce à son important réseau portuaire, aéroportuaire, ferroviaire, routier et de télécommunications.

3. 1. 2. 2 La démographie

La population de la région de Dakar est estimée à 2.476.400 habitants représentant de 23% de la population totale du pays (RMD, 2004). Actuellement elle connaît une croissance rapide sous la dynamique des mouvements migratoires des populations rurales poussées par la pauvreté consécutive à une décennie de sécheresse et de récession économique. Cette concentration démographique est aussi la conséquence de la forte centralisation du potentiel administratif et économique du pays dans la région de Dakar; on peut constater des effets néfastes de son urbanisation galopante dans les cités dortoirs de sa banlieue. Cela engendre des changements profonds dans les villes de la région et en ce qui concerne les capacités des services de la santé, de l'emploi, de même que les structures familiales et éducatives à les absorber. L'iniquité sociale est manifeste dans les communes villes de Pikine et même de Dakar, ce qui accentue la vulnérabilité et la pauvreté de ces populations. Tout comme pour l'ensemble du pays, la population de la région est jeune; 58% de la population générale a moins de 20 ans et 47% moins de 15 ans (MSPAS, 1997). De plus, 23% des femmes sont en âge de procréation (RMD, 2004). On observe une répartition inégale de la population dans la région de Dakar. Ainsi le département de Dakar est le plus peuplé avec 47% de la population régionale, celui de Pikine abrite 41% et Rufisque 12,7% de la population même si ce dernier couvre une superficie de 68% de la région, soit quatre fois celle du département de Pikine(RMD, 2004). Dans ces communautés, l'urbanisation incontrôlée est, entre autres à l'origine d'une concentration forte de populations à prédominance jeune.

3. 1. 2. 3 Les déterminants socioculturels

La région de Dakar regroupe en son sein des représentants de toutes les ethnies du Sénégal. L'ethnie Ouolof est la plus nombreuse avec un taux de 53,8%. Elle est suivie en importance par les Pulars (18%), les Sérères (11%), les Diolas (5%) enfin les Mandingue (3%) (RMD, 2004). D'autres minorités ethniques étrangères (européennes, libano-syriennes, autres africaines) y sont également représentées. Cette diversité ethnique et culturelle fait de la

région de Dakar un espace où certaines pratiques traditionnelles et culturelles liées à la santé sont encore en cours, comme la pratique du «ndeup», sorte de thérapie de groupe de la maladie mentale. Le recours aux tradipraticiens et aux recettes de la pharmacopée traditionnelle est encore ancré dans les mœurs des populations de la région de Dakar. L'excision et les tatouages traditionnels sont des pratiques éradiquées à l'échelon régional alors que la circoncision est couramment pratiquée dans la société sénégalaise (MSPAS, 1997). Le taux de scolarisation de la région est en nette progression: il est passé de 69,3% en l'an 2000 à 79,9% en 2004 (APS, 2004). Le déséquilibre persiste cependant entre la scolarisation des filles toujours faible par rapport à celle des garçons. Les religions pratiquées au Sénégal sont l'Islam, le Christianisme et l'Animisme dans des proportions respectives de 94,2%, 4,3% et 0,4% de la population générale (MSPAS, 1997).

3. 1. 2. 4 Comportements sexuels

Les pratiques sexuelles sont profondément influencées par la religion, la culture et les coutumes. Au Sénégal, les relations sexuelles hors mariage sont fortement condamnées par la société qui valorise la préservation de la virginité de la jeune fille avant le mariage (CNLS, 2002). Le mariage est une institution fortement préconisée dans la société. C'est dans ce cadre que les relations sexuelles entre deux conjoints sont admises. Dans ce contexte d'universalité du mariage, l'abstinence avant le mariage et la fidélité au sein du couple sont recommandées par la société et les religions chrétienne et musulmane. La polygamie est très présente dans les ménages, car près de la moitié des femmes vivent en union polygame (CNLS, 2002). Les négociations des rapports sexuels sont nettement dominées par l'homme. La sexualité de la femme est foncièrement surveillée par le réseau social contrairement à celle de l'homme, qui semble bénéficier d'une tolérance tacite de la société. Certes, aujourd'hui l'arrivée de modèles venus d'ailleurs, les contraintes économiques et les diverses mutations sociales ont affaibli ces valeurs sociales et culturelles. Ainsi l'impact du contrôle social sur la sexualité des jeunes, en particulier, et des adultes en général tend à perdre ses liens d'ancrage d'antan. L'initiation sexuelle des jeunes devient de plus en plus précoce en milieu urbain. Elle serait autour de l'âge de 15 ans (FHI et coll., 2002). Certaines ethnies, les pulars en particulier, qui s'évertuent à préserver la virginité de la jeune fille, procèdent au mariage des filles dès leur jeune âge. La

prostitution se développe également en milieu urbain sur fond de précarité extrême augmentant ainsi les facteurs de vulnérabilité qui favorisent la diffusion du VIH/SIDA et des IST dans les masses populaires.

3. 1. 2. 5 La situation socio-sanitaire

À l'image du système de santé du pays, celui de la région se présente sous une forme pyramidale à trois niveaux: le district sanitaire à l'échelon périphérique, la région médicale à l'échelon intermédiaire et les hôpitaux nationaux et le Ministère de la santé à l'échelon central.

La région de Dakar est divisée en huit districts sanitaires. Chaque district sanitaire ou unité opérationnelle est dirigé par un médecin chef. Ainsi la région compte 11 centres de santé qui polarisent 133 postes de santé et un centre de dépistage anonyme du VIH/SIDA. L'infrastructure sanitaire de la région de Dakar représente respectivement 19% et 23% des centres de santé et des postes de santé du Pays (RMD, 2004). Le centre hospitalier universitaire (CHU) se compose de sept hôpitaux et joue le rôle de structure de référence pour les spécialités médicales et chirurgicales. Autour de chaque poste de santé gravitent des structures communautaires dont la gestion est assurée par le personnel communautaire (matrone et agents de santé communautaire). Du point de vue du bilan des activités des structures sanitaires publiques, le rapport d'activités annuel de 2003 de la région médicale (RMD, 2004) présente les données suivantes:

Les districts ont enregistré 987.950 consultants pour 935.838 consultations durant l'année 2003. Il y a eu 42.105 accouchements assistés dont 35 effectués à domicile. Les avortements recensés dans ces structures périphériques se chiffrent à 12 362 cas. Les activités préventives sont prioritaires dans la politique sanitaire de la région de Dakar. Les consultations prénatales (CPN) effectuées sont de l'ordre de 56 120 CPN1 (première visite prénatale) sur 92566 grossesses attendues. La couverture en CPN1 et en CPN3 respectivement de 61% et 40% environ demeure relativement faible pour l'année 2003 (RMD, 2004).

Pour l'année 2000, le centre de dépistage anonyme du VIH/SIDA de Dakar a effectué 793 des tests volontaires et anonymes pour le VIH; 8,83% sont séropositifs au VIH (CNLS, 2002).

Durant l'année 2003, l'équipe médico-sociale d'Enda Tiers Monde en collaboration de ses partenaires a réalisé une prise en charge bi-mensuelle de 407 TS et 92 interventions nocturnes dans les sites de prostitution (Enda et coll., 2003).

3. 2 Méthodologie.

Cette section nous permet de présenter le processus utilisé pour réaliser cette étude. Les étapes essentielles du processus sont la définition de la population d'étude, la détermination de l'échantillon et les critères de sélection, la construction de l'instrument de mesure, le déroulement de la collecte des données et le plan d'analyse.

3. 2. 1 Population à l'étude

La population à l'étude est constituée d'hommes volontaires ayant des rapports sexuels non payants avec une ou plusieurs TS sous l'égide de leurs relations d'amitié. Ce sont des partenaires sexuels stables de TS exclusivement identifiés et recrutés sur les sites de la prostitution couverts par le projet VIH/SIDA d'Enda-Santé Tiers Monde dans la région de Dakar. En effet, Enda-Santé Tiers Monde intervient dans l'action prévention du VIH et des IST à travers le projet «VIH/SIDA, Vulnérabilité et prostitution clandestine dans les banlieues populaires de Dakar et Mbour». Ce projet comporte deux volets: la prévention du VIH/SIDA chez les jeunes et la prostitution clandestine. Ce dernier volet offre différents services gratuits notamment des consultations et soins médicaux, de la distribution de condoms, la présentation de causeries communautaires sur le VIH/SIDA et les IST et, l'appui psychosocial aux TS clandestines dans la région de Dakar et la ville de Mbour. L'ensemble de ces services offre un cadre privilégié pour rencontrer plusieurs petits amis de TS.

3. 2. 2 Échantillon et critères de sélection

Le processus de sélection des participants a été guidé par les recommandations de Béaud (dans Gauthier et al., 2002) fournissant quelques repères pour le choix de la technique d'échantillonnage à savoir le questionnement ou l'origine de la recherche, le type de la

population à l'étude et les contraintes du terrain. Ainsi, l'étude s'intéressait à prime abord à des sujets mobiles et difficiles à identifier parmi la clientèle des TS. Il n'était donc pas possible de les recenser au préalable à partir des sites fréquentés en vue de la constitution d'une base de sondage. Par conséquent, le choix d'une méthode d'échantillonnage non probabiliste était justifié (Mayer et al., 2000). La technique boule de neige a donc été utilisée pour joindre les petits amis sur les sites de prostitution ou dans les maisons à travers les villes de Dakar, de Pikine et Guédiawaye. Ce faisant, le recours à des informateurs clés bien renseignés comme les animateurs et animatrices d'Enda-Santé et les TS facilitatrices du projet et leurs petits amis connus ont permis de joindre la clientèle ciblée.

Une taille d'échantillon minimale de 75 personnes était visée afin d'assurer la validité des analyses statistiques avec une puissance de 80% ($\alpha=0.05$), selon les formules de Cohen (1998). Les petits amis des TS répondant aux critères de sélection suivants étaient invités à participer dans l'étude:

- se reconnaître comme petit ami d'une ou de plusieurs de TS, et
- être lucide et apte à fournir des informations cohérentes au moment de l'entrevue.

L'échantillon final est composé de 86 petits amis ayant complété entièrement le questionnaire. Trois hommes faisant partie de l'échantillon initial ont refusé de poursuivre l'entrevue pour des raisons personnelles.

3.2.3 Construction de l'instrument de mesure

En nous inspirant de l'approche «étique émique» suggérée par Davidson et al., (1976) et Ajzen & Fishbein (1980) un guide d'entretien (en annexe C) a été conçu afin de recueillir les croyances saillantes des petits amis des TS concernant l'usage du préservatif lors leurs relations sexuelles avec leurs petits amis. La formulation des questions de l'instrument était axée sur: 1) la liste des avantages et des désavantages d'utiliser le condom lors d'une relation sexuelle avec leur petite amie TS au cours des deux prochains mois; 2) la liste des sentiments ou émotions qu'ils ressentent quand ils imaginent utiliser ou non le condom lors d'une relation sexuelle avec leur petite amie TS, 3) la liste des facteurs qui avaient facilité ou nui à l'usage du condom lors de leur dernière relation sexuelle avec leur petite amie TS,

4) la liste des personnes ou groupes de personnes approuvant ou désapprouvant l'utilisation du condom avec leur petite amie TS et 5) la liste des qualités/caractéristiques de genre d'homme acceptant ou refusant d'utiliser un condom lors d'une relation sexuelle avec sa petite amie TS.

La cueillette des données a été réalisée sur une période de dix jours. Elle s'est déroulée dans quatre sites couverts par le projet d'intervention canadien SIDA3 pendant l'été 2003 à savoir deux bars, un hôtel et une maison close des villes de Sébikotane et de Rufisque. Le consentement libre et éclairé des participants a été requis à l'aide d'un formulaire d'information dans une langue maîtrisée par les répondants (en annexe D et E). Rassurés du caractère confidentiel de la procédure de collecte des données, 16 petits amis de TS ont accepté de participer à l'étude. Les entrevues ont été enregistrées sur bande magnétique; elles avaient une durée moyenne de 15 minutes chacune.

L'analyse de contenu de ces informations a été effectuée par deux personnes, soit l'auteur et une étudiante de 2^e cycle chargée de recherche. Cette analyse s'est effectuée sous la supervision du directeur de recherche. Ainsi, deux lectures séparées ont permis à chacun de dégager les unités de sens de chaque réponse. Ensuite, un accord final a été obtenu quant à la teneur des informations extraites du matériel enregistré et quant au langage utilisé par les participants. Les citations les plus fréquentes, représentant 75% de toutes les mentions, ont été maintenues pour opérationnaliser les variables du questionnaire principal.

3.2.4 Questionnaire de l'étude principale

En raison du taux d'alphabétisation des hommes adultes estimé seulement à 48% (ACDI, 2001) et dans un souci d'optimiser la collecte des informations, le questionnaire a été administré par l'étudiant chercheur lors d'entrevues individuelles. Le questionnaire de l'étude principale comportait 69 questions. Neuf questions étaient consacrées à la description des caractéristiques sociodémographiques des petits amis, huit questions à la description du comportement sexuel et les autres questions à la mesure des variables psychosociales. Des échelles à quatre niveaux permettaient la mesure de l'intention, des croyances comportementales, de la composante cognitive de l'attitude, la dimension affective de l'attitude, des croyances de contrôle, de la norme subjective, des croyances

normatives, des rôles sociaux, de la norme morale et de l'habitude des petits amis de TS d'utiliser un condom lors d'une relation sexuelle avec leur petite amie TS. Ce questionnaire peut être consulté en annexe.

3.2.4.1 Les variables externes

Les variables dites externes au cadre théorique mais potentiellement co-explicatives étaient les suivantes: le type de site où le petit ami gravite, la nationalité, le pays d'origine, l'ethnie, la religion, l'âge, le niveau de scolarité, la profession, la situation matrimoniale, le fait d'avoir eu des rapports sexuels avec une ou plusieurs TS en tant que client, le fait d'avoir eu des rapports sexuels avec une ou plusieurs TS en tant que partenaire sexuel non payant mis à part comme petit ami, le fait d'avoir eu des partenaires sexuelles en dehors des TS, le fait d'avoir déjà utilisé un condom avec sa petite amie TS, la fréquence d'utilisation de condom avec leur petite amie TS, le fait d'avoir utilisé un condom lors du dernier rapport sexuel avec leur petite amie TS, les difficultés pour se procurer des condoms et où ils se procuraient des condoms pour leurs besoins personnels.

3.2.4.2 Les variables psychosociales du modèle

Les variables psychosociales du modèle ont été mesurées à l'aide d'une échelle de type Likert variant de quatre à points. Ces mesures ont été effectuées en fonction du comportement cible: utiliser le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS.

L'intention a été mesurée avec trois questions à quatre niveaux de réponses. 1) Vos chances d'utiliser le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS sont: «Très élevées, assez élevées, faibles, et nulles». Les deux dernières questions s'énonçaient ainsi: 2) «Voulez-vous utiliser un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS?» et 3) «avez-vous l'intention d'utiliser un lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS». Les énoncés de réponses étaient rapportées sur une échelle variant de «Tout à fait sûr, assez sûr, plus ou moins sûr et non pas du tout sûr». La consistance interne de ce construit a été mesurée par un alpha de Cronbach qui s'élevait à 0,71.

Les croyances comportementales ont été mesurées à l'aide de huit questions. Ces questions étaient les suivantes: «Si vous utilisez le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS...,1) «cela vous permettrait de prévenir le SIDA», 2) «cela éviterait une grossesse non désirée à votre petite amie TS», 3) «cela vous empêcherait d'avoir des sensations», 4) «cela vous éviterait de fournir beaucoup d'efforts (prolonger la durée du rapport sexuel), 5) «cela serait un bon moyen de vous assurer une bonne santé (longue vie)», 6) «cela réduirait votre plaisir», 7) «cela vous permettrait de prévenir les IST» et 8) «cela vous empêcherait de prouver que vous êtes un vrai homme (un guerrier). Les énoncés de réponses étaient présentés sur une échelle de quatre niveaux allant de «Tout à fait sûr, assez sûr, plus ou moins sûr et non pas du tout sûr». La valeur du coefficient alpha de Cronbach pour ce construit était de 0,58.

La dimension cognitive de l'attitude a été mesurée avec quatre items conçus à partir d'une échelle sémantique différentielle. Elle prenait la forme suivante:«Pour vous utiliser un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS... 1) serait «Tout à fait prudent, assez prudent, plus ou moins prudent et non pas tout à fait prudent», 2) serait «Tout à fait responsable, assez responsable, plus ou moins responsable et non pas tout à fait responsable», 3) serait «Tout à fait inquiétant, assez inquiétant, plus ou moins inquiétant et non pas tout à fait inquiétant» et 4) serait «Tout à fait sécurisant, assez sécurisant, plus ou moins sécurisant et non pas tout à fait sécurisant». La valeur du coefficient alpha de Cronbach pour ce construit était de 0,52.

La dimension affective de l'attitude envers l'utilisation du condom a été mesurée à l'aide de trois questions énoncées sur une échelle sémantique différentielle: «Pour vous utiliser le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS, 1) serait «Tout à fait gênant, assez gênant, plus ou moins gênant et non pas tout à fait gênant», 2) serait «Tout à fait plaisant, assez plaisant, plus ou moins plaisant et non pas tout à fait plaisant 3) serait «Tout à fait agréable, assez agréable, plus ou moins agréable et non pas tout à fait agréable». La valeur du coefficient alpha de Cronbach pour ce construit était de 0,60.

La perception de contrôle du comportement a été évaluée par trois questions. On demandait aux petits amis des TS quelle était leur perception de contrôle : 1) «Vous sentez-vous capable d'utiliser un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie

TS?», 2) «Pour vous, utiliser le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS», serait:«tout à fait facile, assez facile, plus ou moins difficile et tout à fait difficile», 3) «À quel point croyez-vous exercer un contrôle sur le fait d'utiliser le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS,; serait «tout à fait contrôlable, assez contrôlable, plus ou moins contrôlable et non pas du tout contrôlable». La valeur du coefficient alpha de Cronbach pour ce construit était de 0,75.

L'efficacité personnelle a été mesurée avec onze items. Ces énoncés étaient évalués sur une échelle à quatre niveaux allant de «Tout à fait sûr, assez sûr, plus ou moins sûr et non pas du tout sûr». 1) «Allez-vous utiliser un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS même si vous devez la contraindre par la force à ne pas l'utiliser?», 2) «serez-vous capable d'utiliser le condom même si votre petite amie vous assure qu'elle se protège toujours avec ses clients?», 3) «Serez-vous capable d'utiliser le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS même si vous voulez vous réconcilier avec elle après une dispute?», 4) «Vous sentez-vous capable d'utiliser le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS, même si vous n'étiez pas habitué à utiliser un condom avec elle?», 5) «Vous sentez-vous capable d'utiliser le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS, même lorsque vous serez en état d'excitation sexuelle intense ?», 6) «Vous sentez-vous capable d'utiliser un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS, même si vous avez confiance qu'elle utilise le condom avec tous ses clients ?», 7) «Vous sentez-vous capable d'utiliser le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS, même si vous êtes envahi par un désir intense de découvrir la sensualité des rapports sexuels à nu avec votre petite amie TS?», 8) «Vous sentez-vous capable d'utiliser le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS, même lorsque vous aurez consommé beaucoup d'alcool (ivre) une heure avant un rapport sexuel?», 9) «Vous sentez-vous capable d'utiliser le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS, même si vous n'avez pas eu par les médias de bonnes informations sur les IST et le SIDA?», 10) «Vous sentez-vous capable d'utiliser le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS, même si en exigeant l'usage du condom, elle vous suspectera d'infidélité?», 11) «Vous sentez-vous capable d'utiliser un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS, même si celle-ci vous propose de ne

pas l'utiliser pour vous prouver son amour?» La valeur du coefficient alpha de Cronbach pour ce construit était de 0,88.

Les ressources et facteurs facilitants ont été mesurés par deux énoncés avec quatre niveaux de réponse allant de «Tout à fait sûr, assez sûr, plus ou moins sûr et non pas du tout sûr». Les énoncés étaient les suivants 1) «Lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS, si elle exige le condom allez-vous l'utiliser?» et 2) «Si vous avez des doutes sur l'état de santé de votre petite amie TS, allez-vous utiliser le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec elle?». Le calcul du coefficient alpha de Cronbach n'était pas applicable à ce construit puisqu'il était composé de deux items seulement.

Les pressions ressenties ont été mesurées par trois questions à quatre niveaux de réponse allant de «Tout à fait sûr, assez sûr, plus ou moins sûr et non pas du tout sûr». Les questions étaient les suivantes: 1) «Selon vous, les personnes que vous aimez le plus vous recommanderaient-elles d'utiliser un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS?», 2) «Selon vous, les personnes les plus importantes pour vous, pensent-elles que vous devriez utiliser un condom lors de vos rapports sexuels avec votre petite amie TS?» et 3) «Selon vous, les personnes qui vous estiment le plus, vous exhorteraient-elles d'utiliser un condom lors de vos rapports sexuels avec votre petite amie TS?». La valeur du coefficient alpha de Cronbach pour ce construit était de 0,73.

Les croyances normatives ont été mesurées à l'aide de six questions dont les réponses étaient rapportées sur une échelle à quatre niveaux allant de «Tout à fait sûr, assez sûr, plus ou moins sûr et non pas du tout sûr». Les items utilisés sont les suivants: 1) «Selon vous, est-ce que les boyfriends des TS que vous connaissez, vous encourageraient à utiliser le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS?», 2) «Votre petite amie TS approuverait-elle d'utiliser le condom lors de vos rapports sexuels avec elle?», 3) «Vos amis intimes qui fréquentent le site vous recommanderaient-ils d'utiliser un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS?», 4) «Les agents de santé vous recommanderaient-ils d'utiliser le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS?», 5) «(Si vous avez une partenaire autre que votre petite amie TS) votre partenaire non TS vous recommanderait-elle d'utiliser le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS?» et 6) «(Si marié ou conjoint de

fait) votre femme/conjointe approuverait-elle que vous utilisiez le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS ?». La valeur du coefficient alpha de Cronbach pour ce construit était de 0,56.

Les rôles sociaux tous mesurés à l'aide de cinq items avec des échelles à quatre niveaux variant de «Tout à fait normal, assez normal, plus ou moins normal et non pas du tout normal». Les items étaient les suivants: 1) «Est-il normal pour un homme de votre âge d'utiliser un condom lors de ses relations sexuelles avec sa petite amie TS?», 2) «Est-il normal pour un homme de votre statut matrimonial (marié ou célibataire ou divorcé ou veuf) d'utiliser un condom lors de ses relations sexuelles avec sa petite amie TS?», 3) «Est-ce la norme pour un homme soucieux de préserver sa santé et celle de sa société d'utiliser un condom lors de ses relations sexuelles avec sa petite amie TS?», 4) «Est-ce la norme pour un homme qui fréquente les milieux de la prostitution d'utiliser un condom lors de ses relations sexuelles avec sa petite amie TS?» et 5) «Est-il normal pour un homme désirant s'affirmer de refuser d'utiliser le condom lors de ses relations sexuelles avec sa petite amie TS?». La valeur du coefficient alpha de Cronach pour ce construit était de 0,79.

La norme morale a été mesurée à l'aide de quatre questions à quatre niveaux de réponse allant de «Tout à fait sûr /obligatoire, assez sûr /obligatoire, plus ou moins sûr / obligatoire et non pas du tout sûr / obligatoire». Les questions s'énonçaient ainsi: 1) «Est-ce un devoir pour vous d'utiliser un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS?», 2) «Est-il obligatoire pour vous, d'utiliser un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS?», 3) «Vos principes vous dictent-ils que vous devriez utiliser un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS?», 4) «Vos principes religieux (Islam, Christianisme) vous dictent-ils d'utiliser un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS?».La valeur du coefficient alpha de Cronbach pour ce construit était de 0,62.

D'une manière générale, selon Gagné et Godin (1999), le coefficient alpha dont les valeurs minimales oscillent entre 0,60 et 0,70, peut être acceptable pour les études s'appuyant sur la théorie de l'action raisonnée ou la théorie du comportement planifié comme cadre de référence. Ainsi, en ce qui concerne les 11 dimensions principales du modèle théorique, trois d'entre elles sont sous le seuil de 0,60 soit les croyances comportementales, la

dimension cognitive de l'attitude et les croyances normatives. Sept autres sont au-delà du seuil de 0,60.

3.2.5 Prétest de l'instrument

La première ébauche du questionnaire a fait l'objet d'une série de validations. Dans un premier temps, le questionnaire a été soumis en discussions inter juges à un groupe de trois étudiants sénégalais de l'Université Laval afin d'apprécier la compréhension des questions traduites dans la langue locale. Des suggestions et corrections ont été apportées au document. Il a été ensuite soumis à une validation auprès de deux experts en recherche, professeurs à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, directeur et co-directrice du présent mémoire, en vue de s'assurer de la cohérence, l'exhaustivité, la pertinence des construits utilisés, la compréhension et la clarté des questions.

Un prétest a été effectué dans deux sites différents (un bar de la commune de Dakar et une maison close de Pikine en banlieue). Cinq petits amis de TS répondant aux critères de sélection ont accepté de répondre au questionnaire. D'une façon générale, il a été noté une bonne compréhension des questions par les participants, à l'exception de la question n°40. Sa correction a été rapportée (en Annexe C). La durée moyenne d'une entrevue pour un participant était de 26 minutes.

3.2.6 Mode de recrutement

La stratégie de recrutement a fait appel à des informateurs clés pour pénétrer le réseau des petits amis des TS. Les animateurs et animatrices d'Enda se chargeaient de la préparation du terrain à l'occasion des activités programmées de consultations cliniques dans les sites. Une fois sur les lieux, des entretiens exploratoires ont été initiés avec les responsables des sites, les TS, les petits amis déjà connus des informateurs clés ou toute autre personne susceptible de collaborer pour pénétrer les réseaux sociaux visés. Ces entretiens ont généré des contacts ou des informations sur d'autres petits amis et les moyens de les localiser. Les personnes répondant aux critères de sélection, ont été interrogées et puis invitées à indiquer d'autres petits amis de TS pouvant être contactés. Ainsi, de fil en aiguille, le recrutement des sujets s'est poursuivi jusqu'à l'atteinte du nombre de personnes attendu de

l'échantillon. L'anonymat des réponses était garanti, grâce à un système de codage. Le consentement libre et éclairé des répondants était requis à la suite de la lecture du formulaire d'information soit avant toute collecte de données (en annexe D). Les entrevues ont été conduites dans la langue comprise par le répondant et dans des endroits assurant la confidentialité sur le site ou dans leur maison.

3.2.7 Déroulement de l'étude

L'étude principale a été réalisée dans les sites d'Enda Tiers Monde/Santé. Un stage de familiarisation de deux semaines de l'auteur de l'étude a permis d'approfondir la connaissance des milieux prostitutionnels et d'entreprendre, avec la collaboration des animateurs et animatrices d'Enda/Santé, la promotion de l'étude. La promotion de l'étude consista à expliquer aux personnes les objectifs de l'étude, le profil des personnes recherchées et les retombées possibles dans ces sites. Les animateurs et animatrices en contact avec des TS facilitatrices du projet Enda/Santé, se sont chargés d'identifier les sites, susciter et obtenir l'autorisation des responsables des sites pour le déroulement de la collecte des données. Les activités de collecte étaient sensiblement liées aux horaires de travail de l'équipe mobile du projet d'Enda Tiers Monde/Santé soit de 17 heures à 22 heures. À l'occasion, certains recrutements ont eu lieu au-delà 23 heures pour bénéficier de la grande affluence de la clientèle dans les points chauds de la prostitution de la région de Dakar. L'enquête a été réalisée entre le 22 juin au 24 juillet 2004.

3.2.8 Plan d'analyse

Dans cette étude, des analyses descriptives ont été réalisées pour l'ensemble des variables sociodémographiques, des comportements sexuels et des variables psychosociales à l'étude. La consistance interne de chaque construit théorique a été effectuée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach. Les analyses de régression multiples ont été réalisées pour identifier les déterminants de l'intention des petits amis des TS à utiliser le condom lors des prochains rapports sexuels avec leur petite amie travailleuse du sexe. L'effet des variables externes sur la prédiction de l'intention a aussi été estimé par la régression multiple. Le test MANOVA sur les items des croyances de contrôle et normatives a été effectué pour

différencier les croyances des répondants selon le niveau d'intention. Le logiciel SAS a été utilisé comme support de ces analyses.

3.2.9 Considérations éthiques

Le protocole a été approuvé par les comités d'éthique de l'Université Laval et du Ministère de la santé et de la prévention du Sénégal (Annexe G). Le respect des normes éthiques revêt un caractère essentiel pour la conduite de ce type d'étude dans ce réseau social particulièrement fermé aux non habitués de ces milieux. Ainsi la démarche adoptée visait à informer les répondants des aspects éthiques de la recherche, à préserver l'autonomie de la personne, la sécurité, à prévenir des effets indésirables de l'étude sur la dignité humaine des participants. Le formulaire d'information était lu et traduit dans une langue locale comprise par le participant afin d'expliquer les objectifs, les procédures de collecte des informations et les retombées promotionnelles pour le projet VIH/SIDA Enda Tiers Monde Santé ainsi qu'académiques pour l'auteur de l'étude. Une copie du formulaire d'information a été remise à chaque personne souscrivant à l'entrevue après la signature du formulaire de consentement. Les données inscrites sur le formulaire de consentement étaient codifiées de manière à protéger l'identité des répondants. Dans un souci de garantir la préservation et la confidentialité lors de la collecte et l'anonymat de l'exploitation des données; un code a été aussi attribué à chaque participant de manière à protéger l'identité du répondant. Le questionnaire anonyme ainsi complété était ensuite intégré dans une enveloppe cachetée en présence du participant. Les participants ont été informés de la garde sécuritaire du matériel et de la destruction des codes après la transcription et l'analyse des données. Ils ont été aussi informés que la diffusion des résultats ne comportera aucun élément susceptible d'accroître la stigmatisation des répondants ou permettre de remonter aux participants.

QUATRIÈME CHAPITRE: Résultats

Dans ce chapitre, nous présenterons dans un premier temps les résultats décrivant les caractéristiques sociodémographiques et comportementales des répondants. Par la suite, les résultats de la prédiction de l'intention d'utiliser le condom ainsi que ceux de l'analyse de la force de croyances et des barrières selon le niveau de l'intention des répondants sont présentés.

4.1 Le profil des répondants de l'échantillon

4.1.1 Caractéristiques sociodémographiques des répondants

Le tableau 1 révèle que la très grande majorité (81,4%) des petits amis de l'échantillon habite dans la banlieue de Dakar, soit Pikine et Guédiawaye. Ils sont tous de nationalité sénégalaise, même si certains sont originaires d'un autre pays que le Sénégal. Les trois principales ethnies des répondants sont dans l'ordre: Wolof (50,0%), Pular (20,9%) et Sérère (10,4%). La forte majorité des petits amis des TS interrogés, sont de confession musulmane (90,7 %). Ils sont majoritairement âgés de moins de 35 ans (80,2%) avec une moyenne d'âge de $29,4 \pm 7,7$ ans. Très peu ont complété le cycle secondaire ou plus (27,4%). Comme activité professionnelle principale, ce sont des ouvriers (39,5%), des commerçants, pêcheurs et chauffeurs (29,1%). Concernant le statut matrimonial, les trois quarts (74,4%) se déclarent célibataires et près d'un répondant sur cinq est marié (19,8%).

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Variables		Effectif	%
Site	Dakar	16	18,6
	Pikine/Guédiawaye	70	81,4
Nationalité	Sénégalaise	86	100,0
	Autre	0,0	0,0
Pays d'origine	Sénégal	79	91,9
	Autre	07	8,1
Religion	Christianisme	08	9,3
	Islam	78	90,7
Niveau de scolarisation ⁽¹⁾	Non scolarisé	07	8,3
	Primaire	49	58,3
	Secondaire	23	27,4
	Supérieur	05	6,0

(1) Deux données manquantes

(à suivre)

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon (Suite)

Variables		Effectif	%
Ethnie	Wolof	43	50,0
	Serer	09	10,4
	Pular	18	20,9
	Diola	02	2,3
	Manding	02	2,3
	Manjack	04	4,7
	Maure	04	4,7
	Autres	04	4,7
Âge	18-24 ans	25	29,1
	25-34 ans	44	51,2
	35-49 ans	15	17,4
	50 ans et plus	02	2,3
Profession	Commerçant/Pêcheur/Chauffeur	25	29,1
	Fonctionnaire/Commis	09	10,5
	Ouvrier	34	39,5
	Personnel de site de prostitution	16	18,6
	Autres	02	2,3
Statut matrimonial	Célibataire	64	74,4
	Marié monogame	08	9,3
	Marié polygame	09	10,5
	Divorcé	05	5,8

Source: Questions

4.1.2 Caractéristiques comportementales

Tel que présenté dans le tableau 2, plus des trois quarts des répondants déclarent avoir eu des rapports sexuels comme client (76,7%), avec une ou plusieurs TS ou comme partenaire non payant (75,6%). À noter que presque tous les répondants (93,4%) déclarent avoir eu d'autres partenaires sexuelles non TS.

En ce qui concerne l'usage du condom, les répondants rapportent unanimement avoir déjà utilisé le condom même si cela varie au cours du dernier mois puisque seulement 16,5% ont rapporté l'avoir toujours utilisé lors de cette période. De même, seulement 54,4% ont rapporté l'avoir utilisé lors du dernier rapport sexuel avec une petite amie TS, même s'ils ont largement indiqué avoir les moyens financiers pour se pourvoir en condom et savoir où se les procurer habituellement.

Tableau 2: Données comportementales de l'échantillon

Variables		n	%
Q10: Avez-vous des rapports sexuels avec une ou plusieurs TS comme client?	Oui	66	76,7
	Non	20	23,3
Q11: Avez-vous des rapports sexuels avec une ou plusieurs TS comme partenaire non payant?	Oui	65	75,6
	Non	21	24,4
Q12: En dehors des TS, avez-vous d'autres partenaires sexuelles non TS?	Oui	82	93,4
	Non	04	4,6
Q13: Avez-vous déjà utilisé un condom?	Oui	86	100,0
	Non	00	0,0

À suivre

Tableau 2: Données comportementales de l'échantillon (suite)

Variables		n	%
Q14: À quelle fréquence avez-vous utilisé les condoms avec une petite amie TS, dans le dernier mois ⁽¹⁾	Jamais	17	20,0
	Parfois	28	32,9
	Souvent	26	30,6
	Toujours	14	16,5
Q15: Avez-vous utilisé le condom lors de votre dernier rapport sexuel avec une petite amie TS ⁽²⁾	Oui	46	55,4
	Non	37	45,5
Q16: Avez-vous les moyens de vous procurer des condoms?	Oui	80	93,0
	Non	06	7,0
Q17: Où trouver habituellement le condom pour vos besoins personnels	Officine	46	53,5
	Service de santé	05	5,8
	Site/TS/Amis	24	28,0
	Autres	11	12,7

(1) Une donnée manquante; 2) Trois données manquantes

Source: Questions

Le tableau 3 qui suit présente les moyennes et écart-types relatifs aux variables psychosociales du modèle intégrateur de Godin (2002). Les répondants ont rapporté une intention modérée (2,80) d'utiliser le condom lors des prochains rapports sexuels avec une petite amie TS. Les résultats montrent des moyennes assez élevées culminant autour de la valeur de 3 sur une échelle variant de 1 à 4.

Tableau 3: Statistiques descriptives des variables psychosociales issues du modèle théorique

Variables	Nombre d'items	Moyenne	Écart-types (ET)	Valeurs min.	Valeurs max.
Intention (I)	3	2,80	0,81	1,00	4,00
Attitude (Aact)	7	3,12	0,53	1,00	4,00
Croyances comportementales					
(b)	8	3,25	0,94	1,00	4,00
Croyances normatives (nb)	6	3,01	0,67	1,00	4,00
Efficacité personnelle (SE)	11	2,57	1,14	1,00	4,00
Ressources et facteurs facilitant					
	2	3,44	0,79	1,00	4,00
Perception du contrôle comportemental (PBC)					
	3	2,83	0,87	1,00	4,00
Norme subjective (NS)	3	3,13	0,87	1,00	4,00
Norme morale (PNB)	4	3,34	0,73	1,00	4,00
Rôles sociaux perçus (RB)	4	3,68	0,47	1,00	4,00

Source: Questions

Le tableau 4 présente les coefficients de corrélation de Pearson des différentes variables psychosociales. On observe des relations statistiquement significatives avec l'intention pour chacune des variables à l'exception des rôles sociaux perçus. La plus forte relation est observée avec l'efficacité personnelle (SE) et la perception du contrôle comportemental (PBC). Notons également que les variables directes (Aact, SN et PBC) sont respectivement et significativement corrélées aux construits indirects correspondants.

- (Aact — b; $r = 0,67$)
- (SN — nb; $r = 0,57$)
- (PBC — SE; $r = 0,85$)

Tableau 4: Matrice de corrélation des variables psychosociales.

Variables	I	Aact	b	nb	SE	PBC	SN	PNB	RB
I	-								
Aact	0,50***	-							
b	0,29*	0,67***	-						
nb	0,46***	0,23*	0,25*	-					
SE	0,69***	0,54***	0,37**	0,48***	-				
PBC	0,69***	0,49***	0,30*	0,40**	0,85***	-			
SN	0,53***	0,47***	0,41***	0,57***	0,57***	0,48***	-		
PNB	0,65***	0,48***	0,35**	0,45***	0,71***	0,72***	0,52**	-	
							*		
RB	0,18	0,31*	0,36**	0,43***	0,27*	0,15	0,37**	0,42***	-

Notes: * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$; *** $p < 0,0001$.

4.2. Prédiction de l'intention

4.2.1. Déterminants de l'intention

L'analyse de régression multiple a fait ressortir trois variables significatives. Ces variables sont la norme subjective ($\beta=0,20$; $p < 0,0001$), la perception du contrôle comportemental ($\beta=0,42$; $p < 0,0001$) et la norme morale ($\beta=0,23$; $p < 0,05$). Ces trois variables expliquent 54 % de la variance des intentions (Tableau 5).

L'ajout des variables externes comme le site, la nationalité, le pays d'origine, l'ethnie, la religion, l'âge, le niveau de scolarité, la profession et le statut matrimonial à la régression n'a pas bonifié le modèle final.

Tableau 5: Variables significatives expliquant l'intention

Variables	Coefficients de régression standardisés (β)	P
Norme subjective	0,20	0,0001
Perception du contrôle comportemental	0,42	0,0001
Norme morale	0,23	0,0366

$R^2 = 0,54$; $p < 0,0001$

4.3 Analyse des items différenciant les répondants selon le niveau d'intention.

Compte tenu des prémisses issues des théories de base du modèle intégrateur, deux des déterminants directs de l'intention ont une structure de croyances. Ainsi, la norme subjective repose sur les croyances normatives et la perception du contrôle comportemental repose sur l'ensemble des croyances de contrôle. Ces construits indirects ont donc fait l'objet d'une analyse plus poussée et font l'objet de présentation dans les prochaines sections.

4.3.1 Proportions des répondants selon le niveau de l'intention

Les répondants ont été répartis en deux sous-groupes selon le niveau d'intention à partir de la médiane du score à l'item intention (Tableau 3): Groupe 1 - intention élevée (score $\geq 2,66$; $N = 52$) et Groupe 2 - intention faible (score $< 2,66$; $N = 34$).

4.3.2 Différenciation des croyances et barrières selon le niveau de l'intention

Selon Gagné et Godin (1999), les facteurs facilitant et les barrières constituent des mesures indirectes des croyances de contrôle de la perception du contrôle comportemental (PBC) alors que les croyances normatives représentent la mesure indirecte de la norme subjective. Par conséquent l'analyse des items des croyances de contrôle et normatives a été faite. Le test MANOVA montre des différences significatives ($p < 0,0001$ et $p < 0,0004$) entre les répondants ayant une intention élevée et ceux d'intention faible.

Concernant les croyances de contrôle (tableau 6), les répondants aux intentions faibles présentent des scores significativement plus faibles que ceux aux intentions élevées pour 10 des 13 croyances. À noter également que malgré cette différence, les deux sous-groupes présentent des scores modérément faibles concernant leur capacité à utiliser le condom lorsqu'ils ont consommé de l'alcool, lorsqu'ils sont envahis par un désir intense de découvrir la sensualité des rapports sexuels à nu, lorsqu'ils pensent pouvoir contraindre par la force leur petite amie TS à ne pas utiliser le condom et lorsqu'ils sont en état d'excitation sexuelle intense.

Tableau 6: Analyse de variance multivariée des items des croyances de contrôle

Croyances de contrôle	Intention		P
	Élevée (N = 52) Moy.±ET	Faible (N =34) Moy.±ET	
Lors des prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS...			
- Si elle exige le condom allez-vous l'utiliser?	3,5 ± 0,9	2,1 ± 1,0	0,0001
- Si vous avez des doutes sur l'état de santé de votre petite amie TS, allez-vous utiliser le condom?	4,0 ± 1,4	3,8 ± 0,6	n.s.
- Vous sentez-vous capable d'utiliser le condom, même lorsque vous aurez consommé beaucoup d'alcool (ivre) une heure avant un rapport sexuel?	2,2 ± 1,3	2,0 ± 1,1	n.s.
- Vous sentez-vous capable d'utiliser le condom, même si vous n'étiez pas habitué à utiliser un condom avec elle?	3,4 ± 1,0	2,0 ± 0,6	0,0001
- Vous sentez-vous capable d'utiliser le condom, même si vous êtes envahi par un désir intense de découvrir la sensualité des rapports sexuels à nu ?	2,7 ± 1,2	1,6 ± 0,7	0,0001
- Allez-vous utiliser un condom, même si vous savez que vous pouvez la contraindre par la force à ne pas l'utiliser?	2,6 ± 1,3	2,0 ± 1,0	0,0064

À suivre

Tableau 6: Analyse de variance multivariée des items de croyances de contrôle (Suite)

Croyances de contrôle	Intention		P
	Élevée (N =52) Moy.±ET	Faible (N =34) Moy.±ET	
Lors des prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS...			
- Vous sentez-vous capable d'utiliser un condom, même si vous avez confiance qu'elle utilise le condom avec tous ses clients?	3,2 ± 1,1	2,0 ± 1,1	0,0001
- Serez-vous capable d'utiliser le condom, même si vous voulez vous réconcilier avec elle après une dispute?	3,2 ± 1,0	1,6 ± 1,0	0,0001
- Serez-vous capable d'utiliser le condom même si votre petite amie vous assure qu'elle se protège toujours avec ses clients?	3,1 ± 1,0	1,8 ± 1,0	0,0001
- Vous sentez vous capable d'utiliser le condom même si vous n'avez pas eu par les médias de bonnes informations sur les IST et le SIDA?	3,6 ± 0,8	3,2 ± 1,1	n.s.
- Vous sentez-vous capable d'utiliser le condom même si en exigeant l'usage du condom, elle vous suscitera d'infidélité?	3,0 ± 1,1	2,0 ± 1,2	0,0002
- Vous sentez-vous capable d'utiliser un condom....avec votre petite amie TS, même si celle-ci vous propose de ne pas l'utiliser pour vous prouver son amour?	3,2 ± 1,1	1,8 ± 1,2	0,0001
-Vous sentez-vous capable d'utiliser le condom, même lorsque vous serez en état d'excitation sexuelle intense?	2,9 ± 1,1	1,7 ± 1,0	0,0001
Croyances de contrôle dans leur ensemble: Wilks' Lambda = 0,35, F = 9.73; p < 0,001.			

En ce qui a trait aux croyances normatives (Tableau 7), les répondants aux intentions faibles présentent des scores plus faibles que ceux aux intentions élevées pour 4 des 6 croyances. En dépit de cette différence, retenons également que les deux sous-groupes présentent des scores relativement faibles concernant leur perception du degré d'approbation perçu d'autres personnes ou groupes de référence quant à l'utilisation du condom lorsque leur femme, conjointe ou fiancée approuve qu'ils utilisent le condom et lorsque leur partenaire non TS leur recommande d'utiliser le condom lors des prochains rapports sexuels avec leur petite amie TS.

Tableau 7: Analyse de variance multivariée des items des croyances normatives

Croyances normatives	Intention		P
	Élevée (N = 52) Moy.± ET	Faible (N = 34) Moy.± ET	
Lors des prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS...			
- Votre petite amie TS approuverait-elle d'utiliser le condom?	3,3 ± 1,0	2,4 ± 1,3	0,0011
- Les agents de santé vous recommanderaient-ils d'utiliser le condom?	3,6 ± 0,8	3,4 ± 1,0	n.s.
- Vos amis intimes qui fréquentent le site vous recommanderaient-ils d'utiliser le condom?	3,5 ± 0,9	2,6 ± 1,5	0,0007
- (Si marié ou conjoint de fait) votre femme, conjointe ou fiancée approuverait-elle que vous utilisiez le condom?	2,5 ± 1,4	2,4 ± 1,5	n.s.
- (Si vous avez une partenaire autre que votre petite amie TS) votre partenaire non TS vous recommanderait- elle d'utiliser le condom ?	2,9 ± 1,4	2,4 ± 1,5	n.s.
- Selon vous est-ce que les boyfriends des TS que vous connaissez vous encourageraient à utiliser le condom?	3,6 ± 0,8	2,8 ± 1,1	0,0001
Croyances normatives dans leur ensemble: Wilks' lambda = 073, F = 4,67; p< 0,0004.			

CHAPITRE CINQ: DISCUSSION

Dans ce chapitre, nous tenons à discuter des résultats afin de répondre à nos questions de recherche sur la prédiction de l'intention des petits amis des TS. Nous discuterons des liens avec la littérature antérieure. Finalement, les limites de même que les implications théoriques et pratiques de l'étude seront présentées.

5.1 Prédiction de l'intention

La présente étude visait à évaluer les déterminants de l'intention des petits amis des TS à utiliser le condom lors des prochains rapports sexuels avec une petite amie TS en s'appuyant sur le modèle intégrateur de Godin (2002). D'une manière générale, l'application du plan d'analyse (reposant sur la régression linéaire multiple) à l'ensemble des variables du modèle a permis d'expliquer plus de la moitié de la variance de l'intention des petits amis des TS. Parmi les variables considérées, la norme subjective, la perception du contrôle comportemental et la norme morale ont émergé comme des prédicteurs des intentions des petits amis d'utiliser le condom. Les travaux de plusieurs auteurs réalisés dans divers milieux (Boissonneault et Godin (1990), Godin et al., 1996; Gagnon et Godin, 2000; Godin et al., 2001; van Empelen et al., 2001; Bélanger et al., 2002; Salabarria-Péna et al., 2003) ont rapporté des résultats similaires à ceux de la présente étude.

5.2 Implications théoriques

5.2.1 Norme subjective

La contribution significative de la norme subjective est congruente avec les prémisses de la théorie de l'action raisonnée de Fishbein et Ajzen, (1975) postulant que la norme subjective et les attitudes constituaient d'importants déterminants de l'intention. Puisque l'importance relative de cette variable par rapport à l'attitude a aussi été documentée dans une autre étude ghanéenne (Bosompra, 2001), cela pourrait faire d'elle un déterminant important de l'intention de l'utilisation du condom en milieu africain. Des résultats similaires ont

également été observés dans plusieurs autres études (Boyd et al., 1991; Diaz-Loving & Rivera, 1995; Fekadu, Z & Kraft, P., 2001; Bosompra, 2001; Van Empelen et al., 2001; Wiggers et al., 2003; Glasman & Albarracin, 2003; Villarruel et al., 2004). La norme subjective reflète la perception qu'ont les petits amis des TS, des pressions exercées sur eux par les personnes importantes de leur entourage pour qu'ils utilisent le condom lors de prochains rapports sexuels avec une amie TS. Ces référents présents dans le réseau exercent donc une influence sur l'intention des petits amis de TS d'utiliser le condom. Les groupes de référents cités par notre groupe cible, qui sont les amis intimes et boyfriends connus dans le site, tranchent quelque peu avec ceux identifiés aux États-Unis, au Ghana et au Cameroun (Jemmott & Jemmott; 1991; Bosompra, 2001; Meekers & Klein; 2002) qui élargissent ces groupes de référents aux parents et aux agents de santé. En bref, ceci traduit que l'intention des petits amis des TS d'utiliser le condom est influencée par leur perception des attentes des personnes importantes dans leur entourage prostitutionnel immédiat. Dans la présente étude, rappelons que le milieu de l'étude réfère aux sites de prostitution. Il est donc assez normal de ne pas retrouver des membres de la famille ou de la fratrie dans les référents.

5.2.2 Perception du contrôle comportemental

La perception du contrôle comportemental émerge comme deuxième variable expliquant significativement l'intention des petits amis des TS. Elle réfère à la croyance d'une personne quant au degré de facilité ou de difficulté anticipé pour l'adoption d'un comportement donné (Ajzen et Madden, 1986). Elle découle des croyances de contrôle internes (capacités, émotions, habilités et contraintes) et aussi externes (opportunités et dépendance des autres). La contribution significative de la perception du contrôle comportemental signifie que les petits amis des TS sont en mesure de percevoir les facteurs facilitant et les barrières à l'utilisation du condom lors des prochains rapports sexuels avec une petite amie TS. Cela est en accord avec les prémisses de la théorie du comportement planifié d'Ajzen (1985). Ces résultats sont congruents avec les études de plusieurs auteurs (Godin, et al., 1996; Ajzen, et al., 1996; Vermette & Godin, 1996; Rannie et al., 1997; Kenski et al., 2001; Wiggers et al., 2003; Glasman et al., 2003; Salabarría-Peña et al., 2003). Tous ces travaux confirment que la perception du contrôle comportemental est un

facteur primordial pour la genèse des intentions d'utiliser le condom comme moyen de prévention des IST et du VIH/SIDA. Ce constat rejoint celui de Valois, Godin et Desharnais (1991): «plus la personne jouit de ces ressources et opportunités et moins elle anticipe les obstacles, plus elle devrait percevoir qu'elle a un contrôle sur le comportement». Cela démontre que l'utilisation du condom par les petits amis de TS dépend des croyances de contrôle qu'ils perçoivent avoir sur le comportement.

La présente étude fournit également des informations précieuses sur l'influence des facteurs facilitant et la présence de barrières perçues pour l'utilisation du condom. D'abord, l'exigence du port du condom par la petite amie TS contribue à faciliter l'adoption du comportement d'utiliser le condom par les petits amis de TS. Ceci démontre que l'utilisation du condom dépend également de la coopération de la partenaire. En fait, la petite amie TS pourrait constituer le principal moteur d'influence de l'intention des petits amis de TS d'utiliser le condom. Il est de ce fait plausible de croire que l'utilisation du condom par les petits amis de TS dépend en grande partie des habiletés de la copine TS à convaincre son petit ami d'utiliser le condom.

Toutefois les petits amis de TS auraient une perception de contrôle plus faible lorsqu'ils sont en consommant de l'alcool une heure avant un rapport sexuel, quand ils sont envahis par un désir intense de découvrir la sensualité sexuelle des rapports à nu et quand ils se savent capables de contraindre par la force la petite amie TS de ne pas utiliser le condom. Dans ces conditions les petits amis de TS auraient probablement un sentiment d'efficacité personnelle faible et par conséquent, ils seraient moins portés à utiliser le condom lors des prochains rapports sexuels avec une petite amie TS. De tels résultats en lien avec une forte efficacité personnelle des répondants ont été rapportés par des auteurs comme Dilorio et al., (2000) et Organista et al., (2000) dans leurs études sur l'utilisation du condom auprès des collégiens et des partenaires réguliers des migrants mexicains aux USA.

5.2.3 Norme morale

La troisième variable contribuant à l'explication de l'intention est la norme morale. Elle réfère au sentiment d'obligation personnelle et dépend des principes personnels de la personne envers le comportement à adopter (Godin, 2002). La contribution de la norme

morale reflète le jugement moral que se font ces derniers quant à l'utilisation du condom lors des rapports sexuels avec une petite amie TS. Son importance a été documentée dans plusieurs études portant sur l'utilisation du condom (Otis et al. 1991; Godin, G., Maticka-Tyndale et al., 1996; Godin, Savard et al., 1996; Rannie, & Craig, 1997; Gagnon et Godin, 2000; Godin et al, 2001; Bélanger et al., 2002). À cet égard, l'utilisation du condom ne dépendrait pas seulement de la norme subjective et la perception du contrôle comportemental, mais également des principes personnels des petits amis de TS. En d'autres termes les convictions personnelles des petits amis sont également des facteurs importants qui influencent l'intention de ces derniers d'utiliser le condom.

Les variables des croyances en l'existence de rôles sociaux et de l'attitude, n'ont pas contribué à expliquer une partie de la variance de l'intention. Cette dernière observation diverge des conclusions de certains auteurs qui ont documenté son importance pour la prédiction de l'intention (Boyd & Wandersman, 1991; Otis et al., 1991; Ajzen et al., 1996; Raj, 1996; Vermette et Godin, 1996; Rannie et al., 1997; Godin et al., 2001; Kenski et al., 2001; Salabarría-Peña et al., 2003), mais concorde avec les observations rapportées par Boissonneault et Godin (1990), Gagnon et Godin (2000) et Van Empelen et al. (2001).

Il faut noter également que le concept des croyances dans les rôles sociaux ne s'est pas révélé un prédicteur significatif de l'intention des petits amis de TS d'utiliser le condom. Ce construit inclus dans la théorie des comportements interpersonnels de Triandis, a cependant contribué significativement à la prédiction de l'intention dans plusieurs études, notamment celles de Godin, Maticka-Tyndale et al. (1996), Theodorakis (1994) et Bamberg & Schmidt (2003) qui confirment l'importance de cette variable dans l'explication de l'intention.

Finalement, les variables externes comme l'âge, l'ethnie, la religion, le niveau de scolarité, la profession et le statut matrimonial des petits amis de TS ont été médiatisées par les variables du modèle. Ceci vient confirmer l'assertion avancée par Fishbein et Ajzen (1985) et Godin (2002) soutenant que les variables externes exercent une influence indirecte à travers les construits du modèle.

5.3 Implications pratiques

La santé des groupes vulnérables issus ou gravitant dans des milieux de la prostitution, a toujours été une préoccupation centrale dans les programmes de prévention des IST et du SIDA. Les résultats de la présente étude permettent d'entrevoir des implications pratiques pour les stratégies d'interventions. À terme, la communication des résultats aux organismes intervenant dans la prévention des IST et du VIH/SIDA et leur prise en compte dans l'élaboration des programmes permettront de mieux orienter les stratégies en vigueur.

D'une manière générale, les résultats nous renseignent qu'une piste à privilégier dans des projets d'intervention de réduction des risques liés aux IST et du SIDA pour les petits amis de TS de la région de Dakar, devrait s'articuler sur l'amélioration de la perception des référents favorables à l'utilisation consistante du condom et sur le renforcement du sentiment d'efficacité personnelle et des convictions personnelles des petits amis de TS face au port du condom. La prédominance de la norme subjective traduit la pertinence du renforcement de la perception des attentes des référents favorables à l'usage du condom pour les programmes éducatifs de lutte contre les IST et le VIH/SIDA en direction de cette population cible.

Les petits amis de TS semblent extrêmement sensibles aux opinions des référents. Ces derniers sont susceptibles d'influencer les décisions des petits amis de TS d'utiliser le condom. Notons que parmi les items significatifs des croyances normatives des répondants, la perception de l'approbation de la petite amie TS pour l'usage du condom lors des prochains rapports sexuels avait le score le plus faible dans les deux groupes d'intention (Tableau 7). Ceci signifie que les répondants ayant une intention faible ne sont pas tout à fait sûrs que leurs copines TS approuveraient l'usage du condom. Toutefois, les répondants ayant une intention élevée perçoivent une grande pression provenant des trois groupes de référents significatifs pour l'utilisation du condom. Les petits amis de TS sont plus portés à sélectionner leurs référents normatifs dans le cercle restreint de leur réseau social sur la base d'une influence mutuelle interactive. Les critères de partenariat sexuel stable et d'amitié intime président ce choix. Ainsi, les répondants semblent probablement résolus à se conformer à la volonté de leur bien-aimée copine TS, de leurs amis intimes et des boyfriends connus sur les sites en ce qui concerne l'utilisation du condom. Ils croient

utiliser le condom quand ils ressentent l'approbation de leur petite amie TS et les attentes des amis intimes et des boyfriends du site. Il serait donc probablement moins pertinent voire même superflu pour les programmes d'éducation préventive de s'atteler à convaincre les petits amis de TS de se conformer aux attentes des agents de santé et de leur conjoint ou copine non TS. En effet, ces derniers ne constituent pas pour les répondants des référents significatifs pour l'utilisation du condom. Les interventions éducatives préventives gagneraient possiblement en efficacité en mettant l'accent sur les perceptions des référents qui pensent qu'il serait approprié pour les petits amis d'utiliser le condom lors des prochains rapports sexuels avec une petite amie TS. L'amélioration de la perception des référents pourrait s'effectuer lors des conversations communautaires dans les sites en mettant l'emphase sur l'encouragement pour l'adoption des comportements sexuels sains, la présentation de rôle modèle et la distribution de condoms.

De telles stratégies ont été préconisées par les auteurs comme Van Empelen et al. (2001), Rosengard et al., (2001) et Caron et al.(2004). Une telle intervention visant à accroître la perception des référents, requiert la formation de pairs éducateurs parmi ces derniers en vue de leur permettre de promouvoir au sein de cette clientèle à risque des changements de comportements favorables à la prévention des IST et du VIH/SIDA et plus particulièrement l'utilisation du condom. Un programme d'éducation des pairs soutenu par le modèle intégrateur de Godin (2002) et le modèle transthéorique de Prochaska et Diclemente (1986 in Côté et Godin, 2003), pourrait être conçu en lien avec les aspects documentés dans cette étude. Les thèmes des conversations éducatives reposeront sur des notions en lien avec le VIH, l'utilisation du préservatif et les éléments du processus de communication pour renforcer les engagements des référents à soutenir les messages normatifs supportant l'adoption du comportement visé. Une approche interactive serait utilisée en discussions orientées privilégiant l'expérience et les moyens factuels de terrain des référents en ce qui concerne la transmission des messages éducatifs de prévention du VIH/SIDA et des IST et la connaissance du milieu de la prostitution. Ce faisant, dans le souci de mieux adapter le message aux groupes cibles d'intervention, les référents pourraient être segmentés en groupes d'auditoires homogènes en fonction du profil normatif, des barrières perçues et des valeurs personnelles des cibles: le groupe des petites amies TS et celui des petits amis de TS (Albrecht & Bryant, 1996; Rinn, 2002). Les référents pairs éducateurs/éducatrices

seraient choisis suivant leurs capacités communicationnelles parmi les référents respectés et modèles au sein du réseau des petits amis de TS et des partenaires féminines stables. Ainsi les pairs éducateurs formés pourraient conduire les sessions d'interventions éducatives dans les sites pour promouvoir le support social de l'utilisation du condom. Les croyances normatives supportant l'approbation des petites amies TS de l'usage du condom et l'importance des recommandations et encouragements des référents pour l'utilisation du condom devront être renforcées pour accroître la perception des messages de sécurité sexuels.

Le management de ces interventions éducatives devrait tenir compte de certains aspects éthiques et culturels en vigueur en vue de maximiser les acquis. Principalement, les croyances liées à la maladie, le sexe et la prostitution ou l'homosexualité qui sont considérées comme des sujets tabous extrêmement sensibles qu'on garde jalousement à loin des discours publics. Ainsi, la conduite d'une telle intervention éducative par les pairs demeure pertinente en raison des relents conservateurs générateurs d'obstacles à la communication au sein de la société. Cela vérifie les résultats de l'étude préliminaire qui mentionne l'absence de référents significatifs parmi les parents des petits amis de TS.

En ce qui concerne la perception du contrôle comportemental, les croyances de contrôle qui la sous-tendent, revêtent une importance capitale pour l'intention des petits amis de TS à utiliser le condom. Les facteurs de contrôle réfèrent aux croyances en la capacité des petits amis de TS de surmonter les barrières et à la perception des conditions et ressources facilitant l'usage du condom. Beaucoup de répondants ne se sentent pas capables d'utiliser le condom devant des obstacles majeurs liés à la consommation de l'alcool, le désir de découvrir la sensualité des rapports sexuels à nu, l'état d'excitation sexuelle intense. Puisque l'utilisation du condom suppose la participation active du partenaire, les répondants qui perçoivent les opportunités offertes par la petite amie TS, sont probablement plus portés à utiliser le condom quand la petite amie TS exige le recours à l'usage du condom. Dans cette perspective, les interventions préventives auprès des petits amis de TS devraient s'orienter vers le développement des habilités et de la perception des facteurs facilitant l'adoption du comportement. Ainsi, le renforcement des habilités des petits amis des TS pourrait mettre l'accent sur l'ensemble des barrières qui entravent l'utilisation du

condom déjà identifiées dans l'étude. Les groupes de discussions éducatives avec les pairs pourraient s'avérer bénéfiques pour renforcer l'efficacité personnelle des petits amis de TS en abordant les thèmes en lien avec les barrières perçues comme la consommation de l'alcool une heure avant un rapport sexuel, le désir de découvrir la sensualité des rapports sexuels à nu, la confiance ou l'assurance que sa petite amie utilise le condom avec ses clients, la réconciliation après une dispute, les suspicions d'infidélité devant l'exigence du port du condom, la proposition de rapports sans condom pour prouver son amour et l'état d'excitation sexuelle intense. En plus, d'autres interventions pourraient être initiées en direction des petites amies de TS, il s'agirait d'utiliser l'approche empowerment pour renforcer leurs pouvoirs de décisions sur la sexualité et la négociation du condom. Des ateliers de renforcements des capacités organisés sous forme de groupes de discussions aideraient les TS à aiguïser leurs habilités à convaincre leurs partenaires stables à utiliser le condom tout en maintenant leur autonomie et leur dignité.

Enfin, la norme morale réfère à l'appréciation par l'individu de l'adéquation entre le comportement et ses convictions personnelles qui l'aideront à changer ou non de comportement. Ainsi, les croyances religieuses, les principes et valeurs perçus par les petits amis de TS sont déterminants pour l'intention d'utiliser le condom. Pour ces cibles, il est utile de véhiculer des messages signifiant qu'il est un devoir ou obligatoire pour un petit ami de TS d'utiliser le condom lors des prochains rapports sexuels avec une copine TS. Les interventions destinées à promouvoir les convictions personnelles pour l'utilisation du condom visent spécifiquement à la présentation de personnages modèles et de dilemmes moraux et des jeux de rôles comme le suggèrent Gagnon et Godin (2000). De telles activités éducatives en groupes de discussions ouvertes peuvent donner aux petits amis de TS des outils d'analyse de leurs valeurs propres en adéquation avec la nécessité d'adopter un comportement sécuritaire. Pour toutes ces interventions, l'évaluation de la qualité des discussions, des interactions avec les participants, des réponses apportées et le degré d'engagement des participants constituent des indicateurs de suivi des causeries éducatives. Une enquête de satisfaction devrait déboucher sur une évaluation plus poussée s'articulant sur l'atteinte des objectifs visant le changement, l'adéquation des moyens didactiques utilisés et le respect des principes éthiques. Ces évaluations permettront d'administrer au

besoin des activités correctives et de programmes des sessions de maintien de la performance des participants.

5.4 Limites et forces de cette étude.

Les limites et forces de cette étude seront présentées en deux composantes principales. Il sera d'abord question de la validité interne, qui réfère à la précision de la mesure, et par la suite, de la validité externe, qui réfère à la généralisation.

5.4.1 Forces et faiblesses liées à la validité interne

Certaines limites liées à la mesure peuvent influencer la validité interne. Elles peuvent être regroupées en quatre grandes catégories, soit les limites théoriques, les biais de sélection, les biais d'information et les biais de confondance (Bernard & Lapointe, 1998; Abramson, 1999).

En ce qui concerne les forces théoriques, la présente étude repose sur l'utilisation du modèle intégrateur de Godin (2002) qui permet de jeter de la lumière sur les facteurs influençant les décisions des petits amis de TS liées à l'utilisation du condom, mais aussi sur le choix de la méthode d'intervention et la définition du contenu des messages. La forte corrélation de la plupart des construits du modèle et l'intention démontre que le modèle théorique de Godin (2002) utilisé est largement supporté par les résultats de l'étude. La synergie de ses variables, lui confère une grande potentialité d'accroître notre compréhension des déterminants qui influencent l'intention des petits amis des TS d'utiliser le condom.

Toutefois, l'omission du concept regret anticipé qui s'était avéré peu significatif lors la phase qualitative, constitue néanmoins une limite. Son inclusion aurait peut-être pu améliorer la prédiction de l'intention des petits amis de TS à l'instar de divers auteurs (Richard et al., 1995; Gagnon & Godin, 2000; Van Empelen et al., 2001) qui ont souligné l'importance de ce concept dans leurs études respectives. Néanmoins, l'étude qualitative préliminaire réalisée au sein la population cible de cette région offre une contribution importante à la validité de l'instrument de mesure. La formulation des items sur des échelles à quatre niveaux en lien aux aspects culturels de la population cible, a minimisé

beaucoup de contraintes liées à l'incompréhension des questions et les hésitations des participants illettrés. Ce constat rejoint les suggestions méthodologiques de plusieurs auteurs (Triandis et al., 1980; Adih et al., 1999; Sutton et al., 1999). L'utilité de cette démarche préliminaire qualitative est vérifiée dans de nombreuses études (Otis et al., 1991; Beaulieu, 1998).

Les biais de sélection concernent habituellement la représentativité de l'échantillon par rapport à la population à l'étude. Dans cette étude, la technique d'échantillonnage non probabiliste «boule de neige» fait en sorte que la population de référence a pu être représentée. L'appui considérable d'Enda Santé pour la promotion de l'étude et le repérage des clientèles cibles a largement contribué à minimiser les refus de participation (3,5%) des répondants.

Les biais d'information peuvent être dus soit à la façon dont les questionnaires sont construits ou à la façon avec laquelle les participants y répondent. Dans cette étude, la présence de l'enquêteur pour l'administration du questionnaire en entrevues face-à-face était susceptible de produire des biais de désirabilité sociale malgré l'assurance de l'anonymat et la confidentialité qui entouraient les entrevues. De même, elle concourt à restreindre les réponses de certaines questions sensibles. L'absence de test-retest présente des implications méthodologiques sur l'étude parce que sa réalisation aurait dû permettre la reformulation de certains items. De plus, le type de devis transversal ne permet pas un suivi du comportement nécessaire pour évaluer la stabilité et la signification de la prédiction de l'intention d'utilisation du condom.

5.4.2 Limites à la validité externe

La validité externe réfère au degré avec lequel on peut généraliser les résultats obtenus à partir d'un groupe spécifique. Elle soulève la question suivante: «À quelle population, environnements ou conditions les résultats actuels peuvent-ils être généralisés?» (Polit & Hungler, 1995). La validité externe est principalement influencée par la représentativité des participants et participantes à une étude dans une population de référence plus vaste. La présente étude a été réalisée auprès d'une clientèle habituellement inaccessible aux interventions des professionnels de santé. Les résultats peuvent également être

généralisables aux petits amis des TS de la région de Dakar en raison de la méthode d'échantillon non probabiliste utilisée.

Conclusion

L'utilisation consistante du condom reste encore difficile à faire adopter par les petits amis de TS de la région de Dakar. Le taux d'utilisation du condom par les petits amis de TS est faible, ne dépassant guère 35% malgré les efforts déployés pour sa promotion (CCISD, 2003). Ces adultes jeunes âgés de 35 ans en moyenne résident dans la banlieue de Dakar et réservent l'usage du condom aux partenaires sexuelles fortuites. On observe chez ces cibles un faisceau de facteurs de risque déterminés par les comportements liés à l'initiation sexuelle précoce, au multipartenariat sexuel et aux rapports sexuels non protégés avec une copine TS. Peu de choses sont connues sur ce groupe vulnérable et peu d'études soutenues par un fondement théorique ont été consacrées à leur égard.

La présente étude visait à évaluer les déterminants de l'intention des petits amis des TS à utiliser le condom lors des prochains rapports sexuels avec une petite amie TS comme moyen de prévention des IST et du VIH/SIDA dans la région de Dakar. Le modèle intégrateur de Godin (2002) a été utilisé comme support pour la construction du questionnaire, l'analyse et l'interprétation des données. Étant une synthèse de déterminants de l'adoption des comportements liés à la santé des autres théories de prédiction, ce modèle nous semblait un bon choix pour déterminer les facteurs internes et externes pouvant expliquer valablement l'intention des petits amis des TS d'utiliser le condom.

En lien avec les variables explicatives de l'intention de la population cible, des stratégies d'intervention ont été proposées. Elles visent à améliorer la perception par les petits amis de TS des attentes des référents favorables à l'utilisation du condom, le renforcement des convictions personnelles et l'efficacité personnelle en vue de surmonter les différentes barrières à l'utilisation du condom. Cette étude offre donc l'opportunité de mieux cerner les déterminants à l'intention d'utiliser le condom auprès des petits amis de TS dans la région de Dakar. Elle présente des avancées dans la compréhension du comportement des petits amis des TS nécessaire pour la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation des programmes de la lutte contre les IST et le VIH/ SIDA. Les stratégies proposées ouvrent ainsi une voie pour le développement d'interventions appropriées et ciblées dans les

programmes de prévention des IST et du VIH/SIDA auprès des petits amis de la région de Dakar.

Les études futures dans ce domaine gagneraient en terme de représentativité et de suivi du changement de comportement, à utiliser une étude de type longitudinal avec une méthode d'échantillonnage probabiliste qui suppose une base de sondage déjà établie à l'aide d'une cartographie des sites de prostitution de Dakar et des autres des régions du Sénégal.

Bibliographie

- Abramson, JH (1999). Survey methods in community medicine: epidemiological program Evaluation, clinical trials.
5th edition Edinburgh, New York: Churchill Livingstone.
- ACDI, (2001). Sénégal: Faits et chiffres.
- Adih, W. K., et Cheryl, S., A. (1999). Determinants of Condom Use to Prevent HIV infection Among Youth in Ghana.
Journal of Adolescent Health, 24: 63-72.
- Agence de Presse Sénégalaise (2004). Macky Sall promet une amélioration du taux de scolarisation. Sénégal-Éducation 2004.
[www.aps.sn\rubrique.php](http://www.aps.sn/rubrique.php)
- Agence Santé Canada (2001). Informations sur la maladie VIH/SIDA.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behaviour.
Englewood Cliffs, New jersey: Prentice Hall.
- Ajzen (1985). From intentions to actions. A Theory of Planned Behavior (In Kuhl, J. & Beckmann, J. (Eds). Action-Control: from cognitive to Behavior. Heidelberg, Springer, p. 11-39).
- Ajzen, I. (1988). Attitudes, personality and behavior. Open University Press. Milton Keynes.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. Organisational Behavior and Human Decision Process, 50, 179-211.
- Ajzen, I & Madden, T.J. (1986). Prediction of goal-directed behaviour: Attitudes, intentions and perceived behavioural control. Journal of Experimental Social Psychology, 22, 453-474, (In Valois, P., Godin, G. & Desharnais, R., 1991).
Théories de prédiction du comportement: -la théorie de l'action raisonnée-
la théorie du comportement interpersonnel-la théorie du comportement planifié.
Vol. 4, n°1. Monographies du département de Université Laval Ste Foy, Québec.
- Albarracin, D., Kumkale, GT & Johnson, BT. (2004). Influences of social power and normative support on condom use decisions: a research synthesis.
AIDS Care. Aug 2004; 16(6):700-23.
- Albrecht, T. L. & Bryant, C. (1996). Advances in segmentation modeling for health com-

munication and social marketing campaigns.

Journal of health communication, 1, n° 1.

- Amat-Rose, J. M. (2002). Le choc démographique du SIDA.
- Anarfi, J.K. (1997). Vulnerability to sexually transmitted disease: street children in Accra. *Health Transition Review*, 1997, 7 (Suppl.), 281-306.
- Annan, K., (2001). Koffi Annan lance un appel aux États pour la protection des jeunes contre le VIH/SIDA et le chômage qui les frappent de façon démesurée. www.un.org/News/fr-press/docs/2001/SOC4581.doc.htm
Page consultée le 24/12/ 2003.
- Ao, T., Sam, N., Manongi, R., Seage, G. & Kapiga, S. (2003). Social and behavioural determinants of consistent condom use among hotel and bar workers in Northern Tanzania. *International journal of STD and AIDS*. Oct 2003; 14 (10): 688-696.
- Apostolopoulous, Y., Sonmez, S., & Yu, C., H. (2002). HIV-risk behaviours of American Spring break vacationers a case of situational disinhibition? *International. Journal of STD & AIDS* 2002; 13: 733-743.
- Aubry, Pierre (2005). Le SIDA tropical: Actualités 2004. *Médecine tropicale* 2005.
- Bamberg, S. & Schmit, P. (2003). Incentives, morality, or habit? predicting students' car use for university routes with the models of Ajzen, Schwartz and Triandis. *Environment and Behavior*, 2003, 35 (2): 264-285.
- Bandura, A (1986). Social foundations of thought and action :A social Cognitive Theory. Englewood Cliffs. NJ. Prentice-Hall.
- Bandura, A. (a1977). Social Learning Theory. Englewood Cliffs. NJ. Prentice-Hall.
- Bandura, A (b1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavior Change. *Psychological Review*, 84, p.191-215.
- Bandura, A. (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of personal agency. *Journal of Applied Sport Psychology*. Sep 1990; Vol 2 (2): 128-163.
- Bandura, A. (2003). Auto efficacité: le sentiment d'efficacité personnelle. Édition De Boeck Diffusion, Paris- Bruxelles.
- Basuki, E., Wolffers, I., Devillé, W., Erlaini, N., Luhpuri, D., Hargono, R., Maskuri, N., Suesen, N. & Van Beelen, N. (2002). Reasons for not using condoms among

female sex workers in indonesia.

AIDS Education and Prevention, 14 (20), 102-116, 2002.

- Baya, B. & Meda, N.(2001). Comportement des jeunes de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) et VIH/SIDA: Espoir ou inquiétude? XXIV^{ème} congrès général de l'UIESP Salvador de Bahia- Brésil du 18 – 24 Août 2001. Séance 04: Facteurs déterminants du SIDA.
- Beaud, JP. (2002). «In Gauthier, B. et al., (2002). De la problématique à la collecte des données». Recherche sociale. Presses de l'Université du Québec, 3^{ème} édition
- Beaulieu, D., Bradet, R. & Godin, G. (1994). Étude de l'importance des obstacles à l'achat du condom. Revue Canadienne de Santé Publique, 85: 231-233.
- Beaulieu, D (1998). Étudier des déterminants de l'intention d'utiliser le condom chez les Hétérosexuelles de 18 à 49 ans sans partenaire régulier. Mémoire de maîtrise. Université Laval Ste Foy, Québec.
- Bédard, E. (1994). Stratégies développées par les prostituées du Bénin pour favoriser L'utilisation du préservatif. Mémoire de maîtrise. Université Laval Ste Foy, Québec.
- Bélanger, D. (1998). Identification des sous-groupes à haut risque de partager des seringues usagées et des facteurs explicatifs de l'intention d'utiliser le condom chez les utilisateurs de drogues par injection (UDI). Thèse de doctorat. Université Laval Ste Foy, Québec.
- Bélanger, D., Godin, G., Alary, M. & Bernard, P.M. (2002). Factors explaining the intention to use condoms among injecting drug users participating in a needle-exchange program. Journal of applied social Psychology. May 2002; 32 (5): 1047-1063.
- Bergeron, M.-G. tiré de Reidy, Mary et Taggart M-É. (1995). VIH/SIDA. Une approche multidisciplinaire. Résultats et stratégies pour les personnels de santé. Gaëtan Morin; Montréal- Paris et Casablanca.
- Bernard, P-M. & Lapointe, C. (1998). Mesures statistiques en épidémiologie. Presses de l'Université du Québec, Ste Foy, Québec.
- Boissonneault, E. & Godin, G. (1990). The Prediction of Intention to Smoke Only in designated Work Site Areas.

- Journal of occupational Medecine, july 1990; 32 (7): 621-624.
- Bosompra, K. (2001). Determinants of condom use intentions of university students in Ghana: an application of theory of reasoned action.
Social Science & Medecine 52 (2001) 1057-1069.
- Boyd, B. & Wandersman, A. (1991). Predicting undergraduate condom use with the Fishbein and Ajzen and the Triandis attitude and behaviour models: Implications for public health interventions.
Journal of Applied Social Psychology, 21, 1810-1830
- Bryan, A., Fisher, D. J. & Fisher A. W. (2002). Test of Mediational Role of preparatory Safer Sexual Behavior in the contexte of the theory of planned Behavior.
Health Psychology, jan.2002, 21, n°1, 71-80.
- Caraël, M., Cleland, J. & Adeokun, L. (1991). Overview and select findings of sexual behaviour surveys. AIDS, 5 (S1). S65-74.
- Catherine, M., L., Alary, M., Gnintoungbé, C., A., B., Bédard, É., Mukenge, L., Géraldo, N., Jossou, P., Lafia, E., Bernier, F., Baganizi, É., Joly, J., Frost, É. & Anagonou, S.(2000). Management of sexually transmitted diseases and HIV prevention in Men at high risk: targeting clients and non-paying sexual partners of female Workers sex in Benin. AIDS, 2000, 14: 2523-2534.
- CCISD (a2001). Projet d'appui à la documentation et à l'évaluation de la phase pilote du Programme multisectoriel de lutte contre les IST à Gaoua dans la province du Poni, Burkina Faso.
- CCISD (b2001). Situation des professionnelles du sexe. Comprendre et atteindre les prostituées clandestines dans le contexte de l'épidémie de VIH/SIDA au Sénégal: de la prostitution aux femmes économiquement et sexuellement Vulnérables. Rapport de mission de Pierre Huygens, mai 2001.
- CCISD (c2001). Rapport final SIDA2 Bénin, Novembre 2001.
- CCISD, (2003). Synthèse régionale AN 2 / SIDA3; période du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2002, Volet Appui à la participation communautaire (APCOM), Annexe 2, 3-4.
- Clément, Francis (2003). Une épidémie qui continue à faire des ravages.
La Gazette, n°344, déc. 2003.
- CNLS (2002). Plan stratégique 2002 – 2006 de lutte contre le SIDA. République du

Sénégal.

- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioural sciences. (2nd Ed.) Hillsdale, N., J.: L. Erlbam Associates.
- Daniel, Vangroenweghe, (2000). Sida et sexualité en Afrique. Éditions Epo.
- Davidson, A.R., Jaccard, J.J., Triandis, H.C., Morales, M.L. & Diaz-Guerro, R. (1976). Cross-cultural model testing toward a solution of the etic-emic dilemma. *International Journal of Psychology*, 11, 1-13.
- Deborah, H., Ventmiglia (2000). Le renforcement des capacités communautaires dans le Sénégal. Page consultée le 28 février 2004. www.fhi.org/fr/captionsf/cp_1996.
- Dia F., L. (2003). Surveillance comportementale: le baromètre du SIDA. *Synergie* 2003; 2:16-17.
- Diaz-Loving, R. & Riveria, A.(1995). Prevention of HIV transmission: application of the Theory of reasoned action the prediction of condom use. *Avances en psicologia clinica latinoamerican*, 1995; 13:71-87.
- Diclemente, R.J. (1991). Predictors of HIV-preventive sexual behavior in a high-risk on adolescent population: The influence of perceived peer norms and sexual communication on incarcerated adolescents consistent use of condoms. *Journal of adolescent health*, 12, 385-390.
- Dilorio, C., Dudley, W.N., Soet, J., Watkins, J. & Maibach, E. (2000). A Social Cognitive-Based Model for Condom Use Among College Students. *Nursing Research*, July/august 2000, 49 (4): 28-214.
- Dixon, D. P., M. & Saul, J. (2003). HIV sexual risk behavior among Puerto Rican Women. *Health care for women international*, Jul 2003; 24 (6): 529-543.
- Enda Tiers monde VIH/SIDA & Croix Rouge Luxembourgeoise (2003). Rapport annuel du Projet VIH/SIDA. Vulnérabilité et prostitution clandestine dans les banlieues populaires de Dakar et MBour. Rapport annuel 2003.
- Edgley, K. M. A. (2002). Condom Use Among Heterosexual Couples. Thesis. School of Psychology University of Ottawa, january 2002, pp.1.
- Estrin, D. (1999). In Ghana, young men's condom use is linked to lack of barriers, perceived susceptibility to HIV infection.

- International Family Planning Perspectives 25 (2):106-107
- Fekadu, Z. & Kraft, P. (2001). Predicting intending contraception in a sample of Ethiopian female adolescents: the validity of theory of planned behaviour. *Psychology and Health*, 2001, (16 92): 207-222
- FHI (2000). Rapport final: l'État et les tendances de la pandémie mondiale du VIH/SIDA. Conférence internationale sur le SIDA de Vancouver.
- FHI, IDA, SFPS & USAID. (2002). Enquête de surveillance des comportements relatifs aux IST/SIDA au Burkina Faso (BSS1).
- FHI, MSP, CDC & USAID (2003). Enquête de surveillance de comportements. Étude complémentaire 2002. Rapport final groupes cibles mobiles : militaires, pêcheurs, routiers et saisonniers.
- Fishbein, M.(1967. Readings in attitude theory and measurement. New york-John Wiley.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research, Don Mills, Ont., Addison-Wesley.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1980). Understanding Attitudes and Predicting Social behavior. Prentice-Hall, Inc, Englewood Cliffs, New Jersey.
- FNUAP (2000).Données sur le Sénégal. Page consultée le 19/03/2003. www.fnuap.sn/sendata.htm.
- Ford, K., Nyoman, W.D. & Muliawan, P. (2002). Social influence, AIDS/STD knowledge, and condom use among male clients of female sex workers in Bali. *AIDS Education and Prevention*, 14 (6), 496-504.
- Gagné, C. & Godin, G. (1999). Les theories sociales cognitives: guide pour la mesure des variables et le développement de questionnaire. Groupe de recherche sur les aspects psychosociaux de la santé. École des sciences infirmières de l'Université Laval. Ste foy, Québec.
- Gagnon, M.-P & Godin, G. (2000). The impact of new antiretroviral treatments on college students' intention to use a condom with a new sexual partner. *AIDS Education and Prevention*, 12 (3), 239-251.
- Genler, Monique (2000). Un continent se meurt, la tragédie du SIDA en Afrique, 2000, stock Édition.

- Gibney, L., Saquib, N. & Metzger, J. (2003). Behavioral risk factors for STD/HIV transmission in Bangladesh's trucking industry.
Social science and medicine, april 2003; 56 (7): 1411-1424.
- Glasman, L.R. & Albarracin, D. (2003). Models of Health-Related-Behavior: A study of Condom Use in Two Cities of Argentina.
AIDS and Behavior, 7 (2), jun 2003.
- Godin, G., Shephard, R.J. (1983). Physical fitness promotion program: effectiveness in modifying exercise behaviour.
Canadian Journal of Applied Sport Sciences, 8; 103-113.
- Godin, Gaston (1988). Les fondements psychosociaux dans l'étude des comportements reliés à la santé. Santé Société. La promotion de la santé : Concepts et stratégies d'action.
Collection Promotion de la santé, vol. 2, partie 1, (5-6).
- Godin, G. (1991). L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la Définition des messages éducatifs. Sciences Sociales et Santé, vol. 9, n° 1, mars 1991.
- Godin, G. (1994). The theories of reasoned action and planned behavior: Overview of findings, emerging research problems and usefulness for exercise promotion.
Journal of Applied Sport Psychology, Sept 1993; 5 (2): 141-157.
- Godin, G., Savard, J., Kok, G., Fortin, C. & Boyer, R. (1996). HIV seropositive gay men: understanding adoption of safe sexual practices.
AIDS Education and Prevention 8 (6): 529-545, 1996. The Guilford Press.
- Godin, G., Maticka-Tyndale, E., Adrien, A., Manson-Singer, S., Willms, D. & Cappon, P. (1996). Cross-Cultural testing of Three Social Cognitive Theories: an application to Condom Use.
Journal of Applied Social Psychology, 1996, 26, 17, pp. 1556-15586.
- Godin, G., Gagnon, H., Alary, M., Noël, L., Morissette, M.R. (2001). Correctional officers' intention of accepting or refusing to make HIV preventive tools accessible to inmates.
AIDS Education and Prevention, 13 (5): 462-473.
- Godin, G. (2002). Le changement des comportements de santé – tiré de Fischer, G-

- N. (2002). *Traité de psychologie de la santé*. Dunod 2002.
- Godin, G., Morin, D., Trudelle, M. & Sawadogo, M-R. (2003). *Protocole de recherche non publié: Étude sur les déterminants de l'intention d'adopter un comportement de prévention des IST/VIH chez des clientèles cibles de SIDA3*. Version finale juin 2003.
- Gomès, D.E.S.M.E., Etherdge, G.D. (2002). How to reach clients of female sex workers: a Survey "by surprise" in brothels in Dakar, Senegal. *Bulletin of World Health Organization* 2002, 80 (9).
- Gomès, D.E.S.M.E., Etherdge, G.D. (2003). HIV prevalence and sexual behaviour of male clients of brothel's prostitutes in Dakar, Senegal. *AIDS CARE*, 15 (1), p. 53-62.
- Gras, M.J., Van Benthem, B.H., Coutinho, R.,A. & Van den Hoek, A.(2001). Determinants of high-risk sexual behavior among immigrant groups in Amsterdam: implications for interventions. *Journal of Acquire Immune Deficiency Syndrom*. 2001 Oct, 1; 28(2):166-72.
- Gregson, S., Nyamukapa, C. A., Garnett, G.P., Mason, P.R., Zhuwau, T., Carael, M. Chandiwana, S.K. & Anderson, R.M. (2002). Sexual mixing patterns and sex differentials in teenage exposure to HIV infection in rural Zimbabwe. *Lancet*, jun 2002; 359 (9321): 1896-1903.
- Hartung, T.K., Nash, J., Ngubane, N. & Fredlund, V. G. (2002). AIDS awareness and sexual behaviour in a high HIV prevalence area in rural northern Kwazulu-Natal, South Africa. *International-Journal-of-STD-and-AIDS*. Dec 2002; Vol 13 (12): 829-832.
- Heywood, M. (1999). Trente millions et ça continue. L'urgent besoin de passer des politiques à des interventions complètes. *Bulletin canadien VIH/SIDA et Droit*. Printemps 1999, 4, n° 2-3.
- Huyens, P. (2001). Comprendre et atteindre les prostituées clandestines dans le contexte de l'épidémie du VIH/SIDA au Sénégal: De la prostitution aux femmes économiquement et sexuellement vulnérables. Rapport mission. Page consultée le 19/03/2003 www.ccsid.org/fra/f_documents/rpt_huyens.PDF
- ICAD, (2002). *Le SIDA en Afrique subsaharienne*. Déc. 2002.
- Irving, Jacqueline (1999). *Le SIDA touche surtout les jeunes : il faut réduire le nombre*

- de jeunes séropositifs en Afrique subsaharienne. Afrique relance- ONU.
- Jemmott, L.S. & Jemmott, J.B. (1991). Applying the theory of reasoned action to AIDS risk behavior: Condom use among Black women. *Nursing research*, July/Aug 1991; 40 (4): 228-234.
- Johnson, B. L., Von Haefen, I., Fishbein, M., Kasprzyk, D. & Montano, D. (2001). factors influencing IDU and non- IDU female commercial sex workers' intentions to always use condoms for vaginal sex with their regular partners. *Psychology Heath & Medecine*, 6, n°2: 207-220.
- Ka, Oyediran (2003). Determinants of condom use among monogamous men in Ondo State, Nigeria. *Journal Health Popular Nutr.* 2003 Dec; 21(4):358-66.
- Kamya, M., McFarland, W., Hudes, E.S., Ssali, A., Busuuulwa, R., Hearst, N. (1997). Condom use with casual partners by men in Kampala, Uganda. *AIDS* 1997, 11 (suppl 1): S61-S66.
- Kane, F. et al., (1993). Temporary expatriation is related to HIV-1 infection in rural Senegal. *AIDS* 7, n° 9:1261-1265
- Kapiga, S.H. & Lugalla, J.L.P. Sexual behaviour patterns and condom use in Tanzania: results from the 1996 demographic and Health survey. *AIDS-Care*. Aug 2002; 14 (4): 455-469.
- Katjavivi, P. (2003). Réponse des institutions Africaines d'enseignement supérieur à la pandémie du VIH/SIDA. Conférence de l'Association des Universités africaines. Île Maurice, mars 2001.
- Kelma-Kelmaghreb (2001). Le SIDA et les homosexuels au Maroc- la situation en Algérie – la Mauritanie.
- Kenski, K., Appleyard, J., von-Haefen, I., Kasprzyk, D., & Fishbein, M.(2001). Theoretical determinants of condom use intentions for vaginal sex with a regular partner among male and female injecting drug users. *Psychology Health and Medecine*, 2001; 6 (2): 179-190.
- Koné, A., Zerbo, P.-J. , Avoaka, M. J., Yéboué, M., Boitini, C., Essombo, J., Willis, B., Sombo, M., Kouamé, B., Beaudry, R. (2002). Dépistage actif des IST chez les prostituées à Bouaké, Côte d'Ivoire. *JAS* 2002, Québec.
- Laraque, D., Diane, E. M., Brown-Peterside, P., Diane, A., Diamond, B. (1997).

Predictors of reported Condom Use in Centreal Harlem Youth as
Conceptualized by the Health Belief Model.

Journal of Adolescent Health, 1997; 21: 318-327.

- Laurent, C., (2002). Spécificités de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine en Afrique subsaharienne et conséquences pour la prise en charge à propos d'études menées au Sénégal et au Cameroun entre 1996 et 2002.
Thèse no 1002 pour le Doctorat, Université Bordeaux 2.
- Lau, T.F., Joseph, Tang, A. S.Y. & Tsui, H.Y. (2003). The relationship between condom use, sexually transmitted diseases, and location of commercial sex transaction among Hong Kong clients. *AIDS* 2003, 17:105-112.
- Lavoie, . & Godin, G. (1991). Correlates of intention to use condoms among auto mechanic students. *Health Education Research*, 6 (3): 313-316.
- Loenzien, de Myriam (2002). Connaissances et attitudes face au VIH/SIDA. Collection «Populations». L'Harmattan.
- Léonard, L., Ndiaye, I., Kapadia, A., Eisen, G., Diop, O., Mboup, S., Kanki, P. (2000). HIV prevention among of female sex workers in Kaolack, Senegal : Results of a peer education program. *AIDS Education and prevention*, 12 (1), 21-37, 2000.
- Lowndes, C. M., Alary, M., Meda, H., Gnintoungbé, C. A. B., Mukenge-Tshibaka, Adjovi, C., Buvé, A., Morison, L., Laourou, M., kanhonou, L. & Anaogonou, S. (2002). Role of core and bridging groups in the transmission dynamics of HIV and STIs in Cotonou, Bénin, West Africa.
Sex transm Infect 2002; 78 (Suppl 1): i69-i77.
- MacDonald, N.E., Wells, G.A., Fisher, W.A., Warren, W.K., King, M.A., Doherty, J.A. & Bowie, W.R. (1990). High-Risk STD\HIV behaviour among college students, *JAMA*, 263 (23), 3155-3159.
- Matick-Tyndale, E. (1991). Sexual scripts and AIDS prevention: variations in adherence to Safer-ex guide lines by heterosexual adolescents.
The Journal of sex Research 28 (1), 45-66.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M-C., Turcotte, D. & collaborateurs(2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Éditeur Gaëtan Morin, Montréal et Paris.

- Mckeganey, N. & Barnard, M. (1996). Sex work on the streets. Prostitutes and their clients. Open University Press Buckingham . Philadelphia.
- Meekers, D. & Klein, M. (2002). Determinants of condom use among young people in urban Cameroon .
Studies in Family Planning. Dec 2002; 33 (4): 335-346
- Meekers, D. (2003). Patterns of condom use in urban males in Zimbabwe: Evidence from 4,600 sexual contacts. AIDS-Care, jun 2003; 15 (3): 291-301.
- Morison, J., Weiss, H.A., Buvé, A., Carael, M., Abega, S-C., Kaona, F., Kanhonou, L., Chege, J., & Hayes, J. (2001). Commercial sex and the spread of HIV in four cities in sub-Saharan Africa.
AIDS, 2001, 15 (Suppl 4): S61-S69.
- MSPAS (1997). Plan National de Développement Sanitaire et social 1998- 2007.
- MSP, CNLS, USAID, FHI et CDC (2002). Bulletin épidémiologique du VIH/SIDA N° 9, mars 2002.
- MSP, USAID, FHI, CDC et CNPS (2000). Bulletin épidémiologique HIV, n° 8, déc. 2000.
- Mutum, G. (2001). Le Malawi aide les orphelins du SIDA- La protection des enfants africains. Afrique Relance, oct. 2001, 15 (3):17.
- Nations Unies (1996). Impacts du VIH/SIDA sur les systèmes d'exploitations agricoles en Afrique de l'Ouest. Relevé épidémiologique hebdomadaire, n°48, 1996.
- Nations Unies & Institut IDEA International (2003). Impact du VIH/SIDA sur les secteurs de développement en République Centrafricaine et liens avec les objectifs du Millénaire pour le développement.
- NDiaye, S., Ayad, M. & Gaye, A. (1977). Enquête Démographique et de Santé au Sénégal (EDS-III), République du Sénégal, Ministère de l'Économie et des Finances et du Plan, Direction de la Prévision et de la statistique, Dakar, MacroInternational Inc., p. 238.
- Niang, C.I. & OMS (1995). Négociations sexuelles et utilisation du préservatif féminin à Kolda et à Kaolack, Sénégal. Projet OMS.
- Nor, Malika (2001). La prostitution. La collection «idées reçues».
Édition le Cavalier Bleu.
- OMS (1996). Le Dossier mère- enfant: Guide pour une maternité sans risque.

Programme de santé maternelle et maternité. Division de la Santé de la Famille,
Organisation mondiale de la santé, Genève 1996.

Guide pratique WHO / FHE / MSM / 94. 11 REV.1

OMS (1998). Lutte contre les maladies sexuellement transmissibles: stratégie régionale
1998-2002. Bureau régional pour l'Afrique.

OMS (2001). Situation de l'épidémie du VIH/SIDA en Côte D'Ivoire.
www.oms.ci/projet.html

OMS Maroc (2002). Campagne Sida 2002: le geste Royal.

OMS (2004). Estimation du nombre de personnes nécessitant un traitement antirétroviral à
la fin 2005 : 16.000. Objectif déclaré du gouvernement: 20.000 sous traitement
antirétroviral d'ici 2005.
www.who.int/3by5/publications

ONUSIDA (1998). Initiative Ouest Africaine pour une réponse à l'épidémie du
VIH/SIDA (IOA).

ONUSIDA (2000). Commission économique de l'ONU pour l'Afrique, le Sida en
Afrique: situation par pays.

ONUSIDA (2000). Rapport sur la pandémie du VIH/SIDA, juin 2000.

ONUSIDA (2000). Accord cadre de collaboration entre l'Équipe inter-pays de
l'ONUSIDA pour l'Afrique de l'Ouest, du Centre et le Centre de
Coopération Internationale en santé et de Développement CCISD.

ONUSIDA (2001). Initiative des pays du bassin du Lac Tchad. Programme sous régional
de réduction de la vulnérable et du risque IST/VIH/SIDA dans le contexte de
la mobilité dans les pays du Lac Tchad: Cameroun, Niger, Nigéria, RDC et
Tchad. Page consultée 16/9/2004.

ONUSIDA/OMS (2002). Le point sur l'épidémie du VIH/SIDA. OMS, Genève.
www.unaids.org/ Page consultée le 27/01/2003.

ONUSIDA/OMS (2003). Bilan de l'épidémie de SIDA dans le monde en 2003. Page
Consultée le 6/2004.

ONUSIDA (a2002). Pauvreté, dette et SIDA: Expériences et stratégies des pays africains.
Allègement de la dette et Lutte contre le VIH/SIDA au Cameroun: contexte,
défis et perspectives. Page consultée le 23/10/2004.

www.onusida-aoc.org/Fr/pauvreté.

ONUSIDA (b2002). Analyse de la situation et de la réponse aux IST/VIH/SIDA dans le contexte de conflit et de mobilité dans les pays du bassin du Fleuve Mano: Sierra Léone, Libéria et Guinée. Consulté le 23/10/2004.

www.onusida.org/Fr/initiative20%Fleu

ONUSIDA (a2003). Le Cameroun doit renforcer ses efforts actuels pour éviter une aggravation de l'épidémie de SIDA, déclare le Directeur exécutif de l'ONUSIDA. Page consultée le 23oct 2004.

[www.hivernet.ch:8000/africa/safco/viewR? 462](http://www.hivernet.ch:8000/africa/safco/viewR?462)

ONUSIDA/OMS (2003). Rapport de l'ONUSIDA de 2003 : Le nombre de l'infection et de décès dus au VIH n'a jamais été aussi élevé dans le monde. Page consultée le 22/10/2004.

www.infosud.org/showArticle.php?article=480

ONUSIDA/OMS (2003). Le point dur l'épidémie de SIDA. Décembre 2003.

ONUSIDA (b2003). Aide-mémoire et statistiques. VIH/SIDA: Statistiques et caractéristiques régionales, fin 2003. Page consultée le 08/9/2004.

<http://www.banquemondiale.org/EXT/French.nsf/>

ONUSIDA (c2003). Rapport de situation sur la riposte mondiale à l'épidémie du VIH/SIDA, 2003. Page consultée le 22/10/2004.

http://www.unaids.org/ungass/fr/exec/UNGASSexec00_fr.htm#TopOfPage

ONUSIDA (a2004). Accélérer l'action contre le SIDA en Afrique: le SIDA et la sécurité Alimentaire. Page consultée 16/9/2004.

[www.unisida.org/icasa /fr /ICASA04 fr.htm.](http://www.unisida.org/icasa/fr/ICASA04_fr.htm)

ONUSIDA (b2004). Un aperçu mondial de l'épidémie du SIDA. Rapport 2004 sur l'épidémie mondiale de SIDA 4é rapport mondial. Consulté le 10/03/2005.

www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004

Orubuloye, I.O., Caldwell, J.C. & Caldwell, P. (1992). Diffusion and Focus in Sexual networking: Identifying Partners and Partners'Partners. *studies in Family Planning* 1992; 23, (6):343-351

Organista, K.C., Organista, P.B., Bola, J.R., Gracia de Alba, J.E. & Castillo Moran, M.A. (1996). AIDS and condom-related knowledge, beliefs, and behaviors in

- Mexican migrant laborers. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, aug 1996; 18 (3): 392-406.
- Organista KC, Organista, B.P., Garcia de Alba J.E., Castillo Moran M.A., Ureta Carrillo L.E. (1997) Survey of condom-related beliefs, behaviours, and perceived social norms in Mexican migrants laborers. *Journal Community Health*, 1997; 22 (3):185-98.
- Organista, K.C., Organista, P.B., Bola, J.R., Gracia de Alba, J.E. & Castillo Moran, M.A. (2000). Predictors of condom use in Mexican migrant laborers. *American Journal Community Psychology*, 28, 245-265
- Otis, J., Godin, G., Lambert, J. & Pronovost, R. (1991). Étude des déterminants psychosociaux de l'utilisation du condom chez les adolescents et adolescentes de cinquième secondaire. Projet de recherche subventionné par le conseil québécois de la recherche sociale (RS- 1453).
Rapport de recherche. Green Field Park.
- Pickering, H., Todd, J., Quigley, M., Hayes, R. et al. (1993). Determinants of condom use in 24000 prostitute/client contacts in the Gambia, *AIDS*, 7: 1093-1099.
- Piot, P. (2003). La viabilité des opérations de maintien de la paix est menacée par la pandémie du VIH/SIDA. Communiqué de presse CS/2583-ONU.
www.un.org/New/fr-press/docs/2003/cs2583
- Piot, P., Kapita, B., M., Mann, J., M., Wabitsch, R. (1993). SIDA en Afrique. Manuel du praticien Organisation mondiale de la santé Genève.
- Poulin, C., & Braham, L. (2001). The association between substance use, unplanned Sexual intercourse and other sexual behaviours among adolescent students. *Addiction*, 96 (4): 607.
- Poupart, J., Deslaurier, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A. Mayer, R., & Pires, A., P. (1997). La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Éditeur Gaëtan Morin. Montréal- Paris- Casablanca.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1995). *Nursing research: principles and methods*. Philadelphia J.B. Lippincott Company 1995, 5th Edition.
- Prochaska, J.O. & Diclemente, R.J. (1986 In Côté, F. et Godin, G., 2003). La théorie sociale cognitive de Bandura et le modèle transthéorique de Prochaska.

Document destiné aux professeures en sciences infirmières du consortium Centre-du-Québec. Faculté des Sciences infirmières de l'Université Laval, Août 2003 (document non publié).

- Pulerwitz, J., Izazola, L., J.A. & Gortmaker, S.L. (2001). Extrarelational sex among mexican men and their partners' risk of HIV and other sexually transmitted diseases.
American journal of public health, oct 2001; 91 (10): 1650-1652.
- PNUD (2002). Sida: L'Afrique subsaharienne est la partie du monde la plus touchée. Document publié par le programme des nations unies sur l'ONUSIDA en juillet 2002. Page consultée le 16/9/2003
[hptt // usinfo.state.gov / regional /af / usafr / French](http://usinfo.state.gov/regional/af/usafr/French)
- PNUD (2003). Le Burkina reçoit 26 millions de dollars pour lutter contre le VIH/SIDA et le paludisme. Page consultée le 12/9/2004
www.undp.org/dpa/french
- PNUD (2004). Les libériens espèrent une aide après la conférence des donateurs des 4 et 5 février à New York. Rapport mondial sur le développement humain 2004. Page consultée le 04/10/2004.
www.undp.org/french/prliberiafeb04-f.htm
- Raj, A. (1996). Identification of social cognitive variables as predictors of safer sex behavior and intent in heterosexual college students.
Journal of Sex and Marital therapy, 22, 247-258.
- Ramjee, G. & Gouws, A.E. (2002). Prevalence of HIV among truck drivers visiting sex workers in KwaZulu-Natal, South Africa.
Sex Trans Dis. 2002 jan, 29 (1): 44-9.
- Rannie, Katherine.R. N. & Craig, Dorothy, M. (1997). Adolescent Female's Attitudes subjective Norms, Perceived behavioral Contrôl, and Intentions to Use latex Condoms. Public health Nursing, 14, n°1; 51-57.
- Reinecke, J. Schmidt, P. & Ajzen, I. (1996). Application of Planned Behavior to Adolescents' Condom Use: A Panel Study.
Journal of Applied Social Psychology, may 1996, 26, 9, pp. 749-772.
- Réseauivoire (2005). Santé. HIV/SIDA. Pourquoi ça nous concerne tant. Information santé.

- Rezo-Ivoire.net. Consulté le 15/08/2005.
<http://www.rezo-ivoire.net/information/index.asp>
- Richard, R., Van der Pligt, J. & de Vries, N. (1995). Anticipated affective reactions and prevention of AIDS. *British Journal of social Psychology*, 34, 9-21.
- Richard, R., Van der Pligt, J. & de Vries, N. (1996). Anticipated regret and time perspective: changing sexual risk-taking behaviour. *Journal of Applied Social Psychology*, 28: 1411-1428.
- Rinn, M. (2002). Les discours sociaux contre le SIDA. Rhétorique de la communication publique. Culture et communication. DeBoeck Université Bruxelles.
- Rivers, K., & Aggleton, P. (1999). Les hommes et l'épidémie du Sida. New York: UNDP HIV and Development Program. Page consultée le 05/2/2004.
www.undp.org/hiv/publications/gender/menf.htm.
- RMD (2003). Rapport annuel d'activités de la région médicale de Dakar.
- Rollnick, R. (2002). L'offensive du Botswana contre le SIDA. Un programme de distribution à grande échelle de médicaments, qui a une valeur de test. *Afrique Relance*, sept 2002; 16 (2-3); 4 pp.
- Rosengard, C., Adler, E.N., Gurvey, J.E., Dunlop, B.V.M., Tschann, J.M., Millstein, S.G. & Ellen, J.M. (2001). Protective Role of Health Values In Adolescents' future Intentions to Use Condoms. *Journal of Adolescent Health*, 2001; 29: 200-207.
- Sakar, N. N. (2001). Adolescents' and young adults' sexual behaviour, STD and AIDS. *international medecine journal*, sep 2001; 8 (3): 167-173.
- Salabarria-Peña, Y., Lee, J.W., Montgomery, S.B. Hopp, W.H. & Muralles, A.A. (2003). Determinants of female and Male condom use among immigrant women of American Descent. *AIDS and Behavior*, June 2003, 7 (2): 163-174.
- Sanderson, C.A. & Jemmott, J.B. (1996). Moderation and mediation of HIV-prevention interventions: relationship status, intentions, and condom use among college students. *Journal of Applied Social Psychology*, 26, 2076-2099.
- Santé Canada (2001). Informations sur la maladie du VIH/SIDA. Programme de Médecine de voyages.
- Santé Canada (2004). Afrique du Sud, Cadre de programmation Ubuntu. Travailler pour un

- meilleur avenir. Page consultée le 28/03/2004.
www.acdi-cida.gc.ca/CIDAWEB/webcountry.
- Santé tropicale (2004). Sida, quand les chiffres tuent. Centrafrique
www.santetropicale.com/Actualites/0104/0104_6.htm
 Page consultée le 20/02/2005.
- Shreedhar et al., (1995). AIDS in India. Harv. AIDS Rev. 1995 Fall: 2-9.
- Songue, P. (1986). Prostitution en Afrique. L'exemple de Yaoundé.
 Éditions L, Harmattan. P. 21.
- SOW, N., K. (2004). Le lourd tribut à payer par les enfants.
 Agence de Presse Sénégalaise Dakar, Janvier 2004. Page consultée le 09/02/2004.
www.sentoo.sn/fr/cobranding/santé
- Sutton, S., McVey, D. & Glanz, A. (1999). A comparative Test of Theory of Reasoned action and the Theory of planned Behavior in The prediction of Condom use Intention in a National Sample of English young People. Health Psychology, Jan. 1999; 18, n° 1, 72-81.
- Taverne, B. (1996). Stratégies de communication et stigmatisation des femmes: lévirat et SIDA au Burkina Faso. Sciences sociales et santé, 14, n° 2, pp.87-106.
- Thato, S., Charron-Prochownik, D., Albrecht, S. A. & Stone, C.A. (2003). Predictors of Condom Use Among Adolescent Thai Vocational Students.
 Journal of Nursing Scholarship, 2003; 35 (2), 157-163.
- Theodorakis, Y. (1994). Planned behavior, attitude strength, role identity, and the prediction of exercise behaviour. Sport Psychologist, 8, 149-165.
- Thomas, B.-E., Rehman, F., Malaisamy, M., Dilip, M., Suhadev, M., Priyadarsini, P., Purushothoam, N. K. & Swaminathan, S. (2004). A Study of Condom Acceptability Among Men in an Urban Population in South India. AIDS-and-Behavior. Jun 2004; 8 (2): 215-220.
- Tounsi, S. (2003). Libéria-SIDA: Après la guerre, c'est le SIDA qui risque de ravager le Liberia. AFP, 6 nov. 2003. Page consultée le 28/10/2004.
www.jeuneafrique.com/gabarits/articleAFP
- Touré, A. (2001). Le combat pour la vie des personnes vivant avec le VIH. Le Soleil Dakar, Août 17, 2001. Page consultée le 24/12/2003.

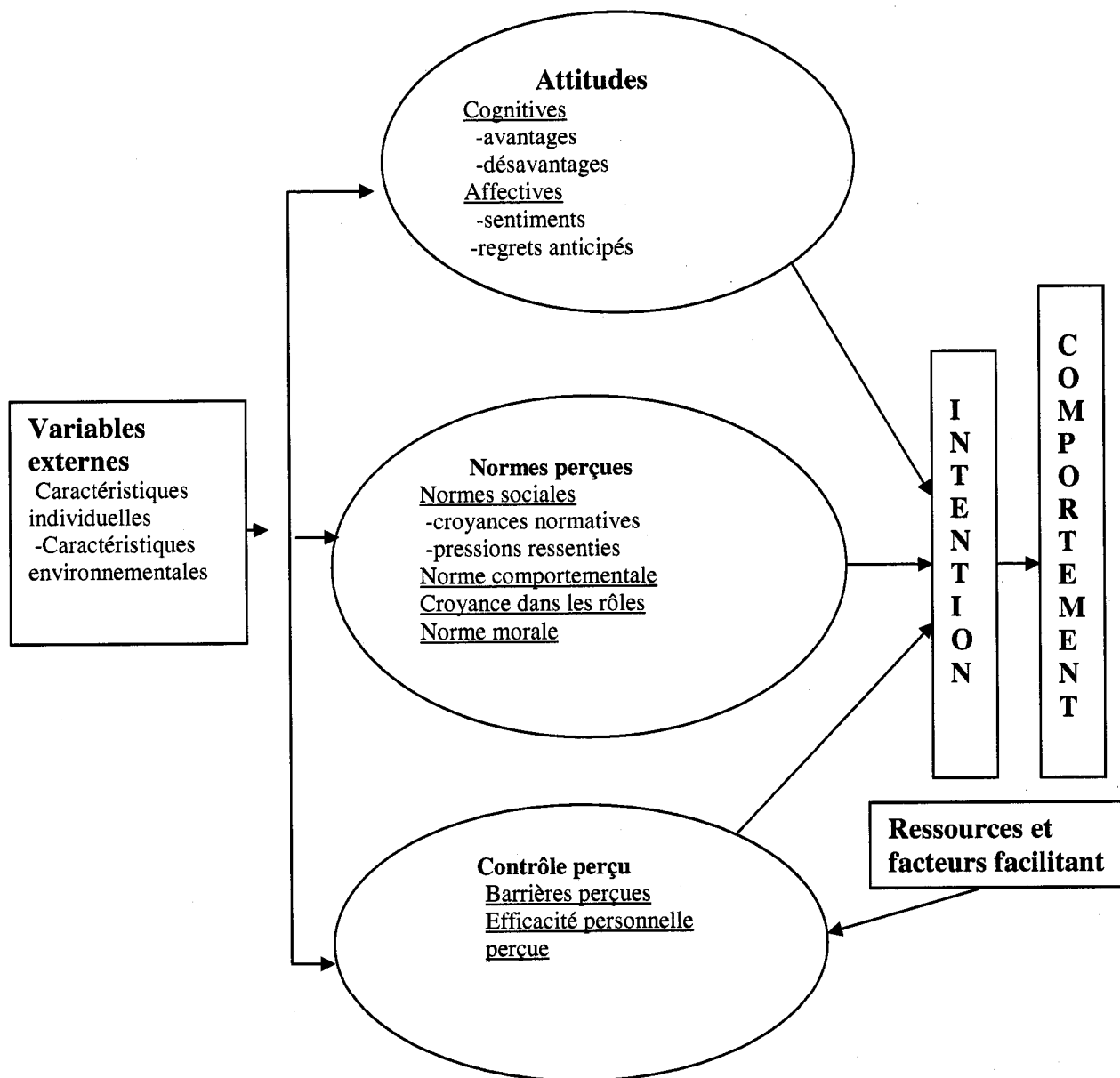
www.aidtransparency.org/français/presserevuedetail.cfm

- Triandis, H.C. (1977). Interpersonal behavioral. Brook/Cote, Monterey, CA.
- Triandis, H.C. (1980). Values, Attitudes and Interpersonal Behavior. In Nebraska Symposium on motivation, 1 979: Belifs, attitudes and values. Vol.1, pp195-259. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- UNICEF, (2002). Journée mondiale de lutte contre le SIDA en 2002. Page consultée le 27/01/2003.
- www.unicef.org/frenc/aids
- UNICEF, (c2003). Quelle est l'étendue de l'épidémie du VIH/SIDA. Page consultée le 12/03 /2003.
- www.unicef.org/french/aids/index_epidemic.html
- UNFPA (2002). Situation épidémiologique de l'infection VIH/SIDA au Niger.
- UNICEF (2001). Un rapport examine l'augmentation alarmante du nombre des enfants dont les parents ont succombé au SIDA dans le monde. Communiqué de presse Barcelone (Espagne) Juillet 2001.
- UNICEF (2002). La situation des enfants dans le monde. Éducation et VIH/SIDA au Malawi.
- UNICEF (a2003). En bref: Kenya- Statistiques. Informations par pays. Consulté le 1e11/01/2004
- UNICEF (b2003). En bref: Maroc- Statistiques. Informations par pays. Consulté le11/01/2004
- UNICEF (d2003). En bref: Nigéria- Statistiques. Informations par pays. Consulté le 11/01/2004.
- USAID (2000). Country Health statistical Report Sénégal. March 2004. Consulté le 12/10/2004
- U.S. Bureau of the census (1996). Recent HIV seroprevalence levels by country (research Note n° 21). Washington, DC: International Programs Center, Population Division, U.S.Bureau of census.
- Van Empelen, P., Kok, G., Jansen, M.W.J. & Hoebe, C.J.P.A. (2001). The additional value of anticipated regret and psychopathology in explaining intended condom use among drug users.AIDS CARE (2001), Vol.13, N° 3, pp 309-318.

- Vangroenweghe, D. (2000). SIDA et sexualité en Afrique. Éditeur EPOS Bruxelles
- Van Rossem, R., Meekers, D. & Akinyemi, Z. (2001). Consistent condom use with different of partners: Evidence from two Nigerian surveys. *AIDS Education and Prevention*, 13 (3), 252-267, 2001 The Guilford Press.
- Valois, P., Godin, G. & Desharmais, R. (1991). Théories de prédiction du comportement: - la théorie de l'action raisonnée-la théorie du comportement interpersonnel-la théorie du comportement planifié. Monographies du département de mesure et évaluation. Vol. 4 (1), Université Laval Ste Foy, Québec.
- Vermette, L. & Godin, G. (1996). Nurses' intentions to provide home care. The impact of AIDS and homosexuality. *AIDS-Care*. Aug 1996; 8 (4): 479-488.
- Villarruel, A.M., Jemmott, J.B.III., Jemmott, L.S. & Ronis, D.L. (2004). Prediction of Sexual intercourse and condom use intentions among Spanish- dominant Latino youth. A test of the planned behaviour theory. *Nursing Research*, may-jun 2004; 53 (3): 172-181.
- Wong, M.L., Lukert, I., Dy, B.C., Pen, S., kros, S. & Chit, M. (2003). Social and Behavioural factors associated with condom use among direct sex workers in Siem Reap, Cambodia. *Sex Transm Infect* 2003, 79:163-165.
- Wetzel, L. (2000). Zambie jeunesse Debout! Amis de la mission n° 99. Page consultée le 13/09/2004.
<http://soeurs-blanches.cef.fr/journ99a.htm>
- Wiggers, L.C.W., De Wit, John.B. F., Gras, M. J., Roel, A.C. & Hoek, A.V.D. (2003). Risk behavior and Social- cognitive determinants of condom use among ethnics minority communities in Amsterdam. *AIDS Education and Prevention*; oct. 2003; 15, (5), 430-447.
- Wulfert, E., Wan, C.K.(1993). Condom use: self- efficacy model. *Health Psychology*, 12 (5):346-353.

ANNEXE A

Figure1: Modèle intégrateur des déterminants du comportement

**Description des variables explicatives du modèle intégrateur de Godin (2002)**

Source: Godin, G. (2002). Le changement des comportements de santé. Tiré de Fischer, G-N. (2002). Traité de psychologie de la santé. Dunod, Paris, 2002.

ANNEXE B

GUIDE D'ENTREVUE destiné aux petits amis de TS

L'intention d'avoir une relation sexuelle avec l'usage de condom avec sa conjointe ou petite amie travailleuse du sexe.

Identification des croyances saillantes (Godin ,Morin et al, 2003)

Thème1: Croyances saillantes comportementales et dimension affective.
--

1. Quel(s) **avantages voyez- vous à utiliser un condom** lors d'une relation sexuelle avec votre conjointe ou votre petite amie qui est travailleuse du sexe au cours des deux prochains mois?
2. Quel(s) **désavantages voyez- vous à utiliser le condom** lors d'une relation sexuelle avec votre conjointe ou votre petite amie qui est travailleuse du sexe au cours des deux prochains mois?
3. Quels **sentiments ou émotions** vous viennent à l'esprit quand vous imaginez que vous allez utiliser un condom la prochaine fois que vous aurez une relation sexuelle avec votre conjointe ou votre petite amie qui est travailleuse du sexe?
4. Quels **sentiments ou émotions** vous viennent à l'esprit quand vous imaginez que vous n'utiliser pas de condom la prochaine fois que vous aurez une relation sexuelle avec votre conjointe ou votre petite amie qui est travailleuse du sexe?

Thème 2. Croyance et contrôle

5. Si vous pensez à la dernière fois que vous avez eu une relation sexuelle avec votre conjointe ou petite amie qui est travailleuse du sexe, qu'est ce qui vous aurait le plus **poussé (ou aidé) à utiliser le condom?**
6. Si vous pensez à la dernière fois que vous avez eu une relation sexuelle avec votre conjointe ou votre petite amie qui est travailleuse du sexe, qu'est ce qui vous aurait le plus **poussé à ne pas utiliser le condom?**

Thème 3 Croyances normatives

7. Selon vous, qui **approuverait** si vous utilisez le condom lors d'une relation sexuelle avec votre conjointe ou votre petite amie qui est travailleuse du sexe?
8. Selon vous, qui **n'approuverait pas** si vous avez eu une relation sexuelle avec condom avec votre conjointe ou votre petite amie qui est travailleuse du sexe?

9. Selon vous, quel genre d'homme **accepte d'utiliser un condom** lors d'une relation sexuelle avec votre conjointe ou votre petite amie qui est travailleuse du sexe?

10. Selon vous, quel genre d'homme **refuse d'utiliser un condom** lors d'une relation sexuelle avec votre conjointe ou votre petite amie qui est travailleuse du sexe?

ANNEXE C

QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX PETITS AMIS DES TRAVAILLEUSES DU SEXE.

Numéro du questionnaire

Numéro de saisie:.....

Date de l'introduction du questionnaire:.....

Nom de l'enquêteur ou enquêtrice:.....

Bonjour, je vous remercie d'avoir bien voulu accepter de participer à cette étude. Préoccupé par la problématique de l'épidémie du SIDA dans le district de Rufisque (Sénégal), nous désirons en savoir plus sur les déterminants de l'usage du condom chez les petits amis des travailleuses du sexe. Votre collaboration sera très précieuse. L'honnêteté et le sérieux que vous voulez bien y consacrer détermineront la qualité des résultats.

Il suffira d'environ 35 minutes pour compléter le présent questionnaire.

Questions sociodémographiques

1. Site (maison/quartier): _____

2. Nationalité: _____

3. Pays d'origine: _____

4. Ethnie: _____

5. Religion : _____

6. Quel est votre âge? _____

7. Quel est votre niveau de scolarité?

1 = non scolarisé

2 = primaire

3 = secondaire

4 = supérieur

5 = pas de réponse

8. Quelle est votre profession?

1 = commerçant, vendeur

2 = fonctionnaire

3 = chauffeur, camionneur

- 4 = ouvrier (mécanicien, électricien...)
- 5 = étudiant
- 6 = apprenti
- 7 = pêcheur
- 8 = autres, préciser: _____

9. Quelle est votre situation matrimoniale actuelle?

- 1 = célibataire
- 2 = marié (en polygamie)
- 3 = marié (en monogamie)
- 4 = divorcé
- 5 = veuf
- 6 = séparé

Comportement sexuel

10. Avez-vous des rapports sexuels avec une ou plusieurs TS en tant que client?

- 1 = Oui 2 = Non

11. Avez-vous des rapports sexuels avec une ou plusieurs TS en tant que partenaire sexuel non payant (mis à part comme boy-friend/petit ami)? 1 = Oui 2 = Non

12. En dehors des TS, avez-vous d'autres partenaires sexuelles ? 1 = Oui 2 = Non

13. Avez-vous déjà utilisé un condom? 1 = Oui 2 = Non

14. À quelle fréquence avez-vous utilisé les condoms avec votre petite amie TS, dans le dernier mois?

- 1 = jamais (0)
- 2 = parfois (1 à 4 fois sur 10)
- 3 = souvent (5 à 9 fois sur 10)
- 4 = toujours (10 fois sur 10)
- 5 = pas de réponse

15. Avez-vous utilisé le condom lors de votre dernier rapport sexuel avec votre petite amie TS?

- 1 = Oui 2 = Non 3 = Pas de réponse

16. Avez-vous les moyens de vous procurer des condoms?

- 1 = Oui 2 = Non

17. Où trouvez-vous habituellement des condoms pour vos besoins personnels?

- 1 = à l'officine
- 2 = au centre de Planning familial / à l'hôpital
- 3 = chez le gestionnaire du site ou du bar
- 4 = autres.

18. Si vous utilisiez le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS cela vous permettrait de prévenir le Sida.

Tout à fait	assez	plus ou moins	non pas du tout
Sûr	sûr	sûr	sûr

19. Vos chances d'utiliser le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS sont...

Très élevées	assez élevées	faibles	nulles

20. Vous sentez-vous capable d'utiliser le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS, même lorsque vous aurez consommé beaucoup d'alcool (ivre) une heure avant un rapport sexuel?

Tout à fait	assez	plus ou moins	non pas du tout
Sûr	sûr	sûr	sûr

21. Pour vous, utiliser un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS serait ...

Très	assez	plus ou moins	non pas du tout
Sécurisant	sécurisant	sécurisant	sécurisant

22. Si vous utilisiez le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS cela vous éviterait une grossesse non désirée à votre petite amie TS.

Tout à fait	assez	plus ou moins	non pas du tout
Sûr	sûr	sûr	sûr

23. Lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS, si elle exige le condom allez-vous l'utiliser?

Tout à fait	assez	plus ou moins	non pas du tout
Sûr	sûr	sûr	sûr

24. Selon vous, les personnes que vous aimez le plus vous recommanderaient-elles d'utiliser un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS?

Tout à fait	assez	plus ou moins	non pas du tout
Sûr	sûr	sûr	sûr

25. Voulez-vous utiliser un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS?

Tout à fait	assez	plus ou moins	non pas du tout
Sûr	sûr	sûr	sûr

26. Vous sentez-vous capable d'utiliser le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS, même si vous n'étiez pas habitué à utiliser un condom avec elle?

Tout à fait	assez	plus ou moins	non pas du tout
Sûr	sûr	sûr	sûr

27. Votre petite amie TS approuverait-elle d'utiliser le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec elle?

Tout à fait	assez	plus ou moins	non pas du tout
Sûr	sûr	sûr	sûr

28. Pour vous, utiliser un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS serait...

Très inquietant	assez inquietant	plus ou moins inquietant	non pas du tout inquietant

29. Si vous utilisiez un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS cela vous empêcherait d'avoir des sensations.

Tout à fait	assez	plus ou moins	non pas du tout
Sûr	sûr	sûr	sûr

30. Vous sentez-vous capable d'utiliser un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS?

Tout à fait	assez	plus ou moins	non pas du tout
Sûr	sûr	sûr	sûr

31. Si vous utilisiez le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS cela vous éviterait de fournir beaucoup d'efforts (prolonger la durée du rapport sexuel).

Tout à fait	assez	plus ou moins	non pas du tout
Sûr	sûr	sûr	sûr

32. Selon vous, les personnes les plus importantes pour vous, pensent-elles que vous devriez utiliser un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS?

Tout à fait	assez	plus ou moins	non pas du tout
Sûr	sûr	sûr	sûr

33. Est-il obligatoire pour vous, d'utiliser un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS?

Tout à fait	assez	plus ou moins	non pas du tout
obligatoire	obligatoire	obligatoire	obligatoire

34. Si vous utilisiez un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS cela serait un bon moyen de vous assurer une bonne santé.

Tout à fait	assez	plus ou moins	non pas du tout
Sûr	sûr	sûr	sûr

35. Selon vous, les personnes qui vous estiment le plus, vous exhorteraient-elles d'utiliser un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS?

Tout à fait	assez	plus ou moins	non pas du tout
Sûr	sûr	sûr	sûr

36. Si vous utilisiez le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS cela réduirait votre plaisir.

Tout à fait	assez	plus ou moins	non pas du tout
Sûr	sûr	sûr	sûr

37. Vous sentez-vous capable d'utiliser le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS, même si vous êtes envahi par un désir intense de découvrir la sensualité des rapports sexuels à nu avec votre petite amie TS?

--	--	--	--

Tout à fait assez plus ou moins non pas du tout
 Sûr sûr sûr sûr

38. Pour vous, utiliser un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS serait ...

Tout à fait responsable	assez responsable	plus ou moins responsable	non pas du tout responsable

39. Est-il normal pour un homme désirant s'affirmer de refuser d'utiliser le condom lors de ses relations sexuelles avec sa petite amie TS?

Tout à fait normal	assez normal	plus ou moins normal	non pas du tout normal

40. Allez-vous utiliser un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS même si vous savez que vous pouvez la contraindre par la force à ne pas l'utiliser?

Tout à fait Sûr	assez sûr	plus ou moins sûr	non pas du tout

41. Vous sentez-vous capable d'utiliser un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS, même si vous avez confiance qu'elle utilise le condom avec tous ses clients?

Tout à fait Sûr	assez sûr	plus ou moins sûr	non pas du tout sûr

42. Les agents de santé vous recommanderaient-ils d'utiliser le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS?

Tout à fait Sûr	assez sûr	plus ou moins sûr	non pas du tout sûr

43. Serez-vous capable d'utiliser le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS même si vous voulez vous réconcilier avec elle après une dispute?

Tout à fait Sûr	assez sûr	plus ou moins sûr	non pas du tout sûr

44. Vos amis intimes qui fréquentent le site vous recommanderaient-ils d'utiliser condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS?

Tout à fait	assez	plus ou moins	non pas du tout
Sûr	sûr	sûr	sûr

45. Lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS, serez-vous capable d'utiliser le condom même si votre petite amie vous assure qu'elle se protège toujours avec ses clients?

Tout à fait	assez	plus ou moins	non pas du tout
Sûr	sûr	sûr	sûr

46. (Si marié ou conjoint de fait) Votre femme/conjointe/fiancée approuverait-elle que vous utilisiez le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS?

Tout à fait	assez	plus ou moins	non pas du tout
Sûr	sûr	sûr	sûr

47. Pour vous, utiliser un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS serait...

Tout à fait	assez	plus ou moins	non pas du tout
gênant	gênant	gênant	gênant

48. Vous sentez-vous capable d'utiliser le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS, même si vous n'avez pas eu par les médias de bonnes informations sur les IST et le SIDA?

Tout à fait	assez	plus ou moins	non pas du tout
Sûr	sûr	sûr	sûr

49. Est-ce un devoir pour vous d'utiliser un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS?

Tout à fait	assez	plus ou moins	non pas du tout
Sûr	sûr	sûr	sûr

50. À quel point croyez-vous exercer un contrôle sur le fait d'utiliser un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS?

Tout à fait contrôlable	assez contrôlable	plus ou moins contrôlable	non pas du tout contrôlable

51. Pour vous, utiliser un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS serait plaisant...

Tout à fait plaisant	assez plaisant	plus ou moins plaisant	non pas du tout plaisant

52. Si vous utilisiez le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS cela vous permettrait de prévenir les IST.

Tout à fait Sûr	assez sûr	plus ou moins sûr	non pas du tout sûr

53. Est-ce la norme pour un homme soucieux de préserver sa santé et celle de sa société d'utiliser un condom lors de ses relations sexuelles avec sa petite amie TS ?

Tout à fait Sûr	assez sûr	plus ou moins sûr	non pas du tout sûr

54. Vous sentez-vous capable d'utiliser le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS, même si en exigeant l'usage du condom, elle vous suspectera d'infidélité ?

Tout à fait Sûr	assez sûr	plus ou moins sûr	non pas du tout sûr

55. Vous sentez-vous capable d'utiliser un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS, même si celle-ci vous propose de ne pas l'utiliser pour vous prouver son amour?

Tout à fait Sûr	assez sûr	plus ou moins sûr	non pas du tout sûr

56. Pour vous, utiliser un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS serait...

Tout à fait	assez	plus ou moins	non pas du tout

prudent prudent prudent prudent

57. Est-il normal pour un homme de votre statut matrimonial (marié ou célibataire ou divorcé ou veuf) d'utiliser un condom lors de ses relations sexuelles avec sa petite amie TS?

Tout à fait Normal	assez normal	plus ou moins normal	non pas du tout normal

58. Avez-vous l'intention d'utiliser un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS?

Tout à fait Sûr	assez sûr	plus ou moins sûr	non pas du tout sûr

59. Si vous avez des doutes sur l'état de santé de votre petite amie TS, allez-vous utiliser le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec elle?

Tout à fait Sûr	assez sûr	plus ou moins sûr	non pas du tout sûr

60. Est-ce la norme pour un homme qui fréquente les milieux de la prostitution d'utiliser un condom lors de ses relations sexuelles avec sa petite amie TS?

Tout à fait Sûr	assez sûr	plus ou moins sûr	non pas du tout sûr

61. Si vous utilisiez un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS cela vous empêcherait de prouver que vous êtes un vrai homme (guerrier)?

Tout à fait Sûr	assez sûr	plus ou moins sûr	non pas du tout sûr

62. (Si vous avez une partenaire autre que votre petite amie TS) Votre partenaire non TS vous recommanderait-elle d'utiliser condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS?

Tout à fait Sûr	assez sûr	plus ou moins sûr	non pas du tout sûr

63. Selon vous, est-ce que les boy-friends des TS que vous connaissez vous encourageraient à utiliser le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS?

Tout à fait	assez	plus ou moins	non pas du tout
Sûr	sûr	sûr	sûr

64. Est-il normal pour un homme de votre âge d'utiliser un condom lors de ses relations sexuelles avec sa petite amie TS?

Tout à fait	assez	plus ou moins	non pas du tout
Normal	normal	normal	normal

65. Vos principes religieux (Islam, Christianisme) vous dictent-ils d'utiliser un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS?

Tout à fait	assez	plus ou moins	non pas du tout
Sûr	sûr	sûr	sûr

66. Pour vous, utiliser le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS serait

Tout à fait	assez	plus ou moins	non pas du tout
facile	facile	facile	facile

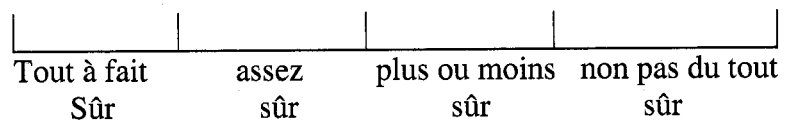
67. Vos principes vous dictent-ils que vous devriez utiliser un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS?

Tout à fait	assez	plus ou moins	non pas du tout
Sûr	sûr	sûr	sûr

68. Pour vous, utiliser un condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS serait...

Tout à fait	assez	plus ou moins	non pas du tout
agréable	agréable	agréable	agréable

69. Vous sentez-vous capable d'utiliser le condom lors de vos prochains rapports sexuels avec votre petite amie TS, même lorsque vous serez en état d'excitation sexuelle intense?



Merci de votre collaboration!

ANNEXE D

**FORMULAIRE D'INFORMATION DESTINÉ AUX PETITS
AMIS DES TRAVAILLEUSES DU SEXE****Sur les facteurs déterminants l'intention du port du condom.**

But. Cette étude cherche à évaluer les facteurs déterminant l'intention des petits amis des travailleuses du sexe d'utiliser le condom lors d'une relation sexuelle dans le contexte de commerce du sexe. En définitive cette recherche contribuera à l'amélioration et la réorientation des stratégies des programmes de prévention de la transmission du VIH et des IST, notamment les stratégies de communication pour le changement de comportement.

Procédures. L'étude se déroulera au cours de la période allant du mois de Juin 2004 à Août 2004. Outre le consentement libre et éclairé du participant, l'étude requiert la disponibilité de ce dernier d'environ 45 minutes pour compléter le questionnaire. L'entrevue se fera dans un endroit susceptible d'assurer la confidentialité et l'intimité du répondant.

Risques. Il est opportun de mentionner que la participation à cette étude ne comportera aucun risque psychologique ou moral pouvant entamer la dignité de la personne. Car la délicatesse des questions de sexualité et de l'utilisation du condom reste une raison de taille pour prévoir toutes les dispositions utiles pour un bon déroulement de l'entrevue nécessitant le recours des personnes ressources du Projet Enda Tiers Monde Santé/Sénégal. Aucune contrainte liée à l'octroi de prestation de services de santé n'est associée au souhait de non participation de la personne.

Avantages. Les avantages attachés à la participation sont de nature à contribuer à une meilleure compréhension des déterminants de l'intention d'utiliser le condom en vue de mieux développer les stratégies de communication pour un changement de comportement visant le condom.

Droits individuels : La personne invitée à participer dans l'étude a le droit d'avoir un délai de réflexion avant son engagement et tout comme celui de pour pouvoir se retirer sans préavis et sans subir des conséquences négatives que ce soit.

Rémunération: La participation à l'étude n'ouvre droit à aucune forme de rémunération. La participation est du reste libre et volontaire.

Confidentialité: Le respect de la confidentialité est garanti pour le participant. Aucun détail sur son identité ne lui sera demandé sur le questionnaire pour autant garder le caractère strictement anonyme des données recueillies. Dans le souci de permettre l'exploitation et d'éventuels contrôles les documents comme le questionnaire et le formulaire de consentement une fois remplis seront codés et soigneusement gardés par le chercheur principal pour éviter toute divulgation des informations. Ces informations ne seront utilisées qu'à des fins de la recherche et à terme la destruction des codes éviterait une éventuelle remontée aux sujets.

Éthique: Conformément aux exigences de conformité déontologique requise pour les recherches impliquant des sujets humains, le présent protocole est soumis au comité éthique et de déontologie de la recherche de l'Université Laval de Québec et à celui du Sénégal pour approbation avant toute activité de terrain.

Diffusion des résultats: Les résultats de la présente étude seront partagés par tous les intervenants du projet Enda Tiers Monde Santé/Sénégal et autres ONG impliquées dans la lutte contre le SIDA.

Le responsable: Dans le cadre de cette étude le chercheur principal se trouve être la personne responsable habilitée à requérir le consentement des participants. Il collaborera étroitement sur le terrain avec le coordonnateur national du projet Enda Tiers Santé/Sénégal qui agira comme facilitateur tout de la période de collecte de données.

Les coordonnées du chercheur principal sont les suivantes :

Amadou Sow Téléphones: Portable (221) 534.31. 21 ou Domicile (221) 951. 99. 03.

Ombudsman : Pour toutes les critiques ou plaintes relatives au présent projet de recherche, les personnes suivantes pourront agir comme ombudsman en matière de recherche :

- pour l'Université Laval le responsable :
- et pour le Sénégal: la Direction des Études de la recherche et de la formation.

Téléphone: (221) 864. 12. 05.

Le chercheur principal

Signature

Date

ANNEXE E

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

L'étude sur les déterminants l'intention des petits amis de TS d'utiliser le condom

Étudiant: Amadou Sow

Directeurs de mémoire: Gaston Godin et Co-directrice: Diane Morin.

Programme de maîtrise en santé communautaire -Université Laval Québec.

Je soussigné, atteste que :

1. On m'a expliqué dans les plus brefs détails en, langue que je comprends et que je parle couramment la nature, les buts, et les procédures de ce projet de recherche.
2. On m'a informé des bienfaits et de ce fait qu'il n'existe pas des risques prévisibles liés à ma participation.
3. Je comprends que ma participation est volontaire et mon droit de refuser et de me retirer en tout temps sans préjudice.
4. Je suis rassuré que les données de cette étude seront exploitées en toute confidentialité et ne seront utilisées qu'à des fins scientifiques. Je comprends que mon identité ne sera jamais révélée dans les publications.
5. Je comprends qu'au terme de l'enquête, les informations codifiées et anonymisées seront transférées au Canada pour être comparées à des standards internationaux.
6. Je garde en devers moi un exemplaire du feuillet d'information et du formulaire de consentement dont j'ai pu prendre connaissance préalablement.

J'ai pu en toute liberté poser des questions voulues concernant cette étude et obtenu des réponses satisfaisantes.

Je comprends que ma décision de participer à cette étude ne libère pas le chercheur de leurs obligations éthiques attachées à cette étude.

Par conséquent, j'accepte librement de participer à l'étude sur les déterminants de l'intention du port du condom.

Nom du participant	Signature	Date
Nom du témoin si possible	Signature	Date
Nom de l'interviewer	Signature	Date

ANNEXE F

Ste-Foy, le 14 Avril 2004

À Monsieur Daouda Diouf, Coordonnateur
d'Enda Tiers Monde Santé Dakar Sénégal.

Objet : Demande d'autorisation de stage et d'enquête

Monsieur Diouf,

Je suis étudiant au programme de maîtrise de santé communautaire de l'Université Laval au Québec/Canada. Dans ce cadre, mon projet de mémoire de fin d'étude vise à évaluer les déterminants de l'intention des petits amis de travailleuses du sexe d'utiliser le préservatif comme moyen de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et du syndrome d'immunodéficience acquise(SIDA) dans la région de Dakar/ Sénégal. À cet égard, je viens solliciter une autorisation de stage de dix (10) semaines auprès du volet santé d'Enda Tiers monde Sénégal pour la passation du questionnaire durant la période de mai et juillet 2004.

Je souhaiterais effectuer une collecte de données auprès de 85 petits amis de TS recrutés dans les sites de prostitution de la région de Dakar couverts par le projet Enda/Santé. Les résultats issus de cette étude pourraient être partagés avec vos équipes de terrain en vue d'élaborer un programme de prévention des IST et du SIDA auprès de cette clientèle cible.

Je précise que monsieur Gaston Godin et madame Diane Morin tous professeurs à la faculté des sciences infirmières, respectivement directeur et co-directrice supervisent le projet de recherche.

Je vous prie de croire, Monsieur, à l'assurance ma considération distinguée.

Monsieur Amadou Sow, Étudiant au programme de maîtrise en santé communautaire , Département de médecine préventive et sociale de l'Université Laval/Québec au Canada.